

**CONSORTIUM NATIONAL SUR
LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET RÉUNION DES LEADERS**

11-12 octobre 2017

TABLE DES MATIÈRES

Consortium national sur la sécurité des patients et réunion des leaders, 11-12 octobre 2017	1
Avant-propos de Chris Power	2
Sommaire.....	3
Réunions de groupes de leaders - 11 octobre 2017	5
La voie à suivre - nouveau plan stratégique de l'ICSP	6
Résultats du Plan d'action intégré pour la sécurité de des patients	6
Résultats de l'évaluation préliminaire du Consortium national sur la sécurité des patients	9
Transmission des connaissances basées sur la science de la mise en oeuvre pour la sécurité des patients	10
La mise en commun	11
Consortium national sur la sécurité des patients - 12 octobre 2017	12
Nouer un partenariat avec les patients et les familles pour la sécurité des patients	12
Une vidéo qui souligne les progrès	13
Présentations éclair - groupes de leaders et le Consortium national sur la sécurité des patients	13
Résultats de l'évaluation préliminaire du Consortium national sur la sécurité des patients	14
Conseil d'experts internationaux	15
Un regard tourné vers l'avenir	16
Résumé	17
Le prochaines étapes	18
Annexe A – Évaluations des réunions	22
Évaluation de la réunion de la journée des leaders	22
Évaluation de la réunion du Consortium national sur la sécurité des patients.....	25
Annexe B – Liste des participants à la journée des leaders.....	29
Annexe C – Liste des participants au Consortium national sur la sécurité des patients	31

Avant-propos de Chris Power

En 2018, L'Institut canadien pour la sécurité des patients mettra en œuvre son nouveau plan stratégique quinquennal, intitulé « La sécurité des patients, maintenant ». Ce plan articule une vision des soins de santé canadiens les plus sécuritaires au monde.

En octobre dernier, le Consortium national sur la sécurité des patients a tenu sa cinquième réunion à Toronto. Par son travail, l'une des nombreuses pièces maîtresses de ce plan, il a contribué à faire progresser la sécurité des patients au Canada.

Le Consortium et le Plan d'action de formation en sécurité des patients montrent ce qui peut être accompli lorsque des établissements engagés et solidaires, soutenus par des patients motivés, travaillent de concert pour s'attaquer aux problèmes de sécurité des patients.

Ces deux journées de réunions ont été l'occasion propice pour souligner ces réalisations. Ce rassemblement a également permis aux participants d'exprimer leurs points de vue sur les défis et les possibilités que réserve l'avenir.

Nous avons tendu l'oreille et nous avons écouté. Et nous avons perçu un fort soutien envers l'ICSP pour qu'il aille de l'avant en ciblant davantage son action. Tout comme une loupe peut concentrer les rayons du soleil pour allumer un morceau de papier, nous croyons qu'en mettant davantage l'accent sur les initiatives de sécurité des patients, nous pouvons à nouveau raviver la flamme qui a vacillé au cours des dernières années en raison de priorités concurrentes.

Nous avons à cœur de travailler de concert avec tous les établissements qui participent au Consortium et au Plan d'action intégré pour la sécurité des patients. Nous sommes désireux de

connaître vos points de vue sur le rôle que votre établissement devrait jouer selon notre nouvelle vision de faire des soins de santé canadiens les plus sécuritaires au monde. Nous voulons que tout le monde participe. Chacun a un rôle à jouer. L'amélioration de la sécurité des patients profite à tout le monde.

Comme l'a si bien dit Donna Davis de Patients pour la sécurité des patients du Canada dans son mot de la fin au Consortium : « Si l'ICSP est le gardien de la sécurité des patients, nous tous, à la grandeur du pays, sommes les gardiens de la sécurité des patients, parce qu'à un moment donné de notre vie, ou de celle de nos proches, nous serons touchés par la question de la sécurité des patients. Sur 1,2 million de morts, nous pourrions être du nombre; l'un d'entre nous pourrait figurer parmi les 13 victimes. »

Rien ne saurait exposer plus clairement la nécessité impérieuse d'amorcer le travail du Consortium et de faire avancer la cause pour « La sécurité des patients, maintenant ».

Pour terminer, citons encore une fois Donna :

« **Nous ne pouvons perdre l'espoir et la confiance que nous parviendrons à obtenir les soins de santé les plus sécuritaires au monde. »**

Sommaire

Partageant à la fois un profond sentiment d'accomplissement et la perception du travail qui reste à accomplir, plus de cent personnes se sont réunies à Toronto pour souligner le travail du Consortium national sur la sécurité des patients.

À titre d'ancienne coprésidente de Patients pour la sécurité des patients du Canada, Donna Davis a fait remarquer, à la fin de la réunion, qu'« une poignée de personnes, d'établissements et de patients sensibilisés à la sécurité des patients et ardents défenseurs a donné naissance à ce regroupement (le Consortium) composé de plus de 270 personnes que vous avez vues et entendues dans cette salle hier et aujourd'hui, et de plus de 50 établissements impliqués dans la cause, sans oublier les patients présents à toutes les tables de discussion. »

Le pouvoir de ce partenariat d'aborder les questions de sécurité des patients et la primauté accordée à la participation des patients étaient les deux thèmes porteurs des plénières et des discussions en petits groupes qui se sont tenues au cours de ces réunions.

Au cours des deux journées, les participants ont passé en revue le travail accompli par le Consortium national sur la sécurité des patients depuis sa création en 2014 ainsi que la mise en œuvre du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients. Des jalons importants de l'amélioration de la sécurité des patients au Canada ont marqué le travail du consortium, notamment :

- la diffusion à grande échelle de la publication « 5 questions à poser à propos de vos médicaments »;
- la tenue d'une « Journée ARRÊT! Nettoyez-vous les mains » à deux reprises;
- la publication du rapport sur Les événements qui ne devraient jamais arriver en soins hospitaliers au Canada;
- la publication du Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité.

Grâce aux réunions, les établissements partenaires et les personnes prenant part au Consortium ont pu donner une rétroaction constructive sur le nouveau plan stratégique quinquennal approuvé par l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Ils ont également formulé des suggestions pour l'ébauche d'un cadre à adopter au terme du mandat actuel du consortium, à la fin du mois de mars 2018. Cette question avait soulevé l'attention lors de la présentation des résultats préliminaires et des recommandations découlant d'une évaluation approfondie du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients et Consortium

national sur la sécurité des patients.

Les groupes de leaders se sont rencontrés au cours de la première journée. Le jour suivant, les membres de ces groupes se sont joints aux participants du Consortium national sur la sécurité des patients. Plus de cent personnes ont assisté à une réception en soirée.

Le premier jour des réunions, les cinq groupes de leaders – sécurité des soins chirurgicaux; utilisation sécuritaire des médicaments; sécurité des soins à domicile; prévention et contrôle des infections; et éducation sur la sécurité des patients – ont eu l'occasion de discuter de leurs plans d'action respectifs. De nombreuses présentations ont décrit en détail le travail effectué par chaque groupe, mais également les défis et les possibilités qui s'ensuivent. Outre un aperçu du processus d'évaluation et de ses résultats, le nouveau plan stratégique de l'ICSP a été présenté aux membres des groupes des leaders. Ces derniers ont également été initiés à la pertinence du recours à la science comportementale pour favoriser les résultats des initiatives en sécurité des patients.

Bon nombre de ceux qui avaient participé à cette réunion ont pris part aux discussions de la deuxième journée axées sur le travail du Consortium national sur la sécurité des patients et sur le compte rendu des réalisations à ce jour. Les conférenciers d'honneur ont suscité de vastes discussions sur les questions de sécurité des patients; de nombreux conférenciers ont profité de l'occasion pour présenter le point de vue des établissements qu'ils représentent.

Si les détails de nombreuses initiatives particulières ont été mis en lumière, de nombreux thèmes récurrents sont ressortis des présentations, des nombreuses discussions en petits groupes et des périodes de questions et réponses prévues au programme.

Les voici énumérés :

- L'importance fondamentale de mobiliser les patients, les familles et les intervenants et de les conscientiser à tous les aspects du travail du Consortium national sur la sécurité des patients et au Plan d'action intégré de sécurité des patients;
- L'appui généralisé de l'approche du Consortium national sur la sécurité des patients pour l'optimisation de la sécurité des patients au Canada;
- La reconnaissance de la nécessité d'accorder une plus grande attention au travail du Consortium national sur la sécurité des patients et de mettre sur pied un plus petit nombre d'initiatives susceptibles d'avoir davantage de retombées;

*La province du Québec n'a pas participé au Consortium. Il est seul responsable de la planification, de l'organisation, de la gestion et de l'évaluation de la sécurité des patients au Québec

- L'inquiétude soulevée par le manque chronique de sensibilisation du public et des patients à l'égard de la sécurité des patients, un problème préoccupant au sein du système de santé canadien;
- La nécessité de mieux harmoniser les initiatives en matière de sécurité des patients avec les priorités et le travail des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Lors des réunions, la difficulté de changer le contexte de la sécurité des patients et d'adopter des approches fondées sur des principes scientifiques a été soulignée à maintes reprises.

La deuxième journée s'est conclue avec la présentation de Donna Davis, représentante de Patients pour la sécurité des patients du Canada. En toute franchise, elle a souligné la nécessité de faire de la sécurité des patients un enjeu et une valeur fondamentale pour le système de santé canadien. Les évaluations des réunions, présentées à l'annexe A, sont très rigoureuses.

Réunions des groupes de leaders – 11 octobre 2017

Introduction

Pour la deuxième année consécutive, une journée a été consacrée au rassemblement des cinq groupes de leaders suivants : sécurité des soins chirurgicaux, utilisation sécuritaire des médicaments, sécurité des soins à domicile, prévention et contrôle des infections et éducation sur la sécurité des patients. Cinquante-quatre personnes ont participé à la réunion (voir la liste à l'annexe B).

Chaque jour, Chris Power, la directrice générale de l'ICSP, a accueilli les délégués, puis leur a fait prendre conscience du territoire hôte de la réunion. « Ce lieu de rencontre abrite toujours de nombreuses personnes autochtones de Turtle Island et nous sommes reconnaissants de cette occasion de travailler sur cette terre. » M^{me} Power a parlé de la ferveur, de l'expertise et du dynamisme des personnes, présentes dans la salle, vouées à la cause de la sécurité des patients. Elle a partagé aux gens le sentiment d'avoir « très hâte de voir où la journée nous mènera ».

Les objectifs de la journée étaient les suivants :

1. Galvaniser les énergies des participants en soulignant leur contribution à l'avancement de la sécurité des patients du Canada par l'entremise du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients;

2. Communiquer les progrès accomplis dans chaque secteur d'intervention;
3. Discuter de l'avancement de certaines mesures en particulier du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients;
4. Établir de nouveaux maillages et renforcer les relations existantes entre les individus des divers groupes de leaders.

M^{me} Power a ensuite présenté Maura Davies comme l'animatrice des deux journées de réunions. M^{me} Davies est l'ancienne présidente-directrice générale de la Région sanitaire de Saskatoon. Depuis 2014, elle collabore avec des établissements et diverses équipes pour améliorer la qualité, la sécurité des patients, la gouvernance et les soins axés sur les patients et la famille. Elle a participé à la toute première réunion du Consortium national sur la sécurité des patients. Elle dit avoir suivi « avec beaucoup d'intérêt et de respect » l'évolution du travail des groupes de leaders. Elle a mentionné que la réunion des leaders tout comme celle du Consortium national sur la sécurité des patients « visent à assurer la sécurité des gens ». Elle a également souligné l'importance accordée à la voix des patients lors des discussions et de la mise en œuvre des travaux.

« Comment pouvons-nous tirer parti de cet effort collectif pour en maximiser la portée? »

– Maura Davies

Linda Hughes, coprésidente du programme de Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC) et membre du conseil consultatif du Consortium national sur la sécurité des patients, a présenté brièvement le rôle des expériences des patients dans le Plan d'action intégré pour la sécurité des patients. Dans le cadre de la mission « la sécurité pour tous les patients », elle a déclaré que le PPSPC avait participé comme partenaire à part entière à l'élaboration du Plan d'action pour la sécurité des patients et que neuf membres étaient présents à la réunion des leaders. Elle a rapporté le fait que les patients, les familles et les aidants naturels, faisant partie du PPSPC, se sentaient « massivement » accueillis et que leurs expériences étaient appréciées. Citant Maaike Asselbergs, conseillère aux patients, elle a déclaré que « la participation des patients n'était pas une idée abstraite, mais une réalité » dans la mise en œuvre du plan. M^{me} Hughes a ensuite fait part de certaines préoccupations exprimées par les membres du PPSPC à maintes reprises au cours des deux journées de réunions, à savoir qu'un trop grand nombre de mesures avaient été proposées et qu'il fallait cibler davantage les actions. En résumé, elle dit que les membres du PPSPC ont formulé les

suggestions suivantes au Consortium national sur la sécurité des patients :

- Continuer de faire participer les patients, les familles et les fournisseurs de soins à toutes les étapes de la prise de décision;
- Fournir du soutien adapté à la situation particulière de chaque bénéficiaire;
- Miser sur un plus petit nombre de priorités;
- Faire appel à notre aide;
- Mettre en œuvre des mesures d'amélioration de la sécurité des patients qui renforcent le partenariat des patients et des familles;
- Évaluer les résultats – faire en sorte que les soins soient plus sécuritaires!

« Vous avez commencé à nous mettre à l'épreuve, a ajouté M^{me} Davies, et nous devons évaluer non seulement le chemin parcouru... mais nous devons également tirer parti de votre rétroaction pour justifier les décisions sur la direction à prendre. » Elle a également déclaré que les patients partenaires exerçaient à juste titre des pressions sur le Consortium national sur la sécurité des patients pour qu'il fasse mieux « parce que nous ne sommes pas encore arrivés là où nous devrions être ».

La voie à suivre – nouveau plan stratégique de l'ICSP

À la réunion des leaders ainsi qu'à celle du Consortium national sur la sécurité des patients le lendemain, M^{me} Power a exposé les détails de l'élaboration du nouveau plan stratégique quinquennal de l'ICSP. Approuvé par le conseil d'administration en septembre 2017, il sera lancé en avril 2018. Au dire de M^{me} Power, la présentation de Linda Hughes s'était fait l'écho de certaines réactions recueillies par l'ICSP au cours des 18 derniers mois quant à la direction à prendre pour l'avenir. M^{me} Power a rapporté la conclusion d'une récente évaluation indépendante de l'ICSP selon laquelle l'ICSP aide les provinces et les territoires à faire progresser la sécurité des patients. Elle a ajouté que ceux qui avaient fourni des commentaires n'avaient pas manqué de préciser : « Vous avez accompli un excellent travail, mais vous devez cibler davantage vos actions. » Elle a rapporté la conclusion de l'évaluation selon laquelle l'ICSP, avec un budget annuel de 7,6 millions de dollars, offrait un bon rapport qualité-prix, mais qu'il ne pouvait pas être tout pour tout le monde. « Nous avons toujours besoin d'un organisme fédéral axé sur la sécurité des patients », a-t-elle conclu à la lumière des résultats de l'évaluation. D'ailleurs, l'ICSP a reçu beaucoup d'appui pour continuer à jouer ce rôle.

M^{me} Power a clairement indiqué que l'ICSP devait adopter une

nouvelle approche pour relever les défis incessants de la sécurité des patients. La nouvelle stratégie s'intitule fort à propos « La sécurité des patients, maintenant. », car, comme le mentionne-t-elle, « assez, c'est assez. On fait encore du tort aux gens à un rythme alarmant dans ce pays. » Les données d'une analyse effectuée par RiskAnalytica Canada, pour le compte de l'ICSP, indiquent qu'à moins de changements dans la façon dont la sécurité des patients est abordée, une personne mourra d'un incident lié à la sécurité des patients toutes les 13 minutes d'ici 2030, et non toutes les 17 minutes selon les estimations actuelles. « Nous devons fixer la limite et notifier que les choses doivent changer dès maintenant. », a affirmé Chris Power. C'est pourquoi le nouveau plan stratégique de l'ICSP propose une orientation audacieuse se traduisant par de nouveaux énoncés de vision et de mission pour positionner le Canada encore plus favorablement en tant que neuvième pays le plus sécuritaire parmi les dix pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour la qualité des soins de santé. « Nous pouvons absolument le faire et être fiers de pouvoir dire que nous avons les soins de santé les plus sécuritaires au monde », a déclaré M^{me} Power. « Pour y parvenir, il s'agira de valoriser la culture de l'amélioration durable de la sécurité des patients, a-t-elle ajouté, de démontrer ce qui fonctionne et de renforcer l'engagement ». Chris Power a aussi longuement discuté des différentes stratégies envisagées par l'ICSP pour y parvenir.

Résultats du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients

Les membres des cinq groupes de leaders se sont réunis séparément pour examiner et discuter de l'évolution du plan d'action, dresser le bilan de ce qui a été accompli dans leur secteur d'intervention respectif et faire part des réalisations dont ils étaient particulièrement fiers. Les groupes ont été invités, d'une part, à discuter des défis qu'ils ont relevés et, d'autre part, à anticiper l'avenir afin de prévoir les obstacles à surmonter dans leurs domaines respectifs. Maura Davies a souligné que les présentations ont été l'occasion de célébrer le travail accompli à ce jour.

Les résumés de ces discussions ont été rapidement intégrés aux présentations avant d'être repris sous une forme plus condensée le lendemain. Lors de la réunion plénière du Consortium national sur la sécurité des patients, Maura Davies a comparé les membres des groupes de leaders à des « personnes sur le terrain » qui travaillent à la mise en œuvre du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients. Elle a d'ailleurs souligné les points communs qui relient les travaux des cinq groupes. Les résumés de certains des constats de chacun des cinq groupes sont présentés ci-après :

CONSORTIUM NATIONAL SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Sécurité des soins chirurgicaux, Brian Penner (Patients pour la sécurité des patients du Canada)

- 33 % du travail accompli
- 50 % du travail en cours
- 17 % du travail à commencer plus tard

Réalisations à ce jour :

- Un examen rétrospectif et la publication d'un rapport sur les incidents chirurgicaux;
- La publication d'un rapport détaillant les outils et les ressources à l'appui des analyses proactives de la sécurité des soins chirurgicaux;
- La détermination de 8 indicateurs nationaux de sécurité chirurgicale;
- La détermination des meilleures pratiques de récupération après une intervention chirurgicale à propager dans tout le pays par l'entremise du programme de récupération améliorée après la chirurgie.

Ce dont nous sommes le plus fiers :

- La collaboration active entre les chirurgiens, les patients, les infirmières et infirmiers et d'autres intervenants; La satisfaction de voir tout le monde réuni à la même table;
- La compréhension de l'importance des événements indésirables en chirurgie et la façon de les aborder;
- L'obtention d'un consensus national à l'égard des meilleures pratiques de récupération après une intervention chirurgicale;
- Une commandite de l'industrie de 500 000 \$ apporte une solution.

Utilisation sécuritaire des médicaments, Sylvia Hyland (ISMP Canada)

- 80 % du travail accompli
- 20 % du travail à commencer plus tard

Réalisations à ce jour :

- La publication « 5 questions à poser à propos de vos médicaments »;
- Déclaration des incidents liés à la médication au Canada : livre blanc;
- Série de webinaires sur la sécurité des médicaments dans le cadre du Programme d'éducation en sécurité des patients;
- Information sur les médicaments opiacés contre la douleur à

l'intention des patients et des familles;

- Lignes directrices sur l'entreposage et l'élimination sécuritaires des opiacés (à paraître prochainement)

Ce dont nous sommes le plus fiers :

- Le partenariat avec les patients et les familles;
- Adaptation de la publication « 5 questions à poser à propos de vos médicaments » en plus de 20 langues, incorporation des logos des commanditaires dans la documentation et approbation de l'outil par plus de 100 commanditaires.

Prévention et contrôle des infections, Gerry Hansen (PCI Canada)

- 36 % du travail accompli
- 36 % du travail amorcé
- 27 % du travail à commencer plus tard

Réalisations à ce jour :

- Analyse de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections et de la modification du comportement;
- Tenue à deux reprises de la « Journée ARRÊT! Nettoyez-vous les mains » (2016 et 2017).
- Organisation d'un concours annuel d'innovation pour stimuler l'engagement en première ligne et améliorer la lutte contre les infections;
- Revue des définitions actuelles du PCSIN (Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales) et détermination des obstacles et des défis à l'utilisation du programme dans les hôpitaux qui ne participent pas au PCSIN.
- Examen des possibilités de collaboration avec le PCSIN et l'ICIS (Institut canadien d'information sur la santé) pour recueillir, analyser et communiquer des données pancanadiennes sur la surveillance des infections associées aux soins de santé.

Ce dont nous sommes le plus fiers :

- Le fort soutien des partenaires et des participants à l'occasion de la Journée ARRÊT! Nettoyez vous les mains en 2016 et en 2017;
- Le recrutement de 40 professeurs experts qui ont créé un plan de travail dynamique pour diffuser les connaissances fondées sur la science de la mise en œuvre;
- Le processus d'élaboration de définitions de cas normalisées pour les soins de longue durée et la revue des définitions actuelles des soins aigus du PCSIN ont fait consensus auprès

des divers groupes de travail;

- La mise au jour d'un besoin d'établir des partenariats et des collaborations ainsi que la mise en évidence d'occasions pour la voie à suivre;
- L'examen des définitions actuelles du PCSIN et le recensement des obstacles et des défis à utiliser le programme pour les hôpitaux ne participant pas au PCSIN.

Soins à domicile, Helene LaCroix (Saint Elizabeth)

- 52 % du travail accompli
- 24 % du travail amorcé
- 24 % du travail à commencer plus tard

Réalisations à ce jour :

- Réflexion élargie sur la sécurité des patients dans le domaine des soins à domicile – différences en contexte de soins à domicile;
- Participation accrue et élargie des patients au travail national sur la sécurité des patients dans le domaine des soins à domicile;
- Approche pancanadienne de l'enseignement de la méthodologie d'amélioration de la qualité (AQ); mise en œuvre et évaluation de l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes dans les soins à domicile (vagues I et II des projets collaboratifs).

Ce dont nous sommes le plus fiers :

- Le fait d'avoir jeté les assises d'un apprentissage mutuel;
- La prise en compte de la voix des patients dans le travail qui a mené au Plan d'action pour les soins à domicile;
- La prise de conscience que la sécurité à la maison dépend beaucoup de l'établissement des relations et des échanges – une réalité qui diffère de celle des soins aigus. La prise en considération de la nécessité de faire évoluer les discussions sur la sécurité des soins, car les soins à domicile sont généralement des soins à long terme qui requièrent des modifications au fil du temps;
- Le recours à des experts de l'ensemble du Canada.

Éducation sur la sécurité des patients, Tim Willett (SIM-one Canada)

- 33 % du travail accompli
- 33 % du travail amorcé
- 17 % du travail à commencer plus tard
- 17 % du travail remis à plus tard

Réalisations à ce jour :

- Développement d'un ensemble de connaissances et de compétences sur la sécurité des patients à l'intention des dirigeants du secteur de la santé;
- Développement continu d'une classification liée à la sécurité des patients et à l'amélioration de la qualité.

Ce dont nous sommes le plus fiers :

- Une équipe très motivée pour un mandat de trois ans;
- Des personnes avec des points de vue différents :
 - Convergences entre les personnes;
 - Compréhension commune des enjeux et des champs d'application;
 - Conceptualisation de l'ampleur et de la portée des enjeux et des besoins;
 - Mise à profit de la tendance vers « l'ensemble » pour les dirigeants.

Résultats de l'évaluation préliminaire du Consortium national sur la sécurité des patients

D^{re} San Ng et Jean Trimnell, respectivement directrice générale et consultante en gestion chez Vision & Results Inc., ont discuté des résultats préliminaires de l'évaluation du Consortium national de sécurité des patients et du plan d'action intégré de sécurité des patients. M^{mes} Ng et Trimnell ont donné une présentation similaire au groupe du Consortium national sur la sécurité des patients lors de la deuxième journée.

L'évaluation, fondée sur un modèle d'évaluation de l'incidence collective, visait à répondre à quatre questions fondamentales :

1. Comment collaborons-nous?
2. Qu'est-ce qui a été accompli?
3. Dans quelle mesure est-ce efficace?
4. Cela fait-il une différence?

D^{re} Ng a fait remarquer que l'évaluation est fondée sur une méthodologie d'évaluation éprouvée. Elle a comporté un examen de la documentation, des entrevues avec le comité consultatif du Consortium national sur la sécurité des patients, des groupes de discussion avec le personnel de l'ICSP, les membres des groupes de leaders et des équipes d'action ainsi qu'un sondage en ligne. Le taux de réponse du sondage était de 24 % (n = 74). Elle a ajouté que des recommandations provisoires ont été formulées

sur la base des résultats sans toutefois être finalisées pour tenir compte d'autres suggestions et propositions.

Dans l'ensemble, l'évaluation a révélé un niveau de collaboration très élevé au sein du Consortium national sur la sécurité des patients. « Chaque personne a longuement parlé des efforts considérables que les gens ont déployés pour cerner des partenaires ou des occasions de collaboration », a commenté D^{re} Ng, suggérant que ce fait, à lui seul, mérite d'être souligné, célébré et diffusé. Plusieurs ont fait état de l'efficacité de l'ICSP en tant qu'organisme de coordination ainsi que de la forte participation des patients à toutes les étapes de l'élaboration du plan d'action. Les contraintes de temps et de ressources ainsi que la difficulté de maintenir l'engagement étaient les obstacles à la collaboration les plus souvent rapportés. D^{re} Ng a déclaré que les membres du Consortium national sur la sécurité des patients, notamment les membres des groupes de leaders, devraient s'estimer très heureux des « résultats concrets de leur travail ».

L'évaluation a montré que le Consortium national sur la sécurité des patients a réussi à accroître l'harmonisation des services de santé, l'engagement et la compréhension des priorités en vue d'améliorer la sécurité des patients. Cinq principaux obstacles à la mise en œuvre du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients ont été déterminés : le manque de ressources financières et administratives; les priorités concurrentes et le manque de temps; la participation et l'engagement des établissements; l'insuffisance ou, dans certains cas, un trop grand nombre d'intervenants; l'absence d'indicateurs communs de mesure.

Fait préoccupant, l'évaluation a révélé que seule une très faible proportion des participants au sondage ont dit avoir utilisé les résultats pour améliorer la sécurité des patients. Quant à savoir si le travail accompli avait changé le cours des choses, les répondants étaient d'avis que sans la mise en œuvre de cette initiative, ce travail de défrichage n'aurait pas eu lieu. Environ la moitié des participants ont rapporté qu'il y a eu un effet positif sur le niveau d'engagement et sur leur capacité d'améliorer la sécurité des patients et de réduire les préjudices. Presque tous les répondants (95 %) ont indiqué qu'ils recommanderaient l'approche du Consortium national sur la sécurité des patients pour améliorer la sécurité des patients.

Après la présentation des résultats, on a demandé aux participants des groupes de leaders de relever les trois principales priorités pertinentes à leur secteur d'intervention pour optimiser la sécurité des patients. Cela a donné lieu à une discussion animée sur les façons de déterminer les priorités pour chacun des secteurs d'intervention. D^{re} Ng a remarqué que chaque groupe tentait à sa

façon de créer un cadre d'action axé sur les connaissances et que l'échange des connaissances favoriserait la sécurité des patients dans divers contextes. « Ce que nous constatons ici aujourd'hui, c'est un réel désir d'aller de l'avant », a conclu D^{re} Ng. « Nous estimons que le travail n'est pas encore terminé et que les gens ne seraient pas contents si le travail se terminait le 31 mars. » M^{me} Davies a fait remarquer qu'il y avait un sentiment de fierté à l'égard des réalisations accomplies et une « volonté absolue » de continuer sur cette lancée alors que le travail est sur le point de porter ses fruits.

« Chacun d'entre nous s'est investi dans ces projets que nous avons menés à bien, mais ce qui en est ressorti clairement aujourd'hui, ce sont leurs interconnexions.

– participant d'un groupe de leaders

Approches de transmission des connaissances basées sur la science de la mise en œuvre pour la sécurité des patients

D^r Jeremy Grimshaw, scientifique chevronné affilié au programme d'épidémiologie clinique de l'Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le transfert et l'assimilation des connaissances dans le domaine de la santé, a présenté un exposé sur la façon de mieux intégrer les données probantes à la pratique dans le domaine de la sécurité des patients. Il a tenu à préciser qu'il n'avait pas toutes les réponses. « Si c'était facile, nous ne serions pas ici réunis dans cette pièce », a affirmé D^r Grimshaw. Toutefois, a-t-il précisé, il existe des données probantes en sciences du comportement qui peuvent étayer le développement de programmes de sécurité des patients et accroître les chances de succès. À son avis, cette approche peut être ajoutée à celles déjà utilisées dans le domaine de la sécurité des patients. Si les données et les outils servent de catalyseurs pour appuyer les initiatives en matière de sécurité des patients, D^r Grimshaw précise toutefois qu'ils ne sont pas suffisants pour permettre aux cliniciens d'apporter des changements. Il a discuté de la nécessité d'adopter une perspective comportementale pour réorienter les actions de ceux qui peuvent agir utilement et faire une différence. Il a également expliqué la possibilité d'adapter la science de la psychologie moderne pour faciliter les initiatives en matière de sécurité des patients. D^r Grimshaw a fait référence à un cadre en quatre étapes pour réussir à mettre en place des processus de changement :

1. Déterminer qui doit faire quoi différemment;
2. Dresser la liste des obstacles et des facilitateurs à la réalisation de ce changement;
3. Relever les interventions susceptibles d'aplanir les obstacles et améliorer les outils catalyseurs;
4. Mesurer le changement de comportement.

D^r Grimshaw a ensuite rapporté une étude de cas sur une intervention visant à modifier le comportement de lavage des mains des médecins à l'hôpital d'Ottawa. Il a résumé son exposé en soulignant que la sécurité des patients demeure une préoccupation majeure dans les systèmes de soins de santé et que les connaissances en sciences du comportement peuvent contribuer à optimiser les programmes de changement, augmentant ainsi leurs chances de succès.

Au cours de la période de questions et réponses, D^r Grimshaw s'est entretenu longuement avec les participants leaders sur divers sujets. Il a été question, entre autres, de la pertinence d'impliquer directement les patients pour changer le comportement du clinicien (sa réponse? Les patients peuvent être de bons défenseurs; aussi, ils devraient être encouragés à exercer leur pouvoir d'agir, sans toutefois être forcés de s'impliquer) ainsi que la façon de sélectionner les interventions comportementales qui auront des répercussions à long terme.

La mise en commun

Au cours de la dernière séance de la journée, les participants des groupes de leaders ont été invités à discuter et à répondre aux trois questions suivantes :

1. À votre avis, qu'est-ce qui ressort des résultats de l'évaluation?
2. Voyez-vous un lien entre ce que nous avons fait dans le passé, ce que nous faisons actuellement et le plan d'action?
3. Quelles pratiques fondées sur des données probantes nous mèneront à notre vision collective : celle d'un Canada qui prodigue des soins de santé les plus sécuritaires au monde?

Certains thèmes récurrents sont ressortis des réponses fournies au cours des séances des deux journées. Les voici énumérés :

- La focalisation sur les idées les plus susceptibles d'être mises en œuvre avec succès et d'avoir des retombées positives;
- La nécessité de solliciter la pleine participation des patients, des familles et des soignants et de les faire participer aux processus de mise en œuvre;

- L'importance d'éduquer les patients et le public sur les questions de sécurité des patients;
- La durabilité des répercussions a été perçue comme un défi;
- L'appui du maillage entre les groupes de leaders pour maximiser la diffusion et l'application des connaissances;
- L'importance de l'évaluation;
- L'intégration des sciences du comportement aux pratiques de mise en œuvre;
- La nécessité d'un référentiel de données.

Consortium national sur la sécurité des patients – 12 octobre

Chris Power, la directrice générale de l'ICSP, a accueilli les délégués le 12 octobre à l'occasion de la cinquième édition de la réunion. Elle a fait remarquer que la plupart des 104 personnes participantes avaient assisté la veille à la réunion des groupes de leaders, laquelle se voulait une célébration des progrès collectifs réalisés dans le cadre du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients (voir la liste des participants à l'annexe C). Elle a rappelé que la réunion donnerait lieu à un examen plus approfondi des activités du Consortium national sur la sécurité des patients, des leçons apprises des experts et des perspectives d'avenir.

La directrice générale a décrit la structure de fonctionnement du Consortium national sur la sécurité des patients ainsi que ses principes directeurs, énumérés ci-après :

- Les patients et les familles sont des partenaires;
- Une collaboration sans précédent;
- La mobilisation articulée autour d'objectifs et d'actions communes;
- La transparence des actions et des résultats;
- La responsabilité effective à l'égard des patients, des familles, des établissements partenaires et des intervenants;
- L'engagement à améliorer la qualité des soins;
- Des communications ciblées et stratégiques;
- Une évaluation continue du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients.

« Non seulement avons-nous voulu rendre les soins de santé plus sécuritaires pour les Canadiens, mais nous avons modifié la façon dont le système de santé perçoit la sécurité des patients et aborde les problèmes liés à la sécurité des patients », a conclu M^{me} Power. Elle a ensuite présenté l'animatrice de la réunion, Maura Davies.

Elle a énoncé les objectifs de la réunion :

1. S'engager dans une discussion significative et apprendre au contact des participants et des experts du Consortium national sur la sécurité des patients pour déterminer ce qui est réalisable en vue d'un changement transformationnel en matière de sécurité des patients à l'échelle nationale;
2. Démontrer la pertinence de mobiliser les patients et les familles en tant que partenaires à part entière;
3. Examiner les conclusions préliminaires de l'évaluation du

Consortium national de sécurité des patients et du plan d'action intégré de sécurité des patients;

4. Célébrer les progrès et les résultats du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients.

M^{me} Davies a mentionné qu'un sondage effectué avant la réunion indiquait que la plupart des participants étaient d'accord avec ces objectifs. Elle a ajouté que les répondants avaient demandé à être informés de la façon dont les patients et leur famille avaient été impliqués dans le projet ainsi que des modifications ou des progrès réalisés depuis la dernière réunion du Consortium national sur la sécurité des patients. Elle a précisé que ces personnes avaient été entendues, car les réponses à leurs questions avaient été intégrées au programme.

Nouer un partenariat avec les patients et les familles pour la sécurité des patients

Terri Sabo et Deborah Prowse ont présenté un exposé à titre de représentantes de Patients pour la sécurité des patients du Canada. M^{me} Sabo est l'une des nouvelles coprésidentes du PPSPC. Elle connaît bien la question de la sécurité des patients, car elle a elle-même subi des préjudices à la suite de soins de santé. « Jamais je n'aurais imaginé rallier un groupe d'ardents défenseurs de la sécurité des patients. J'en suis émue. » Terri Sabo a expliqué comment les patients et leurs familles ont été appelés à participer à titre de partenaires au Consortium national sur la sécurité des patients et au Plan d'action intégré pour la sécurité des patients. Elle a indiqué que 27 patients et membres de la famille ont participé, tout au long du processus, à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan et que 12 patients et membres de la famille sont toujours à l'œuvre. Deborah Prowse, membre du PPSPC, a tenu, en premier lieu, à reconnaître publiquement la volonté de l'ICSP de s'adjoindre les patients pour mener à bien son travail. Elle a aussi discuté du rapport intitulé **Le bien-fondé d'investir dans la sécurité des patients au Canada**. Selon ce rapport, au cours des 30 prochaines années, il est estimé que 12,1 millions de Canadiens subiront un préjudice lié à un incident de sécurité des patients dans le système de santé et que 1,2 million de personnes en mourront. Le coût estimé pour le système sera de 82 milliards de dollars. « Nous pouvons faire mieux, a dit M^{me} Prowse, citant trois exemples récents de patients qui ont subi des préjudices qui auraient pu être évités. « Nous devons vraiment nous assurer que la sécurité des patients est une priorité. »

« Le commentaire que j'ai entendu le plus souvent au cours des treize années vouées à la défense de la sécurité des patients est que le discours change du simple fait que les patients siègent à la table de discussion. »

– Deborah Prowse

Lorsqu'on lui a demandé quels étaient ses desiderata qui, s'ils étaient satisfaits, marqueraient une percée dans le domaine de la sécurité des patients, M^{me} Sabo a répondu qu'elle souhaitait que les patients soient perçus comme des partenaires de plein droit; qu'on les invite non seulement à faire « part de leurs histoires », mais aussi à apporter leur savoir-faire. À titre personnel, elle a dit qu'elle voulait également que tous les patients au pays qui ne se portent pas à la défense de la sécurité ou ne sont pas engagés dans le processus de soins prennent conscience des soins de santé non sécuritaires et s'engagent à veiller à leur sécurité. « Du chevet à la salle du conseil », voilà une progression exprimée par M^{me} Prowse qui devrait être appuyée. Elle a souligné la nécessité d'en faire davantage pour s'assurer que tous les conseils de santé sont représentés par des patients et des membres de leur famille qui se sont penchés sur leurs expériences et sont en mesure d'en faire part à la table de discussion. « Nous avons de très bonnes intentions, de grands principes; nous avons fait une différence en matière de sécurité des patients, mais parfois on la perd de vue quand on se perd dans les détails, a rapporté M^{me} Prowse; aussi, est-il nécessaire d'impliquer les prestataires de soins en première ligne pour que la sécurité des patients demeure au premier plan. »

Maura Davies a déclaré que l'un des meilleurs résultats du travail du Consortium national sur la sécurité des patients a été le degré de participation des patients, comme l'exposé de M^{mes} Sabo et Prowse ainsi que les commentaires des participants en ont fait foi.

Une vidéo qui souligne les progrès

Une vidéo a été diffusée pour souligner la réussite du travail réalisé jusqu'à présent du Consortium national sur la sécurité des patients et du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients. Elle a été réalisée en grande partie à partir d'entrevues menées au cours des 24 heures précédant son montage. Les citations qui suivent ne sont que quelques-uns des commentaires relatifs à cette vidéo :

« La collaboration est extrêmement importante. »

J'aime vraiment l'idée d'agir. C'est ce que les Canadiens

demandent : une action centrée sur le patient.

« Comment ne pas être enthousiaste à l'idée de contribuer à la sécurité des patients? Nous sommes tous, un jour ou l'autre, des patients; nous avons tous des êtres chers qui ont besoin de recouvrer une bonne santé et de connaître une bonne expérience dans le milieu des soins de santé. »

« Nous ne pourrions pas faire ce travail sans les patients, nous ne pourrions absolument pas le faire... en tant que fournisseurs de soins et dirigeants, nous pensons que nous avons les réponses, mais lorsque nous écoutons attentivement ce que nos patients et leurs familles ont à nous dire, nous apprenons tellement de choses. »

« Tout le monde peut se mobiliser pour faire valoir la sécurité des patients, mais comment y parvenir et comment créer un changement durable pour garantir la sécurité? Le contexte change sans cesse... mais le patient demeure une constante. »

« Je pense que cela va vraiment transformer la façon dont nous prodiguons les soins de santé au Canada. ... J'ai l'impression que nous sommes fatigués d'en parler (sécurité des patients) et que nous voulons faire preuve d'audace et passer à l'action. »

« Le désespoir de perdre notre fils s'est mué en espoir, puis en l'assurance que nous allons nous rendre jusqu'au bout afin que la sécurité de chaque patient soit garantie. »

Présentations éclair – groupes de leaders et le Consortium national sur la sécurité des patients

Lors de la réunion des leaders, les représentants des cinq groupes ont présenté un abrégé des travaux réalisés par leurs groupes respectifs. Au nom du conseil consultatif du Consortium national sur la sécurité des patients, Kathleen Morris a rapporté les résultats des travaux du consortium. Les conférenciers ont non seulement souligné les réalisations, mais ils ont discuté des défis qui ont été ou devront être relevés et partagé leurs réflexions sur l'avenir. Dans l'ensemble, M^{me} Morris a noté que 70 % des travaux des groupes de leaders et des initiatives conjointes du Consortium national sur la sécurité des patients avaient été achevés en juin.

L'initiative intitulée « Les événements qui ne devraient jamais arriver » a suscité les discussions les plus animées et approfondies lors des périodes de questions. C'est le D^r Kaveh Shojania, vice-président (qualité et innovation) du Département

de médecine de l'Université de Toronto qui a ouvert le débat en remettant en question le bien-fondé de vouloir enrayer les événements qui ne devraient jamais arriver dans les hôpitaux. À son dire, il est « quelque peu irréaliste » de croire que les problèmes découlant de ce genre d'événements pourraient être facilement résolus, et ce, parce qu'ils surviennent pour des raisons organisationnelles complexes. Toutefois, D' Morris a ajouté que l'examen des événements indésirables est de nature à susciter des discussions susceptibles de conduire à l'amélioration de la sécurité des patients. Aussi, cette initiative s'inscrit dans un cadre plus vaste. Un conseiller des patients a déclaré qu'il appuyait sans réserve l'idée de se concentrer sur les événements qui ne devraient jamais arriver. Il n'y a aucune raison pour expliquer qu'une personne se fasse opérer au mauvais endroit (un exemple d'événement indésirable qui ne devrait jamais arriver). Une autre personne a répondu que même s'il était impossible d'éradiquer les événements indésirables, la poursuite de cet objectif ne peut que contribuer à l'amélioration de la sécurité.

Résultats de l'évaluation préliminaire du Consortium national sur la sécurité des patients

Tout comme lors de la journée précédente, D^{re} San Ng et Jean Trimnell ont exposé les résultats préliminaires d'une évaluation approfondie du Consortium national de sécurité des patients et du Plan d'action intégré de sécurité des patients. Toutefois, au cours de cette présentation, elles ont aussi présenté leurs recommandations préliminaires au Consortium national sur la sécurité des patients. Les voici énumérées :

- Continuer d'utiliser le Consortium national sur la sécurité des patients comme un important levier d'intervention collective pour améliorer la sécurité des patients, tout en amenant sa structure et les rôles de ses partenaires et participants à évoluer;
 - Déterminer les rôles moteurs des partenaires nationaux, provinciaux/territoriaux, régionaux et locaux et les attentes à leur égard :
 - Politiques
 - Planification
 - Mise en œuvre
 - Évaluation et indicateurs de mesure
- Continuer de célébrer la mise en œuvre réussie des mesures ainsi que les progrès accomplis;
- Reconsidérer la stratégie ou l'approche à adopter pour évaluer et rapporter les progrès et les réalisations pour mieux démontrer les retombées positives;
- Repérer des partenaires à l'échelle provinciale, territoriale, régionale ou locale et collaborer avec ces derniers en vue de mettre au point des stratégies de mise en œuvre qui font la promotion de l'utilisation par les fournisseurs de première ligne et le public de ressources et de produits porteurs;
- Poursuivre la collaboration avec les sous-ministres provinciaux/territoriaux pour adopter des stratégies visant à renforcer l'engagement envers un programme national d'amélioration de la sécurité des patients :
 - Établir des priorités et des stratégies à l'échelle nationale pour maximiser les retombées;
 - Tirer parti des principaux éléments facilitateurs : le leadership, le financement, la mise en œuvre, la communication d'informations et les indicateurs de mesure;
- Célébrer les changements qui ont été apportés, notamment par :
 - La création d'une vision nationale commune;
 - L'essor encouragé par l'accomplissement d'actions concrètes;
 - La promotion d'un engagement collectif.
- Définir des stratégies pour rendre compte des retombées du travail accompli à ce jour et soutenir le dynamisme du Consortium national sur la sécurité des patients :
 - Appuyer la mise en œuvre des produits des travaux;
 - Aligner et cibler les efforts nationaux à l'avenir;
 - Renforcer l'engagement des partenaires.
- Établir un ensemble commun d'indicateurs ainsi qu'un système national de mesure pour surveiller et évaluer les progrès en matière de sécurité des patients :
 - Développement continu d'indicateurs des secteurs prioritaires;
 - Analyse comparative complète;
 - Simplification du transfert et de l'échange de connaissances;
 - Données probantes en matière de politiques, de stratégies et d'investissements.

Brian Wheelock, président du conseil d'administration de l'ICSP, a souligné que le rapport d'évaluation indiquait clairement qu'il y avait de quoi célébrer à la réunion et que le conseil d'administration pouvait être très fier du travail accompli. Il a ensuite précisé la façon dont le Consortium national sur la sécurité des patients prévoyait poursuivre ses activités et qui serait appelé à diriger et à financer l'initiative qui doit toujours être soutenue.

Au cours de la discussion sur le rapport d'évaluation, de nombreuses personnes ont mentionné la nécessité de mieux mobiliser les gouvernements provinciaux et territoriaux aux initiatives en matière de sécurité des patients et d'aligner le travail du Consortium national sur la sécurité des patients sur les priorités gouvernementales. Le travail du Consortium national sur la sécurité des patients et les recommandations proposées par l'évaluation ont reçu l'appui unanime des représentants gouvernementaux qui ont exprimé leur opinion lors de la réunion.

D^{re} Ng a précisé que le rapport ne suggérait pas que les initiatives ou les approches devraient être standardisées à la grandeur du pays, mais plutôt que les priorités devraient être établies selon une perspective nationale.

Conseil d'experts internationaux

M. Wheelock a présenté les deux membres du conseil : le D^r Tejal Gandhi, chef des services cliniques et de la sécurité, à l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) et professeure agrégée de médecine à la Harvard Medical School, et le D^r Kaveh Shojania, vice-président (qualité et innovation) du Département de médecine et directeur du Centre for Quality Improvement and Patient Safety (C-QulPS) de l'Université de Toronto.

D^{re} Gandhi a commencé son exposé en félicitant le Consortium national sur la sécurité des patients pour son excellent travail. Elle a souligné que les États-Unis pourraient tirer des leçons de certaines des initiatives entreprises dans le cadre du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients. Son exposé portait sur le rapport *À l'abri de tout danger*, qui passe en revue les travaux entrepris sur la sécurité des patients depuis la publication, en 1999, du célèbre rapport *To Err Is Human; Building a Safer Health System* (L'erreur est humaine; construire un système de santé plus sûr). Le rapport présentait les conclusions d'un groupe d'experts convoqué par la National Patient Safety Foundation des États-Unis dans le but d'accélérer les progrès en matière de sécurité des patients. En dépit des preuves contradictoires corroborant les améliorations apportées à la sécurité des patients depuis 1999, les membres du groupe d'experts étaient d'avis que la sécurité avait été améliorée. Elle a ajouté que le conseil d'experts a senti le besoin de passer d'une approche fragmentée, où les questions

de sécurité des patients étaient traitées à la pièce, à une approche entièrement systémique.

Gandhi a présenté en détail les huit recommandations du rapport :

- S'assurer que les dirigeants développent de façon durable une culture axée sur la sécurité;
- Mettre en place un mécanisme centralisé et coordonné de surveillance de la sécurité des patients;
- Créer un ensemble commun d'indicateurs de mesure de sécurité qui traduisent des résultats significatifs;
- Stimuler la recherche sur la sécurité publique et la science de la mise en œuvre;
- Assurer la sécurité des patients durant toutes les étapes du continuum des soins de santé;
- Soutenir le personnel de santé;
- Nouer un partenariat avec les patients et les familles pour des soins les plus sécuritaires possible;
- Faire en sorte que la technologie soit sécuritaire et optimisée pour améliorer la sécurité des patients.

« La sécurité des patients s'est beaucoup améliorée et je tiens à le dire très clairement », a déclaré D^{re} Gandhi en concluant sa présentation. « Nous devons nous assurer que la sécurité des patients demeure au centre de notre action. »

D^r Shojania a commencé son exposé polémique en disant qu'il était « ici en tant qu'ami pour donner une rétroaction critique sur la façon dont la sécurité des patients pourrait être améliorée ». Sa présentation était intitulée *Moving Patient Safety Forward by Learning How to do Quality Improvement* (Faire progresser la sécurité des patients en apprenant comment améliorer la qualité). D^r Shojania a critiqué les approches actuelles en matière de sécurité des patients se résumant le plus souvent aux gestes suivants : parler de l'importance de la sécurité des patients; désigner les champions de la sécurité et lancer des campagnes; solliciter la participation de quelques patients; demander à ce que davantage d'incidents soient déclarés; préconiser des interventions dont les avantages ne sont pas explicites ou trop complexes à mettre en œuvre; enfin, s'attendre à ce que la sécurité s'améliore comme par magie. « La sécurité des patients est quelque chose dont nous parlons tout le temps, mais que nous mettons rarement en pratique », a-t-il précisé. Il a ajouté que cela ne signifiait pas que la sécurité des patients doive être reléguée au second plan, mais qu'il voulait mettre l'accent sur la nécessité de donner aux gens les compétences nécessaires pour lancer des projets d'amélioration de la qualité. Voici les deux principales

conclusions de l'exposé du D^r Shojania :

- La réalisation d'objectifs concrets en matière de sécurité requiert les mêmes compétences que celles pour le développement et la mise en place de projets d'amélioration de la qualité;
- Nous avons souvent une conception peu réaliste du travail requis pour que les grandes stratégies et campagnes aient une réelle incidence.

Une discussion animée a ensuite porté sur un large éventail de sujets. Il a été question notamment des opinions divergentes sur la pertinence des rapports documentant les incidents liés à la sécurité des patients et de l'intérêt d'avoir une approche systémique ou nationale au lieu d'initiatives locales. En faisant le point, Maura Davies a fait remarquer que ces discussions soulignaient l'importance de la capacité à rassembler et de la capacité du point de service de santé de gérer les questions de sécurité; l'importance d'avoir les ressources adéquates pour mener à bien les initiatives en sécurité; l'importance de tenir compte du contexte local; enfin, le fait qu'une mise en œuvre réussie n'est pas aussi facile qu'il y paraît.

Un regard tourné vers l'avenir

Avant de donner un autre aperçu du plan stratégique de l'ICSP, M^{me} Power a commencé en faisant part de ses réflexions sur l'avenir du Consortium national sur la sécurité des patients. « Comment s'assurer que tout ce beau travail ne se termine pas en queue de poisson? » Lorsqu'on a demandé aux gens d'adhérer au Consortium national sur la sécurité des patients en 2014, c'était avec la mention explicite que le travail se terminerait en mars 2018 et que l'ICSP poursuivrait son travail dans le cadre d'un nouveau plan stratégique dès avril 2018. Elle a ajouté que plusieurs participants avaient mentionné dans leur évaluation que le travail ne pouvait tout simplement pas prendre fin, car il y avait encore tant à faire et que le Consortium national sur la sécurité des patients devrait continuer d'une façon ou d'une autre. Chris Power a tenu à préciser qu'aucune décision ne sera prise tant que l'évaluation n'aura pas été finalisée. Elle a ajouté : « mais nous voulions être transparents et francs avec vous, à savoir que le financement du Consortium national sur la sécurité des patients et le temps et l'argent que l'ICSP y a investi ne sont pas considérés dans la prochaine stratégie, comme c'était le cas dans la stratégie précédente qui se terminera en mars 2018 ». Elle a également signalé que toute décision sur l'avenir du Consortium national sur la sécurité des patients n'était pas seulement celle de l'ICSP, mais celle de tous les participants. Chris Power a ensuite discuté de l'élaboration du nouveau plan stratégique, comme elle l'avait fait la veille avec les groupes de leaders. Au cours de son exposé, elle a explicitement mentionné la nécessité d'élaborer des politiques

en matière de sécurité des patients et de solliciter l'engagement des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. « Songez au pouvoir de l'action commune. Imaginez si, à la grandeur du pays, chacun d'entre nous rapporte les deux choses sur lesquelles chacun d'entre nous va travailler. »

Deux questions ont ensuite été posées à l'assistance pour amorcer la discussion :

- Comment pouvons-nous galvaniser nos efforts pour concrétiser la vision de notre pays (comme le pays le plus sécuritaire au monde en matière de soins de santé)?
- Quel est votre rôle ou celui de votre organisation pour faire en sorte que le Canada prodigue les soins de santé les plus sécuritaires au monde?

Les réponses à la première question s'inscrivaient dans un continuum allant de la nécessité de sensibiliser le public à l'importance de la sécurité des patients à la proposition de stratégies visant à mieux intégrer la sécurité des patients dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

Sur la question de la conscientisation, voici les commentaires formulés lors des discussions en petits groupes :

- Le public doit savoir qu'il existe un organisme national financé par Santé Canada, *parce que le besoin existe* (accent sur le besoin);
- Beaucoup de gens ignorent les problèmes liés à la sécurité des patients;
- L'accent doit être mis sur la conscientisation et le soutien du public pour accorder plus d'attention à la sécurité des patients;
- L'action de galvaniser les énergies du pays doit s'étendre hors de cette salle;

Sur la question d'une meilleure intégration des efforts en matière de sécurité des patients, voici quelques-uns des commentaires recueillis :

- Ne choisir que quelques domaines et fixer des objectifs clairs et des cibles précises;
- Choisir un problème de sécurité qui pourrait avoir des répercussions sur d'autres travaux ou initiatives;
- Plaider en faveur de l'innovation pour des pratiques encore plus sécuritaires dans des domaines précis dont l'effet de levier est marqué;
- Établir des objectifs atteignables par chaque province et chaque établissement;
- S'adjoindre des regroupements d'excellence pour tirer des

leçons sur les approches qui ont porté fruit;

- Adopter une approche ouverte à tous qui tienne compte des divers contextes;
- Faire de la sécurité des patients une responsabilité non négociable établie par les gouvernements et les autorités de régulation;
- Nous avons besoin d'un organisme central, responsable. Les partenaires sont influents, mais n'ont pas assez de pouvoir.

En réponse à la question sur le rôle de certains organismes de veiller à ce que le Canada prodigue des soins de santé les plus sécuritaires qu'il soit, les groupes ont ciblé quelques domaines en particulier selon la nature de leurs établissements.

Par exemple, des représentants de HIROC (Healthcare Insurance Reciprocal of Canada) ont déclaré qu'ils pourraient faire appel à leur position d'autorité et à leur crédibilité pour les questions liées au risque et à la responsabilité légale en vue de favoriser la sécurité des patients. Un groupe a écrit que les ministères provinciaux de la Santé, par le biais d'une collaboration pancanadienne, pourraient mettre en commun leurs apprentissages et alimenter un chantier d'envergure nationale. Des groupes à vocation éducative représentant les membres de la profession infirmière, médicale et pharmaceutique ont dit qu'ils pourraient offrir plus d'éducation et une certification en matière de sécurité des patients en vue de conscientiser la prochaine génération. « Notre établissement peut promouvoir les soins primaires comme une partie de la solution et non du problème », a lancé un autre groupe. Un autre groupe a écrit : « Contribuez à notre cause, à ce à quoi nous souscrivons ». « Personne n'est en train de mettre en œuvre, nous sommes tous en train d'élaborer des normes » a commenté une personne.

D'autres réponses aux deux questions et des suggestions ont été exprimées :

- Trouver les moyens de prévenir les erreurs plutôt que de dire aux professionnels de la santé de ne pas faire d'erreur;
- Déterminer si nos efforts minent la joie au travail;
- Se poser les questions suivantes : qu'est-ce qui transforme la passion en efficacité et en résultats? Quelles sont les motivations?
- Célébrer un plus grand nombre de réussites et de pratiques exemplaires.

Dans son résumé, M^{me} Davies a également cité certains commentaires suggérant que le Consortium national sur la

sécurité des patients aurait avantage à se concentrer sur l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé sur la sécurité des médicaments, à laquelle le Canada et l'ICSP sont appelés à jouer un rôle de premier plan. Elle a également mentionné que les patients avaient eu voix au chapitre tout au long de la journée.

Résumé

Donna Davis, la coprésidente sortante de Patients pour la sécurité des patients du Canada, a résumé la réunion selon la perspective des patients. « Si l'ICSP est le gardien de la sécurité des patients, nous tous, à la grandeur du pays, sommes les gardiens de la sécurité des patients, parce qu'à un moment donné de notre vie, ou de celle de nos proches, nous serons touchés par la question de la sécurité des patients. » À son dire, la nécessité et la pertinence de la présence des patients et des familles à la table de discussion ont été reconnues tout au long de la journée. Cependant, a-t-elle ajouté, cela ne signifie pas qu'il faille incomber le fardeau d'assurer la sécurité des patients à ces derniers. « Ce n'est pas la responsabilité des patients de veiller à recevoir de bons soins », a-t-elle précisé. Donna Davis a rappelé que la collaboration entre les intervenants a été à maintes reprises mentionnée comme étant la clé du succès du Consortium national sur la sécurité des patients. Elle a dit qu'il fallait qu'un plus grand nombre d'employés en première ligne mènent des initiatives au chevet du patient. « Nous constatons que nous avons besoin de mener un plus petit nombre d'actions, mais autrement mieux ciblées ». Sans oublier la diffusion des bonnes idées, notamment en sollicitant la participation d'Agrément Canada en raison de sa collaboration avec un grand nombre d'hôpitaux. « Beaucoup de choses se sont améliorées, mais nous avons encore beaucoup de chemin à parcourir », a-t-elle dit. M^{me} Davis a conclu en citant la force et l'engagement des membres du PPSPC.

« **Nous faisons partie des 18 blessés. Notre bien-aimé faisait partie des huit personnes décédées.** »

– Donna Davis au nom de Patients pour la sécurité des patients du Canada

Chris Power a ensuite clos la réunion en revenant sur les principaux thèmes de la journée. « Le taux de préjudice est toujours ahurissant. Il l'est sans l'ombre d'un doute. C'est notre coup de semonce. » Elle a invité tout le monde à cibler les efforts pour mieux aborder la question de la sécurité des patients tout en continuant de faire preuve de sagesse, de dynamisme et de courage.

Les prochaines étapes

- Le prochain bulletin trimestriel présentera cette collaboration que nous saluons comme une réussite.
- Les résultats de l'évaluation du Consortium et du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients seront accessibles en 2018.
- Plusieurs ont posé la question suivante dans leur évaluation de la réunion : « Qu'advient-il du Consortium national sur la sécurité des patients? »

Nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires sur la voie à suivre. Veuillez communiquer avec nous à nationalconsortium@cpsi-icsp.ca si vous désirez faire partie de groupes de discussion sur le rôle potentiel du Consortium à l'avenir.

Annexe A – Évaluations des réunions

Évaluation de la réunion de la journée des leaders

Cinquante-quatre personnes ont assisté à la journée des leaders le 11 octobre 2017, la veille du Consortium national sur la sécurité des patients, à Toronto (Ontario). Un formulaire d'évaluation de la réunion a été fourni aux participants à la fin de la journée.

Vingt-sept (54 %) des participants ont rempli l'évaluation. Sur ces vingt-sept évaluations, une a été effectuée par un membre du personnel de l'ICSP. Les principales conclusions de l'évaluation sont résumées ci-après.

Atteinte des objectifs

Dans la première série de questions, on a demandé aux participants d'utiliser une échelle de cinq points pour indiquer dans quelle mesure ils étaient fortement en désaccord ou fortement d'accord (1-5) avec les énoncés suivants ayant trait aux objectifs de la réunion, à la documentation et à l'animation.

	Fortement d'accord ou d'accord	Ni d'accord ni en désaccord	En désaccord ou fortement en désaccord	Nbre réponses
Par la reconnaissance de leur contribution à l'avancement de la sécurité des patients au Canada par l'entremise du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients, les membres des groupes de leaders se verront dynamisés.		Ni d'accord ni en désaccord	En désaccord ou fortement en désaccord	Nbre
Les membres des groupes de leaders recevront une mise à jour sur les progrès accomplis dans chaque secteur d'intervention.	réponses	2 (8%)	0	26
Les membres des groupes de leaders discuteront de l'avancement de certaines mesures précises du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients.	21 (81%)	5 (19%)	0	26
Les membres de groupes de leaders créeront de nouveaux maillages et renforceront les relations existantes avec les membres des divers groupes de leaders.	19 (76%)	5 (20%)	1 (4%)	25
Dans l'ensemble, les objectifs de la journée ont été atteints.	20 (90.0%)	2 (10%)	0	22
La documentation remise avant la réunion était claire et m'a permis de m'y préparer.	21 (81%)	5 (19%)	0	26
Animation				
La personne responsable de l'animation était bien organisée.	27 (100%)	0	0	27
La personne responsable de l'animation a fait bon usage du temps alloué.	26 (100%)	0	0	26
Une période suffisante a été prévue pour la participation du groupe et la discussion.	25 (96%)	1 (4%)	0	26

Lieu (5 = excellent, 1 = médiocre)	excellent (4-5)	3	médiocre (1-2)	
Hôtel Omni	21 (78%)	6 (22%)	0	27
Restauration	24 (96%)	1 (4%)	0	25
Audio	23 (89%)	1 (11%)	0	27
Éléments visuels	25 (93%)	2 (7%)	0	27

1. À votre avis, quelle a été la partie de la journée la plus pertinente ou la plus utile?

- La présentation sur la science de la mise en œuvre;
- La rencontre en personne des membres du groupe des leaders;
- Le fait d'être à l'écoute des autres groupes de leaders et d'apprendre à leur contact;
- Le fait que le nouveau plan stratégique de l'ICSP a dressé la liste des possibilités de lier des initiatives réussies pour maximiser le succès;
- Le commun accord sur la nécessité, pour tous les groupes, de mieux cibler les actions et de veiller au ressourcement stratégique.

2. À votre avis, quelle a été la partie de la journée la moins pertinente ou la moins utile?

- Certaines présentations manquaient de dynamisme, n'étaient pas mobilisatrices ou n'étaient pas directement reliées au travail des groupes de leaders;
- La réflexion en vase clos (les fournisseurs contre les patients);
- Les diapositives sur les progrès réalisés à ce jour dans les secteurs d'intervention privilégiés – quelques-unes comportent « trop de détails »;
- À l'occasion, sentiment que la discussion ne pouvait pas être approfondie et que d'excellentes idées n'étaient pas prises en compte.

3. Selon vous, y a-t-il des sujets ou des questions dont nous n'avons pas discuté qui sont essentiels à l'avancement du travail dans chacun des secteurs d'intervention privilégiés des groupes de leaders?

- Ce qu'il adviendra des ressources, des personnes et du financement après le 31 mars 2018;
- Le rôle de trait d'union avec les systèmes de santé provinciaux et le rôle des gouvernements;
- Les modifications à apporter aux politiques et aux systèmes pour appuyer ces changements;
- Comment faire connaître, essayer et diffuser le travail des groupes;
- Dresser le bilan des commentaires et des répercussions et établir les priorités en ce qui concerne les travaux à venir.

4. Quelle est la prochaine étape la plus importante à franchir pour faire en sorte que les fruits du travail de la réunion d'aujourd'hui servent à améliorer davantage la sécurité des patients?

- Déterminer la stratégie de transition pour 2018 et les années à venir; quelles seront les priorités de l'ICSP dans un proche avenir? Les données probantes et les priorités seront les pierres d'assise;
- Établir les priorités et cibler les actions des ressources sur la mise en œuvre, l'action et la diffusion;
- Mobiliser les patients et les prestataires de soins de première ligne pour encadrer les plans de mise en œuvre;
- Aligner les groupes pour recentrer les efforts sur l'objectif collectif. Renforcer le lien entre les gens, les établissements, les groupes de leaders et le Consortium national pour la sécurité des patients.

Évaluation de la réunion du Consortium national sur la sécurité des patients

Le Consortium national pour la sécurité des patients s'est réuni pour la cinquième fois le 12 octobre 2017. Un formulaire d'évaluation de la réunion a été fourni aux participants à la fin de la journée. Trente-neuf pour cent (n = 41) des 104 participants ont évalué la réunion. Les principales constatations sont résumées ci-dessous.

Atteinte des objectifs

- Les répondants devaient indiquer leur niveau d'accord, ou de désaccord, selon une échelle de cinq points pour les six premières questions portant sur l'atteinte des objectifs :

Atteinte des objectifs	Fortement d'accord ou d'accord	Ni d'accord ni en désaccord	En désaccord ou fortement en désaccord	Nbre réponses
S'engager dans une discussion significative et apprendre au contact des participants et des experts du Consortium national sur la sécurité des patients pour déterminer ce qui est réalisable en vue d'un changement transformationnel en matière de sécurité des patients à l'échelle nationale.	32 (80%)	5 (13%)	3 (8%)	40
Démontrer la pertinence de mobiliser les patients et les familles en tant que partenaires à part entière.	40 (100%)	0	0	40
Examiner les conclusions préliminaires de l'évaluation du Consortium national de sécurité des patients et plan d'action intégré de sécurité des patients.	37 (90%)	3 (7%)	1 (2%)	41
Célébrer les progrès et les résultats du Plan d'action intégré pour la sécurité des patients.	32 (82%)	7 (18%)	0	39
Dans l'ensemble, les objectifs de la journée ont été atteints.	30 (97%)	1 (3%)	0	31

Documentation des réunions et animation

- 83 % étaient fortement d'accord ou d'accord avec l'énoncé selon lequel « la documentation remise avant la réunion était claire et m'a permis de m'y préparer ». 11 % n'étaient ni d'accord ni en désaccord avec l'énoncé.
- 97 % étaient fortement d'accord ou d'accord avec le fait que la personne responsable de l'animation était bien organisée. 3% n'étaient ni d'accord ni en désaccord avec l'énoncé.
- 98 % étaient fortement d'accord ou d'accord avec l'énoncé selon lequel « la personne responsable de l'animation a fait bon usage

du temps alloué ». 2% n'étaient ni d'accord ni en désaccord avec l'énoncé.

- 90 % étaient fortement d'accord ou d'accord avec l'énoncé selon lequel « une période suffisante a été prévue pour la participation du groupe et la discussion ». 5 % n'étaient ni d'accord ni en désaccord avec l'énoncé et 5 % étaient en désaccord avec l'énoncé.

Lieux de réunion

- Tous les répondants ont accordé une note de 4 sur 5 ou de 5 sur 5 (excellent) pour les installations et les services associés aux

réunions : Hôtel Omni King Edward (100 %), restauration (100 %), audio (100 %), et éléments visuels (100 %).

Questions qualitatives

Quatre questions ouvertes ont été posées. Voici les principales conclusions :

1. Selon vous, y avait-il des sujets ou des questions dont nous n'avons pas discuté qui sont essentiels à l'avancement du travail du Consortium national sur la sécurité des patients?
 - Discussion plus détaillée des prochaines étapes à franchir;
 - Soins primaires;
 - Comment célébrer et diffuser les meilleures pratiques à l'échelle nationale.
2. À votre avis, quelle a été la partie de la journée la plus pertinente ou la plus utile?
 - La participation des patients et des membres de leur famille;
 - Le comité d'experts internationaux; « une discussion stimulante », « une saine discussion », « la remise en question des schémas habituels de pensée »;
 - Les présentations éclair;
 - Réseautage, discussions, périodes de questions;
 - « À vrai dire, le programme était bien conçu. La table ronde des experts a déstabilisé favorablement l'auditoire. La dernière présentation sur l'ICSP était bien faite. »
3. À votre avis, quelle a été la partie de la journée la moins pertinente ou la moins utile?
 - La séance d'évaluation aurait pu être plus brève et se conclure par la présentation des résultats;
 - Plus de temps pour interagir tout au long de la journée; pas assez de temps lors des pauses pour créer des maillages;
 - Répétition de certains éléments de la journée précédente.
4. Quelle est la prochaine étape la plus importante à franchir pour faire en sorte que les fruits du travail de la réunion d'aujourd'hui servent à améliorer davantage le Plan d'action intégré pour la sécurité des patients?
 - Mobiliser le personnel de première ligne et diffuser les messages et les données probantes à l'intention du public;
 - Quelles sont les prochaines étapes du Consortium national sur la sécurité des patients? Un plan précis pour l'avenir est requis;
 - La mobilisation des patients et la sensibilisation aux enjeux de sécurité des patients au Canada;
 - La mise en œuvre;
 - « La communication avec les membres du Consortium national sur la sécurité des patients afin de tenir tout le monde au courant des prochaines étapes. »
 - Peaufiner et concrétiser nos aspirations par de véritables plans d'AQ des soins de première ligne et au chevet;
 - « J'espère que le Consortium national sur la sécurité des patients poursuivra son action, qui sait, en adoptant une nouvelle optique, mais en conservant ses appuis et en continuant sur sa lancée. »
 - « Être désireux de s'engager à atteindre un objectif précis en matière de sécurité des patients.

Annexe B – Liste des participants à la journée des leaders

Prénom	Nom	Établissement
Markirit	Armutlu	Institut canadien pour la sécurité des patients
Maaïke	Asselbergs	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Cecilia	Bloxom	Institut canadien pour la sécurité des patients
Jan	Byrd	Institut canadien pour la sécurité des patients
Mike	Cass	Institut canadien pour la sécurité des patients
Maryanne	D'Arpino	Institut canadien pour la sécurité des patients
Maura	Davies	Institut canadien pour la sécurité des patients
Donna	Davis	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Joan	Fernandez	Institut canadien pour la sécurité des patients
Ward	Flemons	Université de Calgary
Virginia	Flintoft	Institut canadien pour la sécurité des patients
Riccarda	Galioto	AMMI Canada
Corina	Ganton	Institut canadien pour la sécurité des patients
Jeremy	Grimshaw	Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa
Gerry	Hansen	PCI Canada
Linda	Hughes	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Sylvia	Hyland	ISMP Canada
Sandi	Kossey	Institut canadien pour la sécurité des patients
Arlene	Kraft	Healthcare Insurance Reciprocal of Canada
Helene	Lacroix	Saint Elizabeth
Hina	Laeque	Institut canadien pour la sécurité des patients
Claude	Laflamme	Société canadienne des anesthésiologistes
Eric	Lamoureux	Institut canadien pour la sécurité des patients
Lorraine	LeGrand Westfall	Association canadienne de protection médicale
Anne	MacLaurin	Institut canadien pour la sécurité des patients
Dee	Mangin	Université McMaster
Bonnie	McLeod	Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada
Wayne	Miller	Institut canadien pour la sécurité des patients

ANNEXE

Prénom	Nom	Établissement
Richard	Mimeault	Association canadienne de protection médicale
Kim	Neudorf	Patients pour la sécurité des patients du Canada
San	Ng	Vision & Results Inc.
Brian	Penner	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Donna	Penner	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Ioana	Popescu	Institut canadien pour la sécurité des patients
Chris	Power	Institut canadien pour la sécurité des patients
Caroline	Quach	AMMI Canada
Suzanne	Rhodenizer Rose	PCI Canada
Jill	Robbins	Association canadienne de soins et services à domicile
Spencer	Ross	Institut canadien d'information sur la santé
Steve	Routledge	Institut canadien pour la sécurité des patients
Terri	Sabo	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Susan	Sepa	Inforoute Santé du Canada
Tricia	Swartz	Institut canadien pour la sécurité des patients
Alex	Titeu	Institut canadien pour la sécurité des patients
Johanna	Trimble	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Jean	Trimnell	Vision & Results Inc.
Ellen	Tsai	Association canadienne de protection médicale
Timothy	Willett	SIM-one
Carla	Williams	Institut canadien pour la sécurité des patients

Annexe C – Liste des participants au Consortium national sur la sécurité des patients

Prénom	Nom	Établissement
Brendan	Abbott	Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
Claude	Allard	Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Maaïke	Asselbergs	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Angela	Bachynski	Ministère de la Santé, Vie saine et Aînés du Manitoba
Cynthia	Baker	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
François	Belanger	Alberta Health Services
Cecilia	Bloxom	Institut canadien pour la sécurité des patients
Elaine	Borg	Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada
Alex	Boudreau	Ministère de la Santé de l'Alberta
Gavin	Brown	Santé Canada
Jan	Byrd	Institut canadien pour la sécurité des patients
Elizabeth	Carlton	Ontario Hospital Association
Mike	Cass	Institut canadien pour la sécurité des patients
Paul Emile	Cloutier	<i>SoinsSantéCAN</i>
Janet	Cooper	Association des facultés de pharmacie du Canada
Kim	Critchley	Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'île-du-Prince-Édouard
Danton	Danielson	Institut canadien pour la sécurité des patients
Maryanne	D'Arpino	Institut canadien pour la sécurité des patients
Maura	Davies	Animatrice
Donna	Davis	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Denise	Durfy Sheppard	Ministère de la Santé et des services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador
Brendalynn	Ens	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
Lee	Fairclough	Qualité des services de santé Ontario
Joan	Fernandez	Institut canadien pour la sécurité des patients
Ward	Flemons	Université de Calgary
Virginia	Flintoft	Institut canadien pour la sécurité des patients
Riccarda	Galioto	AMMI Canada

ANNEXE

Prénom	Nom	Établissement
Corina	Ganton	Institut canadien pour la sécurité des patients
Catherine	Gaulton	Healthcare Insurance Reciprocal of Canada
Tejal	Gandhi	Institute for Healthcare Improvement
Asmita	Gillani	Agrément Canada
Jeremy	Grimshaw	Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa
Ron	Guse	Institut canadien pour la sécurité des patients, membre du conseil d'administration
Gerry	Hansen	PCI Canada
Janet	Hodder	Collaboration sur la qualité des soins et la sécurité des patients de l'Atlantique
Linda	Hughes	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Sylvia	Hyland	ISMP Canada
Ruby	Knowles	Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse
Sandi	Kossey	Institut canadien pour la sécurité des patients
Arlene	Kraft	Healthcare Insurance Reciprocal of Canada
Helene	Lacroix	Saint Elizabeth
Hina	Laeque	Institut canadien pour la sécurité des patients
Claude	Laflamme	Société canadienne des anesthésiologistes
Eric	Lamoureux	Institut canadien pour la sécurité des patients
Angele	Landriault	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Lorraine	Legrand Westfall	Association canadienne de protection médicale
Anne	MacLaurin	Institut canadien pour la sécurité des patients
Shelagh	Maloney	Inforoute Santé du Canada
Michelina	Mancuso	Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
Dee	Mangin	Université McMaster
John	Maxted	Collège des médecins de famille du Canada
Bonnie	McLeod	Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada
Wayne	Miller	Institut canadien pour la sécurité des patients
Richard	Mimeault	Association canadienne de protection médicale

ANNEXE

Prénom	Nom	Établissement
Debbie	Molloy	Newfoundland Labrador Quality, comité provincial sur la sécurité des patients (Terre-Neuve-et-Labrador)
Kathleen	Morris	Institut canadien d'information sur la santé
Kim	Neudorf	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Andrew	Neuner	Conseil de la qualité de la santé en Alberta
San	Ng	Vision & Results Inc.
Christine	Nielsen	Société canadienne de science de laboratoire médical
Maureen	O'Neil	Fondation canadienne pour l'amélioration des soins de santé
Jillian	Paul	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Brian	Penner	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Donna	Penner	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Kathy	Perrin	Ministère de la Santé, gouvernement du Nunavut
Valerie	Phillips	Ministère de la Santé, gouvernement de la Saskatchewan
Ioana	Popescu	Institut canadien pour la sécurité des patients
Chris	Power	Institut canadien pour la sécurité des patients
Deborah	Prowse	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Caroline	Quach	AMMI Canada
Suzanne	Rhodenizer Rose	PCI Canada
Pat	Rich	Éditeur et rédacteur
Ben	Ridout	British Columbia Patient Safety and Quality Council
Jill	Robbins	Association canadienne de soins et services à domicile
Nancy	Roberts	Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Spencer	Ross	Institut canadien d'information sur la santé
Stephen	Routledge	Institut canadien pour la sécurité des patients
Myrella	Roy	Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux
Terri	Sabo	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Susan	Sepa	Inforoute Santé du Canada
Karen	Sequeira	Association des hôpitaux de l'Ontario
Kaveh	Shojania	Université de Toronto
Karey	Shuhendler	Association des infirmières et infirmiers du Canada
Rani	Srivastava	Académie des chefs de direction en soins infirmiers

ANNEXE

Prénom	Nom	Établissement
Polly	Stevens	Healthcare Insurance Reciprocal of Canada
Lisa	Stromquist	Association canadienne des centres de santé pédiatriques
Neil	Stuart	Patients Canada
Patricia	Sullivan Taylor	Organisation de normes en santé
Tricia	Swartz	Institut canadien pour la sécurité des patients
Leslee	Thompson	Organisation de normes en santé
Laurie	Thompson	Manitoba Institute for Patient Safety
Alex	Titeu	Institut canadien pour la sécurité des patients
Johanna	Trimble	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Jean	Trimnell	Vision & Results Inc.
Ellen	Tsai	Association canadienne de protection médicale
David	U	ISMP Canada
Brian	Wheelock	Institut canadien pour la sécurité des patients, membre du conseil d'administration
Timothy	Willett	SIM-one
Carla	Williams	Institut canadien pour la sécurité des patients