

**Renforcer notre
engagement envers
l'amélioration
ensemble :**

Un cadre stratégique
pour la sécurité des
patients

La sécurité
des patients

maintenant



10025, avenue 102A, bureau 1400,
Edmonton, AB Canada
T5J 2Z2

Sans frais : 1-866-421-6933
Télécopieur : 780-409-8098
Courriel : info@cpsi-icsp.ca

Droits d'auteur © 2019 par l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Tous droits réservés. Par la présente, l'Institut canadien pour la sécurité des patients [ICSP] autorise la redistribution de ce document, en totalité ou en partie, à des fins éducatives et non commerciales, pourvu que le contenu ne soit pas modifié et que la contribution de l'ICSP soit reconnue de manière appropriée, et qu'il soit clairement précisé que l'Institut canadien pour la sécurité des patients n'endosse pas cette redistribution. Une autorisation écrite de l'Institut canadien pour la sécurité des patients est requise pour une utilisation à toute autre fin, y compris l'utilisation commerciale des illustrations.

Citation suggérée :

Institut canadien pour la sécurité des patients Renforcer notre engagement envers l'amélioration ensemble : Un cadre stratégique pour la sécurité des patients. Edmonton, Alberta; 2019.

Pour obtenir de plus amples renseignements, contribuer ou faire part de vos observations, veuillez joindre info@cpsi-icsp.ca Cette publication peut être téléchargée gratuitement à www.patientsafetyinstitute.ca

L'Institut canadien pour la sécurité des patients tient à remercier Santé Canada pour son soutien financier. Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Contenu

Synopsis	1
1. Introduction	3
3. Méthodologie	5
4. Un Cadre stratégique pour la sécurité des patients au Canada	6
4.1 Objectif de la politique : Le Canada dispose des soins de santé les plus sécuritaires au monde	7
4.2 Contexte politique	7
4.3 Acteurs politiques de la sécurité des patients	8
4.4 Principes directeurs soutenant les politiques relatives à la sécurité des patients	9
4.5 Leviers politiques liés à la sécurité des patients	14
4.6 Indicateurs de mesure du succès liés à la sécurité des patients	19
4.7 Traduire les connaissances en actions au profit de la sécurité des patients	20
5. Discussion	21
6. Conclusion	24
Annexe A. Ressources politiques clés conçues par l'ICSP	25
Annexe B. Membres du Comité consultatif sur les politiques, les affaires juridiques et réglementaires de l'ICSP (2017-2019)	27
Références	28

Synopsis

Renforcer notre engagement envers l'amélioration ensemble : Un cadre stratégique pour la sécurité des patients

Introduction:

« Le Canada dispose des soins de santé les plus sécuritaires au monde », voilà l'énoncé de vision de la stratégie *La sécurité des patients, maintenant 2018-2023* de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). La mission de l'ICSP a pour but « d'inspirer et de faire progresser une culture dévouée à l'amélioration soutenue pour assurer des soins de santé plus sécuritaires ».

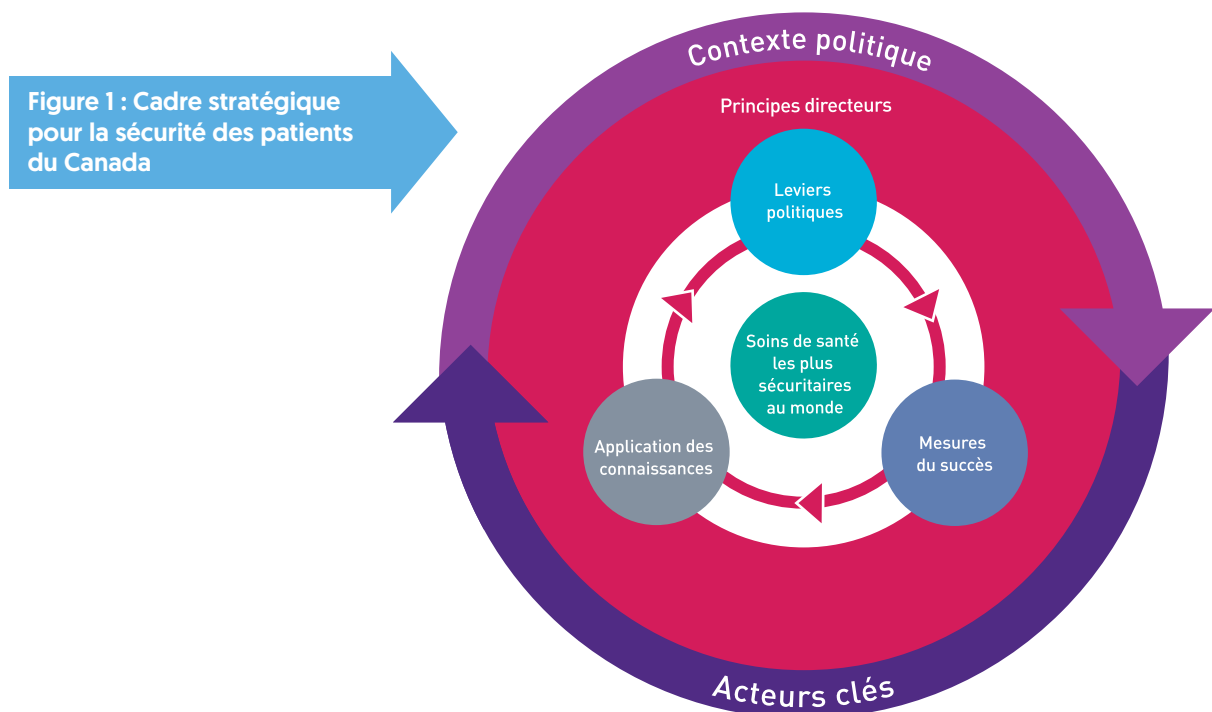
L'ICSP élabore des stratégies à l'échelle du système visant à améliorer la sécurité des soins de santé de deux façons : en démontrant ce qui fonctionne pour améliorer la sécurité des soins au Canada, et en renforçant l'engagement de tous les intervenants en santé envers les priorités en matière d'amélioration de la sécurité des soins.

Toutefois, il est devenu clair que, non seulement faut-il nous engager plus profondément envers l'avancement de la sécurité des patients du Canada, mais que les systèmes de santé ont besoin davantage de données probantes et de soutien pour effectuer des améliorations significatives en matière de sécurité des patients, ainsi que pour mesurer et faire durer les résultats. Voilà donc pourquoi l'ICSP a créé l'outil *Renforcer notre engagement envers l'amélioration ensemble : Un cadre stratégique pour la sécurité des patients* (Figure 1) afin de stimuler la conversation et la mobilisation en fonction des leviers politiques suivants : la législation, la réglementation, les normes, les politiques organisationnelles et la participation du public.

Composantes du cadre stratégique :

Les éléments suivants constituent les composantes du *Cadre stratégique* :

- Objectif de la politique : Les soins les plus sécuritaires au monde
- Acteurs clés
- Contexte politique
- Principes directeurs de la sécurité des patients
- Leviers politiques en matière de sécurité des patients
- Mesures du succès, et
- Application des connaissances (traduire les connaissances en actions)



Messages clés :

Prendre un virage vers la sécurité des patients au Canada exige une transformation générale en matière de culture, de valeurs et d'attentes à tous les niveaux du système de santé, ainsi que la participation active de divers acteurs politiques. Le *Cadre stratégique* de l'ICSP a pour but d'aider les décideurs politiques, les dirigeants, les chercheurs, les évaluateurs, les gestionnaires et les prestataires de la santé à identifier les moyens efficaces d'améliorer la sécurité des patients et de guider les discussions portant sur la législation, les politiques, la réglementation et les normes efficaces et réalistes, en plus de stratégies visant la mobilisation de la population canadienne en matière de sécurité des patients. La clé de l'efficacité des leviers politiques, tels que la législation et la sensibilisation du public, repose sur l'évaluation continue des politiques et la mise en place de mécanismes efficaces d'échange de connaissances et d'apprentissage.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients tient à souligner qu'elle a obtenu un soutien financier de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada.

1. Introduction

« Le Canada dispose des soins de santé les plus sécuritaires au monde »¹, voilà l'énoncé de vision de la stratégie *La sécurité des patients, maintenant 2018-2023* de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). La mission de l'ICSP a pour but « d'inspirer et de faire progresser une culture dévouée à l'amélioration soutenue pour assurer des soins de santé plus sécuritaires ». L'organisation élabore des stratégies à l'échelle du système visant à améliorer la sécurité des soins de santé de deux façons : en démontrant ce qui fonctionne pour améliorer la sécurité des soins au Canada, et en renforçant l'engagement de tous les intervenants en santé envers les priorités en matière d'amélioration de la sécurité des soins. Ces directions stratégiques sont fondées sur l'évolution de l'ICSP et sur une nouvelle compréhension des mécanismes de mise en œuvre de changements durables. Il est devenu clair que, non seulement faut-il nous engager plus profondément envers l'avancement de la sécurité des patients du Canada, mais que les systèmes de santé ont besoin davantage de données probantes et de soutien pour effectuer des améliorations significatives en matière de sécurité des patients, ainsi que pour mesurer et faire durer les résultats.

Alors que l'ICSP a collaboré par le passé avec une grande variété de participants volontaires et fait appel à des mécanismes d'amélioration et de responsabilisation éclairés, homologués par les organismes de réglementation et d'agrément en place; la nouvelle stratégie est axée sur des relations avec certains intervenants clés essentielles à l'exercice d'une influence sur la politique, sur la législation, sur les normes et sur la réglementation et à l'intégration de meilleures données probantes et pratiques en matière de sécurité des patients. L'ICSP travaillera avec un plus petit groupe de partenaires profondément engagés envers la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions robustes en matière d'amélioration. De plus, la stratégie de l'ICSP poursuit et renforce son partenariat avec Patients pour la sécurité des patients du Canada. L'ICSP continuera donc d'autonomiser les patients et le public pour que ceux-ci défendent les changements nécessaires à l'amélioration des résultats et de l'expérience des patients au Canada.

Au cours des cinq prochaines années, l'ICSP interprétera et fournira les données probantes, l'obligation morale et le cadre d'orientation liés aux moteurs politiques en matière de sécurité des patients aux décideurs politiques, aux responsables d'organisations, aux chargés de la réglementation des professionnels de la santé et aux organismes responsables de l'application des normes et de l'agrément des provinces et territoires.

L'amélioration de la sécurité des patients ne relève pas seulement du domaine de l'ICSP. L'ICSP joue un rôle de catalyseur, d'intégrateur et de soutien pour la sécurité des patients du Canada. L'amélioration et la préservation des changements apportés aux systèmes de santé exigent une approche permettant d'encadrer la sécurité des patients au sein d'un système complexe, aux priorités diverses et souvent concurrentes, disposant de différentes ressources et doté de différents niveaux d'accès et besoins. La sécurité des patients est la responsabilité de tous. Une approche systémique coordonnée parmi tous les partenaires est essentielle.

La mise en œuvre de leviers politiques exige une démarche alignée du côté des différents acteurs politiques, y compris sans s'y limiter les gouvernements, les organisations de santé pancanadiennes, les financeurs de la recherche, les patients et les familles, les organismes de réglementation, le public canadien, les employeurs et les éducateurs. Le rôle de l'ICSP, en tant qu'organisation dédiée à l'amélioration, est d'aider tous les acteurs à renforcer leurs capacités et faciliter la création d'un environnement politique favorisant l'amélioration de la sécurité des patients.

¹ Selon un rapport du Fonds du Commonwealth publié en 2017, le rendement global du système de santé du Canada est classé au 9e rang parmi 11 pays de l'OCDE, y compris en matière d'indicateurs liés à la qualité et à la sécurité des patients (Schneider et coll. 2017). Il est donc important de comprendre le contexte actuel et lever la barre lorsqu'il est question de sécurité des patients au Canada.

2. Sécurité des patients : Une crise de santé publique

La sécurité des patients représente une crise de santé publique à l'échelle du Canada et à l'échelle globale. En 2017, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) soulignait qu'un patient sur dix est victime de préjudice lorsqu'il a recours aux services du système de santé (Slawomirski et coll. 2017). Les incidents liés à la sécurité des patients représentent environ 14 % du fardeau mondial en matière de maladie et environ 15 % des activités et des dépenses hospitalières (Slawomirski et coll. 2017). Les incidents liés à la sécurité des patients qui contribuent le plus au fardeau des maladies comprennent les infections nosocomiales, la thromboembolie veineuse, les plaies de pression, les erreurs médicamenteuses et les diagnostics erronés ou tardifs (Slawomirski et coll. 2017). De plus, 134 millions d'événements indésirables contribuent à 2,6 millions de décès au sein des hôpitaux nationaux situés dans des régions à faible et moyen revenu (National Academies of Sciences, Engineering et Medicine; 2018). À travers le monde entier, les pratiques dangereuses et les erreurs liées aux médicaments, qui l'on estime, coûtent 42 milliards de dollars américains par année (Donaldson et coll. 2017), constituent les principales causes de préjudices associés aux soins de santé.

Au Canada, les incidents de sécurité des patients représentent la troisième principale cause de décès après le cancer et les maladies du cœur, à raison de 28 000 morts en 2013 (RiskAnalytica 2017). Un patient est victime d'un préjudice toutes les une minute et huit secondes au sein du système de santé canadien (RiskAnalytica 2017), alors que toutes les 13 minutes, un individu décède à cause d'un incident évitable lié à la sécurité des patients. Dans le contexte de soins actifs, les infections représentent le principal facteur de cause en ce qui a trait aux incidents liés à la sécurité des patients, entraînant en moyenne environ 70 000 incidents liés à la sécurité des patients par année et générant des coûts de santé supplémentaires de 480 millions de dollars canadiens par année (RiskAnalytica 2017). Les préjudices aux patients ont entraîné des coûts de santé d'un milliard de dollars canadiens en Ontario au cours de l'exercice financier 2015-2016 (Tessler et coll. 2019).

Diverses initiatives [souvent ponctuelles] d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients ont été mises en œuvre à travers le Canada. Des mesures comme les listes de vérification chirurgicale et les ensembles de prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux et des pneumonies sous ventilation assistée (ICSP 2012) sont maintenant homologués partout à travers le Canada. Toutefois, aucune amélioration substantive n'a été effectuée en matière de sécurité des patients au pays, malgré les meilleurs efforts déployés avec dévouement par les prestataires, les dirigeants, les patients, les familles, l'ICSP et d'autres intervenants au cours des 15 dernières années (Baker 2015; Vogel 2015). Le taux et l'ampleur de ces préjudices sont inacceptables. Les Canadiens espèrent et méritent le système de santé le plus sécuritaire au monde. Il est maintenant temps de réorienter la conversation sur l'amélioration de la sécurité des patients à l'aide d'une approche à l'échelle du système de santé.

Ce Cadre stratégique fera avancer la cause de la sécurité des patients au Canada, alors que l'ICSP prend sa place dans l'arène politique. L'ICSP propose d'utiliser et d'évaluer plusieurs leviers pour améliorer la sécurité des patients, y compris la législation, la réglementation professionnelle, les normes, les politiques organisationnelles et la participation du public. Le *Cadre stratégique* est fondé sur un modèle d'amélioration continue et d'échange de connaissances visant à soutenir l'élaboration de politiques efficaces, adaptables et fondées sur les données probantes à tous les différents niveaux du système de santé canadien.

3. Méthodologie

L'ICSP a adopté une approche qualitative afin d'identifier les différents leviers politiques, d'exposer les principes directeurs et déterminer la mesure du succès. Un examen documentaire des sources universitaires, de la littérature grise et des ouvrages publiés a été effectué. Les sources suivantes ont été analysées dans le but d'identifier les leviers politiques et les principes directeurs visant à informer le *Cadre stratégique* :

1. Une recherche documentaire à l'aide des mots clés « leviers politiques » et « forces du changement » liés à l'amélioration de la sécurité des patients au Canada et à l'échelle internationale;
2. Un examen des organisations de santé, des organismes professionnels et d'autres cadres stratégiques publics pertinents du Canada et du monde entier;
3. Une analyse du *Guide d'élaboration d'une politique et d'une stratégie nationales relatives à la qualité*² de l'Organisation mondiale de la santé (2018);
4. Un examen de l'environnement des initiatives relatives à la sécurité des patients et des réformes en cours au sein d'autres organisations de santé du Canada et à l'étranger (par exemple, la Commission de la santé mentale du Canada);
5. Le travail de deux étudiants de cycle supérieur de l'Université de l'Alberta qui décrit l'orientation stratégique permettant à l'ICSP de participer à la politique liée à l'amélioration
6. Une revue et une synthèse des fondements du travail de l'ICSP sur la sécurité des patients depuis sa création en 2003 par le biais de la recherche et du perfectionnement des ressources afin d'informer les efforts politiques, juridiques et réglementaires déployés (Annexe A).

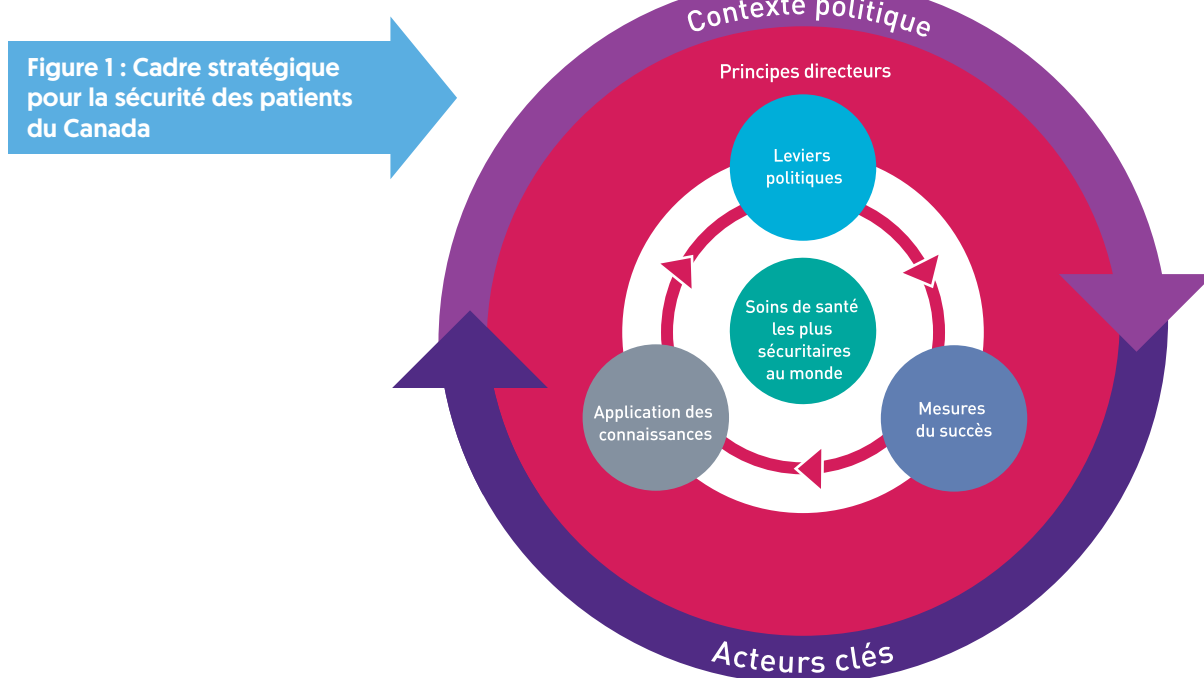
Une analyse thématique a également été menée dans le but d'identifier les thèmes émergents de la littérature. Le Comité consultatif sur les politiques, les affaires juridiques et réglementaires de l'ICSP a examiné le *Cadre stratégique* d'un œil critique. Le comité consultatif est composé de dirigeants et d'experts des domaines de la médecine et des soins infirmiers, ainsi que d'organismes réglementaires, d'organisations gouvernementales et non gouvernementales et de patients partenaires. Le comité a présidé son élaboration, offert une rétroaction et contribué à identifier des exemples de leviers politiques ou d'initiatives prioritaires en matière de sécurité des patients, ainsi que des principes directeurs et des indicateurs de mesure du succès. Les anciens membres et les membres actuels du comité consultatif au moment de la publication sont énumérés à l'Annexe B.

² Le guide et le recueil d'outils informent les efforts dirigés par l'OMS visant à soutenir l'élaboration de politiques et de stratégies relatives à la qualité des soins – y compris la sécurité des patients (Organisation mondiale de la santé 2018).

4. Un Cadre stratégique pour la sécurité des patients du Canada

L'objectif général de l'initiative *Renforcer notre engagement envers l'amélioration ensemble : Un cadre stratégique pour la sécurité des patients* (également appelée Cadre stratégique dans ce document) est d'améliorer la sécurité des patients dans tous les contextes de soins et d'informer une amélioration systémique durable.

Le *Cadre stratégique* comprend certains éléments fondamentaux hautement interreliés qui sont susceptibles de changer en fonction de l'évolution des systèmes de santé. Le *Cadre stratégique* est destiné à servir de feuille de route conceptuelle (figure 1) indiquant la relation entre les leviers politiques identifiés et les indicateurs de mesures du succès cités. La feuille de route sert également à souligner le contexte social, économique, politique et culturel influençant les conversations sur la sécurité des patients, ainsi que la complexité des rôles des acteurs politiques et des liens qu'ils entretiennent. Il s'agit d'un guide visant à soulever les lacunes des politiques de santé du Canada existantes et à évaluer les leviers politiques relevés.



Le *Cadre stratégique* a été conçu pour encourager la discussion et guider les actions des décideurs politiques, des chercheurs, des organisations, des établissements de prestation de soins privés et publics, des prestataires de première ligne, des gestionnaires du système de santé, des dirigeants, des patients, des familles et du grand public canadien. Le *Cadre stratégique* peut être mis en œuvre à différents niveaux du système de santé du Canada. Les gouvernements provinciaux et territoriaux peuvent recourir au *Cadre stratégique* pour implanter et évaluer les lois liées à la déclaration obligatoire, à la divulgation et à la protection sur présentation d'excuses. Le *Cadre stratégique* ouvre également la voie vers des occasions permettant de tirer parti des leçons acquises au sein d'autres juridictions ou organisations.

4.1 Objectif de la politique : le Canada dispose des soins de santé les plus sécuritaires au monde

Étant donné la persistance du fardeau de préjudices évitables subis par les patients à travers le Canada, il est impératif de prioriser la sécurité des patients à tous les niveaux du système de santé. L'approche choisie doit privilégier l'angle des systèmes de santé et doit mettre en lumière la nécessité de transformer notre façon de penser aux politiques, à la gouvernance, au leadership et aux pratiques de santé (ICSP 2018a; ICSP 2018b). De plus en plus de données probantes tendent à montrer que la participation des patients et du public à titre de partenaires est essentielle à l'établissement des priorités, des politiques, des systèmes et des décisions exerçant une influence sur la sécurité (ICSP 2018c).

La sécurité des patients n'est pas la responsabilité d'un seul organisme, gouvernement ou acteur du système de santé, celle-ci dépend plutôt des efforts coordonnés et soutenus de plusieurs. Plus encore, la réforme des soins de santé constitue un processus continu s'opérant dans un système hautement complexe, caractérisé par des priorités souvent concurrentes, et disposant de ressources limitées, comme le temps, l'argent et les ressources humaines (Forest *et coll.* 2015). Il existe plusieurs défis susceptibles d'influencer la mise en œuvre de politiques lorsqu'il est question d'aligner les stratégies, les indicateurs de mesure et les mécanismes de responsabilisation. Par exemple, la mise en œuvre efficace d'une législation permettant de signaler les incidents critiques doit tenir compte des politiques organisationnelles et des environnements de travail, y compris différents types de direction, de culture en milieu de travail, de technologies de l'information, de soutien et de ressources, telles que le temps dont on dispose et si la dotation en personnel est optimale ou non.

4.2 Contexte politique

Les soins de santé constituent un système adaptatif complexe qui évolue et se transforme en fonction des politiques, de la dynamique socioculturelle, des ressources offertes (par exemple, les ressources humaines, l'infrastructure des technologies de l'information), des attentes et des besoins de la population en matière de santé (Braithwaite 2018). Le « contexte politique » fait référence aux facteurs politiques, économiques et sociaux systémiques exerçant une influence sur le processus d'élaboration des politiques (Buse *et coll.* 2012; Lewis et Fletcher 2005; Walt *et coll.* 2008). Une analyse du contexte politique à travers toutes les juridictions canadiennes identifiera les éléments catalyseurs ou inhibiteurs de l'avancement de la sécurité des patients.

Il existe plusieurs dimensions contextuelles qui sous-tendent les politiques favorisant la sécurité des patients. À l'échelle globale, une volonté politique et un leadership engagé se sont avérés essentiels à la mise en œuvre de vastes améliorations en matière de sécurité des patients (ICSP 2018a). L'élaboration de politiques liées à la sécurité des patients est également informée par les tendances relatives à la santé de la population, y compris la hausse des maladies chroniques, la complexité des cas de patients et le vieillissement de la population.

Idéalement, la rédaction de politiques visant à soutenir la prestation de soins sécuritaires doit refléter le point de vue des différents groupes culturels, ainsi que les déterminants sociaux de la santé, y compris le revenu, le statut social, les niveaux de scolarité et d'alphabétisation, le soutien social, les aptitudes d'adaptation, la culture et le sexe (Byrd et Thompson 2008; Gibson et Odeyemi 2012; Johnstone et Kanitsaki 2006). Une culture de sécurité et la reconnaissance de la réconciliation du Canada avec les collectivités inuites, métisses et des Premières nations sont également des éléments essentiels à considérer dans l'élaboration de politiques canadiennes de santé (Browne *et coll.* 2009; Greenwood *et coll.* 2017; Richardson et Murphy 2018; Smye 2002).

Les avancées en matière de technologies de l'information (TI), de robotique, d'applications informatiques, de pharmacologie et de dispositifs médicaux sont également des éléments importants à envisager lorsqu'il est question de sécurité des patients (Agboola *et coll.* 2016; Powell-Cope *et coll.* 2008). À titre d'exemple, la formation liée à la simulation sur patients promeut les soins en équipe et permet aux prestataires de santé d'apprendre de façon conceptualisée (Arnold *et coll.* 2018; Naik et Brien 2013). Les innovations en matière de TI et de dispositifs médicaux, telles que les dossiers médicaux électroniques interopérables (Powell-Cope *et coll.* 2008) et la lecture de codes à barres aux fins de distribution de médicaments (Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada et ICSP 2013) sont de plus en plus utilisées pour améliorer la sécurité des soins. Enfin, l'intelligence artificielle (IA) et les infrastructures de mégadonnées sont également utilisées pour promouvoir la prestation de soins de santé sécuritaires, comme la prédiction des risques et la stratification des maladies (Borycki et Kushniuk 2019; He *et coll.* 2019; Neill 2013).

Certains incitatifs et désincitatifs doivent être en jeu pour qu'une transformation organisationnelle et systémique des soins de santé favorisant la sécurité des patients ait lieu. Des incitatifs ou des pénalités financières peuvent être mis à profit dans le but de soutenir la sécurité des patients, y compris des initiatives de rémunération au rendement visant à réduire le taux de réadmission et des politiques encourageant la réduction des incidents de sécurité subis par les patients, comme les infections nosocomiales (Crawford Cohen *et coll.* 2018; Slawomirski *et coll.* 2017).

4.3 Acteurs politiques de la sécurité des patients

Au cœur de toute politique efficace sur la sécurité des patients se trouvent des gens et des organisations responsabilisés et enthousiastes, et intéressés au succès de la politique. Un large éventail d'acteurs influencent et sont influencés par le processus d'élaboration des politiques visant à améliorer la sécurité des patients du Canada. Ces acteurs comprennent : les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux, les éducateurs, les chercheurs, les associations réglementaires et professionnelles, les organismes d'agrément, les autorités de la santé, les organisations non gouvernementales, les soignants formels et aidants naturels, les communautés autochtones, les prestataires de soins, les dirigeants du système de santé, les employeurs, les patients et les patients conseillers, ainsi que le public.

Les politiques d'amélioration de la sécurité des patients s'inscrivent au sein d'un système complexe de rôles et de relations entre divers acteurs du processus d'élaboration de politiques, qui est à son tour assujéti à des dynamiques de pouvoir, différents points de vue et différentes priorités et ressources (Buse *et coll.* 2012; Walt *et coll.* 2008). Les acteurs politiques exercent une influence sur un système de relations et de processus compliqué, impliquant la recherche de sens, des actions concertées et l'art de la rhétorique et de la persuasion (Contetriopoulos *et coll.* 2017). Au bout du compte, assigner la responsabilité et l'imputabilité en ce qui concerne la sécurité des patients constitue tout un défi, surtout dans un contexte au sein duquel les priorités et le leadership sont sans cesse changeants (Dixon-Woods et Pronovost 2016).

La schématisation des rôles, des relations et des dynamiques de pouvoir parmi les acteurs politiques peut également représenter un défi, surtout à cause de la complexité inhérente au système de santé canadien (Bélet 2014). Pourtant, il existe plusieurs outils servant à l'identification et la schématisation des acteurs politiques, tels que l'analyse des médias sociaux et des intervenants, incluant les travailleurs de la santé (Bae *et coll.* 2015), les patients et le public (Bowen *et coll.* 2014; Brett *et coll.* 2012; Brugha et Varvasovszky 2000; Contetriopoulos *et coll.* 2017; Lewis 2006; Varvasovszky et Brugha 2000).

4.4 Principes directeurs soutenant les politiques relatives à la sécurité des patients

Les principes directeurs du *Cadre stratégique* suivants reflètent les valeurs actuelles et les objectifs souhaités sous-tendant les politiques liées à la sécurité des patients du Canada :

- Les soins prodigués aux patients sont aussi sécuritaires que possible partout à travers le pays et des efforts sont déployés dans le but de prévenir les incidents de sécurité des patients, y répondre et en tirer des leçons;
- Les juridictions et les organisations disposent de mécanismes de mesure et de surveillance de la sécurité;
- Les patients, les familles et le public sont activement engagés et habilités;
- Le leadership en place soutient et participe à la promotion d'une culture de sécurité;
- Une culture empreinte de bienveillance et de justesse est établie à tous les niveaux du système de santé canadien; et
- La main-d'œuvre en santé est impliquée et soutenue.

Ces principes sont intégrés à l'Ensemble pour la culture de la sécurité des patients à l'intention des cadres supérieurs de l'ICSP (ICSP 2018d). L'Ensemble souligne les concepts qui doivent être mis en œuvre pour améliorer la sécurité des patients, y compris la sécurité psychologique, une culture de bienveillance et de justesse, les indicateurs de mesure de la sécurité des patients et le leadership de première ligne (ICSP 2018d). Ces principes ne sont pas mutuellement exclusifs. Par exemple, l'instauration d'une culture de bienveillance et de justesse dans le contexte des soins de santé exige un leadership solide, l'appui des gestionnaires et la participation de la main-d'œuvre. Ces principes directeurs peuvent se transformer en fonction des changements affectant le contexte social, économique et politique, ainsi qu'en fonction du point de vue des acteurs politiques et des liens qu'ils entretiennent entre eux.

Ces principes sont importants dans et pour la mise en œuvre de politiques de sécurité des patients à différents niveaux des systèmes de santé. Toutefois, l'implantation des leviers politiques peut s'accompagner de défis. Par exemple, l'institution de politiques au sein des établissements de santé dépend principalement du personnel de première ligne et des gestionnaires. Cependant, souvent le personnel de première ligne et les gestionnaires ne disposent pas du temps nécessaire pour ce faire, ni de la formation ou de la capacité en ressources humaines (par exemple, effectifs, sécurité psychologique) requises afin d'apporter des changements suffisamment durables à l'environnement de travail pour réellement améliorer la sécurité des patients (Duffield *et coll.* 2011).

 **Les soins prodigués aux patients sont aussi sécuritaires que possible partout à travers le pays, et des efforts sont déployés dans le but de prévenir les incidents de sécurité des patients, y répondre et en tirer des leçons**

La prestation de soins de santé sécuritaires représente une des valeurs de base du système de santé canadien (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada 2002). Élever la barre en matière de sécurité des patients au Canada implique le dévouement de l'ensemble du système. Si un patient subit un préjudice imprévu, des mesures doivent alors être prises pour veiller à ce que les patients et leurs proches soient informés de l'incident de manière opportune, honnête et transparente. Des efforts raisonnables doivent être déployés par le biais des leviers politiques pour prévenir la récurrence de l'incident (Leape *et coll.* 2009). Les procédés inhérents à un système de santé centré sur

le patient soutiennent les personnes impliquées dans un incident de sécurité des patients, y compris les prestataires, les patients et leurs proches, pour que l'expérience de l'analyse de l'incident soit transparente. [Boothman 2016; ICSP 2011; Leape et coll. 2009; Moore et Mello 2017; Ock et coll. 2017]. En outre, ce système pourrait également offrir une structure de soutien de signalement des incidents de sécurité des patients par les patients et leurs proches, qui les aiderait (par exemple, le thérapie) à s'adapter à la suite d'un incident lié à la sécurité des patients.

L'approche « trouver et régler » selon laquelle les incidents de sécurité des patients sont identifiés et pris en charge a souvent été utilisée au Canada et ailleurs [Braithwaite et coll. 2015]. L'approche réactive à la réduction du taux de préjudices peut s'avérer efficace [Braithwaite et coll. 2015]. En même temps, on a toujours eu tendance à intégrer des stratégies proactives visant à déterminer « ce qui fonctionne » en ce qui a trait à la prévention des incidents liés à la sécurité des patients [Braithwaite et coll. 2015; Jones et Johnstone 2019]. La mise en évidence de ces stratégies proactives reflète la capacité des équipes de soins, ainsi que des organisations et des systèmes de santé à anticiper les problèmes potentiels, à s'adapter et à apprendre avant qu'un incident de sécurité des patients ait lieu [Sujan et coll. 2019].

➔ **Les mécanismes de mesure et de surveillance de la sécurité sont essentiels à l'amélioration**

Le rôle que jouent la mesure, la surveillance et l'échange de connaissances dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité est de plus en plus reconnu par les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéraux [Baker 2015]. Toutefois, malgré certaines avancées ciblées au sein de plusieurs juridictions, aucune amélioration substantive n'a été apportée à la sécurité des patients à l'échelle du système de santé. Essentiellement, les indicateurs de mesure ou les tableaux de bord liés à la sécurité des patients sont fondés sur des incidents de sécurité survenus dans le passé. Bien que d'importantes leçons puissent être tirées de l'analyse de ceux-ci, il faut disposer d'une infrastructure de données dotée d'une capacité de surveillance en temps réel, permettant de tirer des leçons de façon ponctuelle et d'effectuer des améliorations fondées sur les données probantes [gouvernement du Manitoba 2015].

Nous devons disposer de données qualitatives et quantitatives fiables, normalisées et actuelles en matière de sécurité des patients pour pouvoir guider le processus d'élaboration de politiques à tous les niveaux. Un modèle utile pour la conceptualisation de ces renseignements est le *Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité* [CMSS] [Vincent et coll. 2013]. Le CMSS constitue un modèle conceptuel visant à faire évoluer notre notion de la sécurité, en passant de l'absence de préjudice à la présence de sécurité en fonction de cinq dimensions : préjudices antérieurs; fiabilité; sensibilité aux opérations; anticipation et préparation; et intégration et formation [Vincent et coll. 2013].

Les dirigeants, les décideurs politiques et les équipes de soins peuvent mettre en œuvre le CMSS pour mieux expliquer les enjeux inhérents à la sécurité des patients et guider la prise de décisions qui s'y rattachent. Les questions principales liées aux cinq dimensions du CMSS sont :

- **Préjudices antérieurs** : Les soins aux patients ont-ils été sécuritaires dans le passé?
- **Fiabilité** : Nos systèmes et processus cliniques sont-ils fiables?
- **Sensibilité aux opérations** : Nos soins sont-ils sécuritaires en ce moment?
- **Anticipation et préparation** : Nos soins seront-ils sécuritaires à l'avenir?
- **Intégration et formation** : Est-ce que nous répondons de mieux en mieux aux besoins?

³ Des témoignages de patients et des ressources destinées aux patients et aux familles sont disponibles via le site Web de PPSPC : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/about/programs/ppsc/pages/default.aspx> [PPSPC s.d.].

Avoir recours au CMSS comme modèle conceptuel permet d'obtenir une vue exacte et exhaustive en temps réel, selon laquelle on peut analyser, évaluer et soutenir la sécurité des patients. Le CMSS aide les utilisateurs à passer de « l'assurance » à « l'interrogation ». Il y parvient en s'éloignant d'une démarche conventionnelle et étroite d'information du processus décisionnel en matière de sécurité des patients fondée sur les cas de préjudice antérieurs, vers une approche plus élargie qui tient compte du rendement actuel, des futurs risques, de la résilience organisationnelle, qui intervient et qui tire sans cesse des leçons. Le CMSS doit être implanté de concert avec les équipes de soins aux points de soins, ainsi qu'avec les conseils d'administration des soins de santé et les cadres supérieurs. L'ICSP a mis le CMSS à l'essai au Canada dans le cadre d'un projet de recherche évaluative (Baker 2015). Les résultats ont été traduits par le biais d'une initiative nationale à l'aide d'une méthodologie collaborative et de la mise en œuvre de principes scientifiques.

Les patients et les familles sont activement engagés et habilités

Les systèmes de santé existent pour desservir la population; il est donc essentiel que celle-ci occupe une place centrale dans les efforts déployés visant à instaurer une culture de bienveillance et de justesse. Une telle culture doit accueillir et favoriser la contribution significative des communautés desservies. La participation des patients, des familles et des communautés au processus de planification, de configuration, de prestation et d'évaluation des services de santé vient veiller à ce que les priorités ciblées reflètent les enjeux importants à leurs yeux et introduire un nouveau niveau de responsabilisation et de transparence en ce qui concerne la sécurité et la qualité des soins. Idéalement, les patients et les familles devraient être pleinement impliqués dans leurs soins de santé et agir à titre de partenaires dans le déploiement d'efforts d'amélioration de la sécurité des patients (Ocloo 2010; Sharma et coll. 2017, ICSP 2018c).

Faire progresser la sécurité des patients au Canada signifie que des forums efficaces et un nombre suffisant de ressources liés à la sécurité des patients sont en place (ICSP 2018c). L'impact positif de la participation des patients à la sécurité des patients a été bien démontré et favorisé par Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC), le programme dirigé par les patients de l'ICSP et la branche canadienne du réseau global de PPSP de l'Organisation mondiale de la santé³. Par le biais d'actions concertées menées en collaboration avec ses partenaires d'autres organisations de santé et des groupes de patients du Canada et de l'étranger, le programme de l'ICSP (lancé en 2006) a pour but de veiller à ce que l'expérience des patients informe les efforts d'amélioration de la sécurité à tous les niveaux du système de santé canadien et à ce que « chaque patient soit en sécurité » (Kovacs-Burns 2008; Patients pour la sécurité des patients du Canada s.d.).

Au cours la dernière décennie, de plus en plus de preuves indiquent que lorsque les patients, les familles et le public participent à l'élaboration de programmes, de politiques et de services; les résultats de santé sont plus positifs. Le processus veille également à ce que les patients et les prestataires de santé puissent vivre de meilleures expériences. Les patients et le public jouent un rôle clé dans l'identification des problématiques liées à la sécurité qui ont peut-être échappé aux systèmes existants, dans la recommandation de mesures d'amélioration de la sécurité plus efficaces, et surtout, dans l'orientation des politiques et des priorités en ce qui concerne l'expérience patient et les enjeux les plus importants à leurs yeux (ICSP 2018c).

Le leadership en place soutient et participe à la promotion d'une culture de sécurité

Un leadership qui soutient et participe à tous les niveaux du système de santé canadien est essentiel à l'amélioration de la sécurité des patients (Kristensen et coll. 2016). Cette approche est reprise par Kendel (2014) qui lui aussi souligne que la qualité du leadership en place fait partie intégrante de la culture de sécurité au Canada :

Un leadership solide en matière de qualité et de sécurité des patients capable de fixer des priorités pertinentes qui correspondent aux besoins des citoyens - et de créer un environnement favorable à la satisfaction de ces besoins – est nécessaire à tous les niveaux du système de santé existant, et le perfectionnement des aptitudes d'amélioration de la qualité des dirigeants pourrait aider à y parvenir.

Par ailleurs, lorsque la direction participe et soutient l'amélioration de la sécurité des soins, cela favorise la correspondance entre les politiques de sécurité des patients et les stratégies qui s'y rattachent (OMS 2018). Les dirigeants performants sont en mesure de créer et de soutenir une culture d'apprentissage et d'amélioration axée sur le maintien de la sécurité et la prévention des préjudices subis par les patients et sont capables d'apprendre des erreurs commises. Sales et coll. (2017) allèguent que les programmes et politiques efficaces liés à la sécurité des patients dépendent d'un leadership accueillant, non punitif, qui soutient les individus osant s'exprimer, facilite la communication et le travail d'équipe, et veille à la mobilisation de l'information. Ce modèle de sécurité des patients renforce les liens interpersonnels et interprofessionnels, ouvre la voie à l'interrogation et amenuise l'attitude défensive (Sales et coll. 2017; Singer et Vogus 2013; Zaheer et coll. 2015). Plus précisément, l'ICSP a créé l'Ensemble pour la culture de la sécurité des patients à l'intention des cadres supérieurs dans le but de guider les directions soutenant la sécurité des patients (ICSP 2018d). « L'ensemble » contient des pratiques fondées sur les données probantes permettant aux équipes dirigeantes de promouvoir la prestation de soins sécuritaires, y compris créer des programmes, des processus, des procédés de divulgation, des formations et des capacités empreints d'une « culture d'équité » en matière d'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins (ICSP 2018d). L'ensemble offre aux dirigeants plusieurs mécanismes permettant d'établir une culture de sécurité des patients, y compris la modélisation des valeurs clés, la favorisation de la sécurité psychologique et l'établissement de protocoles de divulgation et de présentation d'excuses (ICSP 2018d).

Une culture de bienveillance et de justesse est établie à tous les niveaux du système de santé canadien

L'amélioration de la sécurité des patients au sein du système de santé exige des efforts axés sur l'instauration d'une culture de soins de santé « ouverte et juste » disposant des outils, des processus et de l'expertise nécessaires au soutien et au maintien d'une culture positive. Une culture de soins de santé de bienveillance et de justesse exige la transition d'une culture de « honte et de blâme » vers une culture d'apprentissage, d'ouverture, de collaboration, de confiance et d'amélioration perpétuelle (Association Canadienne de protection médicale 2017; Kendel 2014). Cette transition exige une direction efficace de la part des cliniciens, des gestionnaires intermédiaires, des cadres supérieurs et des conseils d'administration, car ils servent de modèles pour les membres du personnel qui à leur tour imiteront et propageront ces comportements à travers l'organisation.

Plus précisément, une culture de bienveillance et de justesse reconnaît que des erreurs sont inévitables et que souvent celles-ci sont dues à plusieurs facteurs et plusieurs échecs du système. Une intervention qui cherche seulement à placer le blâme ne réussira pas à adresser les déficiences du système de façon adéquate ni à prévenir la survenue de préjudices dans le futur (Halpern et coll. 2016). En identifiant et en répondant sans cesse aux erreurs systémiques latentes, une culture empreinte de justesse favorise la création d'un environnement sécuritaire pour l'amélioration de la qualité en encourageant la détection et la correction des échecs systémiques, tout en reconnaissant la responsabilité personnelle (Boyner 2013). Placer uniquement l'accent sur la responsabilité personnelle pourrait sembler avoir pour but de décourager les pratiques négligentes et déficientes; toutefois, au contraire, cela pourrait encourager les cliniciens à exercer leur pratique de manière défensive ou à omettre de signaler les erreurs. Parallèlement, la promotion d'une culture de bienveillance et de justesse permet l'instauration d'un environnement permettant aux prestataires de soins de s'exprimer à voix haute au sujet de la sécurité des patients (Nacioglu 2016; Okuyama et coll. 2014). Il faut donc sensibiliser les gouvernements et les décideurs politiques par rapport à l'influence qu'exerce le système de santé sur la qualité des soins et la sécurité des patients à travers l'ensemble de celui-ci, et à la reconnaissance du fait que des mesures punitives mises en œuvre de haut en bas pourraient entraver les efforts d'amélioration de la sécurité des patients (Organisation mondiale de la santé 2018).

La main-d'œuvre en santé est impliquée et soutenue

Le lien entre la santé et le bien-être des prestataires de soins est bien établi (*National Patient Safety Foundation 2015; Yassi et Hancock 2005*). Les milieux de travail en soins de santé qui ont des charges de travail raisonnables, une main-d'œuvre optimisée, un horaire flexible, des perspectives de perfectionnement professionnel, et qui profite de l'appui de la direction, génèrent de meilleurs résultats de santé chez les patients (Kirwin et coll. 2013; Shamian et El-Jardali 2007). Ressentir de la joie au travail engendre également la prestation de soins plus sécuritaires (Leape et coll. 2009; *National Patient Safety Foundation 2013; Perlo et coll. 2017*). Parallèlement, l'épuisement professionnel des cliniciens peut réduire l'engagement des membres du personnel, augmenter le taux d'accidents au travail et provoquer des incidents de sécurité du côté des patients (Perlo et coll. 2017). Pareillement, les comportements perturbateurs au sein des milieux de travail en soins de santé et le roulement élevé du personnel peuvent mener à la prestation de soins de santé non sécuritaires (*Health Quality Council of Alberta 2013; Laschinger 2014; Stone et coll. 2008*).

De plus en plus, les soins de santé canadiens sont prodigués par des équipes qui travaillent de concert pour fournir des soins sécuritaires aux patients (Gluyas 2015; Weller et coll. 2014). Le travail d'équipe et la communication efficaces sont des aspects clés de la prestation de soins sécuritaires. Par exemple, une communication inefficace entre les membres de l'équipe soignante lors des transitions de soins peut mener à une interprétation erronée des informations du patient, à des erreurs médicamenteuses et à la négligence des changements de l'état de santé du patient (Kwan et coll. 2013; Weller et coll. 2014). L'amélioration de la coordination et de la communication des équipes interprofessionnelles a informé la création du programme TeamSTEPPS® fondée par

l'Agency for Healthcare Research et Quality. Ce programme a pour but de renforcer la sécurité des patients par le biais de l'amélioration de la prestation de soins en équipe, en mettant l'accent sur le leadership, la surveillance situationnelle, le soutien mutuel et la communication (Parker et coll. 2018). L'ICSP a assumé un rôle de direction dans le perfectionnement de la prestation de soins en équipe en offrant le cours de formation maître TeamSTEPPS Canada™ (ICSP s.d.).

Il est également impératif de soutenir les dirigeants et les prestataires lorsqu'un incident de sécurité a lieu. On reconnaît de plus en plus que la survenue d'incidents de sécurité subis par les patients affecte l'équipe de soins (Seys et coll. 2012). À la suite de la survenue d'un incident de sécurité des patients, les prestataires peuvent éprouver des sentiments de culpabilité, d'incompétence et d'inadéquation, et même un traumatisme (Scott et coll. 2009; Wu et coll. 2017)⁴. Les programmes de soutien entre pairs aident les prestataires impliqués ou ayant été témoins d'un incident à s'adapter et à améliorer leur capacité à participer de façon plus efficace au processus d'examen et de divulgation des incidents de sécurité des patients⁵. L'ICSP tente de sensibiliser et éduquer les intervenants par rapport aux répercussions des incidents de sécurité des patients sur les prestataires, les organisations et les professionnels de la santé dans le but d'élaborer et d'implanter des programmes de soutien entre pairs.

4.5 Leviers politiques liés à la sécurité des patients

Les leviers politiques représentent les mécanismes dont disposent les décideurs politiques pour influencer la transformation du système (Howlett 2011). Plusieurs leviers politiques peuvent contribuer à transformer la dynamique de la sécurité des patients au Canada, y compris la législation, la réglementation professionnelle, les normes d'agrément, les politiques organisationnelles, ainsi que la participation des patients et du public. Bien que l'amélioration de la sécurité des patients soit un objectif populaire dans le domaine des politiques de santé, en pratique, notre connaissance des types de leviers politiques à implanter, ainsi que le moment et la combinaison idéale pour ce faire, demeure imparfaite.

Législation

Les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux peuvent imposer des changements au système de santé du Canada par le biais de la législation et de mandats visant à appuyer la sécurité des patients (Baker et coll. 2004; Denis et coll. 2011). La direction gouvernementale est essentielle à la mise en œuvre de mécanismes de protection dans le but de prendre en charge et réduire les incidents de sécurité subis par les patients au sein du système de santé. À titre d'exemple, le gouvernement du Canada a promulgué la *Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses* (Loi de Vanessa)⁶ afin d'identifier les réactions médicamenteuses indésirables et les incidents liés aux instruments médicaux, d'imposer des pénalités dans le cas de produits dangereux et de procéder rapidement au rappel des dispositifs thérapeutiques non sécuritaires (Fierlbeck 2016). La loi renforce la réglementation actuelle en matière de produits

⁴ Beaucoup de discussions ont porté sur l'expression « victime secondaire » et la terminologie qui s'y rattache fait présentement l'objet d'un examen (référence Wu 2017).

⁵ Le soutien entre pairs est de plus en plus utilisé pour optimiser la récupération des patients atteints de problèmes de santé mentale et de dépendances grâce au partage des expériences, aux stratégies d'adaptation, à l'empathie et l'acceptation (Repper et Carter 2011).

⁶ La Loi de Vanessa a été nommée en l'honneur de Vanessa, la fille de 15 ans du député conservateur Terence Young, qui est décédée en 2000 à la suite d'un événement iatrogène médicamenteux.

thérapeutiques par le biais d'un cadre réglementaire pour la déclaration obligatoire par les établissements de santé à travers l'ensemble du Canada, en vue d'améliorer la sécurité des patients en accroissant la capacité de Santé Canada de recueillir de l'information et d'intervenir rapidement dans le cas de médicaments ou de produits thérapeutiques dangereux (Santé Canada 2016).

La législation liée à la protection en matière de divulgation et de présentation d'excuses est essentielle, non seulement pour le bien-être et la guérison des patients et des prestataires concernés, mais elle contribue également à une culture globale de sécurité des patients au Canada (Baker 2014; MacDonald et Attaran 2009). Cela dit, la déclaration obligatoire des incidents de sécurité des patients, la protection sur présentation d'excuses et le degré selon lequel la législation dispose de mécanismes de responsabilité et de renforcement en cas de non-conformité varient énormément d'une province ou d'un territoire à l'autre (Erdmann 2019). Certaines provinces disposent de lois en matière de déclaration des incidents critiques ou des événements graves, alors que d'autres ne disposent d'aucune loi en la matière ou disposent de lois seulement applicables à certains secteurs du système de santé (par exemple, les hôpitaux) (Erdmann 2019). Plus encore, certaines lois s'appliquent seulement aux incidents critiques, alors que d'autres ont trait à la divulgation au patient ayant subi un préjudice, à la protection suite à la présentation d'excuses et à la protection des renseignements sur la qualité des soins à la suite d'un incident.

Réglementation professionnelle

Les ordres professionnels ont le mandat légal d'imposer des restrictions et des conditions liées à l'exercice de la pratique et émettre des normes en matière de conduite et d'éthique professionnelles (gouvernement du Manitoba 2015; Rowlet et Kitto 2014). L'intégration de la sécurité des patients à l'autoréglementation professionnelle énonce clairement les attentes liées à la sécurité des patients aux prestataires de soins de santé.

Plusieurs organismes réglementaires canadiens ont intégré la sécurité des patients à leurs compétences de base (Rowlet et Kitto 2014). En collaboration avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et un vaste réseau de professionnels et dirigeants de la santé, l'ICSP a créé en 2008 le Cadre des compétences en matière de sécurité (CCS) et publié une version révisée en 2019. Le CCS a été conçu pour identifier les connaissances, les compétences et les comportements attendus de la part de tous les professionnels de la santé dans le cadre de la prestation de soins sécuritaires (ICSP 2008; ICSP 2019a). Le CCS comprend six domaines de compétences clés liées à la sécurité des patients :

- Créer une culture de sécurité des patients;
- Travailler en équipe pour veiller à la sécurité des patients;
- Communiquer efficacement pour renforcer la sécurité des patients;
- Gérer les risques associés à la sécurité des patients;
- Optimiser les facteurs humains et environnementaux; et
- Reconnaître les événements indésirables, y réagir et les divulguer⁷.

⁷ Les six domaines comprennent 20 compétences clés, 140 compétences habilitantes, 37 éléments de savoir, 34 aptitudes pratiques et 23 comportements essentiels (ICSP 2016).

Ces concepts sont en cours d'intégration à la formation préprofessionnelle du côté des établissements d'enseignement postsecondaire et à la formation postprofessionnelle du côté des établissements de santé. Le CCS a été endossé par divers groupes professionnels et organisations de santé, comme le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association canadienne de physiothérapie (Prairie Research Associates 2017). Certains organismes de réglementation et d'octroi de permis ajoutent activement des politiques de prestation de soins sécuritaires aux patients à leur code d'éthique et de conduite et leurs normes de pratique. Par exemple, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a intégré des concepts clés inhérents à la sécurité des patients à son programme CanMEDS, un cadre référentiel pour l'amélioration des soins prodigués aux patients en perfectionnant la formation des médecins (ICSP 2016). Au moment de la publication du *Cadre stratégique*, le CCS faisait l'objet d'une révision visant à refléter les concepts, les problématiques, les pratiques et le curriculum liés à la sécurité des patients dans le but de simplifier leur mise en œuvre et renforcer l'éducation et les normes des professions de la santé (ICSP 2019a).

Agrément et normes

L'agrément constitue aussi un moteur important de la sécurité des patients et de l'amélioration de la qualité des soins. La plupart des organisations de santé du Canada sont agréées par Agrément Canada en fonction d'un ensemble de normes fondées sur les données probantes (Braithwaite *et coll.* 2006; Greenfield *et coll.* 2012). En 2017, Agrément Canada a fondé l'Organisation de normes en santé (HSO) afin d'établir et diffuser les normes globales en matière, par exemple, de gouvernance des soins de santé, de sécurité des patients, de prévention et de contrôle des infections et de gestion des médicaments (HSO s.d.). Environ 100 normes personnalisables visant à favoriser l'amélioration des services de soins de santé et sociaux sont offertes (HSO s.d.). Les normes ont été établies en collaboration avec les patients, les décideurs politiques et les prestataires de soins (HSO s.d.).

Le Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des usagers pour les services de santé et les services sociaux (ci-après appelé le cadre) a été rédigé de concert par l'ICSP et HSO. Le cadre a été appuyé par un comité consultatif composé de prestataires de soins, de patients et leurs proches, de chercheurs, de décideurs politiques et de membres autochtones et non autochtones. Le projet de cadre reflète et s'appuie sur des perspectives formulées à la suite d'importants investissements et contributions de la part de plusieurs organisations fédérales, nationales, provinciales et territoriales, ainsi que sur les récents travaux de l'OECD, de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la santé. Le cadre décrit aux organisations et aux juridictions les objectifs et les résultats souhaités en matière de promotion de la sécurité des soins. On s'attend à ce que le cadre et les objectifs qui s'y rattachent soient publiés en 2020, offrant ainsi un plan d'action plus clair aux organisations de soins de santé et de services sociaux (ICSP 2019b).

Organizational Policies

L'amélioration de la sécurité dépend d'une culture organisationnelle qui favorise et priorise la sécurité des patients.⁸ L'importance de la culture doit être au front des activités liées à la sécurité des patients. La gouvernance organisationnelle, la direction et la capacité technique de l'ensemble du système de santé sont toutes des facteurs liés à l'amélioration de la qualité. Il est utile d'envisager l'importance de l'instauration et de l'institutionnalisation d'une « culture de sécurité des patients » au niveau des établissements et au niveau du système de santé pour qu'une réelle transformation durable s'opère.

Il existe divers facteurs à l'échelle organisationnelle qui favorisent l'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins. Le leadership, en commençant par le conseil d'administration jusqu'au niveau des cadres supérieurs de chacune des organisations, joue un rôle majeur en ce qui concerne le signalement de l'importance de la sécurité des patients. Les organisations et les conseils de soins de santé alloueront du temps et des ressources à leur ordre du jour pour aborder et discuter des questions touchant la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients. Ils établiront également des systèmes de gestion quotidienne servant à comprendre les risques pour les patients et à intégrer les concepts inhérents à la sécurité à l'énoncé de vision et à la stratégie de leur organisation.

Les organisations de soins de santé engagées à l'égard de la sécurité des patients mettent en place des politiques propices à l'amélioration des soins, y compris des politiques touchant : les pratiques et les procédures de déclaration et d'analyse des incidents; l'implication des membres de la famille des patients dans la planification des soins; le soutien des prestataires; le soutien des patients ayant subi des préjudices et leurs proches; l'amélioration continue de la qualité et l'apprentissage perpétuel; les méthodes de communication des équipes de soins (par exemple, liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire) et les protocoles normalisés (par exemple, l'hygiène des mains); et les occasions de formation et de perfectionnement professionnels (Vats *et coll.* 2010). Elles tirent également parti des avancées liées aux technologies de l'information pour soutenir la prestation de soins aux patients (Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada et ICSP 2013; Powell-Cope *et coll.* 2008). Il existe aussi plusieurs exemples de configuration des facteurs humains et de principes de planification qui peuvent optimiser la sécurité de l'environnement au profit des patients et des prestataires de soins, y compris l'entretien des équipements et la configuration des installations (Joseph *et coll.* 2018; Olmsted 2016). Un exemple parmi ceux-ci est le fait que l'emplacement et le nombre d'éviers installés dans une chambre de patient influencent les pratiques d'hygiène des mains, ainsi que la prévention et le contrôle des infections (Deyneko *et coll.* 2016; Steinberg *et coll.* 2013). Un autre exemple : disposer d'équipements bien entretenus contribue directement à réduire le taux de chutes (mains courantes et barres d'appui, lève-personne fixé au plafond) (Ganz *et coll.* 2013).

⁸ Dans ce document, le terme « organisations » fait référence aux organisations de prestation de soins de santé, y compris sans s'y limiter, les autorités sanitaires régionales, les réseaux de soins primaires, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée publics ou privés, les soins à domicile, les praticiens privés et les cliniques de soins primaires.

Participation du public

Le public est au cœur des efforts visant à instaurer une culture de qualité et de sécurité à travers l'ensemble du système de santé canadien; donc, des systèmes permettant la participation active et significative du public canadien, tels que des comités consultatifs ou des forums publics, doivent être en place. Investir dans les structures et les compétences nécessaires pour ce faire peut être un puissant moyen de créer et d'institutionnaliser une culture de qualité au sein d'un système de santé (Organisation mondiale de la santé 2018).

Une des avenues à emprunter vers l'amélioration de la qualité des soins est de solliciter la participation du public. Il s'agit de sensibiliser les citoyens par rapport au paysage actuel de la sécurité des soins et aux diverses façons qu'ils peuvent contribuer à engendrer le changement (Denis *et coll.* 2011). L'ICSP est déterminé à travailler en partenariat avec Patients pour la sécurité des patients du Canada à l'amélioration du profil de la sécurité des patients et à élever les attentes qui s'y rattachent (ICSP 2018a). En 2018, un sondage mené auprès des Canadiens a révélé que seulement environ un tiers d'entre eux étaient au courant de la situation entourant la sécurité des patients, alors qu'un tiers d'entre eux affirmaient avoir subi, ou qu'un de leur proche avait subi, un incident lié à la sécurité des patients (IPSOS 2018). Une fois que ceux-ci ont été informés des problèmes liés à la sécurité des patients, y compris l'ampleur et l'impact des préjudices évitables, la majorité des répondants (75 %) indiquaient alors que la sécurité des patients constitue une priorité en matière de santé – comparativement à 33 % avant d'être sensibilisés à l'état de la situation (IPSOS 2018).

Les cas et les événements tragiques les plus retentissants sensibilisent le public au sujet de la sécurité des patients, surtout dans les médias sociaux, ce qui à son tour stimule la mise en place de mesures correctives à différents niveaux de la gouvernance (Vincent 2011). La Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses (Loi de Vanessa) constitue un exemple très récent. Le décès d'une adolescente canadienne associé à des pratiques médicamenteuses dangereuses a suscité de vives réactions de la part du public et a mené à des modifications visant à protéger les Canadiens des médicaments et dispositifs médicaux dangereux (Hohl *et coll.* 2015). Accroître la sensibilisation du public au sujet de la sécurité des patients dépend de la fixation d'objectifs inclusifs, de la coordination et de stratégies de communication efficace liées aux médias sociaux, aux baladodiffusions, aux communiqués de presse et aux présentations.

4.6 Indicateurs de mesure du succès liés à la sécurité des patients du Canada

Les leviers politiques cités dans le *Cadre stratégique* sont évoqués dans le but d'améliorer la sécurité des patients du Canada et de mener en fin de compte à la vision globale d'un Canada disposant des soins de santé les plus sécuritaires au monde de l'ICSP. Les indicateurs de mesure du succès suivants associés aux leviers politiques ont été établis à la suite d'une analyse documentaire, de la collecte de renseignements tirés des activités liées aux relations régionales, de la rétroaction, de la collaboration avec PPSPC et de consultations avec le Comité consultatif sur les politiques, les affaires juridiques et réglementaires de l'ICSP, dans le but de surveiller la progression des activités en matière de prévention et de réduction des incidents de sécurité des patients.

Législation

- Les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux contribuent à l'avancement de la sécurité des patients par le biais de lois visant à veiller à la transparence du signalement et de la divulgation des incidents de sécurité des patients, de la présentation d'excuses, des procédés d'assurance de la qualité et de déclaration publique.
- Des systèmes de surveillance destinés à la mesure et au signalement d'indicateurs de sécurité sont en place partout à travers le Canada, ainsi qu'en matière de taux et d'échelles d'incidents de sécurité des patients fondés sur les mêmes définitions d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Réglementation

- Les associations professionnelles et les organismes réglementaires intègrent des normes de compétence en matière de sécurité des patients aux normes de pratique professionnelle.
- Toutes les exigences d'octroi de permis professionnels comprennent des normes liées à la sécurité des patients.
- Les normes de compétences en matière de sécurité des patients sont intégrées aux outils et aux stratégies de perfectionnement professionnel.

Agrément et normes

- Les pratiques organisationnelles promeuvent et renforcent la sécurité des patients grâce à l'intégration de normes de santé à travers le Canada et sont mesurées à l'aide de mécanismes agréés.

Politiques organisationnelles

- Les organisations de santé sont appuyées par les conseils d'administration et les cadres supérieurs dans l'adoption de politiques visant à favoriser une culture de sécurité empreinte de justesse et d'ouverture, à permettre la transparence et le signalement et à impliquer les patients et les familles à tous les niveaux.

Participation du public

- Le degré de sensibilisation du public canadien par rapport à la sécurité des patients est plus élevé.
- Le profil de la sécurité des patients constitue une priorité pour tous les systèmes de santé du Canada.

En fin de compte, ces indicateurs de mesure du succès dressent le portrait de la situation idéale pour assurer la sécurité des patients grâce à des efforts concertés et soutenus, tels que des changements législatifs, l'amélioration du niveau de mobilisation des patients et du public, ainsi que des modifications apportées à la réglementation, aux normes et à l'accréditation professionnelles.

4.7 Traduire les connaissances en actions au profit de la sécurité des patients

Un des éléments importants de l'analyse du rôle, de l'influence et de la synergie entre les leviers politiques est de relier sans cesse les données probantes à des actions. Il est nécessaire d'établir les liens entre la génération de connaissances et l'élaboration, l'implantation et l'évaluation de leviers politiques efficaces, réalistes et appropriés en matière d'amélioration de la sécurité au Canada. Ce concept s'applique à tous les niveaux et comprend la génération rapide et conséquente de nouvelles données probantes servant à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de sécurité des patients à l'échelle du système [Boes *et coll.* 2018; Etheredge 2014; Etheredge 2007; Lavis *et coll.* 2018]. Bien qu'il existe divers modèles et cadres conceptuels visant l'application des connaissances dans les soins de santé, l'ICSP utilise le Modèle des connaissances à la pratique élaboré par Graham *et coll.* [2006] comme moyen de démontrer les processus cycliques complexes de la génération de connaissances, l'évaluation des politiques et l'apprentissage et le partage mutuels.

La clé du cycle du Modèle des connaissances à la pratique dans le contexte des processus d'amélioration de la sécurité des patients est l'établissement de partenariats liés à la définition des priorités en matière de sécurité. L'identification de stratégies et d'indicateurs de mesure du succès de la sécurité des patients peut se faire par le biais de l'apprentissage mutuel, de partenariats et de l'échange de connaissances [Baker et Axler 2015]. On reconnaît également de plus en plus qu'il n'existe aucune stratégie « à taille unique » pour l'amélioration de la sécurité des patients. Braithwaite *et coll.* [2014], par exemple, souligne que bien qu'il existe de plus en plus d'études sur les interventions et les politiques de sécurité des patients, il faut porter davantage attention aux facteurs associés à l'application des données probantes en pratique. Il se peut que les leviers qui fonctionnent dans un contexte ne soient pas aussi efficaces dans un autre contexte. À cet égard, les cadres méthodologiques et théoriques, tels que la science de l'application [Braithwaite *et coll.* 2014, Fisher *et coll.* 2016] et l'évaluation réaliste [Best *et coll.* 2012; Pawson *et coll.* 2005] sont des outils qui pourraient être utilisés pour mettre en évidence le rôle du contexte social, politique et économique, ainsi que le rôle et la nature des interactions entre les acteurs clés en matière de leviers politiques.

Il existe également certains outils pratiques disponibles pour la promotion de l'échange et de l'application des connaissances. Les investissements et l'infrastructure liés à l'apprentissage mutuel au sujet de l'efficacité des leviers politiques de la sécurité des patients viendront améliorer la sécurité des soins au Canada. L'ICSP agit à titre de centre d'échange de données probantes et d'informations sur la sécurité des patients. D'autres outils d'application et d'échange des connaissances comprennent la recherche de consensus [Renfew *et coll.* 2008] et les réseaux et partenariats formels et informels [Broner *et coll.* 2001]. Le processus d'application et d'échange de connaissances dépend également d'une communication et d'une prise de responsabilité claires et efficaces chez les dirigeants, les chercheurs, les patients et les autres acteurs politiques [Broner *et coll.* 2001; Commission européenne 2010; Jones *et coll.* 2006]. Il est également important d'élaborer des messages clés appropriés pour les différents acteurs du système de santé du Canada. Améliorer le niveau de sensibilisation du public, par exemple, fera appel à des stratégies efficaces de communication et de relations publiques.

5. Discussion

L'ICSP représente l'autorité nationale sur la sécurité des patients dont le mandat est d'informer et d'habiliter les gouvernements, les organisations et les prestataires de soins, ainsi que le public afin d'améliorer et d'appuyer la sécurité des patients à l'échelle du système. En tant que troisième cause de décès au Canada (RiskAnalytica 2017), les incidents de sécurité des patients entraînent des préjudices et des traumatismes incommensurables chez les patients, les familles, les prestataires de soins et les communautés. Il est absolument nécessaire d'élever la barre et les attentes en matière de sécurité des patients à travers le pays.

Il ne s'agit pas d'une tâche facile. La sécurité des patients ne fera pas partie intégrante des programmes de santé gouvernementaux à l'échelle provinciale et territoriale jusqu'à ce qu'il existe une volonté politique pour ce faire et que les objectifs à long terme soient fixés en dehors des cycles politiques à court terme. Les systèmes de santé du Canada s'efforcent de satisfaire plusieurs demandes concurrentes et de s'adapter à des priorités sans cesse changeantes. Les Canadiens doivent mieux comprendre quels sont les leviers politiques qui sont le plus efficaces lorsqu'il est question d'améliorer la sécurité des patients et comment faire pour assurer leur adoption et leur pérennité à travers le Canada. L'amélioration de la sécurité des patients du Canada implique qu'il faut accepter et s'adapter à la complexité du système, tout en veillant à l'amélioration continue des secteurs de soins de santé, en tirant parti des avancées en matière de technologies de l'information et des modèles de soins, et en mettant en place une infrastructure de partage de données et d'apprentissage mutuel. Ces activités propulseront la sécurité des patients au-delà du modèle linéaire « trouver et régler » vers un modèle qui tient compte du caractère complexe et imprévisible du système (Braithwaite *et coll.* 2015; Jensen 2008; Braithwaite 2018). L'amélioration de la sécurité des patients dépend également de l'identification et l'analyse des rôles, des responsabilités et des dynamiques de pouvoir entre les acteurs politiques et le contexte au sein duquel les leviers politiques liés à la sécurité des patients sont conçus, implantés et évalués.

La plupart des connaissances que nous possédons au sujet de la sécurité des patients au Canada sont limitées au contexte de soins de courte durée. Les connaissances sont encore lacunaires en ce qui a trait aux politiques efficaces et exigent une enquête plus approfondie. Par exemple, Kingston-Riechers *et coll.* (2010) allèguent que davantage de recherches et de données sur la nature de la sécurité des patients dans le contexte de soins primaires, ainsi que des stratégies d'amélioration efficaces sont nécessaires au Canada. Nous disposons de peu d'informations sur la sécurité des patients dans le contexte de la santé mentale, y compris en ce qui a trait à l'ostracisme et la surconsommation de médicaments (Brickell *et coll.* 2009; Dewa *et coll.* 2018; Emanuel *et coll.* 2013; Shields *et coll.* 2018). La sécurité des patients dans le contexte des soins à domicile et des établissements de soins de courte et de longue durée exigent également un examen plus approfondi (Bigham *et coll.* s.d.; Blais *et coll.* 2013; CPSI 2013; Daker-White *et coll.* 2015; Gartshore *et coll.* 2017; Kingston-Riechers *et coll.* 2010; Lang *et coll.* 2007; McDonald *et coll.* 2015; Wagner *et coll.* 2009).]

Une grande partie des données probantes et de la littérature liées à la sécurité des patients s'appliquent aux prestataires de soins de santé réglementés. Parmi ceux-ci, l'emphase a été surtout mise sur les médecins, les infirmières et infirmiers et les pharmaciens, pourtant plusieurs services de soins de santé canadiens sont prodigués par des prestataires non réglementés, tels que les auxiliaires de santé (Afzal *et coll.* 2018) ou les aidants naturels. Les diverses tâches visant à protéger les patients des incidents de sécurité (par exemple, le contrôle des infections, la prévention des chutes) sont effectuées par des catégories variées de personnel, y compris le personnel affecté aux services environnementaux, aux buanderies d'hôpital et à l'entretien des installations (Sokas *et coll.* 2013). Plus encore, plusieurs incidents

de sécurité des patients surviennent dans le cadre de la transition d'un point de soins à l'autre, par exemple, lorsque les patients passent des prestataires de soins aux aidants naturels, durant la transition d'un prestataire de services à un autre (par exemple, lorsque les patients obtiennent leur congé des services de soins de courte durée et doivent se tourner vers un prestataire de services communautaires), ou lorsque le patient passe d'une juridiction à une autre [Kahn et Angus 2011].

Les patients et les familles ont des perspectives, des attentes et des besoins différents qui entrent tous en ligne de compte dans l'expérience de la sécurité. Il est impératif de bien comprendre les enjeux liés à la sécurité des patients au Canada du point de vue de l'inclusion et de l'équité, ce qui comprend une grande diversité de citoyens canadiens, tels que les Inuits, les Métis, les Premières nations, les nouveaux arrivants, les sans-abris, ainsi que les collectivités rurales et éloignées. Étant donné cette diversité, la participation significative du public et des patients provenant de différents milieux socioculturels viendra améliorer la richesse et l'efficacité des leviers politiques liés à la sécurité des patients. Il est également essentiel de favoriser l'instauration d'une culture de bienveillance et de justesse par le biais d'un dialogue ouvert et honnête avec les patients, les familles et les prestataires et d'offrir le soutien nécessaire lorsque des patients subissent des préjudices.

Ces problématiques et ces notions ne sont pas chose nouvelle. Elles sont, toutefois, essentielles à la compréhension globale des leviers efficaces, et des acteurs et des circonstances qui s'y rattachent. La réforme de l'amélioration de la sécurité des patients dans le contexte de soins primaires, par exemple, doit conjuguer avec un différent ensemble de relations et de facteurs contextuels que la réforme des services de soins actifs. Les prestataires qui travaillent au sein des communautés des territoires du nord ont une dynamique très différente en ce qui concerne les ressources humaines et la technologie comparativement à celle des prestataires des régions du sud du Canada. Par conséquent, toute transformation générale en matière de politique peut susciter de l'intérêt à différents points de la planification ou de la prestation des services et chez différents acteurs à travers l'ensemble du système de santé.

L'élaboration et la mise en œuvre des leviers politiques identifiés posent plusieurs défis à relever. Ces défis comprennent les éléments suivants :

- La variabilité de la terminologie et des définitions liées à la sécurité des patients à travers le Canada;
- Les différentes approches de mesure;
- L'incohérence des modèles de signalement, d'apprentissage et d'échange;
- Le niveau très limité de sensibilisation du public par rapport au problème; et
- La stigmatisation suscitée par la participation à ou la déclaration d'un incident de sécurité des patients [chez les prestataires et les patients].

Relever ces défis fait appel à un effort concerté et de l'investissement selon diverses avenues. D'abord, le Canada ne s'est pas montré apte à transposer les innovations à plus grande échelle et à tirer parti des leçons acquises par ses homologues [Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé 2015]. Les projets pilotes visant l'amélioration de la sécurité des patients peuvent engendrer de meilleurs résultats du côté des patients, du système et des prestataires; toutefois, sans la mise en place d'une infrastructure ou d'un processus d'échange de connaissances et sans le soutien et l'investissement des acteurs politiques (y compris les patients et les prestataires); il se peut que ces projets pilotes n'aient pas de poids à grande échelle. La réalisation des soins de santé les plus sécuritaires au monde grâce

aux leviers politiques identifiés ne sera pas possible sans cerner et sans profiter des avantages offerts par les innovations en matière de technologies électroniques (par exemple, l'intelligence artificielle), de technologies de formation (par exemple, la simulation) et de technologies de l'information.

De plus en plus, les patients et le public exigent de la transparence. Il faut ouvrir la voie à une communication ouverte à tous les niveaux du système de santé, surtout lorsque des événements liés à la sécurité ont lieu [Gallagher et Mazor 2015; Kachalia 2013]. Permettre un tel niveau de transparence ne relève pas seulement du domaine des prestataires, des dirigeants et des établissements de soins de santé. La déclaration continue, l'échange d'information et un engagement indéfectible à l'égard de l'apprentissage et de l'amélioration relèvent de la responsabilité de tous les acteurs du système de santé canadien. Pour ce faire, nous devons investir dans une infrastructure capable de soutenir les systèmes d'apprentissage en santé, y compris la génération et l'application en temps réel de mégadonnées (par exemple, pour identifier et échanger de l'information sur les infections nosocomiales). Ceci comprend l'échange de données et de connaissances à travers tous les secteurs, toutes les professions et toutes les régions.



6. Conclusion

Prendre un virage vers la sécurité des patients au Canada repose sur une transformation générale en matière de culture, de valeurs et d'attentes à tous les niveaux du système de santé et la participation active de divers acteurs politiques. Leape et coll. (2009) allèguent que la sécurité des patients ne dépend pas seulement d'efforts, de pratiques et de règlements précis visant l'amélioration, mais de l'instauration d'une culture de confiance, d'un système de signalement, d'une transparence et d'une discipline à différents niveaux du système de santé. Il est également important d'aller au-delà de l'inertie découlant de l'extrême complexité du système de santé du Canada [par exemple, les différents modèles de soins, structures de financement, interactions et acteurs sociaux]. La clé de l'efficacité des leviers politiques, tels que la législation et la sensibilisation du public, est l'évaluation continue des politiques et des mécanismes liés à l'échange de connaissances.

Le *Cadre stratégique* de l'ICSP a pour but d'aider les décideurs politiques, les dirigeants, les chercheurs, les évaluateurs, les gestionnaires et les prestataires de la santé à identifier les moyens efficaces d'améliorer la sécurité des patients et guider les discussions portant sur la législation, les politiques, la réglementation et les normes efficaces et réalistes. L'outil repose sur les pratiques exemplaires ayant démontré des améliorations en matière de sécurité des patients et aide à cerner les lacunes en matière de connaissances et de pratique. Le *Cadre stratégique* tient compte des contextes sociaux, politiques et économiques uniques qui sous-tendent le processus décisionnel lié à l'élaboration de politiques, des principes directeurs de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques visant à la sécurité des patients.

Pour ce faire, l'ICSP recommande d'avoir recours au *Cadre stratégique* à titre de guide conceptuel pour l'amélioration et l'évaluation des leviers politiques et l'échange systématique des connaissances acquises avec d'autres. Les prochaines étapes à franchir au Canada sont clairement définies. Les citoyens canadiens ont besoin de politiques appuyant la sécurité des patients, que ce soit au niveau des établissements de santé ou au niveau des gouvernements. Ces politiques doivent intégrer les compétences en matière de sécurité des patients et adhérer aux normes d'agrément favorisant la prestation de soins sécuritaires. Nous devons également explorer des façons d'augmenter le niveau de sensibilisation du public par rapport à la sécurité des patients et inclure les patients et les familles dans le processus décisionnel. De plus, il importe d'évaluer les leviers politiques du contexte politique et social du Canada – y compris les limitations créées par la prise de décisions politiques à court terme et l'absence de priorités. Enfin, il faut tenir compte des défis liés aux différentes populations socioculturelles, aux différents statuts socioéconomiques et aux différentes régions géographiques pour veiller à ce que tous les citoyens canadiens aient droit à et reçoivent des soins de santé sécuritaires.

**L'objectif du Canada est de disposer des soins de santé
les plus sécuritaires au monde.**

Les citoyens du Canada espèrent et méritent rien de moins.

Annexe A : Ressources politiques clés conçues par l'ICSP

Ces références sont disponibles sur le site web de l'Institut canadien de la sécurité des patients.

L'ICSP a contribué plusieurs documents fondamentaux au paysage canadien pour l'avancement de la sécurité des patients, y compris les rapports et les cadres de travail énumérés ci-dessous, des listes de vérification (par exemple, la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire), des initiatives d'amélioration clinique (par exemple, la prévention des infections, du délirium et des chutes), des initiatives d'amélioration à grande échelle (par exemple, *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*), des analyses législatives (par exemple, la déclaration obligatoire du côté des provinces et territoires canadiens), des programmes de formation (par exemple, le cours canadien pour les coordonnateurs de la sécurité des patients) et la recherche universitaire (par exemple, le travail d'équipe et la communication); pourtant la sécurité des patients demeure un problème de santé publique grave et sous-estimé. Il existe un manque flagrant au niveau de la sensibilisation du public et des activités politiques de soutien qui entrave l'amélioration de la sécurité des patients, surtout étant donné que les préjudices évitables contribuent à élever les coûts et à l'inefficacité d'un contexte de financement aux ressources déjà limitées. Le degré selon lequel les préjudices évitables sont acceptés comme complication routinière dans le contexte de soins de santé et l'absence de mesures normalisées serait inacceptable au sein de n'importe quelle autre industrie.

Les ressources de l'ICSP suivantes ont fait partie de l'analyse documentaire liée à cet examen :

Lignes directrices nationales relatives à la divulgation : parler ouvertement aux patients et aux proches (2008) : Ces lignes directrices reposent sur divers projets liés à la sécurité des patients présentement en cours un peu partout au Canada et ont pour objet de soutenir les professionnels de la santé, les équipes interdisciplinaires, les organisations de santé et les organismes de réglementation. Ces lignes directrices représentent une mobilisation en faveur du droit à l'information des patients touchés par un incident lié à leur sécurité. Elles favorisent une approche claire et uniforme de la divulgation, mettent en relief l'importance du travail en équipe interdisciplinaire et soutiennent l'application des leçons apprises des incidents liés à la sécurité des patients.

Cadre canadien d'analyse des incidents (2012) : Le cadre canadien d'analyse des incidents est une ressource conçue pour soutenir ceux qui sont responsables, ou engagés dans la gestion, l'analyse ou l'apprentissage à partir d'incidents liés à la sécurité des patients, dans n'importe quel contexte de soins de santé. Il vise à accroître l'efficacité de l'analyse dans l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins prodigués aux patients.

Communication après un préjudice lié aux soins de santé (s.d.) : Cette ressource a été élaborée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour aider les prestataires et les établissements de soins de santé tout au long du processus de communication à la suite d'incidents liés à la sécurité des patients ayant entraîné des préjudices. Elle peut guider les établissements dans la création de stratégies et de tactiques de communication concernant des préjudices liés aux soins auprès de différents publics, y compris les médias sociaux.

Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents (2015) :

La trousse à outils sert de guide pratique et de ressource pour l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients en matière de gestion des incidents. La trousse à outils comporte trois secteurs : la Gestion de la sécurité des patients — les actions qui aident à anticiper de manière proactive les incidents de sécurité des patients et à empêcher qu'ils se reproduisent; les Facteurs système — les facteurs qui façonnent, et sont façonnés par, la sécurité des patients et la gestion des incidents qui s'y rattachent; et la Gestion des incidents — y compris les lois, les politiques, la culture, les individus, les procédés et les ressources.

Le cadre des Compétences en matière de sécurité (2009) : Éduquer les prestataires de soins de santé au sujet de la sécurité des patients et leur permettre d'avoir recours aux outils et aux connaissances pour concevoir et maintenir un système sécuritaire sont essentiels à la création du système de santé le plus sécuritaire au monde. Le cadre des compétences en matière de sécurité représente un outil pertinent, clair et pratique conçu par l'ICSP à l'intention de tous les professionnels de la santé.

Rapport sur l'intégration des Compétences liées à la sécurité des patients (2016) : Ce processus fournit un aperçu important de l'état actuel de la formation en sécurité des patients dans les milieux universitaires qui pourrait servir de fondement rudimentaire pour des comparaisons futures, et permet une meilleure compréhension de la valeur des compétences dans le milieu universitaire, pour les organismes de santé nationaux et les organismes professionnels.

Mesurer les préjudices dans les hôpitaux canadiens (2016) : La plupart des patients dans les hôpitaux reçoivent des soins sécuritaires, mais lorsque les préjudices se produisent, il y a un impact significatif sur les patients et leurs familles, l'équipe de soins de santé et le système de santé en général. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu d'approche standardisée pour mesurer et suivre les préjudices subis par les patients à l'hôpital. Le résultat est un nouvel indicateur des préjudices subis dans les hôpitaux de soins de courte durée qui lie les efforts de mesure directement à des ressources d'amélioration pratiques.

Le bien-fondé d'investir dans la sécurité des patients au Canada (2017) : Afin de comprendre l'impact de la sécurité des patients au Canada au cours des 30 prochaines années, RiskAnalytica a utilisé « Prosperity at Risk » (PaR), une plateforme informatique socioéconomique intégrée qui comprend des facteurs sociaux, de santé et financiers dans un système de modélisation en réseau. RiskAnalytica a relié des incidents de sécurité des patients provenant des sources canadiennes de recherche les plus récentes à la plateforme PaR afin de déduire les coûts des incidents de sécurité des patients.

Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada (2015) : Ce rapport représente le travail collectif du consortium national sur la sécurité des patients visant à rédiger, pour la première fois, une liste de 15 événements qui ne devraient jamais arriver dans le cadre de la prestation de soins hospitaliers au Canada. Les événements qui ne devaient jamais arriver sont des accidents liés à la sécurité des patients qui mènent à de graves préjudices, parfois même à la mort, et qui peuvent être évités à l'aide de contrôles et de vérifications appropriés. Ce terme ne vise pas à juger, à blâmer ni à offrir une garantie; il représente plutôt un appel à l'action pour prévenir la récurrence.

Un cadre pour mettre en place une culture de sécurité des patients : L'ensemble pour la culture de la sécurité des patients à l'intention des cadres supérieurs (2018) : Cet outil intègre des notions fondamentales liées à la science de la sécurité, la science de l'application, une culture juste, la sécurité psychologique, la santé et la sécurité du personnel, la mobilisation des patients et des familles, les comportements perturbateurs, la fiabilité et la résilience élevées, la mesure de la sécurité des patients, le leadership des médecins, la mobilisation du personnel, le travail d'équipe et la communication, ainsi que la normalisation et l'harmonisation à l'échelle de l'industrie.

Le Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité (2018) : Cette ressource d'envergure, fondée sur des données probantes et des pratiques exemplaires, aide les patients, les familles, les patients partenaires, les fournisseurs de soins et les leaders à travailler ensemble de façon plus efficace pour améliorer la sécurité des patients. En travaillant en collaboration, nous pouvons identifier les risques de manière plus proactive, mieux soutenir les personnes concernées par un incident et aider à empêcher que des incidents similaires ne se reproduisent à l'avenir.

Créer un endroit sûr (2018) : L'ICSP entend clarifier le privilège juridique et les éléments de la confidentialité personnelle concernant la mise en œuvre de programmes de soutien entre pairs pour les professionnels de la santé qui sont touchés émotionnellement par un incident de sécurité des patients. Nous espérons que ce travail aidera les établissements de soins de santé à créer des programmes de soutien psychologiquement sécuritaires, qu'il aidera les professionnels de la santé ayant besoin de soutien à comprendre ce qui est protégé et ce qui ne l'est pas, qu'il permettra aux patients de mieux comprendre l'expérience des professionnels de la santé, et enfin, qu'il encouragera les décideurs politiques à tenir compte de ce qui doit changer – notamment, une meilleure protection pour ces communications – pour veiller à ce que les professionnels de la santé aient accès au soutien dont ils ont besoin.

Annexe B. Membres du Comité consultatif sur les politiques, les affaires juridiques et réglementaires de l'ICSP (2017-2019)

Nom	Titre	Organisation
Chris Power (coprésident)	Président-directeur général	Institut canadien pour la sécurité des patients
Bill Tholl (coprésident)	Président fondateur et président-directeur général	HealthCareCAN
Owen Adams	Conseiller principal en politiques	Association médicale canadienne
Judy Birdsell	Membre	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Katarina Busija	Membre	Patients pour la sécurité des patients du Canada
Denise Durfy- Shepard	Gestionnaire, bureau des événements indésirables	Department of Health et Community Services [Service de santé et communautaires], Terre-Neuve-et-Labrador
Katharina Kovacs Burns	Membre	Patients for Patient Safety Canada
	Patients pour la sécurité des patients du Canada	Alberta Health Services
Dr Alika Lafontaine	Anesthésiologiste	Child Development Institute
Directeur médical de la zone du nord – Santé autochtone	Service de santé de l'Alberta	Access Consulting Ltd. Simon Fraser University
Lynn MacKenzie	Vice-President, Research and Policy	HealthCareCAN
	Présidente-directrice générale	Child Development Institute (Institut du développement de l'enfant)
Steven Lewis	Président	Canadian Nurses Association
Professeur en politique de santé	Access Consulting Ltd.	Canadian Nurses Association
Université Simon Fraser	Executive Lead, Canadian Policy and Partner Engagement	Health Standards Organization
Jonathan Mitchell	Vice-président, Recherche et politique	SoinsSantéCAN
Kathy Perrin	Sous-ministre adjointe (retraitee)	Gouvernement du Nunavut
Carolyn Pullen	Directeur, Politique, défense d'intérêts et stratégie	Association des infirmières et
infirmiers du Canada	Chief Executive Officer	Canadian Nurses Association
	Attorney (retired)	
Josette Roussel	Infirmière conseillère principale	Association des infirmières et
infirmiers du Canada	Registrar	College of Physicians and Surgeons of Manitoba
Patricia Sullivan-Taylor	Dirigeante en chef, Politiques canadiennes et mobilisation des partenaires	Organisation de normes en santé
Colin Stevenson	Vice-président – Service de santé, qualité et rendement du système	Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse
Lindy Van Amburg	Directrice adjointe, Direction des politiques stratégiques	Santé Canada
Jennifer Verma	Directrice principale	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
Mike Villeneuve	Président-directeur général	Association des infirmières et
infirmiers du Canada		
Brent Windwick, QC	Avocat (retraitee)	
Mark Wyatt	Sous-ministre adjoint	Ministère de la Santé de la Saskatchewan
Anna Ziomek	Registraire	Collège des médecins et des chirurgiens du Manitoba

Références

- Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. [2015]. *Unleashing Innovation: Excellent Healthcare for Canada Report of the Advisory Panel on Healthcare Innovation*. Ottawa, ON: Santé Canada.
- Agboola S., Bates, D. et Kvedar J. [2016]. *Digital health et patient safety*. JAMA, 315(16):1697–1698. doi:10.1001/jama.2016.2402.
- Arnold, J., Cashin, M. et Olutoye, O. O. [2018]. *Simulation-based clinical rehearsals as a method for improving patient safety*. JAMA Surgery, 153(12): 1143–1144. doi:10.1001/jamasurg.2018.3526.
- Bae, S. H., Nikolaev, A., Seo, J. Y. et Castner, J. [2015]. *Health care provider social network analysis: A systematic review*. Nursing Outlook, 63(5): 566-584. doi:10.1016/j.outlook.2015.05.006.
- Baker, G. R. [2015]. *Beyond the Quick Fix: Strategies for Improving Patient Safety*. Toronto, ON: Institute of Health Policy, Management et Evaluation, Université de Toronto.
- Baker, G. R. et Axler, R. [2015]. *Creating a High Performing Healthcare System for Ontario: Evidence Supporting Strategic Changes in Ontario*. Document conçu pour l'Ontario Hospital Association. Toronto, ON: Institute of Health Policy, Management & Evaluation, University de Toronto.
- Baker, G.R. [2014]. *Governance, policy et system-level efforts to support safer healthcare*. Healthcare Quarterly, 17 (numéro spécial): 21-26. doi:10.12927/hcq.2014.23955.
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J. et Tamblyn, R. [2004]. *The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada*. Canadian Medical Association Journal, 170(11): 1678-1686. doi:10.1503/cmaj.1040498.
- Bélet, D. [2014]. *Mapping changing social policy ideas: A global, actor-centred approach*. Document provisoire préparé pour la conférence New Directions in Social Policy: Alternatives from et for the Global South de l'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD), Genève, Suisse.
- Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J., Carroll, S. et Bitz, J. [2012]. *Large-system transformation in health care: a realist review*. The Milbank Quarterly, 90: 421-456. doi:10.1111/j.1468-0009.2012.00670.x.
- Bigham, B., Morrison, L., Maher, J., Brooks, S., Bull, E., Morrison, M., Burgess, R., Atack, L. et Shojania, K. [n.d.]. *La sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence : Promouvoir et harmoniser une culture de sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence (SMU)*. Document préparé pour l'Institut canadien pour la sécurité des patients, les directeurs des services médicaux d'urgence du Canada et la Calgary EMS Foundation. Toronto, Ontario : Université de Toronto.
- Blais, R., Sears, N. A., Doran, D., Baker, G. R., Macdonald, M., Mitchell, L. et Thalès, S. [2013]. *Assessing adverse events among home care clients in three Canadian provinces using chart review*. BMJ Quality & Safety, 22(12): 989-997. doi:10.1136/bmjqs-2013-002339.
- Boes, S., Mantwill, S., Kaufmann, C., Brach, M., Bickenbach, J., Rubinelli, S. et Stucki, G. [2018]. *Swiss Learning Health System: A national initiative to establish learning cycles for continuous health system improvement*. Learning Health Systems, 2(e10059), 1-6. doi:10.1002/lrh2.10059.
- Boothman, R. [2016]. *CETOR: the antidote to deny et defend?* Health Services Research, 51(Suppl 3): 2487–2490. doi: 10.1111/1475-6773.12626.

Borycki E. M. et Kushniruk A. W. [2019]. Mégaonnées et sécurité des patients. M.S. Househ, A. Kushniruk, et E. Borycki (Eds.), *Big Data, Big Challenges: A Healthcare Perspective*. Notes de conférence en bioingénierie. Suisse : Springer International Publishing.

Bowen, K., Alexeter, D., Miller, F. et Dany, V. [2014]. *Using social network analysis to evaluate health-related adaptation decision-making in Cambodia*. *International Journal of Environmental Research et Public Health*, 11[2]: 1605-1625. doi:10.3390/ijerph110201605.

Boyner, P. G. [2013]. *Just culture: a foundation for balanced accountability et patient safety*. *Ochsner Journal*, 13[3]: 400-406. Tiré de <http://www.ochsnerjournal.org/content/13/3/400.full>.

Braithwaite, J. [2018]. *Changing how we think about healthcare improvement*. *British Medical Journal*, 361:k2014.

Braithwaite, J., Wears, R. et Hollnagel, E. [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>.

Braithwaite, J., Marks, D. et Taylor, N. [2014]. *Harnessing implementation science to improve care quality et patient safety: a systematic review*. *International Journal for Quality in Health Care*, 26[3]: 321-329.

Braithwaite, J., Westbrook, J., Pawsey, M., Greenfield, D., Naylor, J., Iedema, R. et Gibberd, R. [2006]. *A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation*. *BMC Health Services Research*, 6[113]: 1-10. doi:10.1186/1472-6963-6-113.

Brett, J., Staniszewska, S., Mockford, C., Herron-Marx, S., Hughes, J., Tysall, C. et Suleman, R. [2014]. *Mapping the impact of patient et public involvement on health et social care research: a systematic review*. *Health Expectations*, 17[5]: 637-650. doi:10.1111/j.1369-7625.2012.00795.x.

Brickell, T., Nicholls, T., Procyshyn, M., McLean, C., Dempster, R., Lavoie, J., Sahlstrom, K., Tomita, T. et Wang, E. [2009]. *La sécurité des patients et la santé mentale*. Edmonton, Alberta: Institut canadien pour la sécurité des patients et Association des hôpitaux de l'Ontario.

Broner, N., Franczak, M., Dye, C. et McAllister, W. [2001]. *Knowledge transfer, policymaking et community empowerment: A consensus model approach for providing public mental health et substance abuse services*. *Psychiatric Quarterly*, 72[1]: 79-102. doi:10.1023/A:1004814220940.

Browne, A. J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, S., Lynam, M. et Wong, S. [2009]. *Cultural safety et the challenges of translating critically oriented knowledge in practice*. *Nursing Philosophy*, 10[3]: 167-179. doi:10.1111/j.1466-769X.2009.00406.x.

Brugha, R., Varvasovszky, Z. [2000]. *Stakeholder analysis: a review*, *Health Policy et Planning*, 15[3]: 239–246, <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.239>.

Buse, K., Mays, N, et Walt, G. [2012]. *Making Health Policy*. Maidenhead, Angleterre : Open University Press.

Byrd, J. et Thompson, L. [2008]. *"It's safe to ask": promoting patient safety through health literacy*. *Healthcare Quarterly*, 11[Special Issue]: 91-94.

Association canadienne de protection médicale. [2010 – révision 2017]. *Une culture juste en matière de sécurité : Comment déclarer les événements indésirables et participer à leur évaluation*. Ottawa, Ontario : Association canadienne de protection médicale.

Institut canadien pour la sécurité des patients (2019a). *Les compétences liées à la sécurité des patients : L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé*. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.

Institut canadien pour la sécurité des patients. (2019b). *Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des usagers pour les services de santé et les services sociaux*. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.

Institut canadien pour la sécurité des patients. (2018a). *Plan d'affaires 2018-2023 de l'Institut canadien pour la sécurité des patients*. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.

Institut canadien pour la sécurité des patients. (2018b). *Institut canadien pour la sécurité des patients: stratégie de mesure de la performance 2018-2023*. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.

Institut canadien pour la sécurité des patients. (2018c). *Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité*. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.

Institut canadien pour la sécurité des patients. (2018d). *L'ensemble pour la culture de la sécurité des patients à l'intention des cadres supérieurs*. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.

Institut canadien pour la sécurité des patients. (2016). *Rapport sur l'intégration des compétences liées à la sécurité des patients aux programmes de formation des professionnels de la santé au Canada*. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.

Institut canadien pour la sécurité des patients. (2013). *La sécurité à domicile : une étude pancanadienne des soins à domicile*. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.

Institut canadien pour la sécurité des patients. (2011). *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation : parler ouvertement aux patients et aux proches*. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.

Institut canadien pour la sécurité des patients. (2008). *Les compétences en matière de sécurité*, première édition. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.

Institut canadien pour la sécurité des patients. (n.d.). *TeamSTEPPS Canada : Utiliser des outils et des stratégies d'équipe pour accroître le rendement et la sécurité des patients*. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins au Canada*. Ottawa, Ontario : Santé Canada.

Contetriopoulos, D., Benoît, F., Bryant-Lukosius, D., Carrier, A., Carter, N., Deber, R. et Perroux, M. (2017). *Structural analysis of health-relevant policy-making information exchange networks in Canada*. *Implementation Science*, 12(116): 1-11. doi:10.1186/s13012-017-0642-4.

Crawford Cohen, C., Liu, J., Cohen, B., Larson, E. et Glied, S. (2018). *Financial incentives to reduce hospital-acquired infections under alternative payment arrangements*. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 39(5):509-515.

Daker-White, G., Hays, R., McSharry, J., Giles, S., Cheraghi-Sohi, S., Rhodes, P. et Seters, C. (2015). *Blame the patient, blame the doctor or blame the system? A meta-synthesis of qualitative studies of patient safety in primary care*. *PLOS ONE*, 10(8). doi:10.1371/journal.pone.0128329.

- Denis, J-L., Davies, H. T. O., Ferlie, E., Fitzgerald, L. (2011). *Analyse des initiatives pour la transformation des systèmes de soins de santé : Des leçons à tirer pour le système de santé du Canada*. Ottawa, Ontario : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.
- Dewa, L.H., Murray, K., Thibaut, B., Ramtale, S. C., Adam, S., Darzi, A. et Archer, S. (2018). *Identifying research priorities for patient safety in mental health: an international expert Delphi study*. *BMJ Open*, 8(3). doi:10.1136/bmjopen-2017-021361.
- Deyneko, A., Cordeiro, F., Berlin, L., Ben-David, D., Perna, S. et Longtin, Y. (2016). *Impact of sink location on het hygiene compliance after care of patients with Clostridium difficile infection: a cross-sectional study*. *BMC Infectious Diseases*, 16(1). doi: 10.1186/s12879-016-1535-x.
- Dixon-Woods, M. et Pronovost, P. (2016). *Patient safety and the problem of many hats*. *BMJ Quality & Safety*, 25:485-488.
- Donaldson, L. J., Kelley, E. T., Dhingra-Kumar, N., Kieny, M. P. et Sheikh, A. (2017). Médicaments sans préjudice : Troisième défi mondial pour la sécurité des patients. *The Lancet*, 389(10080): 1680-1681. doi:10.1016/S0140-6736(17)31047-4.
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M. et Aisbett, K. (2011). *Nursing staffing, nursing workload, the work environment et patient outcomes*. *Applied Nursing Research*, 24(4): 244-255.
- Emanuel, L., Taylor, L., Hain, A., Combes, J. R., Hatlie, M. J., Karsh, B., Lau, D. T., Shalowitz, J., Shaw, T. et Walton, M. (Eds.). (2013). *Programme d'étude du PESP – Canada*. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.
- Erdmann, R. (2019). *Background Paper on Metatary Reporting of Patient Safety Incidents*. Document préparé pour l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.
- Erdmann, R. (2018). *To What Extent Should the Public Reporting of Preventable Patient Safety Issues be Metated in Canadian Health Systems?* Document préparé pour l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.
- Etheredge, L. (2014). *Rapid learning: a breakthrough agenda*. *Health Affairs*, 33(7): 1155-1162. doi:10.1377/hlthaff.2014.0043.
- Etheredge, L. (2007). *A rapid-learning health system*. *Health Affairs*, 26(2): w107-w118. doi:10.1377/hlthaff.26.2.w107.
- European Commission. (2010). *Communicating Research for Evidence-Based Policymaking: A Practical Guide for Researchers in Socio-Economic Sciences et Humanities*. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne.
- Forest, P. G., Denis, J. L., Brown, L. D. et Helms, D. (2015). *Health reform requires policy capacity*. *International Journal of Health Policy et Management*, 4(5): 265-266. doi:10.15171/ijhpm.2015.85.
- Fierlbeck, K. (2014). *Reforming the regulation of therapeutic products in Canada: the protecting of Canadians from Unsafe Drugs Act [Vanessa's Law]*. *Health Reform Observer-Observatoire des Réformes de Santé*, 4(2): 1-13. doi:10.13162/hro-ors.v4i2.2861.

- Fisher, E., Shortell, S. et Savitz, L. (2016). *Implementation science: a potential catalyst for delivery system reform*. JAMA, 315(4): 339–340. doi:10.1001/jama.2015.17949.
- Gallagher, T. et Mazor, M. (2015). *Taking complaints seriously: using the patient safety lens*. BMJ Quality et Safety, 24:352–355. doi:10.1136/bmjqs-2015-004337.
- Ganz, D. A., Huang, C., Saliba, D., Shier, V., Berlowitz, D., van Deusen Lukas, C. et Neumann, P. (2013). *Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research et Quality. Extrait le 5 août 2019. <https://www.ahrq.gov>.
- Gartshore, E., Waring, J. et Timmons, S. (2017). *Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review*. BMC Health Services Research, 17(752): 1-11. doi:10.1186/s12913-017-2713-2.
- Gibson, L. et Odeyemi, P. (2012). *The social determinants of health et the patient safety paradigm*. British Journal of Nursing, 21(2): 128-129. doi:10.12968/bjon.2012.21.2.128.
- Gluyas, H. (2015). *Effective communication et teamwork promotes patient safety*. Nursing Standard, 29(49): 50-57. doi:10.7748/ns.29.49.50.e10042.
- Gouvernement du Manitoba. (2015). *The Manitoba Patient Safety Framework*. Winnipeg, MB: Gouvernement du Manitoba.
- Graham, I., Logan, J., Harrison, M., Straus, S., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). *Lost in knowledge translation: time for a map?* Journal of Continuing Education in the Health Professions, 26:13-24.
- Greenfield, D., Pawsey, M., Hinchcliff, R., Moldovan, M. et Braithwaite, J. (2012). *The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development et impact*. BMC Health Services Research, 12(329): 1-14. doi:10.1186/1472-6963-12-329.
- Greenwood, M., Lindsay, N., King, J. et Loewen, D. (2017). *Ethical spaces et places: Indigenous cultural safety in British Columbia health care*. AlterNative: International Journal of Indigenous People, 13(3):179-189. doi:10.1177/1177180117714411.
- Halpern, K. J., McKinnon, R., Okolo, A. N., Sanzio, T. M. et Dolan, C. (2016). *A medication error et legislation designed to punish: The American Association of Nurse Attorneys defends just culture in nursing*. The Journal for Nurse Practitioners, 12(2): 109-112. doi:10.1016/j.nurpra.2015.10.018.
- He, J., Baxter, S., Xu, J., Xu, J., Zhou, X. et Zhang, K. (2019). *The practical implementation of artificial intelligence technologies in medicine*. Nature Medicine, 25(1): 30–36. doi:10.1038/s41591-018-0307-0.
- Santé Canada (2016). *Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses (Loi de Vanessa) Modifications à la Loi sur les aliments et drogues (projet de Loi C-17)*. Extrait le 5 août 2019. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/legislation-lignes-directrices/loi-visant-protoger-canadiens-contre-drogues-dangereuses-loi-vanessa-modifications-loi-aliments-drogues-propos.html>.
- Health Quality Council of Alberta. (2013). *Managing Disruptive Behavior in the Healthcare Workplace*. Edmonton, Alberta : Health Quality Council of Alberta.
- Organisation de normes en santé. [s.d.]. *HSO, qu'est-ce que c'est?* Extrait le 3 janvier 2019. <https://healthstandards.org/fr/au-sujet-de/>.

- Hohl, C., Lexchin, J. et Balka, E. (2015). *Can reporting of adverse drug reactions create safer systems while improving health data?* Canadian Medical Association Journal, 187(11): 789-790. doi:10.1503/cmaj.150057.
- Howlett, M. (2011). *Designing Public Policies: Principles et Instruments*. New York, NY: Routledge.
- Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada et Institut canadien pour la sécurité des patients. (2013). *Planifier la mise en place d'un système de codes à barres pour les médicaments – Guide de ressources*. Toronto, Ontario : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.
- IPSOS (2018). *La sécurité des patients au Canada*. Document préparé pour l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Edmonton, Alberta: Institut canadien pour la sécurité des patients.
- Kachalia, A. (2013). *Improving patient safety through transparency*. The New England Journal of Medicine, 369:1677-1679. doi: 10.1056/NEJMp1303960.
- Kahn, J. et Angus D. (2011). *Going home on the right medications: prescription errors et transitions of care*. JAMA, 306(8):878–879. doi:10.1001/jama.2011.1209.
- Kendel, D. (2014). *Are we afraid to use regulatory et policy levers more aggressively to optimize patient safety?* Healthcare Quarterly, 17(Special Issue): 27-30. doi:10.12927/hcq.2014.23954.
- Kingston-Riechers, J., Ospina, M., Jonsson, E., Childs, P., McLeod, L. et Maxted, J. (2010). *Patient Safety in Primary Care*. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients et BC Patient Safety and Quality Council.
- Kirwin, M., Matthews, A. et Scott, A. (2013). *The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach*. International Journal of Nursing Studies, 50(2): 253–263. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020.
- Kovacs Burns, K. (2008). *Canadian patient safety champions: collaborating on improving patient safety*. Healthcare Quarterly, 11(Sp): 95-99.
- Kwan, J., Lo, L., Sampson, M. et Shojania, K. (2013). *Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy a systematic review*. Annals of Internal Medicine, 158: 397-403. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006.
- Jensen, C. B. (2008), *Sociology, systems et (patient) safety: knowledge translations in healthcare policy*. Sociology of Health & Illness, 30: 309-324. doi:10.1111/j.1467-9566.2007.01035.x.
- Johnstone, M-J et Kanitsaki, O. (2006). *Culture, language, et patient safety: making the link*. International Journal for Quality in Healthcare, 18(5): 383–388. doi:10.1093/intqhc/mzl039.
- Jones, A. et Johnstone, M-J. (2019). *Managing gaps in the continuity of nursing care to enhance patient safety*. Collegian, 26(1):151-157. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.06.006.
- Jones, E., Kreuter, M., Pritchett, S., Matulionis, R. et Hann, N. (2006). *State health policymakers: What's the message et who's listening?* Health Promotion et Practice, 7(3): 280-286. doi:10.1177/1524839906289583.
- Joseph, A., Henriksen, K. et Malone, E. (2018). *The architecture of safety: an emerging priority for improving patient safety*. Health Affairs, 37(11): 1884-1891. doi:10.1377/hlthaff.2018.0643.
- Lang, A., Edwards, N., Fleischer, A. (2007). *Safety in home care: a broadened perspective of patient safety*. International Journal for Quality in Health Care, 20(2): 130–135. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm068.

- Laschinger, H. (2014). *Impact of workplace mistreatment on patient safety risk et nurse-assessed patient outcomes*. The Journal of Nursing Administration, 44(5): 284-290. doi:10.1097/NNA.000000000000068.
- Lavis, J. Gauvin, F-P. et Tamblyn, R. (2018). *Top dix des leçons apprises sur le système de santé-learning rapide à travers le Canada*. McMaster Health Forum. Hamilton, Ontario : Université McMaster. Extrait le 3 mars 2019. <https://www.mcmasterforum.org/learn-how/public-events/event-item/top-ten-lessons-learned-about-rapid-learning-health-systems-across-canada>.
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, J., Gluck, P., Guest, J., Lawrence, D., Morath, J., O'Leary, D., O'Neill, P., Pinakiewicz, D. et Isaac, T. (2009). *Transforming healthcare: a safety imperative*. Quality et Safety in Health Care, 18: 424-428. doi:10.1136/qshc.2009.036954.
- Lewis, J. (2006). *Being around et knowing the players: networks of influence in health policy*. Social Science & Medicine, 62(9): 2125–2136. doi:10.1016/j.socscimed.2005.10.004.
- Lewis, R. Q. et Fletcher, M. (2005). *Implementing a national strategy for patient safety: lessons from the National Health Service in England*. BMJ Quality & Safety, 14(2): 135–139. doi:10.1136/qshc.2004.011882.
- MacDonald, N. et Attaran, A. (2009). *Medical errors, apologies et apology laws*. CMAJ, 180(1): 11–13. doi:10.1503/cmaj.081997.
- McDonald, S., Wagner, L. et Grunier, A. (2015). *Accreditation et resident safety in Ontario long-term care homes*. Healthcare Quarterly, 18(1): 54-59.
- Moore, J. et Mello, M. (2017). *Improving reconciliation following medical injury: a qualitative study of responses to patient safety incidents in New Zealand*. BMJ Quality & Safety, 26:788-798.
- Nacioglu, A. (2016). *As a critical behavior to improve quality et patient safety in health care: speaking up!* Safety in Health, 2(10): doi 10.1186/s40886-016-0021-x.
- National Academies of Sciences, Engineering, et Medicine. (2018). *Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide*. Washington, DC : The National Academies Press.
- Naik, V. et Brien, S. (2013). *Review article: simulation: a means to address et improve patient safety*. Journal canadien d'anesthésie, 60(2):192-200. doi: 10.1007/s12630-012-9860-z.
- National Patient Safety Foundation. (2015). *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After to Err Is Human*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation.
- National Patient Safety Foundation. (2013). *Through the Eyes of the Workforce: Creating Joy, Meaning, et Safer Healthcare*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation.
- Neill, D. (2013). *Using artificial intelligence to improve hospital inpatient care*. IEEE Intelligent Systems, 28(2): 92-95. doi:10.1109/MIS.2013.51.
- Ocloo, J. E. (2010). *Harmed patients gaining voice: challenging dominant perspectives in the construction of medical harm et patient safety reforms*. Social Science et Medicine, 71(3): 510-516. doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.050.
- Ock, M., Lim, S., Jo, M-W. et Lee, S. (2017). *Frequency, expected effects, obstacles, et facilitators of disclosure of patient safety incidents: a systematic review*. Journal of Preventative Medicine et Public Health, 50(2): 68-82.
- Okuyama, A., Wagner, C. et Bijnen, B. (2014). *Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review*. BMC Health Services Research, 14(61). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-61>.

Olmstead, R. [2016]. *Prevention by design: construction et renovation of health care facilities for patient safety et infection prevention*. *Infectious Disease Clinics of North America*, 30(3):713-28. doi: 10.1016/j.idc.2016.04.005.

Parker, A., Forsythe, L. et Kohlmorgen, I. [2018]. TeamSTEPPS®: *An evidence-based approach to reduce clinical errors threatening safety in outpatient settings: An integrative review*. *Journal of Healthcare Risk Management*, 38(4): 19-31. doi:10.1002/jhrm.21352.

Patients pour la sécurité des patients du Canada. [s.d.]. *Patients pour la sécurité des patients du Canada*. Accessible en ligne au : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/about/programs/ppsc/pages/default.aspx>.

Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. et Walshe, K. [2005]. *Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions*. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(1-suppl): 21-34.

Perlo, J., Balik, B., Swensen, S., Kabcenell, A., Letsman, J. et Feeley, D. [2017]. *IHI Framework for Improving Joy in Work*. Livre blanc de l'IHI. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.

Powell-Cope, G., Nelson, A. et Patterson, E. [2008]. *Patient care technology et safety*. Tirée de R. Hughes [Ed.], *Patient Safety et Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research et Quality.

Prairie Research Associates. [2017]. *Independent Evaluation of the Canadian Patient Safety Institute (CPSI): Volume I – Final Report*. Winnipeg, Manitoba : Prairie Research Associates.

Repper, J. et Carter, T. [2011] *A review of the literature on peer support in mental health services*, *Journal of Mental Health*, 20(4): 392-411, doi: 10.3109/09638237.2011.583947.

Richardson, L. et Murphy, T. [2018]. *Favoriser la réconciliation dans les de santé au Canada : Des pratiques judicieuses pour les leaders en santé*. Ottawa, Onatrio : SoinsSantéCAN.

RiskAnalytica. [2017]. *Le bien-fondé d'investir dans la sécurité des patients au Canada. Document préparé pour l'Institut canadien pour la sécurité des patients*. Toronto, Ontario : RiskAnalytica.

Rowlet, P. et Kitto, S. [2014] *Patient safety et professional discourses: implications for interprofessionalism*. *Journal of Interprofessional Care*, 28(4): 331-338. doi:10.3109/13561820.2014.891574.

Sales, M., Vogt, J., Singer, S. et Cooper, J. [2017]. *Automatic defensive routines to automatic learning routines the journey to patient safety*. *Reflections: The SOL Journal*, 13(1): 31-42.

Schneider, E., Sarnak, D., Shah, A. et Doty, M. [2017]. *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws et Opportunities for Better U.S. Health Care*. Washington, DC: The Commonwealth Fund.

Scott, S., Hirschinger, E., Cox, K., McCoig, M., Brett, J. et Hall, L. [2009]. *The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events*. *Quality et Safety in Health Care*, 18(5): 325–330. doi:10.1136/qshc.2009.032870.

Seys, D., W, A, Van Gerven, E., Vleugels, E., Euwema, M., Panella, M., Scott, S., Conway, J., Sermeus, W. et Vanhaecht, K. [2012]. *Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review*. *Evaluation et the Health Professions*, 36(2): 135-162.

Sharma, A., Rivadeneira, N., Barr-Walker, J., Stern, R., Johnson, A. et Sarkar, U. [2017]. *Patient engagement in health care safety: an overview of mixed-quality evidence*. *Health Affairs*, 37(11): 1813-1820. doi:10.1377/hlthaff.2018.0716.

- Shamian, J. et El-Jardali, F. (2007). *Healthy workplaces for health workers in Canada: knowledge transfer et uptake in policy et practice*. *Healthcare Papers*, 7(Sp): 6-25. doi:10.12927/hcpap.2007.18668.
- Shields, M. C., Stewart, M. T. et Delaney, K. R. (2018). *Patient safety in inpatient psychiatry: a remaining frontier for health policy*. *Health Affairs*, 37(11): 1853-1861. doi:10.1377/hlthaff.2018.0718.
- Singer, S. et Vogus, T. J. (2013). *Reducing hospital errors: interventions that build safety culture*. *Annual Review of Public Health*, 34(1): 373-396. doi:10.1146/annurev-publhealth-031912-114439.
- Slawomirski, L., Aaraaen, A. et Klazinga, N. (2017). *The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at National Level*. OECD Health Working Papers. Paris : Éditions OECD.
- Smye, V. et Browne, A. J. (2002). 'Cultural safety' et the analysis of health policy affecting aboriginal people. *Nurse Researcher*, 9(3): 42–56. doi:10.7748/nr2002.04.9.3.42.c6188.
- Sokas, R., Braun, B., Chenven, L., Cloonan, P., Fagan, K., Hemphill, R., Hogan, E., Storey, E. et coll. (2013). *Frontline hospital workers et the worker safety/patient safety nexus*. *Joint Commission Journal on Quality et Patient Safety*, 39(4).
- Steinberg, J., Denham, M., Zimring, C., Kasali, A., Hall, K. et Jacob, J. (2013). *The role of the hospital environment in the prevention of healthcare-associated infections by contact transmission*. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 7(1, suppl): 46–73. doi:10.1177/193758671300701S06.
- Stone, P., Hughes, R. et Dailey, M. (2008). *Creating a safe et high-quality healthcare environment*. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety et Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research et Quality.
- Sujan, M., Furniss, D. Anderson, J., Braithwaite, J. and Hollnagel, E. (2019). Resilient Health Care as the basis for teaching patient safety – A Safety-II critique of the World Health Organisation patient safety curriculum. *Safety Science*, 118:15-21. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.04.046>
- Tessler, L., Guilcher, P., Bai, YQ, Ng, R. et Wodchis, W. (2019). *The impact of hospital harm on length of stay, costs of care et length of person-centred episodes of care: a retrospective cohort study*. *CMAJ*, 191:E879-85. doi: 10.1503/cmaj.181621.
- Thompson, E. (2016). *Targeting Efforts to Impact Public Policy: Implications for the Canadian Patient Safety Institute*. Document préparé pour l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients.
- Vats, A., Vincent, C. A., Nagpal, K., Davies, R. W., Darzi, A. et Moorthy, K. (2010). *Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience*. *British Medical Journal*, 340(7738): 133-135. doi:10.1136/bmj.b5433.
- Varvasovszky, Z et Brugha, R. (2000). *A stakeholder analysis*. *Health Policy et Planning*, 15(3): 338–345. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.338>.
- Vincent, C., Burnett, S. et Carthey, J. (2013). *The Measurement et Monitoring of Safety in Healthcare*. London: Health Foundation.
- Vincent, C. A. (2011). *The Essentials of Patient Safety*. London: Imperial College of Science, Technology & Medicine.
- Vogel, L. (2015). *Patient safety still lags a decade after seminal study*. *Canadian Medical Association Journal*, 187(18): E508. doi:10.1503/cmaj.109-5193.

- Wagner, L., Capezuti, E. et Rice, J. (2009). *Nurses' perceptions of safety culture in long-term care settings*. Journal of Nursing Scholarship, 41(2): 184-192. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01270.x>.
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S., Brugha, R. et Gilson, L. (2008). 'Doing' health policy analysis: methodological et conceptual reflections et challenges. Health Policy et Planning, 23(5): 308–317. doi:10.1093/heapol/czn024.
- Weller, J., Boyd, M. et Cumin, D. (2014). *Teams, tribes et patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare*. Postgraduate Medical Journal, 90:149-154.
- Organisation mondiale de la santé. (2018). *Guide d'élaboration d'une politique et d'une stratégie nationales relatives à la qualité*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Wu, A., Shapiro, J., Harrison, R., Scott, S., Connors, C., Kenney, L. et Vanhaecht, K. (2017). *The impact of adverse events on clinicians: what's in a name?* Journal of Patient Safety, 1-8. doi:10.1097/PTS.0000000000000256.
- Yassi, A. et Hancock, R. (2005). *Patient safety - worker safety: building a culture of safety to improve healthcare worker et patient well-being*. Healthcare Quarterly, 8(Sp): 32-38. doi:10.12927/hcq.17659.
- Zaheer, S., Ginsburg, L., Chuang, Y-T. et Grace, S. L. (2015). *Patient safety climate (PSC) perceptions of frontline staff in acute care hospitals: examining the role of ease of reporting, unit norms of openness, et participative leadership*. Health Care Management Review, 40(1): 13-23. doi:10.1097/HMR.0000000000000005.



10025, avenue 102A, bureau 1400,
Edmonton, AB Canada
T5J 2Z2

Sans Frais: 1-866-421.6933
Fax: 780-409-8098

Informations générales
info@cpsi-icsp.ca

securitedespatients.ca