

UN PLAN D'ACTION EN SÉCURITÉ CHIRURGICALE

Produit Juillet ici 2014

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Bâtir un plan	3
Un Plan d'action en sécurité chirurgicale	8
Thème 1 - Mesure et analyse	8
Thème 2 - Accès aux soins	10
Thème 3 – Pratiques exemplaires	11
Thème 4 – Participation des patients	12
Thème 5 - Travail d'équipe et communication	14
Thème 6 - Amélioration de l'infrastructure de la qualité	17
Thème 7 – Tirer des leçons des incidents chirurgicaux liés à la sécurité des patients	19
Alignement	22
Prochaines étapes	22
Organismes participant au Sommet sur la sécurité des soins chirurgicaux	23

Introduction

Avant d'aller en chirurgie, on peut se poser beaucoup de questions; mais se demander si les soins qu'on nous donnera sont sécuritaires ne devrait faire partie de l'équation. Et, comme les Canadiens font confiance à leurs prestataires de soins de santé, cela n'est habituellement pas une préoccupation. Malheureusement, il y a un nombre croissant de gens qui savent par expérience – la leur ou un celle d'un proche - que les soins chirurgicaux ne sont pas toujours aussi sécuritaires qu'ils devraient l'être. Il est temps d'apporter un changement.

Dans son plan d'affaires pour 2013-2018, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a pris l'engagement de faire progresser un plan d'action national pour accélérer l'amélioration de la sécurité des patients au Canada. L'engagement vise à accélérer l'amélioration de la sécurité dans quatre domaines prioritaires : la sécurité des médicaments, les soins chirurgicaux, la prévention et le contrôle des infections ainsi que les soins à domicile. Ce ne sont pas des efforts que l'Institut canadien pour la sécurité des patients peut ou doit prendre en charge seul, car la sécurité est une responsabilité collective, atteignable uniquement grâce à la collaboration et à l'apport de l'expertise de nombreux organismes et individus. L'Institut canadien pour la sécurité des patients a entrepris d'organiser une série de réunions avec des intervenants nationaux, provinciaux, territoriaux et locaux en matière de sécurité des patients. Chaque événement d'une journée consacré à l'élaboration d'un plan d'action spécialisé pour chacun de ces axes prioritaires.

La première réunion, qui s'est tenue en janvier 2014, avait pour objectif de créer un consortium de leaders issus des groupes de patients, des gouvernements et des organisations nationales et professionnelles afin d'identifier les éléments de haut niveau d'un plan d'action pour la sécurité des patients : la voix du patient, le leadership, la mesure et la communication. À la demande des participants, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a élaboré un plan d'action, avec des objectifs précis et des actions immédiates et à moyen terme pour assurer la réalisation de ces objectifs, des échéanciers et des suggestions pour

identifier ceux qui pourraient relever chaque défi.

Les membres du consortium ont aimé l'approche et sa promesse de mener des actions plutôt que de produire un autre rapport à ranger sur une tablette. Le même modèle est utilisé pour les quatre domaines prioritaires : l'Institut canadien pour la sécurité des patients joue le rôle de facilitateur pour rassembler les intervenants dans une réunion où ils pourraient identifier des actions concrètes auxquelles les gouvernements, les organisations professionnelles et les associations de patients peuvent s'engager afin de faire avancer la sécurité. L'Institut canadien pour la sécurité des patients a poursuivi en produisant une ébauche d'un plan et en la circulant en vue d'obtenir l'approbation par les participants des actions concrètes à réaliser. Ce rapport présente les résultats du Sommet sur la sécurité des soins chirurgicaux qui s'est déroulé à Toronto le 26 mars 2014.

Bâtir un plan

Plus de 30 personnes ont assisté au Sommet sur la sécurité des soins chirurgicaux. Certains représentaient des associations professionnelles - thérapeutes respiratoires, anesthésiologistes, infirmières de salle d'opération, pharmaciens, chirurgiens. D'autres représentaient des conseils de la qualité, les ministères provinciaux, les autorités en matière de soins de santé et un groupe de patients. La réunion a débuté par un rappel de l'importance de la sécurité des soins chirurgicaux : la vidéo de Raeline McGrath racontait l'histoire de la mort de sa fille Claire à la suite d'une intervention chirurgicale. Quatre présentations en rafale sur les pratiques exemplaires en soins chirurgicaux ont suivi – une sur le programme d'amélioration de la qualité chirurgicale nationale (National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP)) et une autre sur l'amélioration de la récupération après une chirurgie (Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)), et deux autres exposés sur des stratégies de mesure des interventions chirurgicales de Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (SSPSM!). Ensuite, la participation collective de la réunion a démarré.

Pour préparer la réunion, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a envoyé un court sondage aux participants au Sommet. Suite à une question

* Le gouvernement du Québec n'a pas participé au Sommet sur la sécurité chirurgicale. Il est seul responsable de la planification, l'organisation, la gestion et l'évaluation de la sécurité des patients au Québec

concernant les rôles des participants en matière de sécurité, le sondage a d'abord demandé : « À votre avis, quelles sont les trois principales préoccupations ou lacunes liées à la sécurité des soins chirurgicaux au Canada? » La question de suivi venait d'un point de vue différent : « Que pensez-vous que les patients et familles identifieraient comme leurs trois principales préoccupations ou lacunes de sécurité des soins chirurgicaux? » Un peu plus de 70 pour cent des participants ont répondu. À partir de ces réponses, l'Institut canadien pour la sécurité des patients s'est concentré sur sept thèmes pour la réunion :

1. Mesure et analyse de données ponctuelles, pertinentes et robustes spécifiques à la sécurité des soins chirurgicaux, y compris les résultats et les événements graves évitables.
2. L'accès en temps opportun à des soins chirurgicaux et l'impact sur l'expérience et les résultats des patients.
3. Expertise et mise en œuvre des meilleures pratiques, y compris le transfert de connaissances, la fiabilité et la réduction de la variation.
4. La participation du patient, y compris le rôle que les patients jouent dans la sécurité chirurgicale à l'échelle du continuum des soins.
5. La communication et le travail d'équipe et leur impact sur la sécurité des patients.
6. Une infrastructure d'amélioration de la qualité est nécessaire pour assurer la sécurité chirurgicale
7. Les rapports de données et l'apprentissage sont affectés par une culture du silence et l'incapacité à tirer des leçons et à les partager.

On a demandé aux participants de réfléchir à ces thèmes - plus précisément, de réfléchir en privé et en discussions s'ils étaient d'accord avec les lacunes dans les soins que l'enquête a identifiées, s'ils trouvaient qu'il manquait des problèmes clés et avaient identifié ce qui fonctionnait bien sur le plan sécurité du patient chirurgical. De là, ils sont allés au « World Café ».

Le « World Café » est un format de réunion destiné à faire ressortir la pensée créatrice dans les discussions en groupes de taille importante. Les participants passent entre les tables du « café » pour discuter des thèmes. Lors de la réunion de Toronto, chaque table s'est vu affecter un des sept thèmes. Voici un aperçu de ce que les participants avaient à dire :

Thème 1: mesure et analyse de données ponctuelles, pertinentes et robustes spécifiques à la sécurité des soins chirurgicaux, y compris les résultats et les événements graves évitables

Mesurer présente des défis – la mesure est essentielle pour l'amélioration et la responsabilisation, et pourtant, malgré un éventail d'indicateurs de performance disponibles, les données peuvent être imposantes. Toutefois, les données à elles seules n'apportent pas d'amélioration. Les données doivent être couplées avec des rétroactions et des actions pour affecter les processus de soins. « Nous avons la survérification, mais un manque de rétroaction », a déclaré un participant.

Ces questions ont dominé les discussions sur la mesure et l'analyse; il y eut des demandes pour un ensemble commun d'indicateurs de sécurité chirurgicale nationaux choisis afin de soutenir les objectifs convenus en matière de sécurité chirurgicale. D'autres ont souligné qu'il y avait déjà trop d'indicateurs et que de nouveaux indicateurs ne devraient pas être utilisés avant d'en abandonner d'autres afin de gérer la quantité de données et éviter la fatigue due à la sur-mesure. Les participants ont suggéré qu'il valait mieux se concentrer sur un petit nombre d'indicateurs appuyés par des données de qualité ponctuelles, pertinentes et robustes.

Un participant a suggéré qu'une source prometteuse d'un ensemble d'indicateurs de sécurité chirurgicale pour le Canada serait le programme d'amélioration de la qualité chirurgical aux États-Unis (National Surgical Quality Improvement Program). Le participant a fait remarquer que le NSQIP avait transformé les attitudes dans son hôpital. « On est parti d'une culture de "ce n'est pas notre problème" à une culture de " nous

allons résoudre ce problème ».

Thème 2 : accès en temps opportun à des soins chirurgicaux et l'impact sur l'expérience et les résultats des patients

La réunion faisait l'écho de la réalité des soins de santé au Canada : de grands progrès ont été réalisés dans la compréhension de l'importance de se concentrer sur la sécurité des patients, mais cette vigilance reste étroite et commence le plus souvent lorsque l'attente d'une intervention chirurgicale se termine et que l'attention est portée sur les procédures de salles d'opération où les erreurs chirurgicales sont traitées alors que souvent, les risques pour la sécurité des patients dans les transitions de soins sont ignorés. D'autres ont évoqué un point de vue élargi en identifiant les temps d'attente comme une source potentielle de danger.

Les participants ont suggéré que les données de sécurité des patients spécifiques à des personnes sur des listes d'attente de chirurgie sont limitées et que les préoccupations sont axées sur l'absence de normes pour les patients qui font face à cette incertitude. Il y a aucun consensus sur la façon de mesurer les temps d'attente. En fonction du type d'intervention chirurgicale, le suivi des patients pendant les attentes peut être plus ou moins rigoureux.

Les participants ont fait remarquer que l'accès aux soins chirurgicaux est traité par les provinces et les territoires, avec le soutien de l'Alliance nationale sur les temps d'attente, et estimaient donc que de nouvelles mesures n'étaient pas nécessaires dans ce dossier.

Le groupe a proposé deux activités que l'Alliance nationale sur les temps d'attente pourrait instaurer pour clarifier les liens entre l'attente pour la chirurgie et la sécurité des patients : le partage de l'apprentissage systémique sur les objectifs de temps d'attente provinciaux et nationaux et le partage des critères et processus qui ont démontré leur capacité de réduire les préjudices associés à l'attente.

L'objectif qui en est finalement ressorti et qui fut approuvé par vote du groupe était de sonder la volonté des ministres de la Santé provinciaux et territoriaux de

participer à la mise en œuvre d'un plan d'action pour la sécurité des soins chirurgicaux complet par le biais de la Conférence des sous-ministres de la Santé.

Thème 3 : expertise et application des meilleures pratiques, y compris le transfert de connaissances, la fiabilité et la réduction de la variation

L'information à elle seule ne garantit pas la sécurité des soins, comme l'a clairement démontré la discussion sur l'application et le partage des meilleures pratiques. La discussion du « World Café » a clairement identifié le besoin essentiel d'un accès facile aux meilleures pratiques liées aux services de chirurgie pour améliorer les soins. Les participants ont identifié des centres d'excellence à la fois nationaux et internationaux, mais peu de succès dans la diffusion de ces pratiques à travers l'ensemble du système. Les participants ont examiné comment cela pourrait se faire et quelles composantes à inclure.

Le rôle de la direction est de renforcer la capacité de livrer des soins basés sur les données probantes et de favoriser une culture de la sécurité dans les soins chirurgicaux. Les dirigeants doivent aussi s'assurer que les meilleures pratiques sont disponibles, comprises, appliquées et renforcées. L'accès aux meilleures pratiques faciliterait la prestation optimale de soins chirurgicaux.

C'est une tâche énorme. Il faut travailler pour changer les comportements enracinés – un travail qui doit être fait à plusieurs niveaux : aux patients, aux membres des conseils et aux gouvernements ainsi qu'à tous les membres de l'équipe interdisciplinaire.

Thème 4 : la participation du patient, y compris le rôle que les patients jouent dans la sécurité chirurgicale à l'échelle du continuum des soins

Il n'est pas raisonnable, a souligné un participant, de s'attendre à ce que les patients et les familles jouent un rôle dans la sécurité chirurgicale avant qu'ils ne sachent comment défendre leurs propres intérêts et ne soient encouragés à le faire. « On ne peut pas s'attendre à ce que les patients soient responsables,

sauf si on crée un environnement dans lequel ils se sentent confortables de participer à leurs propres soins. »

Comment créer ce milieu était un aspect important des discussions ultérieures sur la participation du patient. Les participants ont suggéré la formation pour rendre les prestataires plus prêts à écouter et à faire participer les patients à tous les aspects de la sécurité des soins et à des plans formels d'inclusion des patients et de leurs familles dans les efforts liés à la sécurité chirurgicale. Le participant représentant les patients indiqua que ce qui comptait le plus pour les patients était leur participation à leurs propres soins.

Thème 5 : la communication et le travail d'équipe et leur impact sur la sécurité des patients

Le sentiment qui dominait les discussions était que nous sommes coupables de tenir pour acquis le travail d'équipe dans le milieu de la santé au Canada - comme s'il s'agissait d'un terme pratique pour désigner tout groupe de personnes qui exercent leurs fonctions dans un même lieu. La réalité, soulignée par un participant, c'est que la plupart des gens n'ont jamais été membres d'une équipe sportive ou professionnelle. La formation que les élèves reçoivent en communication et en travail d'équipe n'est certainement pas un reflet de l'expérience des élèves une fois qu'ils sont dans le milieu du travail.

La discussion du « World Café » sur la communication et le travail d'équipe a démontré la relation d'interdépendance entre ces éléments et la formation et la culture. Pour expliquer cette relation dynamique, un participant a cité un vieux dicton : « une action répétée devient une habitude, les habitudes deviennent un comportement et le comportement devient la culture ». Pour créer une culture de la sécurité qui a comme attente ou même qui exige la communication et le travail d'équipe efficaces, il faut commencer par la promotion du comportement souhaité. L'enseignement interdisciplinaire normalisé et la formation des équipes chirurgicales incluant des services de soutien axés sur la communication et le travail d'équipe doivent commencer dans le milieu universitaire et être transposés dans le lieu de travail.

Les participants ont clairement indiqué que les outils et processus de communication et de travail d'équipe doivent inclure les patients et les familles.

Thème 6 : une infrastructure d'amélioration de la qualité est nécessaire pour assurer la sécurité chirurgicale

Durant le « World Café », les gens ont exprimé leurs craintes par rapport au fait que les attentes de développer l'expertise en amélioration de la qualité sont principalement mises sur les travailleurs de première ligne (et même les familles), tandis que les gestionnaires principaux et les Conseils sont souvent oubliés. Il en résulte des rappels à la sécurité qui ne sont pas appuyés par des investissements en argent, en temps ou par ce facteur insaisissable, qu'est le changement culturel. Les participants s'accordaient à dire qu'attendre la transformation des comportements dans un lieu de travail inchangé serait irréaliste.

Les participants ont identifié que l'amélioration de la qualité doit être intégrée à toutes les activités au sein d'une organisation. Il existe des modèles d'excellence et une multitude d'outils pour aider dans leur adoption. Les participants ont déclaré que les dirigeants doivent se promener dans les couloirs et participer à des séances d'apprentissage et de partage réels fréquemment. Toute personne doit se sentir libre de soulever un problème de sécurité (y compris les accidents évités de justesse) et de lancer la recherche d'une solution. Les dirigeants doivent démontrer leur responsabilité s'ils veulent que les autres personnes soient responsables. « Le message doit être que nous sommes tous concernés », a déclaré un des orateurs.

Les participants estimaient par ailleurs que les décideurs, les cadres et les médecins devraient recevoir une formation en amélioration de la qualité reflétant celle qui est donnée au personnel de première ligne, de sorte que tout le monde ait la même compréhension du langage et de la méthodologie.

Thème 7 : les rapports de données et l'apprentissage sont affectés par une culture du silence et l'incapacité à tirer des leçons et à partager

Il y a une compréhension limitée dans le continuum de services chirurgicaux concernant ce problème de sécurité des patients. Les discussions du « World Café » ont mené à la suggestion d'améliorer la déclaration des incidents liés à la sécurité des patients et l'apprentissage. Souvent, les dirigeants ne ferment pas la boucle avec les cliniciens lorsque des préjudices subis par les patients ou des menaces liés à la sécurité des soins sont rapportés. Par conséquent, ceux qui font la déclaration deviennent aliénés si aucun changement tangible n'est mis en œuvre. S'il y a peu de déclarations, il n'y a aucune chance que les équipes chirurgicales apprennent et il n'y aura pas de transfert de l'apprentissage dans ou entre les établissements. Cela augmente la probabilité que le même événement se répète. Les participants ont également discuté du langage incohérent et parfois confus lié aux déclarations et à l'apprentissage. On a suggéré le besoin d'avoir un langage standardisé.

On a aussi reconnu le besoin de stratégies et de mécanismes pour inclure les patients et les familles dans les données rapportées en temps réel. « Vous avez peut-être un très bon système de déclarations, mais pour que ce soit utile, ça prend des familles, car elles ont des suggestions pour en améliorer le fonctionnement. »

La discussion du « World Café » portait sur

l'importance d'apprendre à partir des incidents de sécurité des patients chirurgicaux. Le groupe a déterminé qu'une approche prospective et préventive aux préjudices en soins chirurgicaux était nécessaire. Cela pourrait être acquis par l'analyse rétrospective des données sur les préjudices chirurgicaux, ainsi qu'en faisant la promotion des meilleures pratiques dans la gestion proactive des incidents de sécurité chirurgicale en utilisant des outils et des ressources fondés sur les données probantes. Une approche préventive doit intégrer la participation des patients et des familles.

Passer de « ce n'est pas notre problème » à « réglons ça »

Après quatre séances d'échange entre les participants dans des lieux différents au sein du « World Café » pour discuter des différents thèmes, ces derniers se sont réunis en plénière pour discuter des points d'action qui pourraient être sélectionnés pour aborder les problèmes soulevés pour chaque thème. La dernière étape était le vote : chaque participant a eu cinq points rouges adhésifs à coller à côté des actions qu'il jugeait les plus importantes. De manière significative, il y avait un gagnant net pour chaque thème, et les premiers choix avaient tous obtenu un niveau de soutien semblable. Les participants au Sommet étaient tout à fait d'accord concernant le point de départ d'une stratégie pour rendre la chirurgie plus sécuritaire au Canada. Les thèmes abordés dans ce rapport sont présentés selon un nombre décroissant de votes.

UN PLAN D'ACTION EN SÉCURITÉ CHIRURGICALE

THÈME 1 – MESURE ET ANALYSE

Objectif	Action
Un ensemble commun d'indicateurs de sécurité chirurgicale nationaux.	<p>Réunir un groupe de travail pour examiner les indicateurs de soins chirurgicaux actuels, y compris ceux qui sont utilisés dans le cadre du Programme d'amélioration de la qualité chirurgicale nationale (NSQIP) et du programme d'amélioration de la récupération après une chirurgie (ERAS) pour vérifier s'ils conviennent à être inclus dans un ensemble national d'indicateurs de sécurité chirurgicale.</p> <p>Réunir un groupe d'évaluation et de mise en œuvre de l'ensemble commun d'indicateurs de sécurité chirurgicale nationaux.</p>

THÈME 2 – ACCÈS AUX SOINS

Objectif	Action
Explorez la volonté provinciale de collaborer à un plan d'action pour la sécurité des soins chirurgicaux.	<p>Demander l'appui des ministres de la Santé provinciaux et territoriaux pour un plan d'action pour la sécurité des soins chirurgicaux par le biais de la Conférence des sous-ministres.</p> <p>Explorer le rôle de l'Alliance sur les temps d'attente pour comprendre comment elle pourrait contribuer aux actions sur le thème de la mesure ainsi que ses conclusions sur le lien entre l'accès aux soins et la sécurité des patients.</p>

THÈME 3 – PRATIQUES EXEMPLAIRES

Objectif	Action
Amélioration de l'accès aux lignes directrices fondées sur les données probantes et aux meilleures pratiques recommandées pour la sécurité des soins chirurgicaux.	Convoquer les partenaires pour recueillir puis fournir des lignes directrices fondées sur les données probantes et des meilleures pratiques pour la sécurité des soins chirurgicaux, y compris les méthodes de mise en œuvre.

THÈME 3 – PRATIQUES EXEMPLAIRES continu

Partenaires

Amélioration de l'accès aux lignes directrices fondées sur les données probantes et aux meilleures pratiques recommandées pour la sécurité des soins chirurgicaux. continu

Action

Identifier les trois à cinq meilleures lignes directrices recommandées basées sur les données probantes et les meilleures pratiques en matière de sécurité des soins chirurgicaux afin d'obtenir un consensus des dirigeants nationaux, provinciaux et territoriaux pour soutenir la mise en œuvre dans toutes les juridictions.

THÈME 4 – PARTICIPATION DES PATIENTS

Objectif

Un inventaire en ligne des lignes directrices pour la participation du patient et des familles à la sécurité chirurgicale.

Action

Convoquer les partenaires appropriés pour recueillir puis fournir leurs meilleures lignes directrices en matière de participation des patients et des familles et des outils applicables à la sécurité des soins chirurgicaux.

Élaborer et lancer un inventaire en ligne de ces lignes directrices et outils pour la participation du patient et des familles à la sécurité chirurgicale.

THÈME 5 - TRAVAIL D'ÉQUIPE ET COMMUNICATION

Objectif

Des pratiques exemplaires pour le travail d'équipe et la communication pour améliorer la sécurité chirurgicale dans le continuum des soins chirurgicaux.

Action

Mettre l'accent sur le milieu de la formation pour les services de chirurgie, identifier et recommander des pratiques exemplaires pour le travail d'équipe chirurgical efficace qui comprend les prestataires, les patients, les familles et tous les services de soutien.

Mettre l'accent sur le milieu de la formation pour les services de chirurgie, diffuser les pratiques exemplaires recommandées pour le travail d'équipe chirurgical efficace partout au Canada.

Identifier, examiner et recommander des ressources et des outils fondés sur les données probantes pour la formation en amélioration de la qualité en sécurité chirurgicale pour les responsables de politiques, les cadres et leaders cliniciens.

THÈME 6 - AMÉLIORATION DE L'INFRASTRUCTURE DE LA QUALITÉ

Objectif	Action
Formation en amélioration de la qualité en sécurité chirurgicale pour les responsables de politiques, les cadres et leaders cliniciens.	<p>Identifier, examiner et recommander des ressources et des outils fondés sur les données probantes pour la formation en amélioration de la qualité en sécurité chirurgicale pour les responsables de politiques, les cadres et leaders cliniciens.</p> <p>Inciter les organismes de qualité nationaux, provinciaux et territoriaux à offrir une formation en amélioration de la qualité en sécurité chirurgicale pour les responsables de politiques, les cadres et leaders cliniciens.</p>

THÈME 7 – TIRER DES LEÇONS DES INCIDENTS CHIRURGICAUX LIÉS À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Objectif	Action
Améliorer l'apprentissage et le partage par l'analyse prospective pour éviter un préjudice chirurgical.	<p>Mener une analyse de milieu sur les meilleures pratiques en matière d'analyse prospective pour la réduction des préjudices dans les soins chirurgicaux; identifier et préconiser une sélection limitée de meilleures pratiques et d'outils de pointe et les distribuer à l'échelle du pays.</p> <p>Procéder à une analyse rétrospective des données canadiennes sur les préjudices chirurgicaux et publier la synthèse des conclusions dans un rapport d'information à diffuser à l'échelle nationale.</p>

Alignement

Le Sommet sur la sécurité des soins chirurgicaux a identifié trois thèmes qui étaient semblables aux trois thèmes nommés par le consortium national : la mesure, la communication et la participation des patients. Le quatrième thème identifié par le consortium national, le leadership, a également été abordé lors de la discussion sur la sécurité chirurgicale, dans le cadre de l'amélioration de la qualité. Nous prévoyons la répétition de ces types de similitudes lors de futurs sommets et de la table ronde. Il est important que nous soyons prêts à exploiter les liens entre le travail du consortium national et les quatre domaines prioritaires : soins chirurgicaux, sécurité des médicaments, prévention et contrôle des infections et soins à domicile.

Le sommet sur les soins chirurgicaux a cependant identifié trois nouveaux thèmes : les meilleures pratiques, l'accès et la déclaration et l'apprentissage.

Parce que nous nous attendons à voir des thèmes similaires émerger dans d'autres domaines prioritaires, nous pensons qu'il y aura un certain chevauchement dans les plans d'action associés. Pour éviter la fatigue des partenaires, la duplication des ressources et la confusion générale si plusieurs actions sont mises en œuvre simultanément, nous devons coordonner les plans d'action et les échéanciers. Cela demande une approche stratégique et collaborative à tous les plans d'action. Lorsque les sommets et tables rondes sont terminés, nous allons comparer les thèmes communs et les actions complémentaires et, si possible, coordonner l'approche selon les éléments communs à des fins d'efficacité, de collaboration et pour maximiser les résultats.

Prochaines étapes

Une fois que ce rapport est révisé en vue de l'approbation du Conseil d'administration de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, les prochaines étapes seront les suivantes :

1. La révision du rapport par tous les participants du sommet et la signature et l'acceptation de leurs rôles.
2. Des réunions virtuelles seront organisées avec les responsables d'actions prioritaires immédiates afin de déterminer un processus de mobilisation des partenaires.
3. Des groupes de travail pour les plans d'action seront lancés avec des termes de référence standardisés (incluant les attendus et les échéanciers).

ORGANISMES PARTICIPANT AU SOMMET SUR LA SÉCURITÉ DES SOINS CHIRURGICAUX :

- Agrément Canada
- Alberta Health
- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
- Collaboration de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients
- BC Patient Safety & Quality Council
- Meilleures pratiques en chirurgie générale
- Inforoute Santé du Canada
- Société canadienne des anesthésiologistes
- Association canadienne des chirurgiens généraux
- Institut canadien d'information sur la santé
- Association canadienne de protection médicale
- Association des infirmières et infirmiers du Canada
- Société canadienne des thérapeutes respiratoires
- Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux
- Healthcare Insurance Reciprocal of Canada
- Santé Canada
- Health Quality Council of Alberta
- Conseil ontarien de la qualité des services de santé
- IPAC Canada
- Hôpital général juif
- Ministère de la Santé et du Mieux-être des Territoires du Nord-Ouest
- Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Association canadienne des infirmières de salle d'opération
- Patients pour la sécurité des patients du Canada
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
- Soins de santé plus sécuritaires maintenant!
- Stratégie chirurgicale de la Saskatchewan
- Université de Calgary