

Appuyer des discussions sur la sécurité des patients à domicile

Suis-je en sécurité?



RÉSUMÉ

Les soins à domicile sont une composante essentielle d'un système de soins de santé intégré qui permet aux individus de rester chez eux en toute sécurité, dans la dignité et en bénéficiant d'une bonne qualité de vie. Se fondant sur les conclusions de l'étude de 2013 intitulée *Sécurité à domicile : l'étude pancanadienne sur les soins à domicile* (Doran, Blais et al.), l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a organisé, en partenariat avec l'Association canadienne de soins à domicile (CHCA), une table ronde d'experts en juin 2014 pour identifier les mesures, les résultats et les prochaines étapes pour améliorer la sécurité à domicile.

Une des mesures identifiées lors de la table ronde était le besoin d'avoir des ressources pour orienter les discussions entre les prestataires de soins de santé, les patients et les aidants familiaux. Ces conversations favorisent la prise de décisions éclairées et la planification des soins pour minimiser les risques associés à la prestation de soins dans le contexte du domicile. L'utilisation de ces ressources pourrait produire les résultats suivants :

- Augmenter la compréhension et la sensibilisation des patients et de leurs aidants¹ concernant l'importance de la sécurité et du besoin de prendre des décisions éclairées qui tiennent compte des facteurs liés à la sécurité.
- Soutenir les professionnels de la santé dans leurs interactions et discussions avec les patients, surtout en ce qui concerne la sécurité et la gestion des risques dans le cadre des soins à domicile.
- Appuyer les organisations communautaires et celles qui sont associées à des maladies particulières afin de faciliter les conversations à propos de la sécurité des patients.

Comme étape préliminaire dans le développement de ressources potentielles, l'ICSP a demandé à l'ACSSD d'établir un bilan des outils et ressources disponible au Canada. L'analyse comprenait les aidants dans le système de santé dans trois domaines ciblés :

- La planification des congés en soins de courte durée,
- Les soins de santé primaires
- Les prestataires de soins à domicile

Le cadre et l'approche suivante, qui reposent sur les conclusions de l'analyse de l'environnement et de la consultation E-Delphi, sont recommandés.

¹ Les aidants, également appelés soignants ou soignants naturels, sont des personnes (membres de la famille, voisins, amis et d'autres personnes importantes) qui jouent un rôle d'aidant non rémunéré pour soutenir une personne ayant une capacité physique diminuée, une condition cognitive débilante ou une maladie chronique incurable.

RECADRER LA CONVERSATION SUR LA SÉCURITÉ : le concept de « risque pour le patient » devrait être recadré pour refléter « la sécurité des patients » à domicile. Le risque du patient peut être perçu négativement par les patients, leurs aidants et l'équipe de soins. Des stratégies ultérieures de gestion peuvent être perçues comme punitives ou ayant des impacts négatifs sur la qualité de vie du patient. Par conséquent, axer la conversation sur la sécurité des patients encadre positivement la discussion et amènera vraisemblablement les patients et leurs aidants à accueillir le changement résultant de stratégies de gestion de la sécurité et d'atténuation des risques.

DES CONVERSATIONS FRÉQUENTES AMÉLIORENT LA SÉCURITÉ : des conversations sur la sécurité doivent avoir lieu souvent et impliquer de nombreux prestataires de soins de santé dans divers milieux de soins. L'analyse de l'environnement a identifié une lacune évidente dans ce domaine. Les patients et leurs aidants sont la seule constante face à une variété de prestataires et de milieux de soins. Donner les moyens aux patients et aux aidants de devenir des parties prenantes dans leur propre sécurité et d'engager les prestataires de soins dans des discussions est crucial. Cette approche permet d'assurer que les conversations à propos de la sécurité du patient sont une priorité et ont toujours lieu, quel que soit le prestataire de soins. Un modèle proposé de communication est fondé sur ces deux concepts : les patients et leurs aidants sont garants de leur propre sécurité et la sécurité est une discussion continue.

OUTILS PERSONNALISÉS ET POLYVALENTS : les ressources et outils qui facilitent les conversations sur la sécurité doivent répondre aux besoins uniques d'un groupe divers de personnes qui assurent des soins sécuritaires et efficaces à domicile et dans la communauté. Des outils qui soutiennent un langage et des messages appropriés sur la sécurité peuvent probablement accroître l'engagement et permettre un changement de comportement durable chez les patients, les aidants et les prestataires de soins de santé. Ces ressources et informations devraient aborder trois domaines critiques (au minimum) : la communication, la prise de décision et la détresse éthique ou morale.

RENFORCER LES PRATIQUES EXISTANTES : fournir une suite d'outils est la meilleure approche pour soutenir des conversations sur la sécurité des patients à domicile et ceux-ci devraient refléter le contexte et le milieu de soins où l'engagement des prestataires, des patients et des aidants est suscité. Plusieurs types d'évaluation du risque font actuellement partie de façon routinière des interactions entre les prestataires de soins et les patients, et par conséquent, les ressources doivent soutenir les domaines clés soumis à évaluation.

MODÈLE DE DISCUSSIONS CENTRÉES SUR LA SÉCURITÉ DU PATIENT **SUIS-JE EN SÉCURITÉ?** (VOIR P. 11)

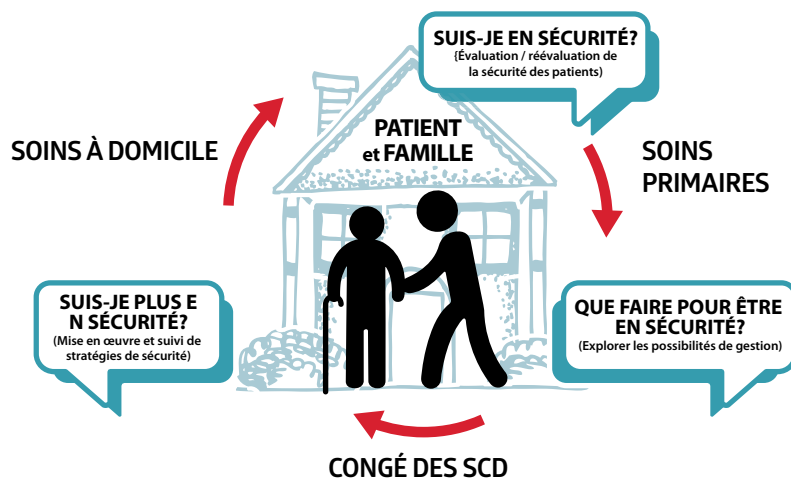


Figure 1

Modèle de discussions sur la sécurité des patients où les patients et les aidants mènent des conversations itératives sur la sécurité à domicile. Parmi les principales caractéristiques du modèle :

- Le patient et l'aidant sont les points focaux du modèle, reflétant leur rôle principal dans les discussions sur la sécurité des patients.
- Les services de soins à domicile, de soins primaires et la planification des congés en soins de courte durée orientent les conversations avec les patients et la prise de décisions.
- Les conversations au sujet de la sécurité des patients se produisent dans le cadre d'un cycle continu de sécurité, d'évaluation, d'éducation, de mise en œuvre et de surveillance.
- Les patients et aidants sont en mesure de faire des choix informés concernant les risques et la sécurité avec l'aide de l'équipe de soins de santé.

SUIS-JE EN SÉCURITÉ?

Appuyer des discussions sur la sécurité des patients à domicile

Les soins à domicile comprennent un éventail de services fournis à des gens de tous âges dans le contexte communautaire, incluant la promotion de la santé et l'enseignement, l'intervention curative, les soins de fin de vie, la réadaptation, le soutien et l'entretien, l'adaptation et l'intégration sociale ainsi que le soutien des aidants. Buts des soins à domicile :

- Aider les gens à maintenir leur santé, leur bien-être et leur indépendance personnels à domicile et dans leur milieu résidentiel.
- Prévenir, retarder ou remplacer des alternatives de soins de courte durée.
- Faciliter l'utilisation appropriée des services communautaires, y compris les services de santé et sociaux et les choix de soins résidentiels.
- Reconnaître les soins fournis par la famille, les amis et d'autres services du milieu communautaire et fournir des services complémentaires.

Lorsque le cadre des soins passe des soins de courte durée aux soins à domicile, l'acuité et la complexité des patients recevant des soins à domicile auront augmenté. L'élément de risque et le potentiel que des effets indésirables se produisent augmentent lorsque des soins plus complexes sont fournis dans le cadre domiciliaire, qui est à la fois imprévisible et irrégulier.

Soutenir le choix d'un individu de vivre à son domicile avec les risques associés est une question complexe et difficile pour les prestataires de soins de première ligne, les patients et leurs aidants. Définir les risques et les risques acceptables est une tâche difficile. Pour comprendre et accepter « ce qui est sécuritaire » on devra atteindre un équilibre entre l'idée que se font le patient et la famille du risque et la connaissance et la perception des prestataires de soins du risque acceptable. Vivre à risque est essentiellement une décision éclairée qui exige que les prestataires de soins de santé engagent les patients et leurs aidants dans des discussions candides sur l'identification, la gestion et l'atténuation du risque. Ces discussions servent à établir un rapport de confiance, à échanger et à transmettre la connaissance, à assurer le soutien de l'autre et à communiquer les besoins de sécurité de toutes les parties.

D'autres éléments concernant les conversations sur la sécurité des patients parmi les prestataires, les patients et leurs aidants familiaux sont présentés dans le rapport de 2013 intitulé *La sécurité à domicile : une étude pancanadienne des soins à domicile*¹, lequel a reconnu que les patients et aidants prennent parfois des décisions qui mettent leur santé à risque et mènent à des effets indésirables. Ses conclusions ont mis en évidence la nécessité évidente d'engager les patients et leurs familles dans des discussions qui abordent et signalent la présence de problèmes de sécurité des patients à domicile.

Pour relever ce défi, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a commandé de l'Association canadienne de soins à domicile (ACSSD) une analyse de l'environnement et une consultation E-Delphi pour identifier les outils et les ressources disponibles au Canada qui pourrait aider à orienter les discussions sur les risques du patient entre prestataires, patients et familles dans le contexte des soins prodigués à domicile. La portée de cette analyse consistait à identifier l'évaluation du risque du patient par les prestataires de soins et leur utilisation d'outils visant à faciliter les discussions sur les risques avec patients et familles. Le mandat de l'étude ne consistait pas à définir, à qualifier ou à quantifier les risques du patient, ni d'identifier, d'évaluer ou de recommander des outils d'évaluation des risques.

MÉTHODOLOGIE

L'évaluation précise de la pratique actuelle et des besoins des prestataires de soins de santé en ce qui concerne le besoin d'avoir un outil pour faciliter les discussions avec les patients et aidants sur les risques à domicile requiert une évaluation prudente du quand, où et comment ces discussions surviennent. En explorant les possibilités de discussions entre les prestataires de première ligne, les patients et les aidants familiaux et les ressources qui inciteraient les prestataires à chercher des outils, quatre publics clés ont été identifiés :

1. Équipes des soins primaires
2. Planificateurs des congés en soins de courte durée
3. Prestataires de soins directs
4. Associations professionnelles et organismes de réglementation

Une variété de tactiques a été utilisée pour engager chacun des quatre groupes cibles identifiés :

- Sondage en ligne des prestataires, des planificateurs des congés et des coordonnateurs de soins.
- Entrevues structurées d'équipes de soins primaires, d'associations professionnelles et d'organismes de réglementation.

Afin d'assurer une analyse environnementale complète des outils et ressources disponible aux prestataires de première ligne au Canada, une recherche sur Internet des outils et ressources disponibles librement pour soutenir les conversations sur le risque du patient dans le milieu des soins à domicile a été effectuée.

D'autres détails concernant la méthodologie se trouvent à l'annexe 1.

CONSULTATION E-DELPHI

Afin d'articuler et d'affiner davantage les résultats de l'analyse, une consultation E-Delphi à deux rondes s'est déroulée avec des participants invités suite aux sondages et aux entrevues. Le but de la consultation E-Delphi était de solliciter l'expertise des participants et de parvenir à une convergence d'opinions sur les énoncés (indiqués dans l'analyse originale) liés aux éléments et fonctionnalités d'une suite d'outils appuyant des conversations entre prestataires de première ligne, patients et aidants familiaux, au sujet des risques de la vie à domicile (consulter les commentaires agrégés en annexe 1).

ANALYSE DE SITES INTERNET

Une analyse de sites Internet avec contenus accessibles librement était a été faite à l'aide de moteurs de recherche populaires (Google, Bing). L'analyse comprenait des sites canadiens et internationaux, y compris des sites d'associations de professionnels de la santé canadiens et internationaux et des organismes de réglementation, des sites associés aux soins et aux systèmes de santé, des sites pour patients et aidants, des sites liés aux maladies et des organismes externes au domaine de la santé.

LIMITATIONS DE L'ANALYSE ET FUTURES POSSIBILITÉS

La portée de l'analyse de l'environnement était limitée. Les prestataires de soins au sein du système de santé dans trois domaines ciblés y sont inclus (planification des congés en soins de courte durée, prestataires en soins primaires et en soins à domicile). Le potentiel de travaux futurs dans ce domaine repose sur l'exploration des interfaces de soins au sein des services d'urgence (y compris les services ambulanciers, de pompiers et d'urgence en soins de courte durée) et un soutien plus ciblé des services communautaires et des services de bénévolat.

¹ Les aidants familiaux sont des individus (membres de la famille, voisins, amis et autres personnes importantes) qui assument un rôle bienveillant pour soutenir quelqu'un qui a des capacités physiques réduites, une condition cognitive débilante ou une maladie chronique débilante. (Coalition canadienne des aidantes, 2014)

CONCLUSIONS

Une approche itérative fut employée pour explorer la disponibilité, l'utilisation et le potentiel pour que des outils et ressources puissent servir à orienter les conversations sur la sécurité et les risques entre prestataires de soins de santé, patients et aidants.

Les trois interfaces de soins (soins primaires, planificateurs des congés et coordonnateurs de soins et prestataires de soins à domicile de première ligne) offrent des possibilités de faire participer les patients et les aidants dans des discussions sur le fait d'être à risque à domicile et comment y assurer un cadre sécuritaire. Les prestataires de soins de santé dans chacun de ces domaines interagissent avec leurs patients et les aidants pour la planification et la prestation de soins, en veillant à répondre aux besoins de chaque individu. Au cours de ces interactions avec patients, aidants et prestataires échangent des informations sur la tolérance au risque, les conséquences et les résultats potentiels de risques continus ou non traités, les valeurs des patients et aidants ainsi que les stratégies de gestion et d'atténuation des risques. Les parties prenantes dans chacun de ces domaines ont clairement exprimé leur besoin d'avoir une suite complète d'outils et de ressources pour les aider à impliquer les patients et aidants dans des discussions sur la sécurité et les risques à domicile.

Malgré l'utilisation répandue d'outils d'évaluation des risques, seulement 32 pour cent des répondants au sondage ont indiqué l'utilisation d'un outil ou d'une ressource comme appuis pour des discussions avec les patients et aidants. Sur examen plus approfondi, on a constaté que les outils et ressources étaient souvent des politiques organisationnelles à l'appui de l'amorçage de la discussion et non des outils spécifiques pour soutenir la facilitation d'une conversation.

Les participants ont partagé que les conversations avec les patients et les aidants sur les risques peuvent parfois être difficiles et gênantes. Souvent, les patients perçoivent ces conversations comme punitives et ils s'inquiètent de la perte d'indépendance et de l'incapacité à rester à domicile. Les prestataires ont identifié la valeur d'avoir un outil pour lancer et orienter ces conversations difficiles, surtout pour des situations où les patients pourraient se sentir menacés, non responsabilisés et mal à l'aise.

Poursuivre la conversation sur le risque et la sécurité est essentiel lorsque le patient est en transition entre différents prestataires, milieux de soins ou services, car ces conversations peuvent être perdues ou oubliées.

ÉVALUATION DES RISQUES

L'analyse environnementale a identifié qu'une panoplie d'évaluations du risque du patient et de sa sécurité sont actuellement effectuées par les prestataires. Dans certains cas (par exemple, pour les évaluations cognitives), des outils spécifiques normalisés ont été largement employés, tandis que dans d'autres cas (par exemple, le risque de chutes), une variété d'outils et d'évaluations normalisés ou adaptés sont utilisés. La diversité des domaines ciblés (planification des congés, équipes de soins primaires et prestataires de soins à domicile) détermine la diversité des outils d'évaluation utilisés. La sélection et la personnalisation des outils sont influencées par la culture, les objectifs des soins, les besoins et l'approche de l'évaluation des prestataires ou des établissements.

LES PRESTATAIRES DE SOINS ONT EXPRIMÉ UN **BESOIN CLAIR D'AVOIR DES OUTILS** POUR LES AIDER À ENGAGER PATIENTS ET AIDANTS DANS DES **CONVERSATIONS SUR LA SÉCURITÉ.**

Les évaluations des risques et de la sécurité ont évalué une large gamme de situations et d'éléments. On a demandé aux répondants à travers tous les domaines cibles d'identifier lesquels des risques spécifiques du patient étaient compris dans leurs évaluations. Quatre thèmes de risque distincts (ayant chacun des critères de risque spécifiques) furent identifiés et confirmés par le processus E-Delphi :

1. ÉLÉMENTS SOCIAUX ET D'HYGIÈNE DE VIE

- Tabagisme
- Abus de substances (médicaments avec et sans ordonnances, drogues illégales et alcool)
- Nutrition (disponibilité des aliments, habitudes nutritionnelles)
- Activité physique (niveau d'activité, conduite d'une auto)
- Isolement social / sentiment d'être déconnecté/ réseaux de soutien
- Abus physique / émotionnel / sexuel
- Facteurs financiers

2. BIEN-ÊTRE PHYSIQUE, COGNITIF ET/OU FACTEURS DE SANTÉ MENTALE

- Défaillance cognitive (perte de mémoire, mauvais jugement, démence, confusion)
- Défaillance sensorielle (vision, ouïe)
- Mobilité réduite (déséquilibre, faiblesse, gamme de mouvements)
- Chutes
- Dysphasie
- Aphasie et autres défaillances de communications
- Capacités fonctionnelles (activités essentielles de la vie de tous les jours, incontinence)
- Comorbidités
- Troubles de santé mentale (Dépression, schizophrénie, troubles bipolaires)

3. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX (MILIEU DU DOMICILE ET EMPLACEMENT GÉOGRAPHIQUE)

- Désordre et accumulation (risque d'incendie, urgences, fils électrique, mobilier instable)
- Aménagement, mobilier et entretien (escaliers, multiétages, planchers, éclairage, enlèvement de la neige)
- Dispositifs d'aide appropriés installés (rampes, siège de toilette surélevé, fauteuil roulant)
- Armes
- Animaux domestiques
- Services publics essentiels (chauffage, eau, électricité)
- Emplacement géographique (proximité aux services de santé et de soutien, services d'urgence, réseau de soutien, ressources communautaires)

4. IMPLICATIONS DES SOINS (INTERVENTIONS, THÉRAPIE OU TRAITEMENT)

- Sécurité des médicaments (respect du traitement, administration)
- Blessures
- Prévention et contrôle des infections
- Dispositifs insérés (urinaire, cathéters, dispositifs d'accès veineux central / périphérique, stimulateur cardiaque)
- Appareils médicaux (pompes à infusion, provision d'oxygène, ventilateur à domicile, dialyse à domicile)

RISQUE ACCEPTABLE ET INACCEPTABLE

Lorsqu'un risque potentiel est identifié, les prestataires de soins impliquent les patients et leurs aidants pour déterminer si le risque est acceptable ou inacceptable. En évaluant le risque, on doit tenir compte de la perception et de la tolérance au risque de l'individu, et de sa capacité à prendre des décisions en connaissance de cause.

En suivant le processus E-Delphi, les participants sont invités à indiquer leur accord avec une définition standard du risque acceptable et inacceptable de l'OMS (2001). Les définitions modifiées suivantes ont été acceptées par les participants :

- Un **risque acceptable** est une situation où les avantages de l'action / de la situation l'emportent ou sur la survenance possible d'un incident de sécurité ou d'un résultat ou impact négatif.
- Un **risque inacceptable** se produit lorsque la survenance d'un incident lié à la sécurité ou un résultat négatif est probable et l'emporte sur tout avantage de l'activité ou de la situation.

ON DOIT TENIR COMPTE DE LA **COMPRÉHENSION DU PATIENT**, DE SA TOLÉRANCE AU RISQUE ET DE SA CAPACITÉ DE **PRENDRE DES DÉCISIONS INFORMÉES**.

COMMUNICATION ET PASSIVE ACTIVE

Après avoir identifié un risque potentiel, les prestataires de soins utilisent une variété d'approches pour communiquer avec les patients et aidants, leur fournissant de l'éducation et de l'information pour gérer et atténuer les risques pour les patients dans le contexte du domicile. Généralement, une combinaison des formes passive et active de communication est employée.

- La **communication passive** fait référence à la fourniture de contenus textuels ou visuels ou d'une ressource secondaire (site Internet, service communautaire ou prestataire de télésurveillance de chutes) aux patients et aidants par les prestataires de soins de première ligne. Il s'agit d'un flux d'information à sens unique, et il n'y a pas d'assurance que l'information sera comprise par le patient et l'aidant.
- La **communication active** des risques du patient implique un engagement riche et volontaire des patients et aidants par le professionnel de la santé dans un dialogue sur la sécurité du patient à domicile. Ce type de communication exige un flux bidirectionnel de l'information et vise à assurer la compréhension des informations et du risque communiqués au patient.

Le choix de l'une ou de l'autre forme de communication dépendra fortement du niveau de risque identifié (risque acceptable vs inacceptable), de la capacité du patient et de l'aidant à comprendre et à assimiler les informations communiquées et de la disponibilité de temps et de ressources.

RECADRER LA CONVERSATION

Lorsque les conversations sur les risques au patient sont recadrées sur la sécurité du patient, le changement aura un impact sur la perception des patients et de l'aidant et potentiellement sur la mise en œuvre de stratégies de gestion et d'atténuation des risques. Les patients ne parviennent souvent pas percevoir qu'ils sont à risque dans leur milieu de vie puisque les risques identifiés sont banalisés et toujours présents dans la vie quotidienne d'un individu. Malgré leur impression de ne pas être à risque, les patients souhaitent quand même être en sécurité et seraient probablement prêts à respecter des stratégies qui maintiendraient ou augmenteraient leur sécurité personnelle.

RECADRER LA
CONVERSATION POUR
CRÉER UN
ENVIRONNEMENT
CONSTRUCTIF QUI
ENCOURAGE PATIENTS
ET AIDANTS À ÊTRE ENGAGÉS

La notion du risque et de la prise de risques est souvent vue sous une lumière négative. Par conséquent, patients et aidants peuvent percevoir les stratégies de gestion comme un fardeau ou comme un impact négatif sur la façon dont ils vivent leur vie quotidienne. Recadrer la conversation sur la sécurité des patients permet d'aborder le sujet sous un angle positif, ce qui crée un environnement constructif qui encourage les patients et les aidants à être engagés dans des conversations collaboratives sur la sécurité, augmentant ainsi leur réceptivité envers des stratégies proposées.

COMMUNICATION

- Reconnaître les obstacles qui préviennent ou limitent la compréhension du patient et de l'aidant de la sécurité à domicile.
- Stratégies pour faciliter les conversations « difficiles ». Les prestataires reconnaissent que les conversations sur les risques du patient peuvent être difficiles et inconfortables pour toutes les parties et que de l'aide est nécessaire pour amorcer et améliorer l'engagement des patients et aidants.

PRISE DE DÉCISIONS

- Prise de décisions éclairées. Les prestataires, patients et aidants ont besoin d'avoir des informations sur les choix de soins et l'importance de décisions et du consentement éclairés.
- Détermination de la capacité et de la compétence. Les informateurs de l'analyse ont identifié le besoin d'avoir de l'information concernant la détermination des capacités, les processus légaux et les outils d'évaluation de la capacité / de la compétence.
- Compréhension des choix en cas de capacités limitées ou d'incapacité. Les prestataires, les patients et les aidants ne sont pas conscients des ressources, choix et services qui leur sont disponibles lorsque le patient ou l'aidant est jugé incapable de prendre une décision compétente et éclairée.

DÉTRESSE MORALE OU ÉTHIQUE

- Identification des préjugés des prestataires et la compréhension de la perception du patient et de sa tolérance au risque. Les prestataires de soins ont souligné l'importance de reconnaître l'influence des préjugés personnels et des valeurs dans le cadre des conversations avec patients et aidants. Des contenus sont nécessaires pour aider les prestataires à modifier leurs perceptions personnelles et à reconnaître les valeurs et buts du patient et de l'aidant.
- Gérer les conflits relatifs aux valeurs du prestataire, du patient ou de l'aidant. La détresse éthique ou morale survient chez les prestataires quand ils sont incapables d'agir selon leurs choix éthiques ou quand des mesures d'atténuation des risques sont limitées par le droit du patient de choisir. La détresse éthique d'un prestataire peut être fondée sur sa reconnaissance de la responsabilité professionnelleⁱⁱ. Des ressources sont requises pour aider les prestataires à résoudre les conflits éthiques et moraux.

Le public cible pour une suite d'outils appuyant des conversations avec patients et aidants sur la sécurité du patient à domicile est vaste et varié. Il devrait comprendre les individus suivants :

- Médecins
- Infirmières
- Professionnels paramédicaux²
- Préposés au service de soutien à la personne
- Patients et aidants

Au sein du public identifié il existe un large éventail de connaissances, de champs de pratique, d'expérience clinique et de compréhension des questions de sécurité. Une suite d'outils doit être contextualisée pour chaque public afin de refléter les différentes conversations, influencées par le champ de pratique, l'expertise et l'expérience du prestataire de soins, du professionnel de la santé, du préposé au service de soutien à la personne ou d'autres personnes qui pourraient participer à une discussion.

SUIS-JE EN SÉCURITÉ? UN PROCESSUS CONTINU

Le processus d'évaluation, de communication et de gestion des risques auxquels font face le patient est un processus où la rétroaction et un engagement continus sont soutenus par des conversations répétées. Un processus continu peut être assuré lors des transitions entre milieux de soins et prestataires. Au fur et à mesure que les mesures de gestion des risques sont mises en œuvre, il est nécessaire de vérifier continuellement si la mesure a réellement amélioré ou maintenu la sécurité du patient. Au fil du temps, les patients connaîtront des changements dans leur état de santé qui ajouteront de nouveaux éléments de risque ou amplifieront les risques qui existent déjà à leur domicile.

Les participants E-Delphi étaient d'accord sur le fait que les évaluations des risques et les conversations avec patients et aidants qui en découlent ne sont pas des événements uniques, mais doivent plutôt être revues selon le niveau de risque déterminé après une période spécifiée.

Entretenir efficacement des discussions sur la sécurité des patients à travers les transitions de soins et assurer la responsabilité de les continuer était clairement identifié comme une priorité tout au long de l'analyse de l'environnement. Les patients sont la seule constante à l'échelle du système et des transitions de soins. Autonomiser les patients et aidants afin qu'ils engagent le prestataire de soins dans les conversations et deviennent des parties prenantes dans leur propre sécurité assurera que les discussions ne sont pas oubliées, abandonnées ou ignorées au cours des transitions de soins.

SOUTENIR EFFICACEMENT DES CONVERSATIONS

À PROPOS DE LA SÉCURITÉ
DES PATIENTS AU COURS DES
TRANSITIONS A ÉTÉ IDENTIFIÉ
COMME UNE PRIORITÉ DANS
L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

² Les professionnels paramédicaux comprennent les inhalothérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, diététiciens et orthophonistes

Le graphique suivant (Figure 1) présente un modèle de communication axé sur le patient et l'aidant qui prend en charge des conversations itératives sur la sécurité à domicile. Le patient et l'aidant sont les points focaux du modèle, ce qui reflète leur rôle dans les discussions sur la sécurité des patients. Les trois domaines de soutien (planification des congés, soins primaires et soins à domicile) fournissent au patient et à l'aidant les informations nécessaires à la prise de décisions.

Les discussions sur la sécurité des patients sont continues et devraient aborder l'évaluation de la sécurité, l'éducation, la surveillance et la réévaluation. Les ressources destinées aux patients encouragent et autonomisent ces derniers à engager les professionnels de la santé en leur demandant : « suis-je en sécurité? » ou « que faire pour être en sécurité? » La sécurité des patients devient alors un processus collaboratif. Les patients, les aidants et les prestataires deviennent partenaires pour planifier et mettre en œuvre des changements et évaluer la sécurité à domicile.

MODÈLE DE DISCUSSIONS SUR LA SÉCURITÉ AXÉES SUR LES PATIENTS **SUIS-JE EN SÉCURITÉ?**

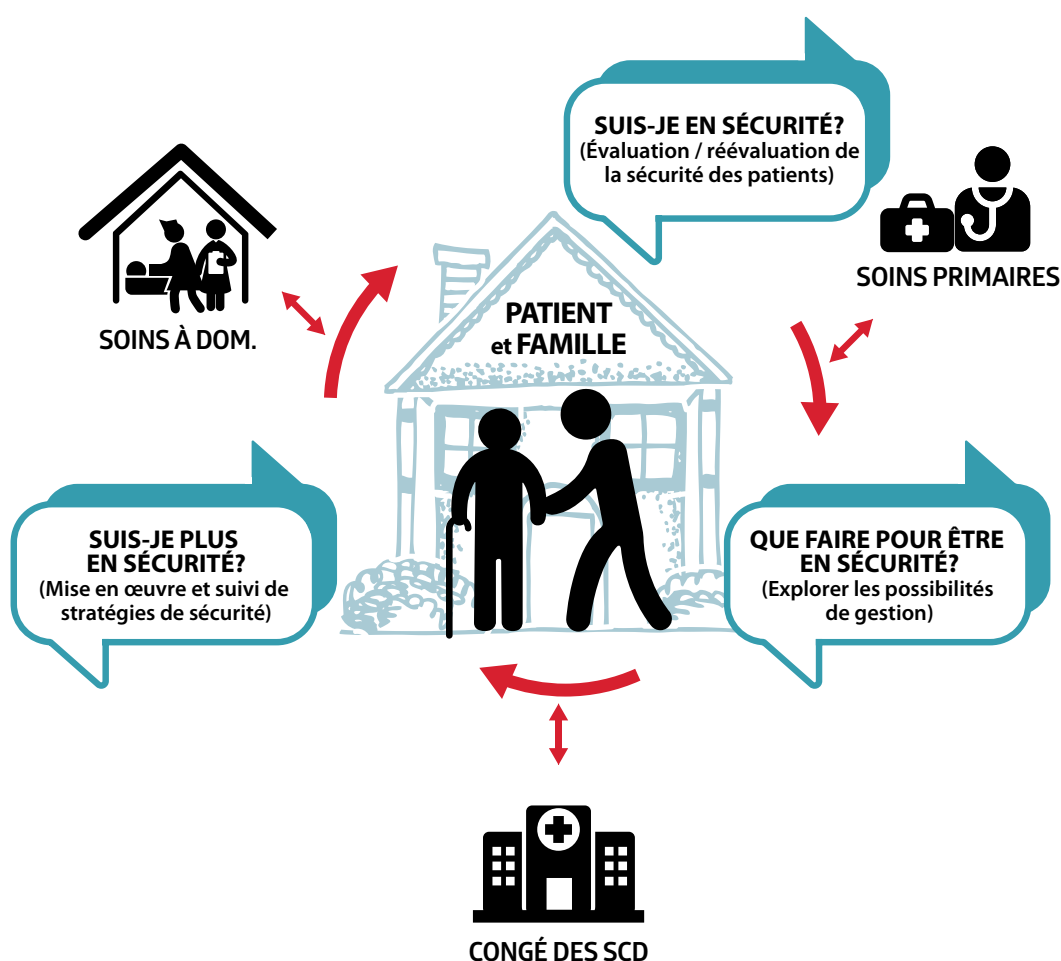


Figure 1

Modèle de discussions sur la sécurité des patients où les patients et les aidants mènent des conversations itératives sur la sécurité à domicile. Parmi les principales caractéristiques du modèle :

- Le patient et l'aidant sont les points focaux du modèle, reflétant leur rôle principal dans les discussions sur la sécurité des patients.
- Les services de soins à domicile, de soins primaires et la planification des congés en soins de courte durée orientent les conversations et la prise de décisions des patients.
- Les conversations au sujet de la sécurité des patients se produisent dans le cadre d'un cycle continu de sécurité, d'évaluation, d'éducation, de mise en œuvre et de surveillance.
- Les patients et aidants sont en mesure de faire des choix informés concernant les risques et la sécurité avec l'aide de l'équipe de soins de santé.

Donner les moyens aux patients et aidants d'avoir des conversations sur la sécurité à domicile est seulement l'une des composantes d'un modèle réussi. Les prestataires de soins de santé de première ligne doivent être appuyés et munis des connaissances requises pour stimuler la discussion. Les compétences de communication appropriées soutiendront l'engagement des patients et des aidants. Les prestataires doivent aussi comprendre la sécurité des patients et les risques à domicile et offrir des stratégies de gestion et d'atténuation des risques. Les patients et aidants sont assez autonomes pour poser des questions et recevoir des réponses.

MISE EN ŒUVRE DURABLE

La réussite de l'adoption et de la mise en œuvre d'une suite d'outils pour soutenir les conversations de sécurité serait mieux assurée si les conversations sur la sécurité des patients sont alignées avec les processus d'évaluation des risques actuels. Les conversations sur la sécurité entre patients, aidants et prestataires doivent être intégrées aux évaluations des risques et être reconnues comme la prochaine étape du processus une fois qu'un élément de risque pour le patient a été identifié. Il est essentiel de veiller à ce que les conversations sur la sécurité des patients fassent intégralement partie de la pratique et non un élément à part. Le premier pas dans l'amélioration de la sécurité des patients à domicile consiste à reconnaître le besoin d'avoir des conversations sur ce thème.

Pour parvenir à une diffusion importante et à l'adoption de cette suite d'outils, les utilisateurs doivent y avoir accès facilement. Les répondants participant à l'analyse de l'environnement ont indiqué que l'approche préférée serait l'accès en ligne ou électronique gratuit. Des outils téléchargeables par voie électronique, présentés en ligne ou étudiés virtuellement, répondent aux besoins et aux modes d'apprentissage de la main-d'œuvre actuelle. Les outils peuvent être disponibles grâce à une variété de sources. L'intégration de la suite d'outils contextualisée aux programmes éducationnels des professionnels de la santé pourrait assurer une diffusion optimale et intégrer les apprentissages au bagage éducationnel des futures générations de prestataires de soins de santé.

CONCLUSIONS

La grande majorité des prestataires de soins manquent de connaissances et n'utilisent pas d'outils ou de ressources pour les aider à tenir des conversations sur la sécurité à domicile. Les répondants ont clairement identifié un besoin d'avoir des outils afin de soutenir des conversations sur la sécurité des patients entre les prestataires de première ligne santé soins, les patients et les aidants. Les outils d'évaluation sont fréquemment utilisés pour guider les évaluations des risques des patients. De même, une suite d'outils à l'appui de conversations sur sécurité entre prestataires, patients et aidants est nécessaire.

Au minimum, ces outils doivent prendre en charge les facteurs liés à la communication, la prise de décisions et les questions de détresse éthique de la sécurité des patients dans le contexte du domicile. Au-delà de ces éléments, la consultation avec des médecins, infirmières, le personnel de soutien, les professionnels de la santé, les patients et les aidants naturels est nécessaire pour personnaliser et contextualiser la suite d'outils afin de répondre aux besoins individuels de chaque groupe.

La transmission répandue du savoir issu de ces outils serait la mieux réussie si l'accès aux ressources en ligne et électroniques est libre. Au-delà du développement et de la diffusion d'une suite d'outils, assurer l'utilisation et la durabilité des outils est essentiel. Il est également crucial que l'utilisation d'outils à l'appui de conversations de sécurité soit liée et alignée avec les procédures et évaluations courantes de sécurité des patients. L'acceptation et l'utilisation d'une suite d'outils à l'appui de conversations sur la sécurité dépendront du jumelage des conversations sur la sécurité avec les évaluations des risques. Les patients, les aidants et les prestataires doivent reconnaître que les conversations sur la sécurité sont une autre composante et un complément nécessaire du processus d'évaluation des risques.

RECOMMANDATIONS

1. Le concept de risque du patient dans le cadre du domicile doit être recadré sur celui de la sécurité des patients à domicile. « Le risque du patient » a une connotation négative pour les patients et aidants et peut par ailleurs susciter la crainte de stratégies de gestion restrictives. Une approche positive de la sécurité des patients à domicile serait plus susceptible d'inciter les patients et les aidants à accueillir le changement résultant de stratégies de gestion de la sécurité et d'atténuation des risques.
2. Assurer l'adoption et la mise en œuvre d'outils est essentiel. L'intégration de l'utilisation d'une suite d'outils à l'appui de conversations sur la sécurité avec les pratiques courantes (évaluations des risques) est essentielle pour assurer que ces outils sont utilisés et adoptés. Cette mesure assurera la durabilité et la longévité d'une suite d'outils.
3. Une suite d'outils pour soutenir des conversations sur la sécurité des patients à domicile entre prestataires, patients et aidants doit prendre en charge les éléments clés suivants :
 - a. Communication :
 - i. Identification des obstacles et des solutions relatifs à la
 - ii. compréhension des patients et des aidants de la
 - iii. sécurité des patients à domicile
 - iv. Facilitation de conversations « difficiles »
 - b. Prise de décisions :
 - i. Limitations des capacités des patients et aidants à
 - ii. prendre des décisions éclairées
 - iii. Outils pour évaluer les capacités
 - iv. Ressources à l'appui de la prise de décisions en cas d'incapacité du patient ou de l'aidant
 - c. Détresse éthique et morale :
 - i. Reconnaissance et équilibrage de la perception et de la tolérance au risque des prestataires, patients et aidants
 - ii. Ressources pour aider les prestataires de première ligne à composer avec la détresse éthique ou morale
4. Les outils intégrant des éléments clés doivent être personnalisés afin de répondre au champ de pratique et aux besoins spécifiques de tous les membres de l'équipe de soins, y compris les patients et aidants.
5. La transmission du savoir lié aux outils sera mieux réussie si l'accès libre aux plateformes en ligne ou électroniques est permis (téléchargement électronique, webinaires, apprentissage virtuel).
6. Envisagez un modèle de communication qui responsabilise les patients et aidants à partager la responsabilité d'amorcer des discussions concernant leur sécurité à domicile. Reconnaître le patient et les aidants comme des intendants de la sécurité rend plus aisées des conversations à l'échelle des transitions et des milieux de soins et du temps.

LES ÉLÉMENTS CLÉS D'UNE SUITE D'OUTILS SONT LA **COMMUNICATION**, LA **PRISE DE DÉCISIONS** ET LA **DÉTRESSE ÉTHIQUE OU MORALE**.

RÉFÉRENCES :

- i Doran, DM., R. Blais, M.B. Harrison, J.P. Hirdes, G.R. Baker, A. Lang and M. Macdonald. 2013. « La sécurité à domicile : une étude pancanadienne des soins à domicile. » Edmonton : Institut canadien pour la sécurité des patients.
- ii https://www.cna-aicc.ca/~media/cna/page-content/pdf-n/ethics_pract_ethical_distress_oct_2003_e.pdf?la=en

ANNEXE

MÉTHODOLOGIE

Trois publics cibles ont été compris dans la revue des outils et ressources disponibles à l'appui de conversations entre prestataires de soins de première ligne, patients et aidants :

1. Interactions entre équipes de soins primaires
2. Planification des congés en soins de courte durée
3. Prestataires de soins directs à domicile

À chacune de ces interfaces, il y a des occasions pour les prestataires de soins d'identifier, d'éduquer, de gérer et d'atténuer les risques à domicile avec le patient et l'aidant. Dans le même temps, il serait également opportun pour les patients et les familles de soulever des préoccupations concernant la sécurité et les risques à des fins de discussion. L'analyse comprenait également les associations professionnelles et les organismes de réglementation en plus d'une recherche sur Internet des outils et des ressources librement disponibles que les prestataires de soins de première ligne peuvent consulter comme ressources potentielles de référence. Plusieurs tactiques ont été employées pour inciter chacun des groupes cibles.

SONDAGES ET ENTREVUES AUPRÈS DES PRINCIPAUX INFORMATEURS

(Les outils de sondage sont disponibles sur demande)

Prestataires de soins à domicile :

Les sondages distribués à plus de 200 programmes soins à domicile à travers le Canada ont obtenu une cote de réponse de dix pour cent. Ces sondages ont été envoyés aux administrateurs de programmes, aux responsables de politiques et à la direction de sociétés de soins à domicile. Les thèmes suivants ont été abordés :

- L'existence de politiques organisationnelles concernant le choix du patient de vivre à risque;
- Les stratégies utilisées pour atténuer les risques à domicile; et
- Les outils / ressources utilisés pour appuyer des discussions sur les risques du patient.

PLANIFICATEURS DES CONGÉS :

Le sondage destiné aux planificateurs des congés avait comme objectif de déterminer la disponibilité et l'utilisation d'outils à l'appui de conversations (pour la planification des congés) sur les risques pour les patients à domicile. La transition des soins depuis l'établissement de soins de courte durée, de retour au domicile et à la communauté est souvent accompagnée par de nouveaux éléments de risque du patient ou une augmentation des risques existants. Vingt réponses au sondage ont été reçues. Les organisations qui ont répondu comprenaient : Alberta Health Services (Alberta), Winnipeg Regional Health Authority (Manitoba), Champlain Community Care Access Centre (Ontario), Horizon Health Network (New Brunswick), Capital District Health Authority (Nouvelle-Écosse), Hay River Community Health Board (TN-O), Foins rivière Communauté Santé Planche (TN - O).

ÉQUIPES DE SOINS PRIMAIRES :

Les équipes de soins primaires impliquées dans l'analyse comprenaient des équipes multidisciplinaires qui fournissent des services de soins de santé à une population locale. Ces équipes variées comprenaient des médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et diététiciens. Des équipes de soins de santé primaires ont été incitées au moyen d'un entretien d'équipe axé sur la détermination des risques dans le milieu du domicile et la gestion des risques identifiés. Quatre équipes ont participé aux entretiens en Alberta, Ontario et en Nouvelle-Écosse.

Associations professionnelles et organismes de réglementation :

Les prestataires de soins comptent souvent sur les conseils et les ressources fournies par les associations professionnelles et les organismes de réglementation de leur profession. Les entretiens se concentraient donc sur l'atténuation des risques relative au champ de pratique et le soutien des membres des professions respectives grâce à la disponibilité d'outils et de ressources visant à orienter ces derniers dans leur pratique.

ASSOCIATIONS :

- Association des infirmières et infirmiers du Canada
- Association médicale canadienne
- Collège des médecins de famille du Canada
- Association canadienne des infirmières en médecine familiale
- Association canadienne de physiothérapie
- Société canadienne des thérapeutes respiratoires
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
- Association canadienne des travailleurs sociaux
- Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada
- Association canadienne des ergothérapeutes

CONSULTATIONS E-DELPHI

(Cadres du sondage disponibles sur demande)

La consultation E-Delphi (2 rondes) visait à obtenir la rétroaction et la confirmation des participants concernant les conclusions de l'analyse de l'environnement et les entrevues. Des commentaires étaient sollicités concernant les domaines clés suivants d'une suite d'outils : foyers et sous-éléments de risque; qualification du risque; communication des risques et conversations concernant les risques. Onze organismes ont participé :

- Association canadienne des infirmières en médecine familiale
- Services de santé des Forces canadiennes
- Association canadienne de physiothérapie
- Centre d'accès aux soins communautaires de Champlain
- Collège des médecins de famille du Canada
- Équipe de médecine familiale McMaster
- Croix-Rouge canadienne
- Safety First Consulting
- SCA Personal Care
- Clinique médicale Taber (a participé à la première ronde seulement)
- VHA Home Health Care

Ce qui suit est un résumé de la rétroaction E-Delphi :

ÉVALUATION DES RISQUES – FOYERS CLÉS

Les répondants ont confirmé que des évaluations des risques furent terminées pour les clients de soins à domicile. Quatre domaines clés furent examinés : (a) risques associés au style de vie (b) risque physique / cognitif (c) risque associé à l'environnement du domicile (d) risques associés aux soins : interventions / thérapies / traitements. Les participants ont fourni des commentaires et recommandations relatifs aux éléments spécifiques qui devraient être examinés dans le cadre de chaque foyer :

Risques sociaux et d'hygiène de vie

- Tabagisme
- Consommation de drogues illégales
- Alcool
- Alimentation
- Activité physique
- Isolement social
- Abus physique / émotionnel
- Quartiers à risque

Risques liés à l'état de santé physique / cognitif

- Démence
- Détérioration de l'ouïe
- Détérioration de la vue
- Mobilité réduite
- Dysphasie
- Aphasie

Environnement à domicile

- Désordre et accumulation
- Aménagement physique du domicile
- Dispositifs d'aide
- Armes à domicile
- Animaux domestiques

Risques liés aux interventions / thérapies / traitements médicaux

- Risque de chute
- Sécurité des médicaments
- Blessures (chirurgicales)
- Blessures (ulcère de pression)
- Prévention et contrôle des infections

QUALIFICATION DES RISQUES

Les participants ont recommandé les concepts suivants concernant l'évaluation des risques pour les patients :

- Suite à l'achèvement d'une évaluation des risques, les prestataires de soins impliquent les patients et aidants pour établir si les risques sont acceptables ou inacceptables, et si les facteurs suivants doivent être pris en compte :
- La perception et la tolérance au risque des patients.
- Capacité des patients à prendre des décisions éclairées (évaluée officiellement si requis).
- Une façon de modérer les préjugés concernant les risques « acceptables » à l'aide d'un cadre ou d'un outil.

On était globalement d'accord sur la définition de risque acceptable et inacceptable, avec une recommandation - remplacer « effet indésirable » par « incident lié à la sécurité » (un événement ou circonstance qui aurait pu avoir entraîné, ou a entraîné a un préjudice à un patient [OMS, 2009]). Définitions modifiées :

- **Un risque acceptable** est défini comme une situation où les avantages de l'action / de la situation l'emportent sur la survenance possible d'un incident de sécurité ou d'un résultat ou impact négatif.
- **Un risque inacceptable** se produit lorsque la survenance d'un incident lié à la sécurité ou un résultat négatif est probable et l'emporte sur tout avantage de l'activité ou de la situation.

ATTÉNUATION DES RISQUES - COMMUNICATION

Lorsqu'un élément de risque du client à domicile est identifié, les prestataires de soins utilisent une variété de stratégies de gestion et d'atténuation du risque du client. Une des stratégies utilisées consiste à fournir des informations aux clients et aux aidants familiaux. Les participants ont formulé les suggestions suivantes concernant la communication :

- L'information est généralement fournie aux patients et aux aidants.
- La communication passive ou active est utilisée selon le niveau de risque, la capacité du patient et les ressources.
 - La communication passive du risque implique la mise à disposition de contenus au patient, aux proches et à l'aidant ou la référence à des ressources ou services secondaires.
- La communication passive du risque implique l'engagement des patients et des aidants familiaux dans des conversations et assure la compréhension des risques.
- Les discussions à propos des risques avec patients et aidants sont vues comme potentiellement difficiles.
- Faire un suivi avec le patient et l'aidant est important pour assurer une meilleure compréhension du risque

OUTILS À L'APPUI DE CONVERSATIONS À PROPOS DES RISQUES

Les participants ont convenu qu'une suite d'outils à l'appui de conversations parmi prestataires de première ligne, patients et aidants au sujet des risques à domicile est nécessaire. Ces outils pourraient comprendre des algorithmes simples, utiles comme références rapides et qui devraient être personnalisés pour soutenir les besoins des prestataires de première ligne dans les domaines suivants (pour commencer) :

- Planification des congés
- Soins primaires
- Prestataires en soins à domicile

Pour chaque domaine cible, les éléments spécifiques des outils doivent être adaptés pour répondre aux besoins des :

- Médecins
- Infirmières
- Personnel de soutien
- Professionnels paramédicaux (inhalothérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, diététiciens et orthophonistes)
- Les patients
- Des aidants familiaux (membres de la famille, voisins, amis et d'autres personnes importantes qui jouent un rôle d'aidant non rémunéré pour soutenir une personne ayant une capacité physique diminuée, une condition débilante cognitive ou une maladie chronique limitant l'espérance de vie)

Les outils doivent assurer (au minimum) :

- La communication avec le patient / l'aidant
 - Conviviale avec langage / niveau approprié (inclure des photos)
 - Un soutien facilitant les conversations difficiles
- Engagement (autonomisation) du patient / de l'aidant
 - Outils pour évaluer la capacité des patients à prendre des décisions éclairées
 - Conséquence / résultat des choix sont claires pour le client / l'aidant
 - Aspects éthiques et juridiques1
 - Compréhension et équilibre de la perception et de la tolérance au risque du prestataire et du patient / aidant

MODÈLE D'APPLICATION DES OUTILS

La suite d'outils devrait comprendre un élément de suivi pour appuyer l'évaluation continue du risque et promouvoir des changements de comportement. Le modèle devrait inclure : la détection des risques - classifier la gravité des risques à des fins d'établissement des priorités (ligne de temps pour les mesures / autres qui pourraient nécessiter la participation) - Engagement du client / de la famille - Identification des facteurs contributifs - Évaluation - Développement de stratégies d'atténuation des risques; solutions de sécurité / modification aux soins – Suivi de l'efficacité / du résultat.

L'approche doit être réaliste à l'échelle du continuum de soins à domicile. Le cadre de la planification des congés permet de faire peu de suivis auprès du patient. Le processus / modèle doit suivre le patient à l'échelle du continuum et les prestataires doivent être en mesure de continuer la « conversation » à diverses interfaces de soins. La responsabilité de poursuivre la conversation est essentielle.

DIFFUSION ET ADOPTION DES OUTILS

Recommandations pour soutenir l'introduction et l'adoption des outils appuyant des conversations entre prestataires de première ligne, patients et aidants familiaux, au sujet des risques de la vie à domicile :

- Accès en ligne par le biais d'organismes de réglementation / d'associations professionnelles
- Intégration aux curriculums professionnels / éducationnels
- Apprentissage virtuel
- Séances de formation professionnelle
- Ateliers de simulation
- Communautés de pratique
- La diffusion sur des réseaux sociaux comme Twitter peut s'avérer très efficace
- Vidéos YouTube

¹ Pour explorer et affiner les thèmes éthiques et moraux identifiés grâce au processus E-Delphi, les ressources en éthique et relatives au patient du Central Community Care Access Centre de Toronto ont été consultées. Leur expertise a permis de clarifier et d'isoler les thèmes de responsabilité professionnelle et de redevabilité relative à la détresse éthique et morale qui ont été présentés au cours des premiers sondages et entrevues ainsi que lors du processus E-Delphi.