

Les compétences
liées à la
sécurité
des patients

2^e
ÉDITION

L'amélioration de la sécurité
des patients dans les
professions de la santé

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



Un projet de l'Institut canadien pour la sécurité des patients. 2020.

This document is also available in English.

ISBN: 978-1-926541-86-0

Ce document a été créé par l'Institut canadien pour la sécurité des patients, qui a fusionné avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé sous le nom d'Excellence en santé Canada. Il peut encore contenir des références aux anciens organismes ainsi que leurs logos et leurs identités visuelles.

Les compétences liées à la sécurité des patients :

L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé

Deuxième édition

Comité directeur - coprésidents

Ruby E. Grymonpre, Faculté de pharmacie, Université du Manitoba

Deborah Tregunno, École des sciences infirmières, Université Queen's

Comité directeur - membres

Cynthia Abbott, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Markirit Armutlu, Institut canadien pour la sécurité des patients

Andrea Bishop, Collège des pharmaciens de la Nouvelle-Écosse

Esha Ray Chaudhuri, Patients pour la sécurité des patients du Canada

Louise Clément, Organisation des normes de santé/ Agrément Canada

Maryanne D'Arpino, Institut canadien pour la

sécurité des patients

Gina De Souza, Institut canadien pour la sécurité des patients

Liz Harrison, Université de la Saskatchewan

Carolyn Hoffman, Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada

Jessica Kettles, Institut canadien pour la sécurité des patients

Trevor Maslyk, Institut de technologie du nord de l'Alberta

Sherissa Microys, Université d'Ottawa

Polly Stevens, Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC); Université de Toronto

Nada Strathearn, Institut canadien pour la sécurité des patients

Glenda Tarnowski, Collège des infirmières auxiliaires autorisées de l'Alberta

Consultante sur le projet

Pierrette Leonard

Conseillère spéciale

Abigail Hain, Université Queen's



Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Institut canadien pour la sécurité des patients

www.patientsafetyinstitute.ca/fr

Droit d'auteur © 2020 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, pour des fins éducatives non commerciales, pourvu que le contenu ne soit pas modifié et que la contribution de l'ICSP soit reconnue de manière appropriée. Il faut obtenir la permission écrite de l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour tous les autres usages, y compris l'utilisation commerciale des illustrations ou du cadre des Compétences liées à la sécurité des patients.

Comment citer ce document en référence :

Institut canadien pour la sécurité des patients. *Les compétences liées à la sécurité des patients : L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé.* 2^e édition. Edmonton, Alberta ; Mars 2020.

LES COMPÉTENCES LIÉES À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé.



patientsafetyinstitute.ca

Les compétences liées à la sécurité des patients, 2^e édition [mars 2020]

Table des matières

Avant-propos	1
Message des coprésidentes	1
Patients pour la sécurité des patients du Canada	3
Contexte	4
Cadre des compétences liées à la sécurité des patients, de la première édition [2008] à la deuxième édition [2020]	4
Cadre des compétences liées à la sécurité des patients	9
Domaine 1 : La culture de sécurité des patients	9
Domaine 2 : Le travail en équipe	12
Domaine 3 : La communication	16
Domaine 4 : La sécurité, les risques et l'amélioration de la qualité	19
Domaine 5 : Optimiser les facteurs humains et systémiques	22
Domaine 6 : Reconnaître les événements indésirables en matière de sécurité des patients, y réagir et les divulguer	26
Étude de cas : Université du Manitoba	32
Transposer le cadre des compétences liées à la sécurité des patients de l'ICSP dans un programme d'enseignement des professions de la santé : l'Université du Manitoba, College of Pharmacy Experience	32
Étude de cas : Université McGill	36
La sécurité est l'affaire de tous : mettre en pratique et enseigner les compétences en matière de sécurité des patients	36
Étude de cas : Université Queen's	40
Utilisation du cadre des compétences liées à la sécurité des patients	40
Encadré 1.1 : Scénario	43
Annexe 1 : Les connaissances, habiletés et attitudes	44
Domaine 1 : La culture de sécurité des patients	44
Domaine 2 : Le travail en équipe	46
Domaine 3 : La communication	49
Domaine 4 : La sécurité, les risques et l'amélioration de la qualité	50
Domaine 5 : Optimiser les facteurs humains et environnementaux	51
Domaine 6 : Reconnaître les événements indésirables liés à la sécurité des patients, y réagir et les divulguer	52
Annexe 2 : Projet d'ingénierie des systèmes pour la sécurité des patients (SEIPS)	55
Modèle de système de travail et de sécurité des patients¹	55

Annexe 3 : Mappage du curriculum sur la sécurité des patients du Collège de pharmacie	58
Domaine 1 : Culture de sécurité des patients	58
Domaine 2 : Le travail en équipe	59
Domaine 3 : Les communications	61
Domaine 4 : La sécurité, les risques et l'amélioration de la qualité	62
Domaine 5 : Optimiser les facteurs humains et les facteurs liés aux systèmes	63
Domaine 6 : Reconnaître les événements indésirables en matière de sécurité des patients, y réagir et les divulguer	65
Tableau 2 : Conception des cours et formats d'apprentissage	68
Annexe 4 : Plan du curriculum sur la sécurité du Collège de pharmacie de l'Université du Manitoba	71
Domaine 1 : La culture de sécurité des patients	71
Domaine 2 : Le travail en équipe	75
Domaine 3 : La communication	81
Domaine 4 : La sécurité, les risques et l'amélioration de la qualité	85
Domaine 5 : Optimiser les facteurs humains et systémiques	89
Domaine 6 : Reconnaître les événements indésirables en matière de sécurité des patients, y réagir et les divulguer	93
Annexe 5 : Liste des collaborateurs	100
Collaborateurs	100
Références	102
Domaine 1 : La culture de sécurité des patients	102
Domaine 2 : Le travail en équipe	102
Domaine 3 : La communication	104
Domaine 4 : La sécurité, les risques et l'amélioration de la qualité	105
Domaine 5 : Optimiser les facteurs humains et environnementaux	106
Domaine 6 : Reconnaître les événements indésirables, y réagir et les divulguer	107
Tableau de correspondance des termes utilisés au Canada et au Québec	108

Avant-propos



Message des coprésidentes

Malgré les progrès considérables réalisés dans le domaine des connaissances et des technologies médicales au cours des décennies, les enjeux de sécurité restent prépondérants. Le nombre de décès au Canada dus à des incidents médicaux évitables est la troisième cause de décès, après le cancer et les maladies cardiaques, soit l'équivalent de trois avions gros porteurs qui s'écrasent tous les mois.¹ Il devient de plus en plus impératif d'intégrer les connaissances en matière de sécurité et d'amélioration de la qualité dans l'enseignement des services de santé et des services sociaux afin d'instaurer une culture de sécurité dans tout le continuum des soins de santé. La première version [2008] du cadre des compétences liées à la sécurité des patients (CCLSP) de l'Institut canadien pour la sécurité des patients s'est avérée fondamentale pour établir un langage cohérent en matière de sécurité et traduire en actions les nouvelles données probantes recueillies sur la sécurité des patients et sur l'amélioration de la qualité, en mettant particulièrement l'accent sur l'agrément des programmes, ainsi que sur l'éducation et la certification des apprenants en santé et services sociaux avant l'obtention de leur permis d'exercice.

Depuis la publication du CCLSP en 2008, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a également reçu de précieux commentaires de la part d'éducateurs et d'organisations nationales de santé, qui seront pris en compte dans les prochaines éditions. Une décennie après la publication du CCLSP, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a reconnu la nécessité d'actualiser le cadre. En tant qu'éducateurs, défenseurs de la sécurité et de la qualité, et champions du CCLSP, nous avons été honorés et vivement motivés d'être invités à coprésider une deuxième édition du CCLSP. Le défi était ambitieux, car nous comprenons que le CCLSP doit continuer à trouver un écho auprès de tous les membres de la communauté canadienne de la santé et des services sociaux dans tout le continuum des soins, auprès des patients et des familles, des fournisseurs de services sociaux et de santé de première ligne, du personnel de soutien, des administrateurs et du grand public, ainsi que des décideurs, des universités, des collèges, des étudiants, des organismes d'accréditation et de certification, des organismes de réglementation des administrations et des associations professionnelles nationales. Un large engagement des parties prenantes a été considéré comme étant un facteur essentiel.

Au cours de la dernière année, nous avons facilité un processus complet et solide de révision et d'actualisation du CCLSP publié en 2008. À ce jour, nous avons travaillé avec près de 60 représentants et bénévoles en tant qu'experts de contenu, avec des membres de notre comité directeur et des groupes de travail dans le domaine pour produire le cadre des compétences liées à la sécurité 2020. Les révisions ont été complétées et validées par un sondage sur l'éducation en matière de sécurité et un processus Delphi modifié. Même si des révisions mineures aient été apportées aux six domaines de compétences originaux du CCLSP, des révisions importantes ont été apportées aux compétences et aux éléments relevant de chaque domaine. Ce qui ressort systématiquement du sondage Delphi, c'est

¹ Canada's doctor shortage will only worsen in the coming decade (La pénurie de médecins au Canada ne fera que s'aggraver au cours de la prochaine décennie), Institut Fraser. Consulté le 20 décembre 2019. <https://www.fraserinstitute.org/article/canada-doctor-shortage-will-only-worsen-in-the-coming-decade>

qu'il existe un nombre considérable de compétences clés et habilitantes et de connaissances, habiletés et attitudes associées [plus précisément 26 compétences clés, 147 compétences habilitantes et 143 éléments]. En tant que coprésidentes, nous avons décidé de conserver les détails, reconnaissant que les utilisateurs/éducateurs qui ne maîtrisent pas la documentation déjà publiée sur la sécurité et l'amélioration de la qualité bénéficieraient d'une liste plus complète de compétences et d'éléments.

Nous partageons également trois études de cas qui démontrent comment le cadre de compétences peut être utilisé par les éducateurs. Dans le premier cas, le Collège de pharmacie de l'Université du Manitoba a rationalisé les détails en six documents abrégés, chacun correspondant à l'un des six domaines de compétences de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et ne dépassant pas deux pages. Au cours des prochaines années, les coordonnateurs de cours de l'école de pharmacie de l'Université du Manitoba s'engagent à faire correspondre les objectifs d'apprentissage spécifiés en matière de sécurité et d'amélioration de la qualité non seulement aux résultats de leur formation nationale en pharmacie et à leurs compétences de certification au niveau national, mais aussi aux compétences du CCLSP. Dans la deuxième étude de cas, l'Université McGill décrit comment elle a créé une série d'ateliers de développement de la sécurité des patients, innovants, agréés et axés sur la théorie, basés sur le Cadre des compétences liées à la sécurité des patients. La troisième étude de cas de l'Université Queen's démontre comment les compétences peuvent être utilisées pour guider l'élaboration de programmes d'études pour les auxiliaires de la santé.

En tant que coprésidentes passionnées par la réalisation d'une culture de prestation de services de santé et sociaux sécuritaires, nous mettons au défi, au cours de la prochaine décennie, les milieux universitaires et de la formation professionnelle continue à utiliser le CCLSP révisé comme moyen d'assurer la cohérence dans l'enseignement de l'amélioration de la sécurité et de la qualité et, en outre, à mesurer et à améliorer continuellement l'efficacité de leurs approches pédagogiques dans le but de former des apprenants qui peuvent démontrer leur compétence en matière de sécurité et d'amélioration de la qualité. Dans dix ans, nous devrions être en mesure d'évaluer l'impact de l'enseignement de la sécurité et de la qualité sur la prestation des services de santé et sociaux, d'analyser les coûts et les avantages et, ultimement, d'améliorer les résultats de santé des utilisateurs de nos services.

Nous aimerions exprimer notre gratitude à notre consultante de projet pour son soutien inlassable et pour nous avoir permis de maintenir le cap, au personnel de l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour leurs encouragements et leur expertise, aux membres de notre comité directeur pour avoir partagé leur sagesse et leurs expériences, à tous les experts de contenu et aux membres des groupes de travail qui ont partagé leurs connaissances avec abnégation et qui ont consacré tant de temps pour s'assurer que le nouveau Cadre amélioré des compétences liées à la sécurité des patients continue d'inspirer et de revigorer les éducateurs en santé partout dans le monde. La liste complète de nos nombreux contributeurs à ce travail important est disponible dans l'annexe 5.

Ruby E. Grymonpre B. Sc. (phm.), PharmD, FCSHP
Professeure, Faculté de pharmacie
Faculté des sciences de la santé de Rady
Université du Manitoba

Deborah Tregunno IA Ph. D.
Professeure agrégée
École d'infirmières
Université Queen's



Message de Patients pour la sécurité des patients du Canada

En tant que patients, prestataires de soins, éducateurs et leaders en matière de santé, nous considérons **tous** que le Canada est un leader en matière de prestation de soins sécuritaires. Pour rendre les soins plus sécuritaires, nous devons tous travailler ensemble. Cela implique de prendre la parole, de poser des questions, de travailler en collaboration et de créer une culture de sécurité où l'apprentissage, les actions en temps opportun et les améliorations sont encouragés et récompensés.

Depuis 2006, les membres de Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC) contribuent activement à la création d'une culture de sécurité de plusieurs façons. Au départ, nos initiatives visaient à faire entendre la voix des patients et de leurs familles dans le cadre de l'éducation liée à la sécurité des patients. Au fil des ans, notre dévouement pour la cause de la sécurité des patients et surtout de son éducation n'a jamais faibli.

Le cadre révisé des compétences liées à la sécurité des patients est le fruit des efforts d'une équipe dévouée qui a compris les complexités et les défis qu'il faudra surmonter dans chaque domaine au du cadre de travail.

Les révisions apportées au cadre de travail reflètent l'évolution de nos connaissances collectives concernant le niveau d'engagement des patients en matière de sécurité des patients. Elles soulignent l'importance de l'engagement à tous les niveaux du système. Les révisions soulignent combien il est important d'inclure les patients et leurs familles au sein des partenariats interprofessionnels, ainsi que d'assurer les éléments requis en matière d'équité et de pertinence culturelle.

En tant que partenaires, Patients pour la sécurité des patients du Canada continuera de travailler avec vous - les éducateurs et éducatrices en matière de santé - pour transformer les concepts propres à chaque domaine en mesures de sécurité concrètes. Nous savons qu'en travaillant ensemble, les soins peuvent être plus sécuritaires. L'éducation, la participation et la communication sont fondamentales pour assurer la sécurité des soins. Les Compétences liées à la sécurité des patients révisées contribueront grandement à créer une culture de sécurité où **chaque patient est effectivement en sécurité.**

Sharon Nettleton

Membre

Patients pour la sécurité des patients du Canada

Contexte

Cadre des compétences liées à la sécurité des patients, de la première édition (2008) à la deuxième édition (2020)

En 2003, Santé Canada a créé l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) afin d'améliorer la sécurité et la qualité des soins de santé en réponse aux recommandations d'un Comité directeur national sur la sécurité des patients mis sur pieds pour examiner les exigences relatives à la prestation de soins plus sécuritaires au Canada.

En 2005, l'ICSP a demandé à son Comité consultatif sur l'éducation et le développement professionnel d'effectuer une analyse de l'environnement de plusieurs programmes d'études en santé afin de comprendre où se situent les lacunes du contenu sur la sécurité des patients dans la formation des professionnels de la santé. L'analyse a confirmé que l'éducation axée sur la sécurité des patients était presque absente, ou mal comprise, dans un échantillonnage de facultés et d'écoles de médecine, de soins infirmiers et de pharmacie. Le balayage a également confirmé que cette formation était non seulement sporadique et incohérente, mais qu'elle n'était pas non plus liée au travail d'équipe et à la collaboration, éléments essentiels à la prestation de soins centrés sur le patient. En bref, il n'existait pas au Canada de corpus de connaissances bien établi consacré au contenu de la sécurité des patients dans une perspective interprofessionnelle, bien que de nombreuses disciplines de la santé abordaient des sujets connexes dans leurs programmes d'études.

Après avoir créé une première ébauche et consulté plus de 500 représentants de diverses organisations de soins de santé de toutes les grandes disciplines de la santé, l'ICSP, en collaboration avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, a conçu et lancé le premier cadre de compétences liées à la sécurité des patients au Canada en 2008. En utilisant comme modèle le cadre *ProMEDS* du Collège royal, respecté dans le monde entier, et la méthodologie utilisée pour créer des compétences professionnelles pour les médecins, les compétences interprofessionnelles liées à la sécurité ont été conçues et organisées en six domaines comprenant 23 compétences clés et 140 compétences habilitantes. Le cadre final a été approuvé par le conseil d'administration de l'ICSP et lancé sous le nom de « *Les compétences liées à la sécurité des patients : L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé* ». Le cadre des compétences liées à la sécurité des patients (CCLSP) est un cadre de travail simple, puissant et souple qui a été conçu pour servir de feuille de route aux éducateurs des professionnels de la santé afin de créer des programmes contextuels sur la sécurité des patients pour leurs programmes et pour le développement professionnel. Depuis 2008, de nombreux étudiants supérieurs, de troisième cycle et de formation continue partout au pays ont intégré le CCLSP dans leurs programmes d'enseignement afin de rendre la sécurité des patients plus efficace à travers les secteurs de soins de santé.

Intégration du cadre des compétences liées à la sécurité des patients dans les programmes d'études - 2008 à 2010

Les objectifs de départ du *cadre des compétences liées à la sécurité des patients* étaient les suivants :

- » Identifier les principales connaissances, aptitudes et attitudes concernant les compétences liées à la sécurité des patients pour l'ensemble des professionnels de la santé ;
- » Élaborer un cadre de travail simple et souple, qui servira de référence pour la formation, l'éducation et l'évaluation des professionnels de la santé en matière de sécurité des patients ; et
- » Contribuer à faciliter la compréhension et l'application des compétences liées à la sécurité des patients dans le cadre des études supérieures, des études supérieures et de la formation professionnelle continue.

Le soutien au CCLSP, ainsi que son approbation informelle, s'est fait sentir d'emblée et s'est généralisé depuis sa publication en 2008, alors que de nombreuses organisations ont intégré le cadre de travail à leurs normes nationales de pratique, aux résultats scolaires et aux examens d'entrée pour pouvoir exercer leur profession. Au fil des ans, l'ICSP s'est également concentré de faire progresser le passage à des soins systémiques centrés sur le patient, en élaborant des programmes éducatifs pour les professionnels de la santé tout en soutenant l'intégration des *compétences liées à la sécurité des patients* dans les programmes d'études de premier cycle de toutes les professions de santé.

Pour faire progresser son intégration dans les programmes d'études, l'ICSP a fait la promotion du CCLSP de différentes manières et dans différents environnements afin d'encourager son adoption dans le milieu universitaire et professionnel. Le CPSI a également développé un programme de cartographie électronique pour aider les études supérieures à déterminer :

En 2017, l'ICSP a rédigé un rapport intitulé « *Rapport sur l'intégration du cadre des compétences liées à la sécurité des patients dans les programmes de formation des professions de la santé au Canada* ». Le rapport final sur l'intégration des Compétences liées à la sécurité des patients est un échantillon des études supérieures dans les professions de la santé qui présente un tableau de la réussite de l'adoption et de l'influence du cadre depuis son lancement en 2008. Le rapport propose divers témoignages et écrits qui documentent l'effet du cadre de travail sur les éducateurs des professions de la santé dans plusieurs disciplines différentes. Malgré le temps qui passe, la popularité du CCLSP s'est maintenue en version imprimée et numérique. Le cadre reste l'un des téléchargements les plus populaires du site web de l'ICSP. Toutefois, le rapport comprend également des remarques d'éducateurs établis dans le domaine des soins de santé qui offrent des commentaires francs et qui demandent à l'ICSP de continuer à investir dans les *Compétences liées à la sécurité des patients*.

Cadre des compétences liées à la sécurité des patients – 2020

L'ICSP, en collaboration avec Patients pour la sécurité des patients du Canada, a décidé de s'engager à nouveau dans un processus rigoureux de révision et de mise à jour de la première édition du CCLSP. Les révisions ont fait appel à plus de 60 bénévoles, membres d'un comité directeur, d'experts de contenu, de groupes de travail des différents domaines et d'évaluateurs externes, pour produire une deuxième édition du CCLSP.

L'ICSP a décidé de soutenir la révision du cadre afin de s'assurer qu'il reste pertinent pour les éducateurs et les organisations qui investissent dans la formation des professionnels de la santé, que ce soit en milieu universitaire ou professionnel. Par exemple, lors de la révision du cadre de travail actuel, il est rapidement devenu évident qu'il y avait des lacunes au niveau des domaines du partenariat patient/famille, du leadership, de l'amélioration de la qualité et de la compétence culturelle. La compréhension de la sécurité des patients et de l'amélioration de la qualité (AQ) dans ce domaine a évolué au cours des dix années depuis le lancement du cadre de travail. Un autre objectif était de continuer à susciter de l'intérêt pour la formation et la collaboration interprofessionnelles en matière de sécurité des patients et d'amélioration de la qualité, et de recréer un

engouement pour le cadre de travail en lançant et en promouvant une nouvelle édition du CCLSP. Toutefois, dès le début, l'hypothèse de travail a toujours été qu'aucun nouveau domaine ne serait ajouté, même si certains domaines pouvaient être renommés. De plus, tous ceux qui ont travaillé à la mise à jour des six domaines du CCLSP ont dû maintenir comme principal objectif la première fonction de ce cadre de travail, à savoir un guide interprofessionnel pour les programmes d'études.

Sondage sur l'éducation

L'ICSP a lancé le processus en réalisant un sondage sur l'éducation afin d'évaluer les connaissances des éducateurs sur le CCLSP; d'évaluer l'adoption actuelle des compétences liées à la sécurité des patients dans le domaine des soins de santé (les facultés et les écoles de santé, de médecine, de soins infirmiers et de pharmacie, etc.), afin de vérifier si l'intégration des compétences liées à la sécurité des patients dans les programmes d'études suscite toujours de l'intérêt; et de demander aux répondants, y compris un échantillon d'organismes d'agrément, de certification et de réglementation, de déterminer le contenu sur la sécurité des patients qui, selon eux, devrait être intégré dans leurs programmes d'études, leurs normes de pratique ou leurs objectifs pédagogiques. Les publics cibles [70] du sondage ont offert de nombreuses suggestions utiles pour la nouvelle édition. Le sondage a par ailleurs révélé que :

- » De nombreux répondants ont intégré des concepts actualisés dans leurs propres programmes.
- » Les concepts suivants ont très probablement été intégrés dans des programmes existants et ont été classés en moyenne à un niveau d'importance élevé : soins centrés sur la personne, communication, équipes interprofessionnelles et formation interprofessionnelle.
- » Les concepts suivants étaient moins susceptibles d'être intégrés dans les programmes existants, mais ont reçu un classement moyen élevé en termes d'importance : l'engagement des patients, la transparence et la divulgation, les facteurs humains et la sécurité des patients, et les compétences personnelles en matière de leadership.

Le comité directeur

Le comité directeur était composé de deux coprésidentes représentant différentes professions de soins de santé. Les membres du comité ont été sélectionnés pour représenter un échantillon diversifié de praticiens de la santé connaissant bien la science de la sécurité des patients (p. ex., médecine, soins infirmiers, pharmacie, ergothérapie, inhalothérapie, physiothérapie, services d'urgence), et un représentant de Patients pour la sécurité des patients du Canada.

Spécialistes en contenu

Plusieurs spécialistes en contenu ont également été identifiés pour mettre à jour le langage dans le domaine de la sécurité des patients et de l'amélioration de la qualité au sein du CCLSP et pour intégrer les facteurs contributifs suivants dans chacun des six domaines :

1. Intégrer la perspective du patient et de sa famille (engagement du patient dans les soins de santé);
2. Recadrer et mettre à jour le domaine 4 (gérer les risques associés à la sécurité) dans un souci d'amélioration continue de la qualité, et mettre à jour la terminologie, par exemple de « événements indésirables » à « incidents liés à la sécurité des patients »;
3. Intégrer la sécurité/compétence culturelle (sécurité transculturelle du patient/client); et
4. Intégrer la notion de leadership pour la sécurité des patients.



Groupes de travail par domaine

En réponse aux recommandations des spécialistes en contenu, six groupes de travail par domaine ont été créés, là encore composés de praticiens de la santé qui connaissaient bien la science de la sécurité des patients et de l'AQ ainsi que de représentants de Patients pour la sécurité des patients du Canada et des communautés Autochtones/Premières Nations.

Les groupes de travail ont chacun examiné les recommandations formulées par les experts en contenu pour réviser le CCLSP dans les quatre domaines mentionnés plus haut. Tout comme les spécialistes en contenu, les groupes de travail devaient également veiller à l'application cohérente des principes interprofessionnels sur lesquels le CCLSP a été initialement fondé. Les groupes de travail ont chacun produit des recommandations, issues de leur groupe de spécialistes dans leur domaine, pour être examinées et approuvées par le comité directeur.

Réunion de consensus

Suite au travail des spécialistes en contenu et des groupes de travail par domaine, l'ICSP a organisé une réunion de consensus au cours de laquelle tous les contributeurs qui ont travaillé sur le projet ont été invités à apporter leur contribution à la rédaction des révisions combinées proposées du CCLSP. Il est ressorti de cette réunion que plusieurs hypothèses devaient guider la version définitive des six domaines :

1. Il est acceptable de prévoir une certaine redondance conceptuelle à travers les six domaines, car certains utilisateurs peuvent vouloir consulter un domaine de manière autonome. Il est donc admissible que certains concepts importants se répètent dans le produit global.
2. Il a été accepté que le public cible pour le CCLSP a évolué à mesure que la sensibilisation et la responsabilité en matière de sécurité des patients se sont accrues. Les révisions doivent donc refléter un langage qui inclut les nombreux types de prestataires de soins de santé, de même que certaines compétences spécifiques et un langage ciblant les leaders.
3. Le CCLSP révisé continue à cibler :
 - » Les professionnels de la santé ou les prestataires de soins de santé dont les responsabilités en matière de soins de santé et de leadership au sein du système augmentent;
 - » Les praticiens et cliniciens avant et après l'obtention de leur permis d'exercice;
 - » Les professionnels de la santé engagés à apprendre tout au long de leur vie; et
 - » Les praticiens et cliniciens novices à experts.
4. Le CCLSP doit également servir un auditoire plus large lorsque cela est possible, en particulier les patients et leurs familles.

Après la réunion de consensus, le comité directeur s'est de nouveau réuni pour examiner tous les commentaires reçus lors de la réunion afin d'intégrer autant de révisions et de recommandations suggérées par les participants que possible.

Validation externe

Une étape supplémentaire a ensuite été ajoutée pour partager le projet de cadre de travail avec un petit groupe d'éducateurs et de chercheurs en matière de sécurité des patients [20] déjà bien au fait des compétences, mais qui n'avaient pas participé aux révisions auparavant, afin de procéder à un examen final des changements proposés. Ce dernier processus de partage des projets de révision à l'externe, décrit comme un « sondage Delphi modifié », a permis à l'ICSP de recevoir de nouveaux commentaires, de faire valider les changements proposés avant la publication définitive de la deuxième édition, et de faire savoir aux intervenants sur le terrain qu'un nouveau cadre de travail serait bientôt publié.

Harmonisation du contenu à partir d'une validation externe

Une fois la validation externe terminée, les deux coprésidentes ont examiné les commentaires reçus des spécialistes externes afin d'intégrer les commentaires retenus aux révisions finales. Cela fait, les révisions finales ont été distribuées de nouveau aux spécialistes en contenu et aux membres du groupe de travail par domaine, puis au comité directeur pour approbation du contenu proposé. L'édition révisée comprend le corps principal des compétences et plusieurs études de cas qui complètent la publication afin de fournir un contexte aux lecteurs qui souhaitent mettre en pratique les compétences dans le milieu universitaire ou dans la pratique. Une fois terminé et édité, le nouveau cadre de travail a été renvoyé aux décideurs du CCLSP pour approbation finale et pour la traduction. Après la publication officielle, l'ICSP a élaboré une stratégie de communication pour le lancement du nouveau *Cadre des compétences liées à la sécurité des patients — 2020*.

Conclusion

L'élaboration et l'intégration d'un cadre de compétences interprofessionnelles liées à la sécurité des patients sont une étape cruciale pour accélérer l'élaboration de programmes d'études locaux sur la sécurité des patients. Il est essentiel d'intégrer les théories de la sécurité et du savoir-faire en amélioration des systèmes à tous les échelons de l'éducation, et ce, dans tout le continuum des soins. Pour créer des systèmes de santé sécuritaires, il est essentiel de sensibiliser les prestataires de soins aux principes de la sécurité des patients et de leur permettre d'avoir accès aux outils et aux connaissances nécessaires à la mise en place et au maintien d'un système de santé sécuritaire.

Note à l'intention des lecteurs du Québec. La traduction française du présent Cadre des compétences liées à la sécurité des patients est destinée aux francophones du Canada et le choix des termes a été le fruit d'un consensus. Cependant, compte tenu des dispositions de la Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q., c. S 4.2) en vigueur au Québec, certaines adaptations touchant le vocabulaire sont nécessaires. Toutefois, afin de ne pas nuire à la fluidité du texte, il a été convenu d'utiliser la terminologie modifiée. Veuillez consulter le tableau de correspondance des termes utilisés au Canada et au Québec qui se trouve dans les références.

Cadre des compétences liées à la sécurité des patients



Domaine 1 : La culture de sécurité des patients

Définition

La culture de sécurité des patients est un ensemble intégré d'actions et de comportements individuels et organisationnels fondés sur des croyances et des valeurs communes qui permettent aux personnes et aux organisations d'être à la recherche continue de minimiser les risques de préjudice pour les patients pouvant résulter des processus de prestation de soins¹. La culture de sécurité des patients se caractérise par un leadership authentique, une communication étendue, réactive et en temps opportun, la transparence de l'information, ainsi que l'engagement des patients et de leurs familles.¹

Description

Il est largement admis que la culture de sécurité détermine les actions et les comportements qui sont acceptables, ainsi que le niveau de priorité que tous les individus accordent aux questions liées à la qualité, à la sécurité et au risque. La nature partagée d'une culture de sécurité des patients signifie qu'elle dépasse les prestataires de soins individuels qui travaillent au sein de l'organisation. Pour améliorer la culture de sécurité des patients, il faut reconnaître l'importance d'une collaboration en continu et s'engager à toujours préconiser le changement. Souvent, les changements de culture se produisent à la suite d'un événement sentinelle ou dans le cadre d'une initiative plus large d'amélioration de la sécurité des patients. Bien qu'il soit difficile pour un individu de changer une culture, des changements dans les attitudes, les actions et les valeurs éthiques collectives visant à réduire continuellement les préjudices causés aux patients sont essentiels pour faire avancer les organisations.

Il est important pour les prestataires de soins de santé de bien comprendre le concept de culture de sécurité des patients, les raisons de son importance et son impact sur les performances. Il est également important pour les prestataires de soins de santé d'appréhender les complexités inhérentes à une culture de sécurité et de comprendre comment influencer la culture en tant qu'individu, de même que les conséquences de leurs actions et de leur comportement. Il est essentiel de bien comprendre son rôle dans le renforcement d'une culture de sécurité. Ainsi, chacun peut appréhender la sécurité psychologique et être en mesure de s'exprimer lorsque des problèmes sont identifiés. Les dirigeants en soins de santé doivent fixer des attentes claires en matière de culture de sécurité positive et trouver le bon équilibre dans un système sans blâme qui intègre la notion de responsabilité individuelle, souvent appelée la « culture juste ».

Dans la promotion d'une culture de sécurité, tous les prestataires de soins de santé ont un rôle essentiel à jouer et ont le devoir d'inciter les patients et leurs familles à participer à tous les aspects des soins aux patients. Cela nécessite de bien comprendre, de respecter et d'être sensible à la diversité de cultures, d'âges, de connaissances, de sexes, d'orientations sexuelles, d'expériences de vie, de religions ou d'ethnicités.

Compétences clés et habilitantes

Compétences clés	Compétences habilitantes
Les prestataires de soins de santé peuvent :	Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances (C), habiletés (H) et attitudes (A) connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.
1. Contribuer à établir et à maintenir une culture juste.	<p>1.1 Décrire les caractéristiques d'une culture idéale de sécurité des patients.</p> <p>1.2 Décrire en quoi la culture de sécurité des patients est importante et comment elle contribue aux résultats en matière de sécurité des patients.</p> <p>1.3 Décrire les modèles dominants de culture de sécurité des patients et les méthodes d'évaluation.</p> <p>1.4 Énumérer les éléments que la haute direction doit faciliter pour favoriser une culture de sécurité des patients [p. ex., <i>L'ensemble pour la culture de sécurité des patients à l'intention des cadres supérieurs de l'ICSP</i>].</p> <p>1.5 Décrire les éléments d'une culture juste pour la sécurité des patients, et le rôle de la responsabilité professionnelle et organisationnelle.</p> <p>1.6 Décrire l'importance d'évaluer la culture de sécurité des patients et la responsabilité de participer à cette évaluation.</p> <p>1.7 Analyser en quoi une culture de sécurité des patients est liée à d'autres concepts connexes [p. ex., les organisations à haute fiabilité, la gestion des ressources des équipes et la méthode LEAN].</p> <p>1.8 Décrire comment une piètre culture de sécurité des patients peut avoir un impact négatif sur les soins aux patients et l'amélioration continue.</p> <p>1.9 Décrire comment la sécurité des patients doit être un objectif organisationnel ou institutionnel de premier plan, qui se manifeste aux plus hauts échelons.</p> <p>1.10 Décrire les répercussions de l'humilité culturelle sur la sécurité des patients.</p>



Pour améliorer la culture de sécurité des patients, il faut reconnaître l'importance d'une collaboration en continu et s'engager à toujours préconiser le changement.



Compétences clés

Compétences habilitantes

Les prestataires de soins de santé peuvent :

Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.

- | | |
|---|---|
| <p>2. Militer pour l'amélioration de la culture de sécurité des patients.</p> | <ul style="list-style-type: none">2.1 Identifier les opportunités d'amélioration continue en matière de culture de sécurité des patients.2.2 Décrire les méthodes que peuvent préconiser les prestataires de soins de santé pour améliorer la culture de sécurité des patients.2.3 Contribuer à la création, la diffusion, l'application de nouvelles connaissances et pratiques liées à la sécurité des systèmes de santé.2.4 Militer pour l'amélioration des processus systémiques afin de soutenir l'amélioration continue de la sécurité des patients.2.5 Servir de modèle et agir en tant que champion de l'amélioration de la sécurité des patients.2.6 Réfléchir sur ses propres actions et décisions, avec pleine conscience de soi, pour améliorer les connaissances et les compétences en matière de sécurité des patients. |
| <p>3. Contribuer à l'amélioration continue de la culture de sécurité.</p> | <ul style="list-style-type: none">3.1 Réfléchir sur l'importance de remettre en question les pratiques et les normes existantes en relation aux améliorations continues.3.2 Les dirigeants font preuve de responsabilité dans la définition des priorités organisationnelles et dans les pratiques de leadership qui motivent la recherche de la sécurité [p. ex., bien définir les attentes et les incitatifs en matière de sécurité, de communications continues, de ressources pour la sécurité des patients et des infrastructures pour améliorer la qualité, de l'engagement des patients et des familles].3.3 Initier et s'engager à des améliorations de la sécurité des patients au niveau local et systémique.3.4 Impliquer les patients et leurs familles en tant que parties prenantes essentielles à la sécurité des patients.3.5 Favoriser la sécurité psychologique [p. ex., s'exprimer/temps d'arrêt].3.6 Intervenir immédiatement en cas de menace pour la sécurité des patients [p. ex., temps d'arrêt].3.7 Escalader les préoccupations en matière de soins.3.8 Mener et participer à la mise en œuvre des meilleures pratiques en matière de sécurité des patients. |

[Voir l'annexe 1 qui offre une liste des éléments clés en lien avec les connaissances \[C\], habiletés \[H\] et attitudes \[A\].](#)

Références bibliographiques

1. American College of Healthcare Executives, Lucian Leape Institute. *Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success*. Boston, MA: American College of Healthcare Executives and Institute for Healthcare Improvement; 2017. <http://www.ihc.org/resources/Pages/Publications/Leading-a-Culture-of-Safety-A-Blueprint-for-Success.aspx>.

Domaine 2 : Le travail d'équipe



Définition

Optimiser le travail d'équipe au sein des équipes et entre elles afin de maximiser la sécurité des patients, la qualité des soins et les résultats en matière de santé.

Description

Des soins sécuritaires et efficaces impliquent la coordination d'activités d'un système multi équipe - avec les patients et leurs familles comme partenaires égaux - qui comprend : l'équipe de soins de base, les équipes de contingence, les équipes de coordination, l'administration et les équipes de services auxiliaires et de soutien. Les équipes interprofessionnelles performantes démontrent des capacités et des compétences qui sont essentielles à la mise en place d'une pratique collaborative sécuritaire, efficiente et efficace. Chaque compétence clé est alignée à l'un des six domaines du Cadre de compétences interprofessionnelles du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) qui sont à la base de la pratique interprofessionnelle en collaboration :

1. Les soins centrés sur le patient/le client/la famille/la communauté ;
2. La clarification des rôles;
3. Le fonctionnement de l'équipe;
4. Le leadership de collaboration;
5. La communication interprofessionnelle; et
6. La gestion interprofessionnelle des conflits.

Les catalyseurs organisationnels et systémiques facilitent le travail d'équipe interprofessionnel. Les membres de l'équipe et les chefs à tous les niveaux font la promotion de la collaboration, des partenariats avec le patient et sa famille, de la sécurité culturelle, de l'efficacité de l'équipe et des initiatives d'amélioration de la qualité. Les patients et leurs familles sont des partenaires clés de l'équipe, qui participent à la prise de décision et dirigent leurs propres soins de manière appropriée.



Les équipes interprofessionnelles performantes démontrent des capacités et des compétences qui sont essentielles à la mise en place d'une pratique collaborative sécuritaire, efficiente et efficace.

Compétences clés et habilitantes

Compétences clés	Compétences habilitantes
<p>Les prestataires de soins de santé peuvent :</p>	<p>Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.</p>
<p>1. Créer un partenariat significatif avec les patients et leurs familles, leur permettant de jouer un rôle clé au sein de leurs équipes interprofessionnelles.</p>	<p>1.1 Faire participer les patients et leurs familles à la prise de décision et à la gestion de leurs propre santé, qualité de vie et bien-être.</p> <p>1.2 Travailler avec les patients et leurs familles pour définir l'étendue dans laquelle ils souhaitent être impliqués dans leurs propres soins.</p> <p>1.3 Soutenir la prise de décision éclairée des patients et de leurs familles en fournissant et en recherchant des informations appropriées, suffisantes et claires, et en confirmant une compréhension mutuelle.</p> <p>1.4 Militer auprès des patients individuels, de leurs familles et de tous les membres de l'équipe interprofessionnelle pour la mise à disposition des ressources nécessaires afin de fournir des soins centrés sur la personne, de qualité et sécuritaires.</p> <p>1.5 Respecter les besoins de chaque patient en ce qui concerne les croyances et pratiques culturelles et personnelles en matière de santé.</p> <p>1.6 Décrire en quoi les patients et leurs familles sont des partenaires dans les soins menant à une amélioration de la santé, de la qualité de vie et du bien-être.</p>
<p>2. Respecter les rôles et les responsabilités des professionnels, des patients et de leurs familles au sein de l'équipe interprofessionnelle et intégrer cette diversité de manière harmonieuse dans la prestation des services.</p>	<p>2.1 Articuler vos propres rôles et responsabilités au sein des différentes équipes interprofessionnelles.</p> <p>2.2 Négocier la composition et la structure de l'équipe interprofessionnelle, y compris le personnel situé au niveau inférieur de la hiérarchie professionnelle (comme les préposés aux bénéficiaires et les commis hospitaliers).</p> <p>2.3 Décrire les compétences, les rôles, l'expertise et les chevauchements des champs d'exercices pertinents de tous les membres de l'équipe interprofessionnelle, y compris les patients et leurs familles, et identifier les écarts qui ont besoin d'être abordés.</p> <p>2.4 Faire preuve de respect des perspectives de tous les membres de l'équipe interprofessionnelle, en particulier celles des patients et de leurs familles.</p> <p>2.5 Reconnaître que chaque membre de l'équipe interprofessionnelle a un rôle important à jouer pour contribuer et accéder aux connaissances et habiletés des autres, lorsque c'est approprié.</p>

Compétences clés	Compétences habilitantes
<p>Les prestataires de soins de santé peuvent :</p>	<p>Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.</p>
<p>3. être vigilant à la dynamique des équipes interprofessionnelles afin d'optimiser la sécurité des patients, la qualité des soins et les résultats de santé.</p>	<p>3.1 Élaborer et mettre en œuvre un ensemble commun de valeurs, de droits et de responsabilités des patients et des prestataires de soins de santé.</p> <p>3.2 Maintenir la prévention, l'identification et la résolution des problèmes de sécurité comme fonction prioritaire de l'équipe interprofessionnelle.</p> <p>3.3 Créer un environnement d'équipe où la communication ouverte et l'apprentissage continu sont la norme.</p> <p>3.4 Définir un processus d'introduction de données nouvelles et émergentes dans les soins en équipe.</p> <p>3.5 Procéder à des réflexions individuelles et en équipe interprofessionnelle afin d'intégrer la rétroaction et d'améliorer les performances d'équipe.</p> <p>3.6 Fixer des objectifs et des priorités pour chaque patient et pour l'équipe, mesurer les progrès et apprendre de l'expérience ensemble en tant qu'équipe.</p>
<p>4. Démontrer de l'autorité, du leadership et de la prise de décision partagés.</p>	<p>4.1 En tant que membres d'une équipe interprofessionnelle, se consulter, se déléguer des tâches, se superviser et se soutenir mutuellement.</p> <p>4.2 En tant que membre d'une équipe interprofessionnelle, accepter et exécuter les tâches déléguées.</p> <p>4.3 En tant que membre d'une équipe interprofessionnelle, demander de l'aide au besoin.</p>
<p>5. Communiquer de manière respectueuse et attentive.</p>	<p>5.1 Démontrer son soutien à tous les membres de l'équipe pour qu'ils s'expriment, remettent en question, contestent, défendent et soient responsables pour aborder des problèmes et des risques liés à la sécurité, surtout dans une relation où il y a une perception de déséquilibre de pouvoir.</p> <p>5.2 Définir des stratégies et des processus clairs pour une communication interprofessionnelle optimale au sein de l'équipe, y compris dans des situations ou des environnements où l'enjeu est élevé.</p> <p>5.3 Démontrer des techniques d'écoute active pour contribuer à optimiser le travail d'équipe interprofessionnelle et les soins aux patients.</p> <p>5.4 Optimiser l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans les pratiques de sécurité des équipes.</p> <p>5.5 Donner l'exemple d'une communication respectueuse.</p>



Compétences clés

Compétences habilitantes

Les prestataires de soins de santé peuvent :

Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.

- | | |
|--|---|
| 6. Travailler de manière efficace avec tous les membres de l'équipe interprofessionnelle pour promouvoir la compréhension, gérer les différences et résoudre les conflits. | 6.1 Favoriser une culture d'équipe interprofessionnelle qui permet une discussion saine des opinions divergentes de telle sorte que tous les membres d'une équipe puissent exprimer leurs préoccupations ou des idées nouvelles.
6.2 Identifier les conflits dans les équipes interprofessionnelles.
6.3 Identifier et respecter les différences, les malentendus et les limites qui peuvent contribuer aux conflits, et s'efforcer de les résoudre.
6.4 Identifier et aborder toutes les variations de pratique qui peuvent avoir un impact négatif sur la prestation fiable de soins fondés sur des données probantes. |
|--|---|

[Voir l'annexe 1 qui offre une liste des éléments clés en lien avec les connaissances \[C\], habiletés \[H\] et attitudes \[A\].](#)

Domaine 3 : La communication



Définition

Les professionnels de la santé engagent un dialogue ouvert avec les patients et les membres de leur famille afin de promouvoir la sécurité des patients, de prévenir les incidents liés à la sécurité des patients et d'y réagir.

Description

Ce domaine est axé sur les processus par lesquels les prestataires de soins de santé et les dirigeants en santé partagent et reçoivent des informations afin de développer des relations interpersonnelles positives dans des situations cliniques, à l'intérieur et à travers les organisations, et de soutenir l'engagement actif des patients ainsi que des soins sécuritaires et efficaces. Les pratiques de communication comprennent les communications écrites, orales et technologiques. Les outils de communication en ligne et les canaux d'information sont des méthodes importantes pour sensibiliser les menaces à la sécurité des patients.

Grâce à une communication efficace, les prestataires de soins de santé et les dirigeants en santé partagent leurs connaissances en matière de sécurité et améliorent leur compréhension des perspectives des patients et des familles. L'un des objectifs les plus importants d'une communication efficace est d'établir des partenariats avec les patients et leurs familles en tant que membres de leur propre équipe de soins de santé, ainsi que lorsqu'ils sont appelés à faire partie d'équipes de sécurité et de qualité. La perspective des patients et des membres de leur famille sur les soins qu'ils reçoivent est en constante évolution. Il est fondé sur un sentiment de confiance et d'aisance vis-à-vis des processus de soins, et il est influencé par le contexte social et les valeurs au sein de la communauté. Une communication efficace est avantageuse pour les patients et les prestataires de soins de santé, crée la confiance et est une condition préalable à l'obtention du consentement du patient. Des informations claires et cohérentes permettent aux patients de comprendre les risques, les avantages et les résultats possibles des examens et des traitements, dans le but de participer en tant que partenaires à part entière à leurs propres soins et à la prise de décision partagée.



Une communication efficace est avantageuse pour les patients et les prestataires de soins de santé, crée la confiance et est une condition préalable à l'obtention du consentement du patient.

Compétences clés et habilitantes

Compétences clés	Compétences habilitantes
Les prestataires de soins de santé peuvent :	Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.
1. Démontrer des compétences de communication verbale et non verbale efficace pour promouvoir la sécurité des patients.	<ul style="list-style-type: none">1.1 Démontrer du respect, de l'humilité et de l'empathie dans la communication.1.2 Discuter du diagnostic, des investigations, des traitements et des protocoles de manière claire et complète avec les patients et leurs familles, et confirmer leur compréhension.1.3 Transmettre l'information aux patients et à leurs familles, ainsi qu'aux membres de l'équipe de soins de santé, dans des communications structurées afin de favoriser la compréhension.1.4 Communiquer en tenant compte de l'état cognitif et des besoins d'autodidaxie en matière de santé.1.5 Utiliser des techniques d'écoute active pour comprendre les besoins des autres.1.6 Communiquer de manière à respecter la diversité culturelle, la sécurité culturelle et l'humilité culturelle, en reconnaissant également les barrières causées par le niveau d'autorité et leur impact sur la sécurité des patients.1.7 Respecter la vie privée et assurer la confidentialité.
2. Démontrer une documentation clinique efficace pour assurer la sécurité des patients.	<ul style="list-style-type: none">2.1 Fournir une documentation clinique suffisamment détaillée et compréhensible dans le dossier médical du patient.2.2 Fournir les ordonnances et les prescriptions de soins aux patients en utilisant des pratiques fondées sur des données probantes afin de réduire le risque d'erreurs, y compris l'utilisation d'abréviations approuvées.2.3 Fournir des ordonnances et des prescriptions de soins aux patients pour transmettre le degré d'urgence approprié.2.4 Utiliser des méthodes de communication qui assurent que des informations claires et complètes soient fournies dans les demandes de consultation et les réponses, les rapports d'investigation, les protocoles opératoires et autres, ainsi que toute autre correspondance.

Compétences clés	Compétences habilitantes
<p>Les prestataires de soins de santé peuvent :</p>	<p>Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.</p>
<p>3. Communiquer en vue de prévenir les menaces à haut risque pour la sécurité des patients.</p>	<p>3.1 Concevoir du matériel d'éducation pour les patients fondé sur des données probantes, intégrant l'engagement des patients et de leurs familles, la diversité et l'autodidaxie en matière de santé.</p> <p>3.2 Faire participer les patients ou les mandataires à des discussions pertinentes sur les risques et les avantages des évaluations et des traitements et sur l'obtention d'un consentement éclairé.</p> <p>3.3 Fournir des informations claires et complètes lors des transitions dans les soins [p. ex., faire participer les patients et leurs familles lors du changement de quart ou congé vers les soins dans la communauté].</p> <p>3.4 Communiquer l'urgence d'une situation clinique à tous les niveaux d'autorité, en faisant escalader les préoccupations au besoin et en bouclant la boucle lors du suivi.</p> <p>3.5 Adapter les communications pour les utiliser dans des situations ordinaires, de crise et de stress.</p> <p>3.6 Utiliser des méthodes de communication structurées pour attirer l'attention sur les situations cliniques urgentes et les situations cliniques à haut risque telles que les transitions dans les soins.</p>
<p>4. Utiliser la technologie des soins de santé pour fournir des soins sécuritaires aux patients.</p>	<p>4.1 Utiliser la technologie pour favoriser une communication sécuritaire [p. ex., dossiers patients électroniques, outils d'aide à la décision, ensembles d'ordonnances/protocoles/cartes de soins normalisés électroniques, alertes et surveillance].</p> <p>4.2 Comprendre les avantages et les risques associés à l'utilisation de la technologie pour la communication en matière de soins de santé.</p> <p>4.3 Faciliter l'accès des patients à leur propre dossier patient [conformément à la législation juridique].</p>

[Voir l'annexe 1 qui offre une liste des éléments clés en lien avec les connaissances \[C\], habiletés \[H\] et attitudes \[A\].](#)

Domaine 4 : La sécurité, les risques et l'amélioration de la qualité



Définition

Agir sur les risques liés à la sécurité est un vaste concept qui englobe l'identification, l'évaluation, la réduction et l'atténuation des risques liés à la sécurité des patients et des prestataires de soins. Ceci est accompli en engageant les patients, leurs familles et d'autres membres de l'équipe de soins à mettre en œuvre les principes de conception du système et d'amélioration de la qualité fondés sur des données probantes.

Description

Les prestataires de soins de santé travaillent dans des environnements complexes et sont exposés aux pressions exercées par la prestation de services, aux défaillances des systèmes et à leur propre faillibilité. Les dirigeants et les prestataires de soins de santé sont non seulement imputables dans leur travail quotidien, en atténuant les risques de manière continue dans des contextes de soins spécifiques au niveau local, mais aussi du point de vue de la conception de systèmes préventifs proactifs. Pour détecter les menaces liées à la sécurité des patients, agir sur les risques et améliorer la qualité dans des situations dynamiques complexes, les prestataires de soins de santé doivent être compétents dans les activités basées sur le système ainsi que dans la pratique clinique. Ces compétences peuvent inclure le travail d'équipe, la gestion des tâches, la conscience situationnelle ainsi que la connaissance des méthodes d'amélioration de la qualité. En apprenant et en mettant ces compétences en application, les prestataires de soins de santé peuvent contribuer à améliorer les résultats pour les patients et leurs familles en prévenant ou en atténuant les incidents liés à la sécurité des patients et des prestataires.

Les prestataires de soins de santé colligent et surveillent les données liées à la performance afin d'évaluer les risques et d'améliorer les résultats. Ils mettent également en application leurs connaissances pour prévenir de manière proactive les incidents liés à la sécurité des patients en s'engageant dans des activités d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Pour offrir des services de santé hautement fiables aux patients et à leurs familles, les prestataires de soins doivent savoir quand faire remonter les problèmes de soins et quels processus utiliser pour détecter rapidement et en temps réel les risques de sécurité (temps d'arrêt) ainsi que la détérioration de la santé des patients. Les dirigeants et les gestionnaires des soins de santé sont imputables d'accueillir des organisations apprenantes qui fournissent de ressources et l'infrastructure adéquates pour apporter du soutien aux prestataires de soins de santé dans leur travail clinique ainsi que dans leurs efforts d'amélioration de la qualité, d'assurance qualité et de sécurité des patients. Les organisations ont des plans stratégiques qui donnent la priorité à la sécurité des patients par le biais d'énoncés de types vision/mission et d'objectifs en matière de sécurité et de qualité. Les programmes de santé et de sécurité au travail dans les organisations soutiennent la santé et la sécurité des prestataires de soins de santé en protégeant leurs équipes contre les blessures physiques et psychologiques ainsi que l'épuisement professionnel, reconnus comme ayant un impact négatif sur la sécurité des patients.

Compétences clés et habilitantes

Compétences clés	Compétences habilitantes
Les prestataires de soins de santé peuvent :	Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances (C), habiletés (H) et attitudes (A) connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Anticiper, identifier, réduire et atténuer les situations dangereuses et routinières de même que les secteurs où les problèmes de sécurité peuvent survenir. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Démontrer la conscience situationnelle en observant continuellement l'environnement, en pensant plus loin et en examinant les options et les conséquences potentielles. 1.2 Intégrer les croyances culturelles et sanitaires de chaque patient afin d'atténuer les risques pour la sécurité. 1.3 Reconnaître les risques pour la sécurité en temps réel et réagir pour les corriger, en les empêchant d'atteindre le patient. 1.4 Reconnaître l'impact de la complexité du système sur la sécurité des résultats des interventions de soins de santé. 1.5 Utiliser des techniques telles que la collecte rigoureuse d'information, le recoupement des informations à l'aide de listes de vérification et l'examen des discordances entre la situation actuelle et l'état attendu. 1.6 Trier, documenter et déclarer les risques pour la sécurité afin de s'assurer que les problèmes soient traités par ordre de gravité. 1.7 Prendre conscience de ses propres vulnérabilités et failles et de celles de l'équipe au sein de systèmes complexes.



Les prestataires de soins de santé colligent et surveillent les données liées à la performance afin d'évaluer les risques et d'améliorer les résultats.



Compétences clés

Compétences habilitantes

Les prestataires de soins de santé peuvent :

Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.

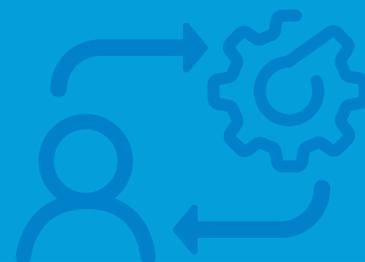
2. Identifier, mettre en œuvre et évaluer systématiquement les interventions d'amélioration de la qualité pour la sécurité des patients.

- 2.1 Évaluer de manière critique les éléments de preuve afin d'identifier les solutions de sécurité principales et émergentes.
- 2.2 Apprendre des réussites et des expériences locales en évaluant leur justesse par rapport à son propre environnement.
- 2.3 Sélectionner et mettre en œuvre la solution la plus appropriée pour un contexte donné, en tenant compte de la qualité, des ressources, de l'aspect pratique et des préférences du patient.
- 2.4 Évaluer l'impact des interventions visant à améliorer la qualité et la sécurité, y compris la possibilité qu'elles puissent causer un préjudice au patient ou avoir des conséquences involontaires (indicateurs d'équilibre).
- 2.5 Évaluer l'impact continu des interventions d'amélioration de la qualité et de la sécurité, en intégrant de manière continue les leçons apprises.
- 2.6 Développer des connaissances et des compétences sur la manière d'impliquer de manière significative les patients et leurs familles dans les initiatives d'assurance qualité et d'amélioration de la qualité.
- 2.7 Faire preuve de respect pour la culture lorsqu'il s'agit de faire participer les patients et leurs familles à la conception et à l'amélioration d'un système sécuritaire.

3. Maintenir l'amélioration de la qualité et les pratiques de sécurité sur le plan local et au sein du système.

- 3.1 Mener et s'engager dans le processus de mesure des indicateurs de qualité et de performance pour les personnes et les populations desservies.
- 3.2 Développer de manière continue les connaissances au niveau du système en ce qui concerne la science de la sécurité des patients et de l'amélioration de la qualité, la théorie du changement, les facteurs humains et la technologie.
- 3.3 S'engager à collaborer avec les dirigeants des soins de santé afin de s'assurer d'une allocation de ressources suffisantes aux efforts d'amélioration.
- 3.4 Militer auprès des dirigeants des soins de santé et des membres de l'équipe pour créer une culture d'amélioration continue de la qualité.
- 3.5 Faire participer les patients et leurs familles aux discussions sur les risques d'accident et encourager un dialogue ainsi qu'un questionnement en continu sur les soins.
- 3.6 Militer en faveur de la satisfaction des patients et des processus et structures de protection des patients; permettre aux patients et à leurs familles d'accéder à ces ressources.
- 3.7 Maintenir à jour les politiques et les procédures.

Domaine 5 : Optimiser les facteurs humains et systémiques



Définition

Gérer l'interaction entre les personnes (individus, prestataires de soins de santé, patients, membres de leurs familles et équipes) et les autres facteurs qui contribuent au système (tâches, outils/technologies, organisation, environnement) pour optimiser la sécurité des patients.

Description

Les facteurs humains forment une discipline scientifique qui étudie comment les gens interagissent avec les systèmes, les outils, les processus et les équipements. Elle tient compte de la manière dont les caractéristiques psychologiques, sociales, physiques, biologiques et de sécurité des utilisateurs affectent ces interactions. L'optimisation des facteurs humains et environnementaux pour favoriser l'obtention des meilleures performances humaines est une compétence essentielle en matière de sécurité pour tous les prestataires de soins de santé. Comprendre les facteurs humains individuels (patients, familles et prestataires de soins de santé) et les facteurs ambiants ou environnementaux qui façonnent les décisions aide à reconnaître et à atténuer les préjugés et les partis pris et à améliorer la prise de décision.

La capacité des prestataires de soins de santé à optimiser la sécurité des patients dépend de la compréhension de leur propre performance et de celle des autres dans un environnement de pratique donné, y compris la capacité à faire participer les patients et leurs familles. Les interactions complexes et en continu entre les prestataires de soins et les patients, ainsi que les caractéristiques technologiques de l'environnement des soins de santé, déterminent de façon significative les performances des individus et du système ainsi que la sécurité des soins aux patients. La pensée critique, qui implique la conscience situationnelle et une compréhension des biais cognitifs qui affectent la prise de décision, est influencée par divers facteurs humains et organisationnels.

En ce qui concerne les facteurs individuels, les performances humaines sont façonnées de façon significative par les connaissances, les habiletés et l'expérience, ainsi que par les attributs de la personnalité et les attitudes envers la tolérance au risque. Le bien-être des praticiens individuels en ce qui concerne la conciliation travail-vie personnelle, la fatigue et d'autres facteurs de santé personnelle constituent un autre élément clé de la performance.

En ce qui concerne les facteurs environnementaux, la réflexion systémique dans le domaine des soins de santé peut aider à mieux comprendre les relations entre les différents éléments des environnements de travail complexes. Les relations entre les politiques et les procédures, l'allocation des ressources et les cultures de travail sont étroitement liées aux structures organisationnelles locales, régionales, nationales et internationales. Il est important que les prestataires de soins de santé soient conscients de ces relations et de l'impact de leurs interactions avec les patients sur ces relations.

Enfin, l'interface entre les praticiens individuels et les patients ainsi que les attributs technologiques des environnements de soins de santé ont un effet critique sur les capacités des individus et du système à fournir des soins sécuritaires. La clé pour identifier les interventions efficaces repose sur l'alignement des interventions aux facteurs contributifs. Les interventions devraient toujours éviter de recourir à des solutions axées sur la personne (p. ex., une formation de rattrapage ou un renforcement des politiques ou des procédures qui imposent des actions aux individus). Il convient plutôt d'envisager des changements au niveau des systèmes (p. ex., l'automatisation d'un contrôle de sécurité, les fonctions de contrainte, le changement de culture) pour remédier à des systèmes mal conçus.

Le projet d'ingénierie des systèmes pour la sécurité des patients (SEIPS) est un cadre de travail établi en matière d'ingénierie des facteurs humains pour encadrer la conception et l'analyse de la recherche sur les soins de santé. Ce modèle de systèmes de travail et de sécurité des patients est présenté en [Annexe 2](#). Il représente le système de travail des soins de santé comme un système sociotechnique, centré sur l'homme, avec six éléments en interaction qui influencent la performance du système :

1. Personne;
2. Tâches;
3. Outils et technologies;
4. Organisation;
5. Environnement interne; et
6. Environnement externe.



L'optimisation des facteurs humains et environnementaux pour favoriser l'obtention des meilleures performances humaines est une compétence essentielle en matière de sécurité pour tous les prestataires de soins de santé.

Compétences clés et habilitantes

Compétences clés	Compétences habilitantes
<p>Les prestataires de soins de santé peuvent :</p>	<p>Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.</p>
<p>1. Décrire les facteurs contributifs individuels et environnementaux qui affectent la performance humaine.</p>	<p>1.1 Décrire l'impact de la fatigue et d'autres limitations humaines sur les performances cliniques.</p> <p>1.2 Respecter l'influence exercée par l'attitude et la diversité sur la pratique clinique.</p> <p>1.3 Discuter du rôle du bien-être et de son effet sur les connaissances et la pratique clinique.</p> <p>1.4 Faire preuve d'humilité dans les relations interpersonnelles ainsi que dans la conception et la mise en œuvre des processus de soins cliniques.</p> <p>1.5 Discuter de la manière d'intégrer des mécanismes d'adaptation pour atténuer les risques liés aux performances dans les conditions ambiantes et les divers environnements de pratique.</p> <p>1.6 Décrire l'impact de l'allocation des ressources, des politiques et procédures organisationnelles et de la culture de sécurité sur les résultats en matière de sécurité des patients.</p>
<p>2. Mettre en pratique des techniques de la pensée critique pour améliorer les résultats de décisions imposées par la sécurité.</p>	<p>2.1 Démontrer des processus permettant une prise de décision saine, en comprenant où les processus peuvent être remis en question et corrigés.</p> <p>2.2 Modéliser les caractéristiques comportementales de la conscience situationnelle.</p> <p>2.3 S'engager dans des processus de détection précoce et en temps réel des risques pour la sécurité et de la détérioration des patients.</p> <p>2.4 Démontrer la capacité de la prise de décision partagée avec les patients et leurs familles en tant que partenaires en prenant connaissance d'un éventail d'opinions ou de caractéristiques diverses.</p> <p>2.5 Développer des protocoles et des processus pour la détection précoce et en temps réel des risques pour la sécurité et s'y engager, agir sur les menaces pour la sécurité et communiquer les actions à tous les niveaux du système, y compris le leadership.</p> <p>2.6 Encourager les patients et leurs familles à communiquer leurs préoccupations et à poser des questions.</p>



Compétences clés

Compétences habilitantes

Les prestataires de soins de santé peuvent :

Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.

3. Discuter de l'impact de l'interface humain-technologie sur la sécurité des patients.

- 3.1 Définir les facteurs humains et l'ingénierie des facteurs humains et comprendre leur application dans les environnements de soins de santé.
- 3.2 Décrire le rôle que joue l'évaluation de la convivialité dans l'application sécuritaire des technologies.
- 3.3 Reconnaître l'importance de l'ergonomie dans la conception de la sécurité.
- 3.4 Adopter et militer en faveur de la dissémination de l'information sur la santé et choisir du matériel technologique pour favoriser des soins plus sécuritaires [p. ex., dossiers patients électroniques, outils d'aide à la décision, alertes et surveillance].
- 3.5 Décrire les principes de l'analyse du flux de travail pour améliorer la sécurité des soins.

4. Reconnaître que les facteurs humains constituent un ensemble diversifié d'éléments de système qui doivent être pris en compte de manière intégrée pour améliorer la sécurité des patients et prévenir et atténuer les risques.

- 4.1 Veiller à ce que la communication à tous les niveaux du système comprenne une rétroaction en boucle fermée.
- 4.2 Démontrer qu'une prise de décision efficace passe par l'intégration d'informations provenant de plusieurs niveaux du système [p. ex., des personnes — y compris le patient et sa famille, l'équipe, l'organisation, les autorités réglementaires].
- 4.3 Les dirigeants veillent à ce que les résultats des décisions prises au niveau de la direction et de la gouvernance soient systématiquement communiqués à tous les niveaux, et soient intégrés aux décisions et aux actions qui se produisent à tous les niveaux du système.
- 4.4 Décrire les types courants de biais cognitifs et culturels (conscients et inconscients).
- 4.5 Faire participer les patients et leurs familles à leur propre sécurité ainsi qu'aux efforts visant à améliorer la sécurité au niveau de l'organisation et des systèmes.

[Voir l'annexe 1 qui offre une liste des éléments clés en lien avec les connaissances \[C\], habiletés \[H\] et attitudes \[A\].](#)

Domaine 6 : Reconnaître les incidents liés à la sécurité des patients, y réagir et les divulguer



Définition

Reconnaître et déclarer les incidents liés à la sécurité des patients, réagir de manière appropriée et efficace pour atténuer les préjudices, assurer la divulgation et prévenir la récurrence.

Description

L'impact humain d'un incident lié à la sécurité des patients sur le patient, sa famille, les prestataires de soins directement concernés, ainsi que les ramifications sur le système lui-même, y compris le fardeau économique, sont significatifs.

La divulgation est une obligation éthique, professionnelle et légale. Les patients et leurs familles, les gouvernements, les ordres professionnels et les tribunaux canadiens s'attendent que les prestataires de soins qu'ils bien informés et imputables de leurs actions et de leurs réponses aux incidents liés à la sécurité des patients. Une divulgation ouverte, honnête et empathique et des excuses appropriées profitent aux patients et à leurs familles, aux prestataires de soins et à leurs organisations. Les patients, ainsi que leurs familles, touchés par un incident lié à la sécurité des patients veulent connaître l'étendue du préjudice, les faits entourant la façon dont il s'est produit et les mesures qui peuvent être prises pour prévenir ce préjudice à l'avenir. De nombreux patients et familles souhaitent participer à la mise en œuvre de ces améliorations ou être informés de la mise en place de ces nouvelles mesures de sécurité.

Les prestataires de soins de santé sont capables de reconnaître les incidents liés à la sécurité des patients, et prennent la responsabilité de réagir en temps opportun avec empathie et compassion pour répondre aux besoins urgents cliniques, émotionnels et d'information de leurs patients, et d'assurer le suivi nécessaire.

Les prestataires de soins de santé déclarent ces incidents à leurs dirigeants, aux membres de l'équipe et à leurs collègues, et apportent du soutien à ces personnes au besoin. Les prestataires de soins de santé reconnaissent l'importance d'une divulgation adaptée à la culture du patient en explorant et en reconnaissant ses valeurs, ses croyances et ses souhaits. Les patients ou leur famille sont informés en temps opportun de la survenue d'un préjudice. Un engagement est pris de



Une divulgation ouverte, honnête et empathique et des excuses appropriées profitent aux patients et à leurs familles, aux prestataires de soins et à leurs organisations.



fournir les raisons factuelles de ce qui s'est passé dès qu'elles sont connues et en temps opportun au patient ou à sa famille. Afin d'atténuer les préjudices, le prestataire et l'équipe de soins de santé répondent efficacement aux besoins cliniques immédiats du patient et planifient avec le patient ou sa famille la poursuite des soins. Des excuses appropriées sont présentées.

Les prestataires de soins de santé déclarent à leur organisation les incidents liés à la sécurité des patients, y compris les échappées belles, et contribuent à l'analyse des incidents, reconnaissant qu'il s'agit là d'occasions d'apprentissage pour contribuer à la refonte du système et à la participation des patients, et pour améliorer les performances des équipes et des personnes.

Le patient et/ou sa famille a avantage à avoir un suivi de l'amélioration en temps opportun. Le patient et/ou sa famille peut être invité à participer à la conception, au test ou à la mise en œuvre de l'amélioration afin d'éviter que d'autres patients ne subissent un préjudice semblable à l'avenir.

Être impliqué dans un incident de sécurité où un patient a subi un préjudice, qu'il ait pu être évité ou non, peut être extrêmement stressant et avoir un impact important sur sa vie personnelle, familiale et professionnelle.

Les patients et leur famille bénéficient d'un soutien et d'un accès à des ressources pour les aider à traverser cette période stressante.

Les prestataires de soins de santé savent reconnaître si leur capacité ou celle de leur équipe à fournir les meilleurs soins cliniques est compromise en raison du stress lié à l'incident de sécurité. Les prestataires de soins de santé utilisent des stratégies d'adaptation saines et constructives et recherchent activement un soutien émotionnel. Ils aident leur équipe et leurs collègues à faire face émotionnellement aux incidents, notamment en faisant appel aux systèmes de soutien qui sont à leur disposition.

Compétences clés et habilitantes

Compétences clés	Compétences habilitantes
<p>Les prestataires de soins de santé peuvent :</p>	<p>Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.</p>
<p>1. Reconnaître les incidents liés à la sécurité des patients.</p>	<p>1.1 Décrire les différents types d'incidents liés à la sécurité des patients [échappée belle, absence de préjudice, préjudice] et l'approche de réponse et de divulgation qui convient à chaque type, en conformité avec les réglementations provinciales.</p> <p>1.2 Définir le terme « préjudice » et faire la distinction entre le préjudice évitable résultant d'un incident lié à la sécurité des patients, le préjudice résultant d'une complication inévitable reconnue liée au risque inhérent du traitement et le préjudice résultant de l'évolution naturelle de l'état médical sous-jacent du patient.</p> <p>1.3 Gérer le risque de préjudice pour les autres patients qui peuvent également être affectés par un incident lié à la sécurité des patients [p. ex., retirer les risques biologiques et les équipements défectueux].</p> <p>1.4 Faciliter les soins cliniques, y compris les tests cliniques, les consultations et les soins en temps opportun pour un patient ayant subi un préjudice.</p>
<p>2. S'engager auprès des patients et des familles touchés par des incidents liés à la sécurité des patients afin de répondre à leurs besoins.</p>	<p>2.1 S'engager auprès des patients et/ou des familles pour évaluer leurs besoins immédiats en matière de sécurité et de soins pour leur bien-être physique et émotionnel à la suite d'un incident et intervenir pour prévenir tout nouveau préjudice.</p> <p>2.2 Décrire le rôle des patients et/ou des familles dans les phases de divulgation initiale et subséquente [post analyse].</p> <p>2.3 Reconnaître qu'il existe des situations qui demandent des considérations spéciales concernant la divulgation, par exemple, les patients en situation de vulnérabilité, les patients qui ont un mandataire, les patients qui ont des besoins particuliers en matière de communication [p. ex., ceux qui sont malentendants ou qui ont besoin de traduction].</p> <p>2.4 Reconnaître les facteurs de diversité qui peuvent avoir un impact sur la relation entre le professionnel de la santé et le patient.</p> <p>2.5 Inviter le patient ou sa famille à participer à l'identification des incidents liés à la sécurité des patients, à la conception, à l'essai et à la mise en œuvre d'améliorations ou à la transmission de mises à jour sur ces activités, selon les besoins.</p> <p>2.6 Encourager les patients et leurs familles à déclarer les incidents et les omissions au niveau des informations ou des soins qu'ils ont reçus.</p>



Compétences clés

Compétences habilitantes

Les prestataires de soins de santé peuvent :

Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.

3. Divulguer les incidents liés à la sécurité des patients.
 - 3.1 Reconnaître l'obligation éthique, professionnelle, organisationnelle et légale de divulguer les incidents portant sur la sécurité du patient et reconnaître également les attentes du patient et de sa famille.
 - 3.2 Connaître les politiques et les procédures en vigueur associées à la divulgation et comprendre comment elles contribuent à une culture organisationnelle de la sécurité des patients.
 - 3.3 Décrire les implications juridiques découlant de la divulgation.
 - 3.4 Divulguer l'occurrence d'un incident lié à la sécurité du patient au patient et/ou à sa famille en temps opportun, avec empathie et en tenant compte des sensibilités culturelles.
 - 3.5 Déterminer qui est responsable de la divulgation, qui doit être présent lors des communications de divulgation, comment divulguer au nom d'autrui et qui doit être responsable du suivi auprès du patient et/ou de la famille.
 - 3.6 Décrire les informations qui doivent être divulguées lors de la divulgation initiale, le calendrier de divulgation, ainsi que les documents, rapports et analyses requis.
 - 3.7 Demander de manière appropriée de l'aide et des conseils sur la divulgation.
 - 3.8 Engager avec les patients et/ou leurs familles une communication honnête et un dialogue empathique et culturellement adapté en ce qui concerne la divulgation.
 - 3.9 Reconnaître l'importance de l'empathie et des excuses dans toutes les discussions portant sur la divulgation.
 - 3.10 Reconnaître l'importance de communiquer et de contacter le patient ou sa famille de façon opportune dans toutes les discussions portant sur la divulgation.

Compétences clés	Compétences habilitantes
<p>Les prestataires de soins de santé peuvent :</p>	<p>Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.</p>
<p>4. Tirer les leçons des incidents liés à la sécurité des patients.</p>	<p>4.1 Reconnaître l'obligation éthique et professionnelle de déclarer tous les types d'incidents liés à la sécurité des patients afin d'atténuer les préjudices et d'améliorer la qualité des soins.</p> <p>4.2 Décrire le processus de déclaration des incidents liés à la sécurité des patients.</p> <p>4.3 Reconnaître que la déclaration des incidents liés à la sécurité des patients est nécessaire dans tout le continuum des services primaires et spécialisés fournis par les centres communautaires et les hôpitaux, y compris pour les patients participant à des programmes de recherche.</p> <p>4.4 Au moment de l'événement, interroger les personnes concernées pour obtenir les informations appropriées concernant l'événement; recueillir le matériel clinique nécessaire (p. ex., les tracés des moniteurs), les échantillons et les équipements qui peuvent faciliter une analyse approfondie; et conserver les preuves pour comprendre les raisons de ce qui s'est passé.</p> <p>4.5 Participer à l'analyse de l'événement en temps opportun et à la planification des améliorations pour prévenir la récurrence.</p> <p>4.6 Se livrer à une réflexion personnelle et professionnelle concernant un incident lié à la sécurité des patients.</p> <p>4.7 S'engager auprès des patients et/ou des familles en temps opportun pour obtenir leur point de vue sur ce qui s'est passé.</p> <p>4.8 Reconnaître l'importance de surveiller les résultats de l'analyse des incidents en collaboration avec les dirigeants.</p> <p>4.9 Faire preuve de leadership en militant professionnellement en faveur des changements requis dans le système.</p> <p>4.10 Mettre en application les leçons apprises et mettre en œuvre des améliorations pour renforcer la sécurité des soins futurs.</p> <p>4.11 Partager les leçons apprises au niveau de l'organisation et du système de santé.</p> <p>4.12 Mettre en œuvre des mesures visant à prévenir des événements semblables.</p> <p>4.13 Documenter de manière appropriée les faits liés à ce qui s'est passé et les discussions sur la divulgation.</p>



Compétences clés

Compétences habilitantes

Les prestataires de soins de santé peuvent :

Chaque compétence clé est soutenue par les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] connexes suivantes — les compétences habilitantes particulières qui permettent la mise en pratique de la compétence clé.

- | | |
|--|---|
| <p>5. Faire face de manière professionnelle et constructive au stress émotionnel d'être impliqué dans un incident lié à la sécurité des patients.</p> | <p>5.1 Prendre soin de soi, adopter des stratégies d'adaptation saines et soutenir les membres de l'équipe après un incident, y compris l'accès à des ressources requises lorsqu'approprié.</p> <p>5.2 Reconnaître l'impact psychologique potentiel sur les personnes impliquées dans des incidents liés à la sécurité des patients.</p> <p>5.3 Apporter un soutien aux prestataires de soins individuels, aux équipes et aux dirigeants impliqués dans un incident lié à la sécurité des patients.</p> |
| <p>6. Pour ceux qui occupent des postes de direction officiels, soutenir les patients, leurs familles et les prestataires de soins de santé impliqués dans un incident lié à la sécurité des patients.</p> | <p>6.1 Faciliter la déclaration des incidents liés à la sécurité des patients et au sein de l'organisation par la mise en place de politiques et de procédures appropriées.</p> <p>6.2 Utiliser les principes de la culture juste pour attribuer de façon équitable le niveau de responsabilité.</p> <p>6.3 Donner des conseils pour déterminer le contenu des discussions portant sur la divulgation.</p> <p>6.4 Au moment de communiquer avec les patients et les familles, encadrer et aider de façon directe selon leurs besoins.</p> <p>6.5 Mettre en œuvre des structures et des processus visant à prévenir d'autres préjudices émotionnels pour les prestataires de soins de santé lors des discussions sur la divulgation subséquente et de l'analyse de l'incident.</p> <p>6.6 Mettre en œuvre des structures et des processus pour aider les patients, leurs familles et les prestataires de soins à faire face au stress émotionnel des incidents liés à la sécurité des patients.</p> <p>6.7 Fournir des ressources éducatives en matière de diversité, y compris l'autodidaxie en matière de santé et de sensibilités culturelles qui peuvent être nécessaires pour le patient et/ou la famille participant au processus de divulgation.</p> <p>6.8 Si nécessaire, informer le public et les médias de manière appropriée d'un incident lié à la sécurité des patients.</p> <p>6.9 Assurer un soutien psychologique et des soins cliniques continus à long terme aux patients, aux familles et aux prestataires de soins de santé à la suite d'incidents liés à la sécurité des patients, selon leurs besoins.</p> <p>6.10 Gérer les déséquilibres de pouvoir naturels qui peuvent contribuer aux incidents liés à la sécurité des patients et influencer les communications.</p> |

[Voir l'annexe 1 qui offre une liste des éléments clés en lien avec les connaissances \[C\], habiletés \[H\] et attitudes \[A\].](#)

Étude de cas : Université du Manitoba

Mettre en application le cadre des compétences liées à la sécurité des patients de l'ICSP dans un programme d'enseignement de profession de la santé : l'Université du Manitoba, *College of Pharmacy Experience*

Ruby Grymonpre, Kelly Drummond, Kaarina Kowalec, Sheila Ng, Robin Oliver et Dana Turcotte

De nombreuses professions de la santé et de services sociaux, y compris la pharmacie, sont réglementées, ce qui signifie qu'elles sont régies par la législation provinciale et agissent pour garantir que les services sont fournis de manière sécuritaire, professionnelle et éthique. L'une des composantes de ces exigences est la délivrance d'un permis d'exercice, obtenu en passant avec succès un examen d'entrée en pratique. Afin de garantir des normes élevées pour la pratique de la pharmacie et la protection du public, et de préparer les étudiants à ces examens à enjeux élevés, les facultés canadiennes de pharmacie doivent aligner leurs programmes d'études sur ceux de l'Association des facultés de pharmacie du Canada [AFPC, 2017] et de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie [ANORP, 2014]. De même, pour s'assurer que les prestataires de services sociaux et de santé aient les connaissances, les compétences, les attitudes et les comportements nécessaires pour fournir des soins en toute sécurité, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a élaboré sa première [2008] et maintenant cette deuxième [2020] édition du Cadre des compétences liées à la sécurité des patients. Ce cadre définit et illustre l'interdépendance entre six domaines de compétences de base, les compétences clés et habilitantes qui y sont associées, ainsi que les connaissances, les habiletés et les attitudes requises par tous les intervenants des professions de la santé et de services sociaux pour fournir des soins en toute sécurité. Étant donné que le langage des compétences de l'Institut canadien pour la sécurité des patients a été intégré au sein des compétences et des résultats de l'ANORP et de l'AFPC, les facultés canadiennes de pharmacie doivent intégrer ces compétences en matière de sécurité dans leur programme d'études.

La cartographie du curriculum est un processus de documentation et d'analyse utilisé par les programmes universitaires pour l'amélioration continue de la qualité. La cartographie du curriculum est un processus qui consiste à aligner les éléments de tous les cours de son programme (objectifs d'apprentissage, contenu des cours, formats pédagogiques, évaluation des étudiants, niveaux d'apprentissage) avec les compétences et les résultats pédagogiques nécessaires pour accéder à la pratique. Dans le cadre du présent document, les coordonnateurs de cours du Collège de pharmacie de l'Université du Manitoba sont tenus d'établir un tableau pour chaque objectif d'apprentissage de cours avec les résultats pédagogiques pertinents de l'AFPC et les compétences de l'ANORP ainsi que les niveaux d'apprentissage (idées, connexions, extension) et de performance (novice, fonctionnel, compétent) associés. Par souci de transparence, ces données tabulées doivent être incluses dans les plans de cours distribués aux étudiants inscrits à chaque cours. Ces données sont également saisies dans la feuille de calcul de la cartographie du curriculum de l'École de pharmacie. L'analyse de la feuille de calcul du curriculum permet de déterminer les écarts et les redondances, et d'indiquer si les cours s'inscrivent dans un continuum d'apprentissage pour atteindre les résultats de l'AFPC et les compétences de l'ANORP. Zelenitsky et al [2014] décrivent le processus utilisé par

le Collège de pharmacie de l'Université du Manitoba pour élaborer la cartographie du curriculum : Une évaluation du processus de cartographie a démontré que les objectifs des cours étaient alignés sur les résultats pédagogiques de l'AFPC et sur le plan de l'examen requis pour accéder à la pratique, ainsi que sur le bon niveau d'apprentissage et d'organisation du contenu des cours¹. Des sondages menés auprès des employeurs et des étudiants ont confirmé l'alignement entre la formation prévue et la formation apprise.

Afin de comprendre la mise en pratique de leurs compétences, entre 2012 et 2014, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a invité les écoles et les facultés de la santé canadiennes à participer à un exercice de cartographie électronique². Le but était d'examiner les objectifs d'apprentissage de tous les cours enseignés dans chaque collège ou école, de mettre en correspondance ce contenu avec le cadre de compétences de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et d'analyser les données pour déceler les écarts ou les redondances. Le processus consistait à saisir les variables de données suivantes dans une base de données Microsoft® Access [nom du cours et, si pertinent, objectif(s) du cours, domaine(s) de l'ICSP, descripteur(s) de l'ICSP, descripteur(s) habilitant(s) de l'ICSP, domaine(s) de compétence du CIHC et descripteur(s) de compétence du CIHC]. Le Collège de pharmacie de l'Université du Manitoba a participé à l'exercice et a reçu un rapport personnalisé. L'examen des données a suggéré qu'il existait un écart au niveau de la compétence : reconnaître les événements indésirables, y réagir et les divulguer. Le Collège de pharmacie a réagi en organisant des séances interactives interprofessionnelles (2015) puis uni professionnelles (de 2017 à aujourd'hui), au cours desquelles les étudiants en pharmacie doivent décrire les éléments clés de la divulgation et des excuses et les mettre en pratique.

En 2020, le Collège de pharmacie de l'Université du Manitoba fêtera sa première admission directe d'étudiants dans le nouveau programme de doctorat en pharmacie (PharmD) de quatre ans. Ce programme offre à notre collège la possibilité d'introduire de nouveaux cours et de modifier les cours existants dans le cadre du programme d'études de quatre ans. Un groupe de travail sur la sécurité des patients du doctorat en pharmacie a été chargé d'élaborer un programme d'études longitudinal sur la sécurité des patients. Le mandat initial de ce groupe de travail était de «réviser ce qui est enseigné au sein du Collège de pharmacie en matière de sécurité des patients, de cartographier ce contenu contre le cadre de compétences de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de s'assurer qu'il n'y ait aucun écart ou redondance». Notre mandat était de répéter et mettre à jour l'exercice de cartographie électronique de l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour la période allant de 2012 à 2014.

Le groupe de travail sur la sécurité des patients du doctorat en pharmacie a commencé par examiner l'exercice précédent de cartographie électronique de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et a identifié plusieurs problèmes liés au processus. Bien que simplifié par l'utilisation d'une base de données à saisie électronique, le processus a nécessité l'examen manuel de plusieurs centaines d'objectifs d'apprentissage pour tous les cours offerts tout au long des quatre années du programme d'études en pharmacie, un processus long et fastidieux, sujet à la fatigue liée à la saisie de données. La saisie des données était également rétrospective et subjective puisqu'elles dépendaient de la perception du personnel chargé de la saisie des données quant à l'adéquation d'un objectif d'apprentissage particulier avec un ou plusieurs des domaines de compétence de l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Par exemple, l'objectif d'apprentissage suivant : «À la fin de ce cours, l'étudiant sera en mesure de discuter clairement avec le patient de son diagnostic et des options de traitement de ses propres soins» a été interprété par le personnel chargé de la saisie des données comme

étant conforme à « Optimiser les facteurs humains et environnementaux », « Gérer les risques associés à la sécurité », « Communiquer efficacement pour renforcer la sécurité des patients » et « Travailler en équipe pour veiller à la sécurité des patients ». Le groupe de travail a rapidement compris que cette méthode de cartographie du contenu actuel des cours ne permettait pas de donner une orientation claire et prospective au contenu des cours futurs. Comme l'illustre l'exemple, on s'est également inquiété du fait que certains des objectifs d'apprentissage étaient interprétés comme ayant un rapport avec la sécurité, sans référence explicite aux domaines de compétence de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et aux connaissances, habiletés, attitudes ou comportements correspondants en matière de sécurité. Étant données ces limites et considérant qu'il y avait là une belle occasion pour notre Collège à introduire du nouveau contenu sur la sécurité ou à améliorer le contenu existant dans notre curriculum, le groupe de travail a décidé d'adopter une approche innovante pour transposer le cadre de compétences de l'Institut canadien pour la sécurité des patients au curriculum du Collège de pharmacie.

Le groupe de travail sur la sécurité des patients du doctorat en pharmacie a commencé par compiler les données dans chacun des six domaines de compétence de l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour 2019, mot pour mot (avec autorisation). Cette compilation originale de tableaux dépassait 30 pages et spécifiait 26 compétences clés, 147 compétences habilitantes et 143 éléments (connaissances, habiletés et attitudes). Les responsables des cours ont trouvé que cela était impossible à gérer. En réponse à ces commentaires, le groupe de travail a créé six documents abrégés, chacun correspondant à l'un des six domaines de compétence de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et ne dépassant pas deux pages. (Voir Annexe 3, Tableau 1) Les documents des six domaines énoncent les compétences clés et décrivent de manière sélective les compétences habilitantes les plus importantes tout en renvoyant numériquement aux autres compétences habilitantes et éléments contenus en annexe. Chaque document de domaine de compétence décrit également les compétences pertinentes de l'ANORP en matière de sécurité des patients et les résultats de formation de l'AFPC. Le groupe de travail a créé un « menu » à partir duquel les responsables et les formateurs du cours peuvent déterminer une compétence clé et une ou plusieurs compétences et éléments habilitants à aborder dans leur cours (tout en tenant compte du niveau de l'apprenant et du continuum d'apprentissage). Les formateurs peuvent ensuite utiliser les énoncés de compétences qu'ils ont choisis pour concevoir de manière prospective le contenu des cours et les formats d'apprentissage. (Voir annexe 3, tableau 2)

Les cours du programme de la faculté de pharmacie s'inscrivent dans l'une de ces quatre orientations : sciences biomédicales et pharmaceutiques ; sciences cliniques et appliquées ; laboratoire de compétences en pharmacie et pratique de la pharmacie ; apprentissage expérientiel et IPE. Des réunions sont organisées régulièrement entre les différentes filières afin de permettre l'échange d'informations au sein de celles-ci et entre elles. Ces réunions permettent aux coordonnateurs et aux instructeurs de discuter du contenu de leurs cours sur la sécurité et de s'assurer que le matériel s'appuie sur le contenu des cours précédents, simultanés ou futurs sur la sécurité sans le dupliquer. Reconnaissant que les responsables du cours définissent déjà leurs objectifs d'apprentissage en fonction des résultats pédagogiques de l'AFPC et des compétences de l'ANORP dans le cadre du processus de définition du curriculum, le groupe de travail sur la sécurité a recommandé que les responsables du cours définissent également les domaines de compétences pertinents de l'Institut canadien pour la sécurité des patients. (Voir annexe 4) En d'autres termes, l'analyse du curriculum sur la sécurité des patients devrait être une composante homogène du processus actuel de cartographie du curriculum du Collège de pharmacie, fournissant une image explicite, prospective, efficace et en temps opportun des écarts et des redondances des compétences en matière de sécurité tout au long du continuum d'apprentissage.

Cet exercice de cartographie a également révélé des écarts tant dans les compétences de l'ANORP que



dans les résultats de l'AFPC. L'ANORP et l'AFPC font tous deux référence au domaine 1 (Culture de sécurité des patients), au domaine 4 (Sécurité, risque et amélioration de la qualité) et au domaine 5 (Optimiser les facteurs humains et systémiques). Cependant, seule l'AFPC fait référence au domaine 2 (Travail d'équipe) et au domaine 3 (Communication) et seule l'ANORP fait référence au domaine 6 (Reconnaître les incidents liés à la sécurité des patients, y réagir et les divulguer). Notre intention est de communiquer ces informations aux organisations concernées.

References

1. Zelenitsky S, Vercaigne L, Davies N, Davis C, Renaud R, & Kristjansen C. *Using curriculum mapping to engage faculty members in the analysis of a pharmacy program*. *Am J Pharm Educ* 2013;78(7) Article 139.
2. Institut canadien pour la sécurité des patients. *Rapport sur l'intégration du cadre des compétences en matière de sécurité dans les programmes de formation des professions de santé au Canada*. 2016. CPSI, Ottawa, Canada.



Un groupe de travail sur la sécurité des patients du doctorat en pharmacie a été chargé d'élaborer un programme d'études longitudinal sur la sécurité des patients.

Étude de cas : Université McGill

La sécurité est l'affaire de tous : mettre en pratique et enseigner les compétences en matière de sécurité des patients

Mark Daly

À l'Université McGill, située à Montréal (Canada), nous avons créé une série d'ateliers de perfectionnement du corps professoral sur la sécurité des patients, agréés et guidés par la théorie, tout en se basant sur le cadre des Compétences liées à la sécurité des patients de l'Institut canadien pour la sécurité des patients. *La sécurité est l'affaire de tous : mettre en pratique et enseigner les Compétences liées à la sécurité des patients* est une série d'ateliers qui se déroule à chaque année depuis 2014 pendant une journée et demie et est ouverte à tout le corps enseignant et au personnel de nos réseaux cliniques. Sur la base des résultats d'un sondage d'évaluation des besoins auprès du public cible, le comité de planification a déterminé deux objectifs généraux pour la série d'ateliers. Le premier objectif est d'accroître les connaissances et les compétences des enseignants cliniques en ce qui concerne les principes de sécurité des patients. Le second objectif est d'améliorer la capacité des enseignants cliniques à contribuer au développement d'une culture de sécurité des patients dans leur milieu.

Cette culture peut être définie comme étant celle où «... le personnel est conscient, en permanence et de façon active, du potentiel que les choses aillent mal. C'est aussi une culture ouverte et équitable, qui encourage les gens à parler de leurs erreurs. Dans les organisations dotées d'une culture de sécurité, les gens sont capables d'apprendre sur ce qui ne va pas et d'y remédier¹».

De plus en plus, les principes de la sécurité des patients sont inclus dans les programmes d'études officiels et enseignés aux étudiants de premier et de troisième cycle. De nombreux programmes et ordres professionnels de la santé ont inclus la théorie de la sécurité des patients dans leurs exigences. Plus récemment, la sécurité des patients a été intégrée dans le cadre CanMEDS 2015. Pourtant, une grande partie de l'enseignement et de l'apprentissage cliniques est basée sur le travail, et changer la culture de sécurité des patients demande de modifier les attitudes et les comportements des enseignants cliniques qui servent de modèles influents auprès des étudiants et des résidents. Il est impératif que nous offrions des séances de formation aux enseignants cliniques afin de les sensibiliser à l'importance du modèle de rôle, du programme d'études caché et de la synergie créée par une équipe interprofessionnelle pour faire progresser la sécurité des patients.

Le comité de planification témoigne d'une collaboration interprofessionnelle en plus de créer une plateforme pour combler le fossé entre les milieux universitaires et cliniques. Le comité de planification comprend des représentants venant de divers bureaux de McGill, de programmes de professions de la santé et de partenaires cliniques.



Le premier objectif est d'accroître les connaissances et les compétences des enseignants cliniques en ce qui concerne les principes de sécurité des patients.

Comité de planification de la sécurité des patients

Bureaux de McGill

- » Développement de la faculté
- » Formation professionnelle continue
- » Formation interprofessionnelle

Programmes pour les professionnels de la santé de McGill

- » Sciences de la communication humaine
- » École des sciences infirmières Ingram
- » Physiothérapie et ergothérapie
- » Médecine

Partenaires cliniques

- » Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal
- » Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- » Centre universitaire de santé McGill

La collaboration avec nos partenaires cliniques a été l'une des clés de notre succès. Elle a renforcé notre capacité à assurer un lien direct avec l'environnement clinique, à déterminer les initiatives locales d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients pouvant être partagées, à aider à recruter des participants ou des présentateurs, à fournir des informations sur le contenu des ateliers, à assurer la diffusion de la publicité des ateliers auprès des parties prenantes internes (communications, conseils professionnels, directeurs de l'éducation) et à coordonner la logistique sur place. La grande diversité des membres du comité de planification permet de garantir une contribution positive à l'amélioration de la culture et de l'environnement d'apprentissage.

Pourquoi avons-nous choisi le cadre des Compétences liées à la sécurité des patients de l'Institut canadien pour la sécurité des patients? Nous voulions fonder la série d'ateliers sur un cadre validé pouvant être utilisé par divers professionnels de la santé, comprenant un ensemble robuste de compétences clés et habilitantes, et qui était aligné sur d'autres cadres axés sur les compétences.

Le premier atelier se déroule sur une journée entière et se concentre sur les six domaines du cadre des compétences liées à la sécurité des patients. Le deuxième atelier, d'une demi-journée, est consacré à l'amélioration de la qualité. Guidées par les théories d'apprentissage des adultes, diverses stratégies d'enseignement sont utilisées pour promouvoir l'acquisition de connaissances et la discussion sur l'application pratique dans l'environnement d'apprentissage. On peut citer par exemple l'alternance de discussions interactives en plénière ou en petits groupes, de vidéos, de cas, de réflexions individuelles et des affiches avec narration. Et surtout, les ateliers sont offerts sur un site clinique. Le lieu est choisi à tour de rôle par nos différents partenaires cliniques et présente les avantages suivants : il est plus facile pour le personnel clinique d'y assister ; il contribue à créer une communauté de pratique interne (au sein d'un service, de l'établissement ou du réseau) ; et il permet de créer des partenariats à l'interne qui n'auraient peut-être jamais vu le jour.

Objectifs de l'atelier :

- » Décrire les concepts de sécurité des patients et les lignes directrices sur la divulgation;
- » Identifier les facteurs contributifs liés aux enseignants, aux apprenants et aux systèmes qui influencent sur la sécurité des patients;
- » Enseigner aux apprenants comment communiquer sur les événements indésirables;
- » Reconnaître l'importance du modèle de rôle pour faire progresser la sécurité des patients;
- » Discuter de l'impact des événements indésirables;
- » Décrire le travail d'équipe et la communication efficaces au sein d'une équipe; et
- » Analyser comment améliorer la sécurité dans son propre contexte.

Notre équipe a également intégré une composante scientifique à la série d'ateliers en élaborant un projet de recherche fondé sur un cadre d'évaluation axé sur les résultats, et en le mettant en œuvre². L'étude examine la possibilité de mettre en œuvre la série d'ateliers et d'en évaluer l'impact sur les niveaux de participation, de satisfaction, d'utilité, de connaissances, de confiance, d'intention de changer de comportement et sur les changements constatés dans la pratique³.

Dans l'ensemble, les participants ont rapporté une augmentation de leur connaissance sur la théorie de la sécurité des patients ainsi qu'une amélioration de leur perception sur la manière d'intégrer la théorie de la sécurité des patients dans leur enseignement et dans leurs pratiques cliniques.

En conclusion, nos apprentissages comprennent les éléments suivants :

- » L'utilisation du cadre des Compétences liées à la sécurité des patients de l'ICSP a créé une base solide et validée pour notre série d'ateliers de perfectionnement du corps professoral sur la sécurité des patients.
- » L'enseignement de la sécurité des patients doit comprendre à la fois des expériences universitaires (théoriques) et cliniques basées sur un cadre de travail commun.
- » La culture de sécurité est optimisée lorsque les apprenants et les enseignants sont tous deux exposés aux connaissances sur la sécurité des patients.
- » Les ateliers in situ sur la sécurité des patients peuvent créer une communauté de pratique (département, établissement, réseau croisé).
- » Les partenariats universitaires et cliniques font partie intégrante de la mise en œuvre d'une amélioration durable de la culture de sécurité des patients.

La nature interprofessionnelle du comité de planification a renforcé l'importance d'une équipe diversifiée lors des discussions sur les enjeux de la sécurité des patients. L'utilisation du cadre des compétences liées à la sécurité des patients de l'ICSP comme base commune a galvanisé l'équipe et soutenu nos objectifs généraux d'accroître les connaissances et les compétences des enseignants cliniques en ce qui concerne les principes de sécurité des patients. En fin de compte, cette augmentation des connaissances et des compétences des enseignants cliniques améliore leur capacité à contribuer au développement d'une culture de sécurité des patients dans leur milieu clinique.



Références

1. Agence nationale pour la sécurité des patients. *Seven Steps to Patient Safety: The Full Reference Guide*. Londres, Royaume-Uni, National Health Service, 2004. <https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/directorates/files/Seven%20steps%20to%20safety.pdf>.
2. MOORE, DEJ., JS. GREEN et HA. GALLIS. *Achieving desired results and improved outcomes: Integrating planning and assessment throughout learning activities*. *J Contin Educ Health Prof.* 2009, 29(1), 1-15. DOI : 10.1002/chp.20001.
3. LUCONI, F., M. BOILLAT, S. MAK, et al. *Patient Safety and Quality of Care are Everybody's Business: Evaluating the Impact of a Continuing Professional Development Program beyond Satisfaction*. *MedEdPublish.* 2019, 8(1), 46. DOI : 10.15694/mep.2019.000046.1.

Étude de cas : Université Queen's

Utilisation du cadre des compétences liées à la sécurité des patients

Callie Cullen, Ciara Papaioannou et Carole Finn

Introduction

Chaque année, la promotion d'infirmières de l'Université Queen's suit un cours pratique portant sur la promotion de la santé dans le cadre de son programme d'études de dernière année. Tout au long de ce cours, les étudiants sont jumelés à un précepteur d'agence avec lequel ils travaillent pour développer un programme d'intervention basé sur le modèle «PRECEED-PROCEED». Pour notre projet de promotion de la santé, un atelier interactif a été créé et présenté aux étudiants du programme Préposés aux bénéficiaires (PAB) de la Loyola School of Adult and Continuing Education (Loyola) située à Kingston, en Ontario. L'objectif principal de cet atelier était d'améliorer la santé et la sécurité des futurs diplômés PAB du programme de Loyola. Cet atelier avait pour but d'informer les étudiants du programme PAB sur la manière dont l'ergonomie, les pratiques de manipulation des patients et la communication peuvent affecter les résultats liés à la sécurité des patients. De plus, les étudiants ont été mis au défi de mettre en pratique leurs compétences en matière de pensée critique en participant à cinq scénarios interactifs basés sur la sécurité des patients (voir l'encadré 1.1 pour un exemple de scénario). Pendant la phase de développement de l'intervention, il est devenu évident que les compétences liées à la sécurité des patients publiées par l'Institut canadien pour la sécurité des patients étaient très pertinentes pour les objectifs de ce projet; et donc, ces compétences ont eu une influence sur l'élaboration des scénarios de l'atelier et des questions à débattre.

Domaine 1 : Contribuer à une culture de sécurité des patients

Les trois compétences clés relevant de ce domaine consistent à militer pour l'amélioration de la sécurité des patients, à contribuer à l'établissement et au maintien d'une culture juste, et à contribuer à l'amélioration continue de la culture de sécurité. Grâce à la création et à la mise en œuvre de cet atelier interactif, l'éducation en matière de sécurité sur le lieu de travail a été transmise avec succès à une multitude d'étudiants du programme PAB (compétence 2.3). Au cours de l'atelier, les étudiants ont exploré divers facteurs contribuant à la culture de sécurité des patients afin de mieux comprendre comment ces facteurs peuvent avoir un impact positif ou négatif sur la sécurité des patients (compétences 1.2, 1.8). En outre, à la fin de la session, les étudiants se sont engagés dans plusieurs scénarios interactifs qui les mettaient au défi de mettre en pratique leurs connaissances et leurs capacités de réflexion critique à des événements potentiels de la vie réelle. Le scénario décrit dans l'encadré 1.1 a été conçu spécialement pour cet atelier afin d'illustrer l'importance de remettre en question les pratiques dangereuses, stimulant ainsi le développement des compétences en matière de défense des intérêts (compétences 3.1, 3.5).



L'objectif principal de cet atelier était d'améliorer la santé et la sécurité des futurs diplômés PAB du programme de Loyola.

Domaine 2 : Le travail d'équipe

L'objectif de ce domaine est de parvenir à instaurer un esprit d'équipe optimal pour garantir la sécurité des patients, la qualité des soins et des résultats positifs pour la santé des patients. La mise en œuvre de cet atelier interactif a amené les étudiants PAB à travailler ensemble en simulant un environnement clinique. À l'aide de scénarios cliniques, les étudiants du programme PAB ont travaillé ensemble pour déterminer et résoudre les problèmes de sécurité [compétence 3.2]. Les discussions sur les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe de soins et l'importance de demander de l'aide ont figuré parmi les priorités de notre atelier [compétences 3.3, 4.3]. Au cours de notre atelier, nous avons accordé une grande priorité à la conversation sur la défense des intérêts des patients et de leur propre intérêt. Une de nos mises en situation a porté sur la « prise de parole » concernant les pratiques dangereuses d'un membre du personnel de haut niveau. Les étudiants du programme PAB devaient trouver une réponse respectueuse au scénario favorisant la sécurité non seulement du patient, mais aussi des travailleurs [compétences 5.1, 5.5].

Domaine 3 : La communication

Au cœur du troisième domaine, tous les prestataires de soins de santé doivent être en mesure de communiquer efficacement avec les autres pour prévenir les menaces à haut risque pour la sécurité des patients et démontrer qu'ils disposent d'une documentation clinique adéquate concernant la sécurité des patients. Tout au long de cet atelier, on a fortement insisté sur la valeur d'une évaluation fréquente des clients. Les évaluations continues fournissent aux PAB un portrait complet de leurs clients, ce qui leur permet de fournir les informations les plus précises possible aux autres prestataires de soins autorisés [compétence 3.3]. En plus de la communication verbale, on a mis l'accent sur l'importance de la communication écrite, une partie de l'atelier étant consacrée à la documentation. On a passé en revue les informations de base, notamment, ce qu'il faut documenter et quand on doit le faire, ainsi qu'une introduction générale à la déclaration d'incidents. Dans le cadre des activités de débriefage pour plusieurs des scénarios interactifs, les étudiants du programme PAB ont identifié comment ils allaient documenter des événements particuliers.

Domaine 4 : La sécurité, les risques et l'amélioration de la qualité

Les concepts du quatrième domaine portent sur la façon de gérer les risques pour la sécurité par le biais de stratégies d'identification, d'évaluation et de réduction appropriées. En incorporant des scénarios portant sur la sécurité dans notre atelier, les élèves du programme PAB ont été obligés de mener une réflexion critique sur leur environnement simulé et d'évaluer les résultats en matière de sécurité en fonction de la situation donnée [compétence 1.1]. Nous avons souligné l'importance d'une évaluation approfondie du patient dans la partie discussion de notre atelier, ce qui a permis de mettre en évidence l'importance de la pensée critique sur la qualité des soins de santé [compétences 1.1, 1.3]. Nous avons également discuté de l'éducation des patients concernant de nouvelles notions visant à améliorer la sécurité dans son ensemble. Par exemple, un des patients figurant dans notre scénario vient de commencer à utiliser une canne. Nous avons entamé une conversation dans notre atelier sur la manière d'enseigner à ce patient quand et comment utiliser correctement sa canne [compétences 2.4, 3.5].

Domaine 5 : Optimiser les facteurs humains et systémiques

Les principes généraux régissant ce domaine consistent à décrire les facteurs individuels et systémiques qui ont un effet sur les performances humaines, à discuter de l'impact des facteurs humains sur la sécurité des patients et à mettre en pratique des techniques de pensée critique pour promouvoir une prise de décision sécuritaire. L'objectif de l'atelier était de sensibiliser les élèves du programme PAB à l'importance de l'ergonomie et des techniques de manipulation sécuritaire des patients [compétence 3.3]. Tout au long de l'atelier, les élèves ont

examiné en détail le bien-être physique en relation avec la santé musculo-squelettique [compétence 1.3]. Les scénarios interactifs de l'atelier ont mis les élèves du programme PAB au défi de réfléchir de manière critique et de déterminer les différents risques de sécurité [compétence 2.3]. Par exemple, le scénario décrit dans l'encadré 1.1 a mis les élèves au défi de reconnaître que le transfert d'un client avec moins d'assistance que ce dont le client a besoin est un risque pour sa sécurité, et que la solution du collègue va à l'encontre des meilleures pratiques. De plus, les élèves ont discuté des conséquences négatives potentielles qui pourraient découler de cette situation, y compris des blessures qu'ils pourraient se causer à eux-mêmes, au client et/ou au collègue.

Domaine 6 : Reconnaître les incidents liés à la sécurité des patients, y réagir et les divulguer

Enfin, le sixième domaine met l'accent sur la reconnaissance et la déclaration des incidents liés à la sécurité des patients. Comme notre atelier clinique portait non seulement sur le positionnement et l'ergonomie, mais aussi sur la sécurité et le plaidoyer, nous avons discuté de l'importance de la déclaration des incidents. Il a été demandé aux étudiants du programme PAB de faire un remue-méninge portant sur les situations dans lesquelles un incident devrait être déclaré et sur les moyens de prévenir des incidents dans le cadre clinique [compétences 4.9, 4.12]. Notre atelier a également encouragé le recours à l'aide en cas de besoin. Par exemple, dans l'un de nos scénarios, un étudiant volontaire du programme PAB a été invité à réveiller un résident pour le petit déjeuner, mais celui-ci était plus fatigué que d'habitude. L'étudiant du programme PAB devait déterminer que ce patient avait besoin d'une aide supplémentaire pour son transfert [compétences 3.7, 4.1].

Aller de l'avant

Carole Finn

Il est essentiel que les PAB aient recours à une pratique fondée sur des données probantes, car le champ d'application des prestataires de soins non agréés n'est pas clairement défini. Il est impératif que la pratique d'un PAB soit basée sur l'habileté de reconnaître des données qui guideront vers une pratique sécuritaire. Le raisonnement clinique pour le PAB ne s'étend pas à la compréhension et à la rationalisation complètes des changements évalués; il est donc nécessaire que le PAB ait la capacité de reconnaître le niveau de référence du patient afin d'être en mesure de fournir des soins adaptés aux changements notés et de rapporter les changements au superviseur concerné. En outre, le PAB doit être confiant dans sa prise de décision afin d'être convaincu de la nécessité de recourir à la pratique fondée sur des données probantes, en particulier lorsqu'il est confronté à des informations contradictoires ou à des commentaires de collègues qui ne sont pas disposés à suivre les politiques et la pratique fondée sur des données probantes.

L'utilisation du raisonnement améliore les résultats pour les patients, assure la sécurité des patients et donne au PAB l'assurance que sa pratique soit sécuritaire, ce qui l'aide à développer ses capacités à défendre ses propres intérêts et ceux de ses patients. Il est nécessaire que le PAB se sente valorisé et capable d'exprimer son évaluation avec ses collègues et de proposer des changements motivés pour les besoins de soins tout en s'assurant qu'il demeure dans le cadre de sa pratique.

Les PAB ont besoin de conseils et de connaissances pour pouvoir reconnaître, adapter et utiliser les meilleures pratiques afin de garantir la sécurité des patients et de promouvoir davantage le bien-être général du patient. Si le personnel infirmier encourage et valide les contributions et les observations faites par les PAB, l'infirmier favorisera la santé globale des PAB. Selon la définition de King, « la santé passe par l'adaptation aux facteurs de stress de l'environnement grâce à une utilisation optimale des ressources pour atteindre un potentiel maximal^{2,3} ». Les exigences croissantes auxquelles sont soumis les PAB de première ligne pourraient créer un environnement dans lequel les « raccourcis » ou le refus de suivre les politiques



et les meilleures pratiques compromettent la sécurité des patients dans leur tentative d'accomplir leurs tâches en temps opportun. Si les PAB doivent développer une certitude dans leur pratique, le bien-être interne est essentiel. Dunn (1977) a identifié que le bien-être exige un équilibre et un objectif dans un cadre donné⁴. En guidant le PAB vers la santé et le bien-être, et en l'aidant à participer pleinement en tant que membre respecté de l'équipe multidisciplinaire, les soins infirmiers peuvent aider le PAB à développer sa confiance et sa capacité à s'adapter aux besoins exigeants de l'environnement des soins de santé, améliorant ainsi directement les soins aux patients.

Références

1. TURNER, M. *Evidence-Based Practice in Health*. University of Canberra Library Guides. <https://canberra.libguides.com/evidence>. Publié en 2014. Consulté le 26 mars 2020.
2. ALLIGOOD, MR. *Family healthcare with King's theory of goal attainment*. Nurs Sci Q. 2010, 23(2), 99-104. DOI : 10.1177/0894318410362553
3. MURDAUGH, CL., NJ. PENDER et MA. PARSONS. *Health Promotion in Nursing Practice*. 8^e éd. New York, NY, Pearson, 2019.
4. DUNN, HL. *High-Level Wellness: A Collection of Twenty-Nine Short Talks on Different Aspects of the Term "High-Level Wellness for Man and Society."* NJ. Thorofare, Charles B. Slace, 1977.

Encadré 1.1 : Scénario

Il manque du personnel dans votre unité et vous travaillez avec un collègue expérimenté. Vous êtes en retard pour le petit déjeuner lorsque vous allez dans la chambre de M. Jones pour le réveiller. M. Jones a normalement besoin d'un lève-personne, pour être transféré à son fauteuil roulant. Votre collègue insiste pour que M. Jones soit transféré comme s'il n'avait besoin que de deux personnes, car cela serait plus rapide.

» Instructions :

- » Les élèves vont premièrement observer le scénario décrit ci-dessus exécuté par les présentateurs.
- » Les élèves discuteront ensuite de la manière dont ils gèreraient cette situation

» Objectif du scénario :

- » Les PAB devraient considérer que le transfert de M. Jones à deux personnes n'est pas une bonne pratique. Les PAB doivent être conscients du fait que prendre des raccourcis pour gagner du temps peut entraîner des blessures pour le client ou le personnel. Bien que le collègue ait plus d'expérience que le PAB, ce dernier doit avoir confiance en lui et militer en faveur de la pratique la plus sécuritaire. Il est important que le PAB comprenne qu'il peut toujours fournir une aide à la mobilité plus importante que nécessaire (p. ex., si un client a normalement besoin d'une seule personne pour aider, vous pouvez utiliser deux personnes au besoin), mais il ne peut jamais fournir une aide à la mobilité moins importante que nécessaire (p. ex., si un client a normalement besoin de deux personnes pour aider, vous ne pouvez pas le bouger en utilisant une personne seulement).

» Discussion/Questions de suivi :

- » Pourquoi le transfert de M. Jones à deux personnes est-il une erreur ?
- » Comment vous sentiriez-vous si vous remettiez en question ce que suggère un collègue plus expérimenté ?
- » Quelles blessures pourraient résulter du transfert de M. Jones à deux personnes ? (Blessures au client et au PAB)

Annexe 1

Les connaissances, habiletés et attitudes

Domaine 1 : La culture de sécurité des patients

Éléments

Les connaissances

Les personnes qui améliorent la culture de sécurité des patients vont :

1. Énoncer les éléments qui contribuent à une culture de sécurité des patients, les modèles conceptuels de la culture de sécurité et les méthodes d'évaluation de la culture de sécurité.
2. Examiner en quoi une piètre culture de sécurité des patients peut avoir un impact négatif sur la sécurité des patients et les résultats pour les patients.
3. Analyser les liens entre la culture de sécurité des patients et les concepts d'amélioration de la sécurité des patients, tels que les organisations à haute fiabilité.
4. Décrire en quoi la culture de sécurité des patients est liée à d'autres concepts, tels que le leadership, l'engagement, le travail d'équipe et la communication.
5. Décrire en quoi les personnes contribuent à l'amélioration de la culture de sécurité des patients au niveau individuel, de l'équipe, de l'organisation et du système.
6. Décrire les caractéristiques d'un leadership efficace en matière de qualité, de sécurité et de risque.
7. Reconnaître en quoi l'engagement auprès des patients et des familles contribue à la culture de sécurité des patients.
8. Décrire en quoi la diversité culturelle et l'humilité influencent la culture de sécurité des patients.

Les habiletés

Les personnes qui améliorent la culture de sécurité des patients vont :

1. Adopter des principes et des systèmes de sécurité des patients dans leur pratique quotidienne.
2. Démontrer des compétences en matière de leadership pour promouvoir l'amélioration de la culture de sécurité des patients.
3. Utiliser des stratégies visant à améliorer la culture de sécurité dans leur zone d'influence.
4. Établir des partenariats avec les patients et leurs familles de manière significative et respectueuse.



Les attitudes

Les personnes qui améliorent la culture de sécurité des patients vont :

1. Démontrer une volonté de collaborer avec les autres, y compris les patients et leurs familles, pour contribuer à une culture positive de la sécurité des patients.
2. Adopter des stratégies qui promeuvent une culture de sécurité des patients.
3. Valoriser les patients, leurs familles et les collègues de manière respectueuse, sans porter de jugement et en respectant leurs valeurs culturelles.
4. S'engager à déclarer les incidents liés à la sécurité des patients et à en tirer des leçons.
5. Faire preuve d'ouverture au changement.



Valoriser les patients, leurs familles et les collègues de manière respectueuse, sans porter de jugement et en respectant leurs valeurs culturelles.

Domaine 2 : Le travail d'équipe

Éléments

Les connaissances

Les prestataires de soins de santé qui travaillent en équipe de manière efficace pour la sécurité des patients peuvent :

1. Énoncer les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe, y compris la prise de décision, la supervision et le soutien, ainsi que les attentes et les exigences en matière de contribution individuelle.
2. Identifier les compétences, l'expérience et les champs d'application pertinents des membres de l'équipe interprofessionnelle, y compris les chevauchements et les lacunes dans les capacités de l'équipe.
3. Décrire le rôle de l'équipe au sein du système de soins de santé.
4. Définir la dynamique de l'équipe.
5. Reconnaître les principales priorités et les principaux enjeux en matière de sécurité qui sont inhérents à la pratique en équipe interprofessionnelle et pertinents pour la population de patients.
6. Décrire la justification et la mise en œuvre des processus, des politiques et des procédures de l'équipe interprofessionnelle.
7. Décrire les ressources et les compétences administratives requises pour atteindre les objectifs de l'équipe interprofessionnelle.
8. Identifier les niveaux d'autorité et souligner l'importance d'une expertise pertinente comme base du leadership dans une situation donnée.
9. Énoncer l'impact des technologies de l'information et de la communication sur la fonction et la dynamique d'une équipe interprofessionnelle.
10. Décrire comment répondre de façon proactive aux préoccupations qui concernent le rendement des fournisseurs ou du système et qui comportent un risque pour les membres de l'équipe interprofessionnelle, y compris les patients ou leur famille, afin d'optimiser la sécurité des patients.

Les habiletés

Les prestataires de soins de santé qui travaillent en équipe de manière efficace pour la sécurité des patients vont :

1. Faire preuve d'empathie et de professionnalisme.
2. Établir des partenariats avec les patients et leurs familles.
3. Intégrer les croyances et les valeurs du patient de manière respectueuse.
4. Discuter des options avec le patient en utilisant un langage qu'il comprend.
5. Défendre les intérêts du patient.
6. Faire preuve de confiance et de respect à l'égard de ses propres rôles et responsabilités professionnelles.
7. Accéder aux compétences et aux connaissances uniques des autres membres de l'équipe interprofessionnelle pour répondre aux besoins des patients.



8. Mettre en pratique des processus et des protocoles d'équipe normalisés pour assurer une cohérence et une compréhension commune.
9. Donner et recevoir une rétroaction claire et précise.
10. Gérer les incidents liés à la sécurité des patients de manière appropriée.
11. Surveiller, évaluer et prendre des mesures pour améliorer les performances de l'équipe interprofessionnelle.
12. Exercer le pouvoir de décision d'une façon qui convient à la situation.
13. Définir des paramètres clairs pour une prise de décision indépendante.
14. Fournir une consultation, un soutien et déléguer les tâches de manière appropriée.
15. Préconiser des solutions pour répondre aux préoccupations impliquant des risques pour les membres de l'équipe.
16. Utiliser un vocabulaire commun pour faciliter la communication efficace au sein de l'équipe.
17. Demander des précisions lorsque le langage ou le jargon rend la compréhension difficile.
18. Partager la documentation de façon appropriée pour faciliter la continuité des soins.
19. Mettre en pratique une variété de techniques et d'outils de communication fondés sur des données probantes.
20. S'engager dans une communication respectueuse qui favorise le développement de l'équipe.
21. Participer activement au sein des équipes.
22. Respecter le point de vue des autres.
23. Utiliser des stratégies de prévention, de gestion et de résolution des conflits.

Les attitudes

Les prestataires de soins de santé qui travaillent en équipe de manière efficace pour la sécurité des patients vont :

1. Valoriser et respecter les contributions des patients et de leurs familles en tant que partenaires dans leurs soins.
2. S'engager à assumer des responsabilités individuelles au sein de l'équipe.
3. Respecter tous les membres de l'équipe, y compris leurs antécédents, leurs sentiments, leurs valeurs et leurs croyances.
4. Rechercher et valoriser une rétroaction constructive.



Favoriser un environnement dans lequel la responsabilité des soins et la responsabilité des résultats sont partagées de manière appropriée.

5. Adopter une culture où le fonctionnement de l'équipe est considéré comme un élément important de l'amélioration continue de la qualité.
6. Accepter l'équipe comme étant une communauté de pratique informée sur des données probantes, qui apprend ensemble les uns des autres et à propos de chacun.
7. Favoriser un environnement dans lequel la responsabilité des soins et la responsabilité des résultats sont partagées de manière appropriée.
8. Favoriser un environnement dans lequel l'équipe travaille pour fournir les meilleurs résultats possibles pour les patients.
9. S'engager à militer en faveur de ressources et de systèmes qui répondent aux besoins de chaque membre de l'équipe.
10. Reconnaître la valeur du partage du leadership et le favoriser.
11. Valoriser la nature potentiellement positive du conflit.



Domaine 3 : La communication

Éléments

Les connaissances

Les prestataires de soins de santé qui communiquent efficacement pour la sécurité des patients peuvent :

1. Décrire les modèles de communication efficace, qui reposent sur les concepts d'engagement des patients, d'humilité culturelle et de diversité, en tenant compte des différences de pouvoir.
2. Évaluer les compétences des patients et des familles par rapport à l'autodidaxie en matière de santé.
3. Évaluer la capacité du patient et de sa famille à prendre des décisions en matière de soins de santé.

Les habiletés

Les prestataires de soins de santé qui communiquent efficacement pour la sécurité des patients vont :

1. Faire preuve de respect, d'empathie, d'humilité et d'une écoute active sans jugement.
2. Protéger la vie privée et la confidentialité.
3. Obtenir un consentement éclairé.
4. Faire preuve de clarté dans leurs communications avec tous les prestataires de soins de santé lors des transitions dans les soins.
5. Faire participer les patients et leurs familles lors de toutes les transitions dans les soins (y compris le congé) afin de garantir la continuité des soins en toute sécurité.
6. Communiquer efficacement (boucler la boucle) à propos des tâches déléguées et assurer une supervision appropriée.
7. Modifier les méthodes de communication, y compris le recours à des services d'interprète, pour assurer une bonne compréhension.
8. Fournir le bon type et la bonne quantité d'information sur la divulgation et la déclaration des incidents liés à la sécurité des patients et utiliser un langage sans jargon pour transmettre clairement des informations complexes.

Les attitudes

Les prestataires de soins de santé qui communiquent efficacement pour la sécurité des patients vont :

1. Avoir le courage et la volonté de s'exprimer.
2. Respecter et valoriser les contributions des personnes et leur donner la possibilité de s'exprimer.
3. Rechercher et valoriser les moyens d'améliorer la communication.
4. Militer en faveur de processus de communication systémique solides en ce qui concerne les risques liés aux soins de santé, et suite à une défaillance liée à la sécurité



Faire preuve de respect, d'empathie, d'humilité et d'une écoute active sans jugement.

Domaine 4 : La sécurité, les risques et l'amélioration de la qualité

Éléments

Les connaissances

Les prestataires de soins de santé qui prennent des mesures pour réduire les risques de sécurité et améliorer la qualité peuvent :

1. Décrire les facteurs humains et de conception des systèmes liés au risque de sécurité et à l'amélioration de la qualité.
2. Décrire les méthodes d'amélioration de la qualité et les pratiques d'assurance qualité.
3. Décrire les approches d'engagement des patients et des familles en matière de risques pour la sécurité et d'amélioration de la qualité.
4. Décrire les menaces potentielles pour la sécurité des patients, des familles et des prestataires de soins [p. ex., contrôle des infections, prévention des blessures, manipulation et entretien approprié des équipements et l'administration sécuritaire des médicaments].
5. Décrire les situations à haut risque qui nécessitent des processus fiables à sécurité intégrée [p. ex., le bilan comparatif des médicaments, la vérification des médicaments, la vérification des allergies, la vérification du bon ou du mauvais côté, les listes de vérification et les systèmes de surveillance mutuelle].
6. Décrire les cas où une normalisation des approches et des processus est nécessaire [p. ex., les lignes directrices des pratiques fondées sur des données probantes et les formulaires d'ordonnances normalisées].
7. Décrire l'impact de la diversité culturelle sur les risques liés aux soins de santé et la sécurité des patients.

Les habiletés

Les prestataires de soins de santé qui prennent des mesures pour réduire les risques de sécurité et améliorer la qualité vont :

1. Anticiper et reconnaître les risques au niveau de chaque patient, unité et système de soins, et y réagir.
2. Déclarer les risques et le potentiel de préjudice.
3. Surveiller, suivre et évaluer les défaillances du système.
4. Démontrer une compréhension de la manière dont les biais cognitifs peuvent avoir une influence sur la sécurité.
5. Développer des pratiques personnelles pour atténuer les facteurs contributifs individuels qui influencent la sécurité [p. ex., la fatigue, la pression liée à la prestation de services et l'usure de la compassion].
6. Faire preuve de vigilance sur les questions de sécurité.



Les attitudes

Les prestataires de soins de santé qui prennent des mesures pour réduire les risques de sécurité et améliorer la qualité vont :

1. Discuter des échappées belles et les déclarer ouvertement.
2. Favoriser un environnement de pratique sans blâme.
3. S'engager à être transparent vis-à-vis de l'équipe et au sein de l'environnement de pratique.
4. Militer en faveur de la sécurité des patients.
5. Prendre la parole et écouter.
6. S'engager à respecter la civilité dans toutes les relations interpersonnelles.
7. S'engager dans l'autoréflexion et se tenir personnellement responsable tout en reconnaissant sa propre faillibilité et vulnérabilité dans le système de santé.

Domaine 5 : Optimiser les facteurs humains et systémiques

Éléments

Les connaissances

Les prestataires de soins de santé qui optimisent les facteurs humains et environnementaux pour la sécurité des patients peuvent :

1. Reconnaître les effets des particularités individuelles, notamment le sexe, l'âge, la personnalité, le contexte culturel et la tolérance ou l'aversion au risque dans ses interactions et ses actions.
2. Comprendre les répercussions des facteurs environnementaux tels que la lumière et le son, les conditions de surtension, les interruptions de travail et la technologie sur la sécurité des soins, ainsi que sur la sécurité des prestataires de soins.
3. Établir un lien entre la théorie et la pratique de l'ergonomie, de l'ingénierie des facteurs humains, de la conception des systèmes, de la technologie et du flux de travail au fonctionnement sécuritaire des systèmes.
4. Intégrer la connaissance de la pensée critique, y compris la connaissance de la situation et la compréhension des biais cognitifs dans la prise de décision, aux processus de soins cliniques et à la pratique personnelle.
5. Comprendre la pensée systémique (au niveau de l'unité, du service, de l'organisation, et au niveau local, régional, provincial, national et international).

Les habiletés

Les prestataires de soins de santé qui optimisent les facteurs humains et environnementaux pour la sécurité des patients peuvent :

1. Effectuer une auto surveillance et se prodiguer des soins personnels pour optimiser un niveau de performance sécuritaire.
2. Déterminer s'il y a une banalisation des écarts et des solutions de contournement dangereuses en fonction des performances et de la culture humaines.
3. Déterminer les biais cognitifs, psychologiques, émotionnels et culturels qui exercent une influence sur la prise de décision efficace.

4. Démontrer une conscience situationnelle.
5. Mettre en pratique la pensée systémique à l'élaboration et à l'exécution des processus de soins cliniques et de la pratique clinique.

Les attitudes

Les prestataires de soins de santé qui optimisent les facteurs humains et environnementaux pour la sécurité des patients peuvent :

1. Comprendre que les performances humaines sont affectées par le comportement d'une personne au sein d'un système construit par le type de tâches accomplies, les outils et la technologie utilisés et par des facteurs organisationnels tels que la culture et la politique.
2. Accepter que certains facteurs puissent avoir une influence sur le bien-être personnel d'une personne, notamment la conciliation travail-vie personnelle, le manque de sommeil ou le déficit de sommeil, et les problèmes de santé physique et émotionnelle qui peuvent interférer avec un niveau de performance sécuritaire.
3. Accepter la faillibilité de la performance humaine.

Domaine 6 : Reconnaître les incidents liés à la sécurité des patients, y réagir et les divulguer

Éléments

Les connaissances

Les prestataires de soins de santé qui reconnaissent, répondent et divulguent les incidents liés à la sécurité des patients de manière efficace peuvent :

1. Définir les différents types d'incidents liés à la sécurité des patients et les reconnaître dans leur pratique professionnelle.
2. Décrire l'importance de la divulgation et son fondement éthique.
3. Rappeler les politiques réglementaires et organisationnelles pertinentes et la législation qui s'y rapporte.
4. Décrire les responsabilités professionnelles des prestataires de soins de santé individuels, des équipes interprofessionnelles et des organisations en matière de divulgation et de déclaration.
5. Déterminer le seuil de divulgation lorsqu'un patient a subi un préjudice, quel qu'en soit le degré, lorsqu'il existe un potentiel de préjudice futur ou lorsqu'il y aura un changement dans les soins ou la surveillance en raison d'un risque accru.
6. Reconnaître l'importance de déclarer les échappées belles et déterminer à quel moment les patients et les organisations pourraient tirer profit de la connaissance de ces cas.
7. Décrire la divulgation comme étant un processus comportant des étapes initiales et des étapes subséquentes, qui nécessite souvent de multiples conversations à chaque étape.
8. Énumérer les différents rôles pouvant être assumés dans les étapes initiales et les étapes subséquentes de la divulgation.
9. Décrire l'importance de présenter des excuses sincères.
10. Documenter les incidents liés à la sécurité du patient et à la divulgation dans le dossier du patient.



11. Comparer la manière dont la divulgation des préjudices et la déclaration s'alignent sur l'amélioration de la qualité des soins.
12. Reconnaître que tous les membres de l'équipe de soins de santé ont la responsabilité de contribuer à une culture juste et à une culture de sécurité et que ceux qui occupent des postes de direction ont la responsabilité *d'établir* une culture juste et une culture de sécurité.

Les habiletés

Les prestataires de soins de santé qui reconnaissent, répondent et divulguent les incidents liés à la sécurité des patients de manière efficace peuvent :

1. Fournir des communications honnêtes, factuelles et en temps opportun sur l'occurrence et les raisons d'un incident lié à la sécurité des patients à mesure qu'elles sont connues.
2. Faire la différence entre un résultat clinique lié à l'évolution naturelle d'une affection médicale, une complication inévitable reconnue liée au risque inhérent au traitement et un préjudice évitable.
3. Établir des partenariats avec les patients ou leurs familles afin de répondre à leurs besoins cliniques, émotionnels et d'information.
4. Soutenir leurs dirigeants et leur équipe dans la divulgation des communications.
5. Démontrer un apprentissage personnel à partir des incidents et mettre en œuvre des améliorations de la pratique.
6. Utiliser des stratégies saines pour faire face de manière constructive au stress associé à un incident lié à la sécurité des patients.
7. Démontrer un soutien émotionnel à leur équipe et aux autres prestataires de soins de santé touchés par un incident lié à la sécurité des patients.
8. Encadrer efficacement les personnes et les équipes afin de planifier et de préparer la divulgation et effectuer un débriefage par la suite lorsqu'elles jouent un rôle de leadership formel.
9. Démontrer comment présenter des excuses appropriées en fonction du type d'incident.
10. Faire preuve d'ouverture, d'empathie et de compassion lors de la communication et de la présentation d'excuses.
11. Atteindre une humilité culturelle et une divulgation par l'exploration et la reconnaissance des valeurs, des croyances et des souhaits du patient ou de sa famille.
12. Trouver des informations sur la divulgation et savoir quand et comment demander des conseils et de l'aide.
13. Employer des stratégies saines pour les individus et les équipes afin de faire face au stress associé aux incidents liés à la sécurité des patients.
14. Faire la différence entre un résultat clinique découlant de l'évolution naturelle de la maladie, une complication inévitable reconnue liée au risque inhérent au traitement et un préjudice évitable découlant d'un incident lié à la sécurité du patient.

Les attitudes

Les prestataires de soins de santé qui reconnaissent, répondent et divulguent les incidents liés à la sécurité des patients de manière efficace peuvent :

1. Appliquer un raisonnement éthique et une analyse critique sur la façon dont les incidents liés à la sécurité des patients se produisent.
2. S'engager à maintenir une relation honnête et confiante entre le patient et le professionnel de la santé.
3. Accepter l'obligation personnelle de divulguer l'occurrence d'incidents liés à la sécurité des patients conformément aux codes de déontologie, au professionnalisme, aux politiques de l'organisation et de réglementation, et à la législation.
4. Se soutenir mutuellement dans le cadre des communications de divulgation de l'équipe.
5. Démontrer une volonté de déclarer les incidents liés à la sécurité des patients, y compris les échappées belles, et participer pleinement aux activités d'analyse des incidents et d'amélioration de la qualité.
6. S'associer aux patients ou aux familles dans les activités d'amélioration de la qualité.
7. Se livrer à une autoréflexion et tirer des apprentissages constructifs des incidents liés à la sécurité des patients afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent.
8. Démontrer des stratégies d'adaptation constructives pour gérer le stress associé à un incident lié à la sécurité des patients et apporter un soutien émotionnel aux membres de l'équipe et aux collègues.



Se livrer à une autoréflexion et tirer des apprentissages constructifs des incidents liés à la sécurité des patients afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent.

Annexe 2 : Projet d'ingénierie des systèmes pour la sécurité des patients (SEIPS)

Modèle de système de travail et de sécurité des patients¹

Ce modèle dépeint le système de travail des soins de santé comme étant un système sociotechnique, centré sur l'humain, avec six éléments qui interagissent entre eux et qui ont une influence sur les performances du système : les personnes, les tâches, les outils et les technologies, l'organisation, l'environnement interne et l'environnement externe.

Les facteurs concernant les personnes

L'élément « personnes » peut être une seule personne (p. ex., un clinicien, un patient ou sa famille, ou un aidant naturel), ou il peut représenter un groupe de personnes (p. ex., une équipe de soins de santé regroupant le patient et le ou les membres de sa famille) et présentant les caractéristiques suivantes :

- » Les caractéristiques physiques (p. ex., la force et la taille).
- » L'ethnicité et les caractéristiques culturelles.
- » Les caractéristiques cognitives (p. ex., l'expertise).
- » Les caractéristiques psychosociales (p. ex., la motivation).
- » Les biais et les préjugés (les préjugés personnels et culturels qui affectent la prise de décision doivent être déterminés de manière à pouvoir être surmontés par des initiatives, notamment l'engagement des patients)
- » Les caractéristiques au niveau du groupe, telles que la cohésion de l'équipe.
- » La pensée critique, y compris la connaissance de la situation et la prise de conscience des biais cognitifs dans la prise de décision, ainsi que les connaissances permettant de les atténuer, notamment par l'engagement des patients.
- » Les facteurs qui contribuent à leur bien-être personnel, y compris la conciliation travail- vie personnelle, le manque de sommeil/déficit de sommeil, ainsi que la santé physique et émotionnelle

Les facteurs concernant les tâches

L'élément « Tâches » représente les attributs ou les caractéristiques des tâches effectuées dans le cadre du système de travail des soins de santé, notamment :

- » Difficulté ou complexité de la tâche.
- » Exigences physiques ou cognitives de la tâche.
- » Niveau de formation requis pour exécuter la tâche.

Les facteurs concernant les outils et les technologies

L'élément « Outils/Technologies » représente les caractéristiques des objets utilisés pour accomplir les tâches de travail, notamment

- » Le matériel, instrument ou dispositif médical.
- » La facilité d'utilisation, l'accessibilité des outils ou des technologies.
- » La bonne connaissance et le degré d'automatisation des outils ou des technologies

Les facteurs concernant l'organisation

L'élément « organisation » englobe les structures qui, au-delà de l'individu, organisent le temps, l'espace, les ressources et l'activité et comprend :

- » L'horaire [p. ex., le nombre d'heures travaillées par jour par l'équipe clinique].
- » La formation [p. ex., si les membres de l'équipe ont reçu une formation].
- » La gestion [p. ex., la disponibilité de politiques ou procédures appropriées pour les situations d'urgence].
- » La culture organisationnelle [p. ex., les membres de l'équipe pensent-ils pouvoir s'exprimer].
- » Les politiques, la gouvernance et les procédures, l'affectation des ressources et la culture, y compris la prise de conscience des préjugés d'un point de vue systémique et la connaissance de la manière dont l'engagement des patients peut aider à les déterminer ou à les traiter.
- » La gouvernance et la planification stratégique de la haute direction, la définition de la vision et de la mission, l'engagement sur le plan opérationnel.
- » Les enjeux liés à la conciliation travail-vie personnelle et la manière dont ils se répercutent sur les performances professionnelles, la sécurité des patients et les performances humaines.
- » Le degré de soutien des ressources humaines et l'accessibilité aux services.

Les facteurs concernant l'environnement interne

L'élément « Environnement interne » fait référence aux caractéristiques physiques de l'environnement de travail, notamment :

- » La température, la disposition physique et l'espace disponible.
- » La lumière et le son, les conditions de surtension, les interruptions de travail et la technologie.



Les facteurs concernant l'environnement externe

L'élément « Environnement externe » fait référence aux facteurs sociétaux, économiques, écologiques et politiques au niveau macro à l'extérieur d'une organisation, y compris :

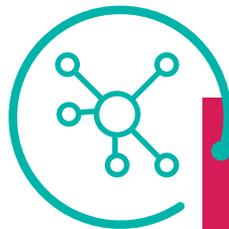
- » La main-d'œuvre et les régulateurs nationaux.
- » Les gouvernements fédéraux, les groupes de réglementation et la gouvernance locale.
- » La disponibilité des ressources communautaires pour le soutien à la famille après avoir obtenu son congé de l'hôpital.
- » Les politiques relatives à la confidentialité des informations de santé.
- » Le soutien financier, motivationnel et spirituel offert par la communauté locale du patient.
- » Le partage des dossiers patients électroniques dans tous les systèmes de soins, y compris les soins actifs, les soins à domicile, les soins de longue durée, les soins de réadaptation et les soins primaires.

Références

1. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh B-T, et al. *Work system design for patient safety: The SEIPS model*. Qual Saf Health Care. 2006;15[suppl 1]:i50. doi:10.1136/qshc.2005.015842

Holden RJ, Carayon P, Gurses AP, et al. *SEIPS 2.0: A human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients*. Ergonomics. 2013;56(11):1669-1686. doi:10.1080/00140139.2013.838643

[Retour au Domaine 5](#)



L'optimisation des facteurs humains et environnementaux pour favoriser l'obtention des meilleures performances humaines est une compétence essentielle en matière de sécurité pour tous les prestataires de soins de santé.

Annexe 3

Cartographie du curriculum sur la sécurité des patients du Collège de pharmacie^{2,3}

Préparé par le groupe de travail sur la sécurité des patients du Collège de pharmacie

Tableau 1 : Cartographie des domaines, des compétences et des éléments

Domaine 1 : Culture de sécurité des patients

Les compétences de l'ANORP 2014

9.1 Contribuer à une culture de sécurité des patients.

- 9.1.1 Mettre en pratique les principes de la sécurité des patients pour améliorer la pratique.
- 9.1.2 Adopter les meilleures pratiques pour informer le patient lorsqu'il y a un incident ou un événement indésirable lié à un médicament.
- 9.1.3 Partager des informations sur les problèmes, les résolutions, les changements de système et les leçons apprises avec l'équipe du lieu de travail

Les résultats scolaires pour l'AFPC (2017)

LM1.2 Contribuer à une culture de sécurité des patients.

Compétences clés

Compétences et éléments habilitants (connaissances, habiletés, attitudes)

- 1. Contribuer à établir et à maintenir une culture juste.
 - » Décrire les attributs d'une culture idéale de sécurité des patients. [1.1]
 - » Décrire en quoi la culture de sécurité des patients est importante et comment elle contribue aux soins des patients, aux résultats pour les patients et à l'amélioration continue. [1.2, 1.8, C2]
 - » Énumérer les éléments qui contribuent à une culture de sécurité des patients, les modèles conceptuels de la culture de sécurité et les méthodes d'évaluation de la culture de sécurité. [p. ex., « L'ensemble pour la culture de sécurité des patients »] [1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.9, C1, C4, C5, C6]
 - » Décrire comment la diversité culturelle et l'humilité ont une influence sur la culture de sécurité des patients. [C8, 1.10]

2 Les domaines, compétences et éléments présentés dans ce tableau ont été extraits textuellement de la version du 30 octobre 2019 du Cadre des compétences liées à la sécurité des patients révisé par l'Institut canadien pour la sécurité des patients. L'Institut canadien pour la sécurité des patients nous a accordé la permission de partager ce travail au sein de notre Comité du programme d'études et de l'évaluation du Collège de pharmacie et de ses groupes de travail secondaires, à condition que le travail ne soit pas partagé en dehors de ces comités, qu'il reste confidentiel et que la version actuelle soit considérée comme des travaux en cours.

3 Ce tableau présente les compétences clés, compétences habilitantes et éléments de haut niveau. Veuillez-vous référer à la pièce justificative [191030 v.6 Safety Curriculum Map—Supporting Document] pour consulter toutes les compétences et tous les éléments habilitants cités.

- » Reconnaître comment l'engagement auprès des patients et des familles contribue à la culture de sécurité des patients. [C7]
- » Analyser les liens entre la culture de sécurité des patients et les concepts d'amélioration de la sécurité des patients. [p. ex., les organisations à haute fiabilité, la gestion des ressources des équipes et la méthode LEAN] [1.7, C3]
- » Établir et maintenir une culture juste. [H1, H2, H3, H4, A1, A2, A3]

2. Contribuer à *améliorer* la culture de sécurité des patients de façon constante.

- » Réfléchir à l'importance de remettre en question les pratiques et les normes existantes dans une perspective d'amélioration continue. [3.1]
- » Décrire les méthodes que les professionnels de la santé peuvent *militer* pour améliorer la culture de sécurité. [2, 2.2, 2.4]
- » Décrire les stratégies par lesquelles les professionnels de la santé peuvent contribuer à améliorer la culture de sécurité de façon constante. [2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, A4, A5]
- » Décrivez les attributs liés au leadership qui permettent de contribuer à améliorer la culture de sécurité de façon constante. [3.8, 3.2]

Domaine 2 : Le travail d'équipe

Les compétences de l'ANORP 2014

Aucune

Les résultats scolaires pour l'AFPC (2017)

CM2.4 Communiquer, en paroles et en actes, l'importance du travail d'équipe dans les soins centrés sur les patients, la sécurité des patients, l'amélioration de la qualité des soins de santé et l'exécution du programme de santé.

Compétences clés

Compétences et éléments habilitants (connaissances, habilités, attitudes)

1. Créer un **partenariat significatif avec les patients et leurs familles**, leur permettant de jouer un rôle clé au sein de leurs équipes interprofessionnelles.

- » Démontrer les compétences nécessaires pour faire participer les patients et leurs familles à une prise de décision éclairée et à la gestion de leur propre santé, qualité de vie et bien-être. [1.1, 1.2, 1.3, 1.5, 1.6, H1, H2, H3, H4, H16, H17, A1]
- » Militer auprès des patients, de leurs familles et de tous les membres de leur équipe interprofessionnelle pour obtenir les ressources nécessaires afin de pouvoir fournir des soins centrés sur la personne, de haute qualité et sécuritaires. [1.4, H5]

-
2. Respecter les **rôles et les responsabilités** des professionnels, des patients et de leurs familles au sein de l'équipe interprofessionnelle et intégrer cette diversité de manière harmonieuse dans la prestation des services.
- » Négocier la composition et la structure de l'équipe interprofessionnelle, y compris le personnel situé au bas de la hiérarchie professionnelle, notamment les préposés aux bénéficiaires et les commis d'étage. [2.1, 2.2, 2.3, C1, C2, C3, C7]
 - » Faire preuve de respect pour le point de vue de tous les membres de l'équipe interprofessionnelle, en particulier celui des patients et de leurs familles. [2.4, H6, H7, A3]
 - » Reconnaître que chaque membre de l'équipe interprofessionnelle a un rôle important à jouer pour contribuer et accéder aux connaissances et habiletés des autres, le cas échéant. [2.5, A2, A7, A8]
-
3. être vigilant à **la dynamique des équipes** interprofessionnelles afin d'optimiser la sécurité des patients, la qualité des soins et les résultats de santé.
- » Adopter une culture dans laquelle le fonctionnement des équipes interprofessionnelles est considéré comme un élément important de l'amélioration continue de la qualité. [3.1, 3.4, 3.6, C4, C6, A5]
 - » Décrire comment aborder de manière proactive les préoccupations concernant les performances des prestataires ou du système impliquant un risque pour les membres de l'équipe et les patients/familles afin d'optimiser la sécurité des patients. [3.2, 3.3, 3.5, 6.4, C5, H8, H9, H10, H11, H15, A4, A6]
-
4. **Démontrer de l'autorité, du leadership** et de la prise de décision **partagés**.
- » Reconnaître la valeur et encourager le leadership partagé. [4.1, 4.2, 4.3, A10, C8]
 - » Exercer le pouvoir de prise de décision d'une manière qui soit adaptée à la situation. [4, H12, H13, H14, A9]
-
5. **Communiquer** de manière respectueuse et attentive.
- » Optimiser l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans les pratiques de sécurité des équipes. [5.4, C9]
 - » Définir des stratégies et des processus clairs pour une communication optimale entre les équipes interprofessionnelles, y compris dans des situations ou des environnements à enjeux élevés. [5.1, 5.2, 5.3, 5.5, H18, H19, H20, H21]
-
6. Travailler de manière efficace avec tous les membres de l'équipe interprofessionnelle pour promouvoir la compréhension, gérer les différences et **résoudre les conflits**.
- » Utiliser des stratégies pour prévenir, gérer et résoudre les conflits. [6.1, 6.2, 6.3, H22, H23]
 - » Valoriser le caractère potentiellement positif des conflits. [A11]
-



Domaine 3: La communication

Les compétences de l'ANORP 2014 Aucune

Les résultats scolaires pour l'AFPC (2017) **CM1.7** Composer et partager des informations verbales, écrites et électroniques de manière à optimiser la sécurité, la dignité, la confidentialité et la vie privée des patients.

Compétences clés

Compétences et éléments habilitants (connaissances, habiletés, attitudes)

- | | |
|---|---|
| 1. Démontrer des compétences efficaces en matière de communication verbale et non verbale pour promouvoir la sécurité des patients. | » Décrire les modèles de communication efficace, qui comprennent les concepts d'engagement des patients, d'humilité et de diversité culturelle, avec des considérations sur les déséquilibres des pouvoirs. [C1]
» Communiquer de manière à respecter la diversité culturelle, la sécurité culturelle et l'humilité culturelle, en reconnaissant également les barrières causées par le niveau d'autorité et leur impact sur la sécurité des patients. [1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, C2, C3, H1, H7, H8]
» Respecter la vie privée et assurer la confidentialité [1.7, H2, H3]
» Assurer une communication claire entre tous les professionnels de la santé et les patients et/ou leurs familles lors des transitions dans les soins. (p. ex., lors du changement de quart ou lorsque les soins sont confiés au milieu communautaire) [3.3, H4, H5, H6] |
| 2. Démontrer une documentation clinique efficace pour assurer la sécurité des patients. | » Dans le dossier médical du patient, fournir une documentation détaillée, claire et fondée sur des données probantes, incluant les ordonnances et les prescriptions de soins aux patients (y compris l'utilisation d'abréviations approuvées), en fonction du degré d'urgence. [2.1, 2.2, 2.3, 2.4] |
| 3. Communiquer en vue de prévenir les menaces à haut risque pour la sécurité des patients. | » Faire participer les patients ou les mandataires à des discussions pertinentes sur les risques et les avantages des évaluations et des traitements et sur l'obtention d'un consentement éclairé. [3.1, 3.2, 4.3]
» Militer pour des processus de communication systémique solides en ce qui concerne les risques liés aux soins de santé et suite à une défaillance liée à la sécurité. [A1, A2, A3, A4]
» Adapter votre style de communication aux situations ordinaires, de crise et de stress, à tous les niveaux d'autorité, faire remonter les préoccupations et boucler la boucle au moment du suivi. [3.3, 3.4, 3.5, 3.6] |

- | | |
|---|---|
| 4. Utiliser la technologie des soins de santé pour fournir des soins sécuritaires aux patients. | » Comprendre les avantages et les risques associés à l'utilisation de la technologie pour la communication en matière de soins de santé. [4.2]
» Utiliser la technologie pour favoriser une communication sécuritaire (p. ex., dossier patient électronique, outils d'aide à la prise de décision, ensembles numérisés et normalisés de d'ordonnances/protocoles/cartes de soins/alertes et surveillance). [4.1] |
|---|---|

Domaine 4 : La sécurité, les risques et l'amélioration de la qualité

Les compétences de l'ANORP 2014

9.2 Contribuer à l'amélioration continue de la qualité et aux activités de gestion des risques liés à la pratique pharmaceutique.

- | | |
|-------|--|
| 9.2.1 | Mettre en pratique les principes d'amélioration continue de la qualité. |
| 9.2.2 | Mettre en pratique les principes de la gestion des risques en anticipant, en reconnaissant et en gérant les situations qui mettent le patient en danger |
| 9.2.3 | Identifier l'occurrence d'un incident ou d'une erreur de médication ou d'une échappée belle et réagir efficacement pour atténuer les préjudices et empêcher qu'ils ne se reproduisent. |
| 9.2.4 | Déterminer les médicaments de niveau d'alerte élevé et les processus à haut risque afin d'y répondre efficacement. |

Les résultats scolaires pour l'AFPC (2017)

PR2.2 Démontrer un engagement envers la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité.

Compétences clés

Compétences et éléments habilitants (connaissances, habiletés, attitudes)

- | | |
|---|---|
| 1. Anticiper, identifier, réduire et atténuer les situations dangereuses et routinières de même que les secteurs où les problèmes de sécurité peuvent survenir. | » Décrire les facteurs humains et de conception des systèmes liés au risque de sécurité et à l'amélioration de la qualité [1.2, C1, C7, H4]
» Reconnaître les risques de sécurité en temps réel et réagir pour les corriger, en les empêchant de parvenir au patient. [1.1, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, C4, C5, C6, H1, H2, H5, H6, A2, A3, A5, A6, A7] |
| 2. Identifier, mettre en œuvre et évaluer systématiquement les interventions d'amélioration de la qualité liées à la sécurité des patients. | » Choisir et mettre en œuvre la solution la plus appropriée dans un contexte donné, en tenant compte de la qualité, des ressources, de l'aspect pratique et des préférences du patient. [2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.6, 2.7, C2, C3]
» Évaluer l'impact continu de l'amélioration de la qualité et des interventions en matière de sécurité et intégrer les leçons apprises de manière continue [2.5, H3]. |



3. Maintenir l'amélioration de la qualité et les pratiques de sécurité au niveau local et au sein du système.
- » Engager et faire participer les patients et leurs familles à des discussions sur les risques liés à la sécurité et encourager un dialogue permanent et des questionnements à propos des soins. [3.5, 3.6, A4].
 - » Développer de manière continue les connaissances au niveau du système en ce qui concerne la science de la sécurité des patients et de l'amélioration de la qualité, la théorie du changement, les facteurs humains et la technologie. [3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.7]

Domaine 5 : Optimiser les facteurs humains et systémiques

Les compétences de l'ANORP 2014

9.3 Assurer la qualité, la sécurité et l'intégrité des produits.

- 9.3.1 Assurer la propreté, la fonctionnalité et l'intégrité des appareils de préparation, d'emballage, de distribution et d'entreposage.
- 9.3.2 Veiller à ce que les produits soient entreposés et transportés dans les conditions requises pour maintenir la qualité, la sécurité et l'intégrité des produits, y compris la gestion de la chaîne de froid.
- 9.3.3 Évaluer la qualité des fournitures et des produits en utilisant des techniques d'assurance qualité reconnues, notamment l'inspection visuelle, la vérification de la légitimité du fournisseur et l'utilisation des marques de qualité des fabricants.

9.4 Créer et maintenir un environnement de travail qui favorise la sécurité.

- 9.4.1 Minimiser et gérer les distractions dans l'environnement de travail.
- 9.4.2 Gérer les facteurs qui contribuent au bien-être personnel, notamment la conciliation travail-vie personnelle, le manque de sommeil ainsi que la santé physique et émotionnelle.
- 9.4.3 Identifier les facteurs qui ont une incidence sur la sécurité de l'environnement de travail, notamment l'allocation des ressources, la cohérence des procédures et l'ergonomie.
- 9.4.4 Manipuler les produits dangereux en toute sécurité en minimisant le niveau d'exposition individuel et en réduisant le niveau de contamination de l'environnement.

9.2 Contribuer à l'amélioration continue de la qualité et aux activités de gestion des risques liés à la pratique pharmaceutique.

- 9.2.4 Identifier les médicaments de niveau d'alerte élevé et les processus à haut risque afin d'y répondre efficacement.

Les résultats scolaires pour l'AFPC (2017)

CP3.2 Adopter des stratégies qui favorisent la sécurité des patients et qui tiennent compte des facteurs humains et systémiques.

LM1.3 Confirmer la qualité, la sécurité et l'intégrité des produits.

LM1.4 Utiliser l'informatique de la santé pour améliorer la qualité des soins, gérer les ressources et optimiser la sécurité des patients.

Compétences clés	Compétences et éléments habilitants (connaissances, habiletés, attitudes)
<p>1. Décrire les facteurs contributifs individuels et environnementaux qui affectent la performance humaine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Reconnaître l'effet des caractéristiques individuelles, notamment le sexe, l'âge, la personnalité, le contexte culturel et la tolérance ou l'aversion au risque, sur les interactions et les actions. [1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 2.2, C1, H1, H2, H3, A2, A3] » Comprendre l'effet des facteurs environnementaux tels que la lumière et le son, les conditions de surtension, les interruptions de travail et la technologie sur la sécurité des soins ainsi que sur la sécurité des prestataires de soins. [C2]
<p>2. Reconnaître que les facteurs humains constituent un ensemble diversifié d'éléments du système qui doivent être pris en compte de manière intégrée pour améliorer la sécurité des patients et prévenir et atténuer les risques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Reconnaître que les performances humaines sont affectées par le comportement d'une personne au sein d'un système construit par le type de tâches accomplies, les outils et la technologie utilisés et par des facteurs organisationnels tels que la culture et la politique, l'allocation des ressources, la culture de sécurité, ainsi que les politiques et procédures. [1.6, A1] » Comprendre et mettre en pratique la pensée systémique au développement et à l'exécution des processus de soins cliniques et de la pratique clinique. [C5, H5] » Décrire comment une prise de décision efficace passe par l'intégration d'information provenant de plusieurs niveaux de système et que la communication entre tous les niveaux de système comprend un retour d'information en boucle fermée. [4.1, 4.2, 4.3] » Faire participer les patients et leurs familles à leur propre sécurité ainsi qu'aux mesures visant à améliorer la sécurité de l'organisation et des systèmes. [4.5]
<p>3. Mettre en pratique des techniques de la pensée critique pour améliorer les résultats de décisions imposées par la sécurité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Intégrer les connaissances de la pensée critique, y compris la conscience situationnelle, et la connaissance des biais cognitifs dans la prise de décision aux processus de soins cliniques et à la pratique personnelle. [2.2, 2.3, 4.4, C4, H4] » Démontrer des processus pour une prise de décision saine, comprendre où les processus peuvent être remis en question et corrigés. [2.1, 2.4, 2.6] » Développer et mettre en place des protocoles et des processus pour la détection précoce et en temps réel des risques pour la sécurité, agir sur les menaces pour la sécurité et communiquer les menaces et les mesures adoptées à tous les niveaux du système, y compris au niveau de la direction. [2.5]



4. Discuter de l'impact de l'interface humain-technologie sur la sécurité des patients.
 - » Relier la théorie et la pratique de l'ergonomie, de l'ingénierie des facteurs humains, de la conception des systèmes, de la technologie et du flux de travail à un fonctionnement sécuritaire des systèmes. [3.1, 3.2, 3.3, 3.5, C3]
 - » Militer et adopter en faveur de l'information sur la santé ou de dispositifs technologiques qui favorisent des soins plus sécuritaires (dossier patient électronique, outils d'aide à la prise de décision, alertes, surveillance). [3.4]

Domaine 6 : Reconnaître les incidents liés à la sécurité des patients, y réagir et les divulguer

- Les compétences de l'ANORP 2014**
- 9.1.2 Adopter les meilleures pratiques pour informer le patient lorsqu'il y a une erreur de médication ou un événement indésirable lié à un médicament.
 - 9.2.3 Déterminer l'occurrence d'une erreur de médication ou d'un événement indésirable lié à un médicament ou d'une échappée belle et réagir de façon efficace pour atténuer le préjudice et prévenir sa réapparition.

Les résultats scolaires pour l'AFPC (2017)

Compétences clés	Compétences et éléments habilitants (connaissances, habiletés, attitudes)
1. Reconnaître et gérer les incidents liés à la sécurité des patients.	<ul style="list-style-type: none">» Définir le terme « préjudice » énoncer les différents types d'événements et faire la distinction entre le préjudice évitable résultant d'un incident lié à la sécurité des patients, le préjudice résultant d'une complication inévitable reconnue liée au risque inhérent du traitement et le préjudice résultant de l'évolution naturelle de l'état médical sous-jacent du patient. [1.1, 1.2, C1, H2, H14]» Faciliter les soins cliniques, y compris les tests cliniques, les consultations et les soins en temps opportun pour un patient blessé [1.4]» Gérer le risque de préjudice pour les autres patients qui peuvent également être affectés par un incident lié à la sécurité des patients (p. ex., retirer les risques biologiques et les équipements défectueux). [1.3]
2. S'engager auprès des patients et des familles touchés par des incidents liés à la sécurité des patients afin de répondre à leurs besoins.	<ul style="list-style-type: none">» S'engager auprès des patients et/ou des familles pour évaluer les besoins immédiats en matière de sécurité et de soins pour leur bien-être physique et émotionnel à la suite d'un incident et intervenir pour prévenir tout nouveau préjudice. [2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, H3]

-
3. Divulguer les incidents liés à la sécurité des patients.
- » Déterminer le seuil de divulgation requis lorsqu'un patient a subi un préjudice, quel qu'en soit le degré, lorsqu'il existe un potentiel de préjudice futur ou lorsqu'il y aura un changement dans les soins ou la surveillance en raison d'un risque accru. [C5]
 - » Reconnaître les obligations éthiques, professionnelles et légales de divulguer les incidents portant sur la sécurité du patient et reconnaître également les attentes du patient et de sa famille. [3.1, 3.2, 3.3, C2, C3, C4, A2, A3]
 - » Déterminer qui est responsable de la divulgation, qui doit être présent lors des communications de divulgation, comment divulguer au nom d'autrui et qui doit être responsable du suivi auprès du patient ou de sa famille. [3.5, 3.7, C8, H12]
 - » Divulguer l'occurrence d'un incident lié à la sécurité du patient au patient et/ou sa famille en temps opportun, avec empathie et en tenant compte des différences culturelles. [3.4, 3.6, 3.8, 3.9, 3.10, C7, C9, H1, H9, H10, H11]
-
4. Tirer les leçons des incidents liés à la sécurité des patients.
- » Reconnaître l'obligation éthique et professionnelle de déclarer tous les types d'incidents liés à la sécurité des patients afin d'améliorer la qualité des soins. [4.1, 4.2, 4.3, C6, C11, A5, A6]
 - » Reconnaître l'importance de surveiller les résultats de l'analyse des incidents en collaboration avec les dirigeants. [4.4, 4.5, 4.7, 4.8, 4.13, C10, A1, A8]
 - » Faire preuve de leadership en militant professionnellement en faveur des changements requis dans le système. [4.9, 4.10, 4.11, 4.12]
 - » Se livrer à une réflexion personnelle et professionnelle concernant un incident lié à la sécurité des patients. [4.6, H5, A7]
-
5. Faire face de manière professionnelle et constructive au stress émotionnel d'être impliqué à un incident lié à la sécurité des patients.
- » Adopter des stratégies saines pour les individus et les équipes afin de faire face au stress associé aux incidents liés à la sécurité des patients. [5.1, 5.2, 5.3, H4, H6, H7, H13, A4, A8]
-



-
6. Pour ceux qui occupent des postes de direction officiels, soutenir les patients, leurs familles et les prestataires de soins de santé dans le processus de divulgation. [5]
- » Reconnaître que tous les membres de l'équipe de soins de santé ont la responsabilité de contribuer à une culture juste et à une culture de sécurité et que ceux qui occupent des postes de direction ont la responsabilité de *mettre en place* une culture juste et une culture de sécurité. [C12, 6.10]
 - » Faciliter la déclaration des incidents liés à la sécurité des patients et leur divulgation au sein de l'organisation par la mise en place de politiques et de procédures appropriées. [6.1, 6.2, 6.8]
 - » Mettre en œuvre des structures et des processus pour aider les patients, leurs familles et les prestataires de soins à faire face au stress émotionnel des incidents liés à la sécurité des patients. [6.4, 6.5, 6.6, 6.9]
 - » Encadrer de façon efficace les personnes et les équipes pour planifier et préparer la divulgation et le débriefage qui s'ensuivent lorsqu'elles occupent un poste de direction officiel. [6.3, 6.7, H8]
-

Tableau 2 : Conception des cours et formats d'apprentissage

OBJECTIFS DU COURS <i>À l'issue de ce cours, l'étudiant devrait être en mesure de :</i>	Résultats scolaires atteints pour l'AFPC (2017)	Compétences de l'ANORP atteintes	Domaine de compétence de l'ICSP	Niveau d'apprentissage (ICE - Idées, Connexions, Extensions)	Niveau de performance (novice, fonctionnel, compétent)	
Identifier et interpréter les renseignements et les données pertinentes sur le patient afin de déterminer les besoins liés aux médicaments pour des scénarios généraux et des scénarios propres au patient (p. ex., données démographiques, conditions sociales, antécédents médicaux et état de santé, états de comorbidité, évaluation physique, tests de laboratoire et autres tests diagnostiques, médicaments, allergies)	CP 1.3	2.2	3.2	Présenter une documentation clinique efficace pour la sécurité des patients	Extensions	Fonctionnel
	CP 2.1	2.3			Extensions	Fonctionnel
	CP 2.2	2.4			Extensions	Fonctionnel
	HA 1.3	5.1			Connexions	Fonctionnel
	SC 2.1	9.2.2	4.1	Anticiper, déterminer, réduire et atténuer les situations dangereuses et routinières et les situations dans lesquelles peuvent survenir des problèmes de sécurité.	Extensions	Fonctionnel
	CM1.7			5 Mettre en pratique des techniques de la pensée critique pour améliorer les résultats de décisions imposées par la sécurité.		
Comparer et opposer (différencier) les différentes options thérapeutiques pour répondre aux besoins liés aux médicaments d'un patient en tenant compte, par exemple, de leur efficacité clinique, de leurs effets indésirables, des interactions entre les médicaments, de leur disponibilité, de leur prix et du niveau d'adhésion.	CP 1.1	2.5	4.1	Anticiper, identifier, réduire et atténuer les situations dangereuses et routinières et les situations dans lesquelles des problèmes de sécurité peuvent survenir.	Connexions	Fonctionnel
	CP 1.3	5.1			Extensions	Fonctionnel
	CP 1.5	8.4			Extensions	Fonctionnel
	SC 1.1	9.2.2			Extensions	Fonctionnel
	SC 1.2				Connexions	Fonctionnel
	SC 1.3				Connexions	Fonctionnel
	SC 2.2				Connexions	Fonctionnel
	SC 2.3				Extensions	Fonctionnel
SC 3.1			5 Mettre en pratique des techniques de la pensée critique pour améliorer les résultats de décisions imposées par la sécurité.	Extensions	Fonctionnel	



OBJECTIFS DU COURS <i>À l'issue de ce cours, l'étudiant devrait être en mesure de :</i>	Résultats scolaires atteints pour l'AFPC (2017)	Compétences de l'ANORP atteintes	Domaine de compétence de l'ICSP	Niveau d'apprentissage (ICE - Idées, Connexions, Extensions)	Niveau de performance (novice, fonctionnel, compétent)
Choisir et justifier l'option thérapeutique la plus appropriée pour répondre aux besoins d'un patient.	CP 1.3	2.5	3.2 Présenter une documentation clinique efficace pour la sécurité des patients	Extensions	Fonctionnel
	CM 2.4	6.1		Connexions	Fonctionnel
	CL 2.1	8.4		Connexions	Fonctionnel
	LM 2.1	9.2.2	4.1 Anticiper, identifier, réduire et atténuer les situations dangereuses et routinières et les situations dans lesquelles peuvent survenir des problèmes de sécurité.	Connexions	Fonctionnel
	SC 2.4			5 Mettre en pratique des techniques de la pensée critique pour améliorer les résultats de décisions imposées par la sécurité.	Fonctionnel
Formuler un plan thérapeutique approprié, en prévoyant notamment l'éducation du patient, pour répondre à ses besoins liés aux médicaments.	CP 1.5	2.5	3.2 Présenter une documentation clinique efficace pour la sécurité des patients	Extensions	Fonctionnel
	CP 2.3	6.1		Extensions	Fonctionnel
	CM 1.2	8.4		Connexions	Fonctionnel
	HA 1.1	5 Mettre en pratique des techniques de la pensée critique pour améliorer les résultats de décisions imposées par la sécurité.	Connexions	Fonctionnel	
	HA 1.2		Connexions	Fonctionnel	
HA 1.3		Connexions	Fonctionnel		

OBJECTIFS DU COURS <i>À l'issue de ce cours, l'étudiant devrait être en mesure de :</i>	Résultats scolaires atteints pour l'AFPC (2017)	Compétences de l'ANORP atteintes	Domaine de compétence de l'ICSP	Niveau d'apprentissage (ICE - Idées, Connexions, Extensions)	Niveau de performance (novice, fonctionnel, compétent)
Identifier les paramètres et le suivi appropriés pour surveiller l'efficacité et la sécurité d'un plan thérapeutique.	CP 2.5	2.5	3.2 Présenter une documentation clinique efficace pour la sécurité des patients.	Extensions	Fonctionnel
	CP 3.1	2.8		Extensions	Fonctionnel
	SC 4.4	9.2.3	5 Mettre en pratique des techniques de la pensée critique pour améliorer les résultats de décisions imposées par la sécurité.	Extensions	Fonctionnel

Annexe 4

Plan du curriculum sur la sécurité du Collège de pharmacie de l'Université du Manitoba

Domaine 1 : La culture de sécurité des patients

Définition

La culture de sécurité des patients est un ensemble intégré d'actions et de comportements individuels et organisationnels fondés sur des croyances et des valeurs communes qui permettent aux personnes et aux organisations d'être à la recherche continue de minimiser les risques de préjudice pour les patients pouvant résulter des processus de prestation de soins¹. La culture de sécurité des patients se caractérise par un leadership authentique, une communication étendue, réactive et en temps opportun, la transparence de l'information, ainsi que l'engagement des patients et de leurs familles.

Description

Il est largement admis que la culture de sécurité détermine les actions et les comportements qui sont acceptables, ainsi que le niveau de priorité que tous les individus accordent aux questions liées à la qualité, à la sécurité et au risque. La nature partagée d'une culture de sécurité des patients signifie qu'elle dépasse les prestataires de soins individuels qui travaillent au sein de l'organisation. Pour améliorer la culture de sécurité des patients, il faut reconnaître l'importance d'une collaboration en continu et s'engager à toujours préconiser le changement. Souvent, les changements de culture se produisent à la suite d'un événement sentinelle ou dans le cadre d'une initiative plus large d'amélioration de la sécurité des patients. Bien qu'il soit difficile pour un individu de changer une culture, des changements dans les attitudes, les actions et les valeurs éthiques collectives visant à réduire continuellement les préjudices causés aux patients sont essentiels pour faire avancer les organisations.

Il est important pour les prestataires de soins de santé de bien comprendre le concept de culture de sécurité des patients, les raisons de son importance et son impact sur les performances. Il est également important pour les prestataires de soins de santé d'appréhender les complexités inhérentes à une culture de sécurité et de comprendre comment influencer la culture en tant qu'individu, de même que les conséquences de leurs actions et de leur comportement. Il est essentiel de bien comprendre son rôle dans le renforcement d'une culture de sécurité. Ainsi, chacun peut appréhender la sécurité psychologique et être en mesure de s'exprimer lorsque des problèmes sont identifiés. Les dirigeants en soins de santé doivent fixer des attentes claires en matière de culture de sécurité positive et trouver le bon équilibre dans un système sans blâme qui intègre la notion de responsabilité individuelle, souvent appelée la « culture juste ».

Dans la promotion d'une culture de sécurité, tous les prestataires de soins de santé ont un rôle essentiel à jouer et ont le devoir d'inciter les patients et leurs familles à participer à tous les aspects des soins aux patients. Cela nécessite de bien comprendre, de respecter et d'être sensible à la diversité de cultures, d'âges, de connaissances, de sexes, d'orientations sexuelles, d'expériences de vie, de religions ou d'ethnicités.

Les compétences habilitantes et les connaissances, habiletés et attitudes requises

Chaque compétence clé est soutenue par des compétences habilitantes connexes et les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] requises.

Compétence clé

1. Contribuer à établir et à maintenir une culture juste.

1.1 Décrire les caractéristiques d'une culture idéale de sécurité des patients.

Décrire en quoi la culture de sécurité des patients est importante et comment elle contribue aux soins des patients, aux résultats pour les patients et à l'amélioration continue.

1.2 Décrire en quoi la culture de sécurité des patients est importante et comment elle contribue aux résultats en matière de sécurité des patients.

1.8 Décrire comment une piètre culture de sécurité des patients peut avoir un impact négatif sur les soins aux patients et l'amélioration continue.

C2 Examiner en quoi une piètre culture de sécurité des patients peut avoir un impact négatif sur la sécurité des patients et les résultats pour les patients.

C1 Énumérer les éléments qui contribuent à une culture de sécurité des patients, les modèles conceptuels de la culture de sécurité et les méthodes d'évaluation de la culture de sécurité (p. ex., « l'ensemble pour la culture de sécurité des patients »).

1.3 Décrire les modèles dominants de culture de sécurité des patients et les méthodes d'évaluation.

1.4 Énumérer les éléments que la haute direction doit faciliter pour favoriser une culture de sécurité des patients (p. ex., *L'ensemble pour la culture de sécurité des patients à l'intention des cadres supérieurs de l'ICSP*).

1.5 Décrire les éléments d'une culture juste pour la sécurité des patients, et le rôle joué par la responsabilité professionnelle et organisationnelle.

1.6 Décrire l'importance d'évaluer la culture de sécurité des patients et la responsabilité de participer à cette évaluation.

1.9 Décrire comment la sécurité des patients doit être un objectif organisationnel ou institutionnel de premier plan, qui se manifeste aux plus hauts échelons.

C1 Énoncer les éléments qui contribuent à une culture de sécurité des patients, les modèles conceptuels de la culture de sécurité et les méthodes d'évaluation de la culture de sécurité.

C4 Décrire en quoi la culture de sécurité des patients est liée à d'autres concepts, tels que le leadership, l'engagement, le travail d'équipe et la communication.

C5 Décrire en quoi les personnes contribuent à l'amélioration de la culture de sécurité des patients au niveau individuel, de l'équipe, de l'organisation et du système.

C6 Décrire les caractéristiques d'un leadership efficace en matière de qualité, de sécurité et de risque



C8 Décrire en quoi la diversité et l'humilité culturelles influencent la culture de sécurité des patients.

1.10 Décrire les répercussions de l'humilité culturelle sur la sécurité des patients.

C7 Reconnaître en quoi l'engagement auprès des patients et des familles contribue à la culture de sécurité des patients.

1.7 Analyser en quoi une culture de sécurité des patients est liée à d'autres concepts connexes (p. ex., les organisations à haute fiabilité, la gestion des ressources des équipes et la méthode LEAN).

C3 Analyser les liens entre la culture de sécurité des patients et les concepts d'amélioration de la sécurité des patients, tels que les organisations à haute fiabilité.

Établir et maintenir une culture juste.

H1 Adopter des principes et des systèmes de sécurité des patients dans la pratique quotidienne.

H2 Démontrer des compétences en matière de leadership pour promouvoir l'amélioration de la culture de sécurité des patients.

H3 Utiliser des stratégies visant à améliorer la culture de sécurité au sein de sa zone d'influence.

H4 Établir des partenariats avec les patients et leurs familles de manière respectueuse et significative.

A1 Démontrer une volonté de collaborer avec les autres, y compris les patients et leurs familles, pour contribuer à une culture de la sécurité des patients positive.

A2 Adopter des stratégies qui favorisent une culture de sécurité des patients.

A3 Valoriser les patients, leurs familles et les collègues de manière respectueuse, sans porter de jugement et en respectant leurs valeurs culturelles.

Compétence clé

2. Militer pour l'amélioration de la culture de sécurité des patients.

3.1 Réfléchir sur l'importance de remettre en question les pratiques et les normes existantes en relation aux améliorations continues.

2.2 Décrire les méthodes que peuvent préconiser les prestataires de soins de santé pour améliorer la culture de sécurité des patients.

2 Militer pour l'amélioration de la culture de sécurité des patients.

2.4 Militer pour l'amélioration des processus systémiques afin de soutenir l'amélioration continue de la sécurité des patients.

Définir les stratégies par lesquelles les professionnels de la santé peuvent contribuer à l'amélioration continue de la culture de sécurité.

- 2.1 Identifier les opportunités d'amélioration continue de la culture de sécurité des patients.
- 2.3 Contribuer à la création, la diffusion et l'application de nouvelles connaissances et pratiques liées à la sécurité des systèmes de santé.
- 2.5 Servir de modèle et agir en tant que champion de l'amélioration de la sécurité des patients.
- 2.6 Réfléchir sur ses propres actions et décisions, avec pleine conscience de soi, pour améliorer les connaissances et les compétences en matière de sécurité des patients.
- 3.5 Favoriser la sécurité psychologique [p. ex., s'exprimer/temps d'arrêt].
- 3.6 Intervenir immédiatement en cas de menace pour la sécurité des patients [p. ex., temps d'arrêt].
- 3.7 Escalader les préoccupations en matière de soins.
- 3.8 Mener et participer à la mise en œuvre des meilleures pratiques en matière de sécurité des patients.
- 3.3 Initier et s'engager à des améliorations de la sécurité des patients au niveau local et systémique.
- 3.4 Impliquer les patients et leurs familles en tant que parties prenantes essentielles à la sécurité des patients.
- A4 S'engager à déclarer les incidents liés à la sécurité des patients et à en tirer des leçons.
- A5 Faire preuve d'ouverture au changement.

3.8 Décrire les attributs liés au leadership qui permettent de contribuer à l'amélioration continue de la culture de sécurité.

- 3.2 Les dirigeants font preuve de responsabilité dans la définition des priorités organisationnelles et dans les pratiques de leadership qui motivent la recherche de la sécurité [p. ex., bien définir les attentes et les incitatifs en matière de sécurité, de communications continues, de ressources pour la sécurité des patients et des infrastructures pour améliorer la qualité, de l'engagement des patients et des familles].
-



Domaine 2 : Le travail d'équipe

Définition

Optimiser le travail d'équipe au sein des équipes et entre elles afin de maximiser la sécurité des patients, la qualité des soins et les résultats en matière de santé.

Description

Des soins sécuritaires et efficaces impliquent la coordination d'activités d'un système multi équipe - avec les patients et leurs familles comme partenaires égaux - qui comprend : l'équipe de soins de base, les équipes de contingence, les équipes de coordination, l'administration et les équipes de services auxiliaires et de soutien. Les équipes interprofessionnelles performantes démontrent des capacités et des compétences qui sont essentielles à la mise en place d'une pratique collaborative sécuritaire, efficiente et efficace. Chaque compétence clé est alignée à l'un des six domaines du Cadre de compétences interprofessionnelles du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) qui sont à la base de la pratique interprofessionnelle en collaboration :

1. Les soins centrés sur le patient/le client/la famille/la communauté ;
2. La clarification des rôles;
3. Le fonctionnement de l'équipe;
4. Le leadership de collaboration;
5. La communication interprofessionnelle; et
6. La gestion interprofessionnelle des conflits.

Les catalyseurs organisationnels et systémiques facilitent le travail d'équipe interprofessionnel. Les membres de l'équipe et les chefs à tous les niveaux font la promotion de la collaboration, des partenariats avec le patient et sa famille, de la sécurité culturelle, de l'efficacité de l'équipe et des initiatives d'amélioration de la qualité. Les patients et leurs familles sont des partenaires clés de l'équipe, qui participent à la prise de décision et dirigent leurs propres soins de manière appropriée.

Les compétences habilitantes et les connaissances, habiletés et attitudes requises

Chaque compétence clé est soutenue par des compétences habilitantes connexes et les connaissances (C), habiletés (H) et attitudes (A) requises.

Compétence clé

1. Créer un partenariat significatif avec les patients et leurs familles, leur permettant de jouer un rôle clé au sein de leurs équipes interprofessionnelles.

Démontrer les compétences nécessaires pour engager les patients et leurs familles à favoriser une prise de décision éclairée et à gérer leur propre santé, qualité de vie et bien-être.

- 1.1 Faire participer les patients et leurs familles à la prise de décision et à la gestion de leurs propre santé, qualité de vie et bien-être.
- 1.2 Travailler avec les patients et leurs familles pour définir l'étendue dans laquelle ils souhaitent être impliqués dans leurs propres soins.
- 1.3 Soutenir la prise de décision éclairée des patients et de leurs familles en fournissant et en recherchant des informations appropriées, suffisantes et claires, et en confirmant une compréhension mutuelle.
- 1.5 Respecter les besoins de chaque patient en ce qui concerne les croyances et pratiques culturelles et personnelles en matière de santé.
- 1.6 Décrire en quoi les patients et leurs familles sont des partenaires dans les soins menant à une amélioration de la santé, de la qualité de vie et du bien-être.
- H1 Faire preuve d'empathie et de professionnalisme.
- H2 Établir des partenariats avec les patients et leurs familles.
- H3 Intégrer les croyances et les valeurs du patient de manière respectueuse.
- H4 Discuter des options avec le patient en utilisant un langage qu'il comprend.
- H16 Utiliser un vocabulaire commun pour faciliter la communication efficace au sein de l'équipe.
- H17 Demander des clarifications lorsque le langage ou le jargon rend la compréhension difficile.
- A1 Valoriser et respecter les contributions des patients et de leurs familles en tant que partenaires dans leurs soins.

1.4 Militer auprès des patients individuels, de leurs familles et de tous les membres de l'équipe interprofessionnelle pour la mise à disposition des ressources nécessaires afin de fournir des soins centrés sur la personne, de qualité et sécuritaires.

- S5 Défendre les intérêts du patient.



Compétence clé

2. Respecter les **rôles et les responsabilités** des professionnels, des patients et des familles au sein de l'équipe interprofessionnelle et intégrer cette diversité de manière harmonieuse dans la prestation de services.
 - 2.2 **Négocier la composition et la structure de l'équipe interprofessionnelle, y compris le personnel situé au niveau inférieur de la hiérarchie professionnelle (comme les préposés aux bénéficiaires et les commis hospitaliers).**
 - 2.3 Décrire les compétences, les rôles, l'expertise et les chevauchements des champs d'exercices pertinents de tous les membres de l'équipe interprofessionnelle, y compris les patients et leurs familles, et identifier les écarts qui ont besoin d'être abordés.
 - 2.1 Articuler vos propres rôles et responsabilités au sein des différentes équipes interprofessionnelles.
 - C1 Décrire les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe, y compris la prise de décision, la supervision et le soutien, ainsi que les attentes et les exigences en matière de contribution individuelle.
 - C2 Déterminer les compétences, l'expérience et les champs de pratique pertinents des membres de l'équipe interprofessionnelle, y compris les chevauchements et les écarts dans les capacités de l'équipe.
 - C3 Décrire le rôle de l'équipe au sein du système de santé.
 - C7 Décrire les ressources et les compétences administratives requises pour atteindre les objectifs de l'équipe interprofessionnelle.
- 2.4 **Faire preuve de respect des perspectives de tous les membres de l'équipe interprofessionnelle, en particulier celles des patients et de leurs familles.**
 - H6 Faire preuve de confiance et de respect à l'égard de ses propres rôles et responsabilités professionnelles.
 - H7 Accéder aux compétences et aux connaissances uniques des autres membres de l'équipe interprofessionnelle pour répondre aux besoins des patients.
 - A3 Respecter tous les membres de l'équipe, y compris leurs antécédents, leurs sentiments, leurs valeurs et leurs croyances.
- 2.5 **Reconnaître que chaque membre de l'équipe interprofessionnelle a un rôle important à jouer pour contribuer et accéder aux connaissances et habiletés des autres, lorsque c'est approprié.**
 - A2 S'engager à assumer des responsabilités individuelles au sein de l'équipe.
 - A7 Favoriser un environnement dans lequel la responsabilité des soins et la responsabilité des résultats sont partagées de manière appropriée.
 - A8 Favoriser un environnement dans lequel l'équipe travaille pour fournir les meilleurs résultats possibles pour les patients.

Compétence clé

3. Être vigilant à la **dynamique des équipes** interprofessionnelles afin d'optimiser la sécurité des patients, la qualité des soins et les résultats pour la santé.
- A5 Favoriser une culture où le fonctionnement de l'équipe est perçu comme un élément important de l'amélioration continue de la qualité.
- C4 Définir la dynamique de l'équipe.
- C6 Décrire la justification et la mise en œuvre des processus, des politiques et des procédures de l'équipe interprofessionnelle.
- 3.1 Élaborer et mettre en œuvre un ensemble commun de valeurs, de droits et de responsabilités des patients et des prestataires de soins de santé.
- 3.4 Définir un processus d'introduction de données nouvelles et émergentes dans les soins en équipe.
- 3.6 Fixer des objectifs et des priorités pour chaque patient et pour l'équipe, mesurer les progrès et apprendre de l'expérience ensemble en tant qu'équipe.
-
- C10 **Décrire comment aborder de façon proactive aux préoccupations qui concernent le rendement des fournisseurs ou du système et qui comportent un risque pour les membres de l'équipe, y compris les patients ou leur famille, afin d'optimiser la sécurité des patients.**
- 3.2 Maintenir la prévention, l'identification et la résolution des problèmes de sécurité comme fonction prioritaire de l'équipe interprofessionnelle.
- 3.3 Créer un environnement d'équipe où la communication ouverte et l'apprentissage continu sont la norme.
- 3.5 Procéder à des réflexions individuelles et en équipe interprofessionnelle afin d'intégrer la rétroaction et d'améliorer les performances d'équipe.
- 6.4 Identifier et aborder les variations de pratique qui peuvent avoir un impact négatif sur la prestation fiable de soins fondés sur des données probantes.
- C5 Reconnaître les principales priorités et les principaux enjeux en matière de sécurité qui sont inhérents à la pratique en équipe interprofessionnelle et pertinents à la population de patients.
- H8 Mettre en pratique des processus et des protocoles d'équipe normalisés pour assurer une cohérence et une compréhension commune.
- H9 Donner et recevoir une rétroaction claire et précise.
- H10 Gérer les incidents liés à la sécurité des patients de manière appropriée.
- H11 Surveiller, évaluer et prendre des mesures pour améliorer les performances de l'équipe.
- H15 Militer pour des solutions auprès des membres de l'équipe afin d'aborder les préoccupations liées au risque.
- A4 Rechercher et valoriser une rétroaction constructive.
- A6 Accepter l'équipe comme étant une communauté de pratique informée sur des données probantes, qui apprend ensemble les uns des autres et à propos de chacun.



Compétence clé

- 4. Démontrer de l'autorité, du leadership et de la prise de décision partagés.
 - 4.1 En tant que membres d'une équipe interprofessionnelle, se consulter, se déléguer des tâches, se superviser et se soutenir mutuellement.
 - 4.2 En tant que membre d'une équipe interprofessionnelle, accepter et exécuter les tâches déléguées.
 - 4.3 En tant que membre d'une équipe interprofessionnelle, demander de l'aide au besoin.
- C8 Déterminer les niveaux d'autorité et souligner l'importance d'une expertise pertinente comme base du leadership dans une situation donnée.
- H12 Exercer le pouvoir de décision d'une façon qui convient à la situation.
- H13 Définir des paramètres clairs pour une prise de décision indépendante.
- H14 Fournir de la consultation, du soutien et déléguer les tâches de manière appropriée.
- A9 S'engager à militer en faveur de ressources et de systèmes qui répondent aux besoins de chaque membre de l'équipe.
- A10 Reconnaître la valeur du partage du leadership et le favoriser.

Compétence clé

- 5. **Communiquer** de manière respectueuse et attentive.
 - 5.4 **Optimiser l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans les pratiques de sécurité des équipes.**
 - C9 Énoncer l'impact des technologies de l'information et de la communication sur la fonction et la dynamique d'une équipe.
- 5.2 **Définir des stratégies et des processus clairs pour une communication interprofessionnelle optimale au sein de l'équipe, y compris dans des situations ou des environnements où l'enjeu est élevé.**
 - 5.1 Démontrer son soutien à tous les membres de l'équipe pour qu'ils s'expriment, remettent en question, contestent, défendent et soient responsables pour aborder des problèmes et des risques liés à la sécurité, en particulier dans une relation où il y a une perception de déséquilibre de pouvoir.
 - 5.3 Démontrer des techniques d'écoute active pour contribuer à optimiser le travail d'équipe interprofessionnelle et les soins aux patients.
 - 5.5 Donner l'exemple d'une communication respectueuse.
- H18 Partager la documentation de façon appropriée pour faciliter la continuité des soins.
- H19 Mettre en pratique une variété de techniques et d'outils de communication fondés sur des données probantes.
- H20 S'engager dans une communication respectueuse qui favorise le développement de l'équipe.
- H21 Participer activement au sein des équipes.

Compétence clé

6. Travailler de manière efficace avec tous les membres de l'équipe interprofessionnelle pour promouvoir la compréhension, gérer les différences et **résoudre les conflits**.

H23 Utiliser des stratégies de prévention, de gestion et de résolution des conflits.

- 6.1 Favoriser une culture d'équipe interprofessionnelle qui permet une discussion saine des opinions divergentes de telle sorte que tous les membres d'une équipe puissent exprimer leurs préoccupations ou des idées nouvelles.
 - 6.2 Identifier les conflits dans les équipes interprofessionnelles.
 - 6.3 Identifier et respecter les différences, les malentendus et les limites qui peuvent contribuer aux conflits, et s'efforcer de les résoudre.
- H22 Respecter le point de vue des autres.

A11 Valoriser la nature potentiellement positive du conflit.



Domaine 3 : La communication

Définition

Les professionnels de la santé engagent un dialogue ouvert avec les patients et les membres de leur famille afin de promouvoir la sécurité des patients, de prévenir les incidents liés à la sécurité des patients et d'y réagir.

Description

Ce domaine est axé sur les processus par lesquels les prestataires de soins de santé et les dirigeants en santé partagent et reçoivent des informations afin de développer des relations interpersonnelles positives dans des situations cliniques, à l'intérieur et à travers les organisations, et de soutenir l'engagement actif des patients ainsi que des soins sécuritaires et efficaces. Les pratiques de communication comprennent les communications écrites, orales et technologiques. Les outils de communication en ligne et les canaux d'information sont des méthodes importantes pour sensibiliser les menaces à la sécurité des patients.

Grâce à une communication efficace, les prestataires de soins de santé et les dirigeants en santé partagent leurs connaissances en matière de sécurité et améliorent leur compréhension des perspectives des patients et des familles. L'un des objectifs les plus importants d'une communication efficace est d'établir des partenariats avec les patients et leurs familles en tant que membres de leur propre équipe de soins de santé, ainsi que lorsqu'ils sont appelés à faire partie d'équipes de sécurité et de qualité. La perspective des patients et des membres de leur famille sur les soins qu'ils reçoivent est en constante évolution. Il est fondé sur un sentiment de confiance et d'aisance vis-à-vis des processus de soins, et il est influencé par le contexte social et les valeurs au sein de la communauté. Une communication efficace est avantageuse pour les patients et les prestataires de soins de santé, crée la confiance et est une condition préalable à l'obtention du consentement du patient. Des informations claires et cohérentes permettent aux patients de comprendre les risques, les avantages et les résultats possibles des examens et des traitements, dans le but de participer en tant que partenaires à part entière à leurs propres soins et à la prise de décision partagée.

Les compétences habilitantes et les connaissances, habiletés et attitudes requises

Chaque compétence clé est soutenue par des compétences habilitantes connexes et les connaissances (C), habiletés (H) et attitudes (A) requises.

Compétence clé

1. Démontrer des compétences de communication verbale et non verbale efficace pour promouvoir la sécurité des patients.

C1 Décrire les modèles de communication efficace, qui reposent sur les concepts d'engagement des patients, de diversité et d'humilité culturelles, en tenant compte des différences de pouvoir.

1.6 Communiquer de manière à respecter la diversité culturelle, la sécurité culturelle et l'humilité culturelle, en reconnaissant également les barrières causées par le niveau d'autorité et leur impact sur la sécurité des patients.

- 1.1 Démontrer du respect, de l'humilité et de l'empathie dans la communication.
- 1.2 Discuter du diagnostic, des investigations, des traitements et des protocoles de manière claire et complète avec les patients et leurs familles, et confirmer leur compréhension.
- 1.3 Transmettre l'information aux patients et à leurs familles, ainsi qu'aux membres de l'équipe de soins de santé, dans des communications structurées afin de favoriser la compréhension.
- 1.4 Communiquer en tenant compte de l'état cognitif et des besoins d'autodidaxie en matière de santé.
- 1.5 Utiliser des techniques d'écoute active pour comprendre les besoins des autres.
- C2 Évaluer les compétences du patient et de sa famille par rapport aux préoccupations d'autodidaxie en matière de santé.
- C3 Évaluer la capacité du patient et de sa famille à prendre des décisions en matière de soins de santé.
- H1 Faire preuve de respect, d'empathie, d'humilité et d'une écoute active sans jugement.
- H7 Modifier les méthodes de communication, y compris le recours à des services d'interprète, pour assurer une bonne compréhension.
- H8 Fournir le bon type et la bonne quantité d'informations sur la divulgation et la déclaration d'incidents liés à la sécurité des patients et utiliser un langage sans jargon pour transmettre clairement des informations complexes.

1.7 Respecter la vie privée et assurer la confidentialité.

- H2 Protéger la vie privée et la confidentialité.
- H3 Obtenir un consentement éclairé.

Assurer une communication claire entre tous les professionnels de la santé et les patients et/ ou leurs familles lors des transitions dans les soins (p. ex., lors du changement de quart ou congé dans le milieu communautaire).

- 3.3 Fournir des informations claires et complètes lors des transitions dans les soins (p. ex., faire participer les patients et leurs familles lors du changement de quart ou lors d'un congé vers les soins dans la communauté).
- H4 Assurer une communication claire entre tous les professionnels de la santé lors des transitions de soins.
- H5 Faire participer les patients et leurs familles dans toutes les transitions dans de soins (y compris le congé) afin de garantir la continuité des soins en toute sécurité.
- H6 Communiquer efficacement (boucler la boucle) à propos des tâches déléguées et assurer une supervision appropriée.



Compétence clé

2. Démontrer une documentation clinique efficace pour la sécurité des patients

Dans le dossier du patient, fournir une documentation détaillée, claire et fondée sur des données probantes, incluant les ordonnances et les prescriptions de soins aux patients (y compris l'utilisation d'abréviations approuvées), en fonction du degré d'urgence.

- 2.1 Fournir une documentation clinique suffisamment détaillée et compréhensible dans le dossier médical du patient.
- 2.2 Fournir les ordonnances et les prescriptions de soins aux patients en utilisant des pratiques fondées sur des données probantes afin de réduire le risque d'erreurs, y compris l'utilisation d'abréviations approuvées.
- 2.3 Fournir des ordonnances et des prescriptions de soins aux patients pour transmettre le degré d'urgence approprié.
- 2.4 Utiliser des méthodes de communication qui assurent que des informations claires et complètes soient fournies dans les demandes de consultation et les réponses, les rapports d'investigation, les protocoles opératoires et autres rapports, ainsi que toute autre correspondance.

Compétence clé

3. Communiquer en vue de prévenir les menaces à haut risque pour la sécurité des patients.

3.2 **Faire participer les patients ou les mandataires à des discussions pertinentes sur les risques et les avantages des évaluations et des traitements et sur l'obtention d'un consentement éclairé.**

- 3.1 Concevoir du matériel d'éducation des patients fondé sur des données probantes, intégrant l'engagement des patients et de leurs familles, la diversité et l'autodidaxie en matière de santé.
- 4.3 Faciliter l'accès des patients à leur propre dossier patient (conformément à la législation juridictionnelle).

A4 **Militer en faveur de processus de communication systémique solides en ce qui concerne les risques liés aux soins de santé, et suite à une défaillance de sécurité.**

- A1 Avoir le courage et la volonté de s'exprimer.
- A2 Respecter et valoriser les contributions des personnes et leur donner la possibilité de s'exprimer.
- A3 Rechercher et valoriser les moyens d'améliorer la communication.

Adapter votre style de communication aux situations ordinaires, de crise et de stress, à tous les niveaux d'autorité, escalader les préoccupations et boucler la boucle au moment du suivi.

- 3.3 Fournir des informations claires et complètes lors des transitions de soins (p. ex., faire participer les patients et leurs familles lors du changement de quart ou lors d'un congé vers les soins dans la communauté).
- 3.4 Communiquer l'urgence d'une situation clinique à tous les niveaux d'autorité, en faisant escalader les préoccupations au besoin et en bouclant la boucle lors du suivi.
- 3.5 Adapter les communications pour les utiliser dans des situations ordinaires, de crise et de stress.
- 3.6 Utiliser des méthodes de communication structurées pour attirer l'attention sur les situations cliniques urgentes et les situations cliniques à haut risque telles que les transitions dans les soins (p. ex., SBAR, les mots CUS, et les listes de vérification).



Compétence clé

4. Utiliser la technologie des soins de santé pour fournir des soins sécuritaires aux patients.
- 4.2 **Comprendre les avantages et les risques associés à l'utilisation de la technologie pour la communication en matière de soins de santé.**
- 4.1 **Utiliser la technologie pour favoriser une communication sécuritaire (p. ex., dossiers patients électroniques, outils d'aide à la prise de décision, ensembles d'ordonnances/protocoles/cartes de soins, alertes et surveillance).**



Domaine 4 : La sécurité, les risques et l'amélioration de la qualité

Définition

Agir sur les risques liés à la sécurité est un vaste concept qui englobe l'identification, l'évaluation, la réduction et l'atténuation des risques liés à la sécurité des patients et des prestataires de soins. Ceci est accompli en engageant les patients, leurs familles et d'autres membres de l'équipe de soins à mettre en œuvre les principes de conception du système et d'amélioration de la qualité fondés sur des données probantes.

Description

Les prestataires de soins de santé travaillent dans des environnements complexes et sont exposés aux pressions exercées par la prestation de services, aux défaillances des systèmes et à leur propre faillibilité. Les dirigeants et les prestataires de soins de santé sont non seulement imputables dans leur travail quotidien, en atténuant les risques de manière continue dans des contextes de soins spécifiques au niveau local, mais aussi du point de vue de la conception de systèmes préventifs proactifs. Pour détecter les menaces liées à la sécurité des patients, agir sur les risques et améliorer la qualité dans des situations dynamiques complexes, les prestataires de soins de santé doivent être compétents dans les activités basées sur le système ainsi que dans la pratique clinique. Ces compétences peuvent inclure le travail d'équipe, la gestion des tâches, la conscience situationnelle ainsi que la connaissance des méthodes d'amélioration de la qualité. En apprenant et en mettant ces compétences en application, les prestataires de soins de santé peuvent contribuer à améliorer les résultats pour les patients et leurs familles en prévenant ou en atténuant les incidents liés à la sécurité des patients et des prestataires.

Les prestataires de soins de santé colligent et surveillent les données liées à la performance afin d'évaluer les risques et d'améliorer les résultats. Ils mettent également en application leurs connaissances pour prévenir de manière proactive les incidents liés à la sécurité des patients en s'engageant dans des activités d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Pour offrir des services de santé hautement fiables aux patients et à leurs familles, les prestataires de soins doivent savoir quand faire remonter les problèmes de soins et quels processus utiliser pour détecter rapidement et en temps réel les risques de sécurité (temps d'arrêt) ainsi que la détérioration de la santé des patients. Les dirigeants et les gestionnaires des soins de santé sont imputables d'accueillir des organisations apprenantes qui fournissent de ressources et l'infrastructure adéquates pour apporter du soutien aux prestataires de soins de santé dans leur travail clinique ainsi que dans leurs efforts d'amélioration de la qualité, d'assurance qualité et de sécurité des patients. Les organisations ont des plans stratégiques qui donnent la priorité à la sécurité des patients par le biais d'énoncés de types vision/mission et d'objectifs en matière de sécurité et de qualité. Les programmes de santé et de sécurité au travail dans les organisations soutiennent la santé et la sécurité des prestataires de soins de santé en protégeant leurs équipes contre les blessures physiques et psychologiques ainsi que l'épuisement professionnel, reconnu comme ayant un impact négatif sur la sécurité des patients. .

Les compétences habilitantes et les connaissances, habiletés et attitudes requises

Chaque compétence clé est soutenue par des compétences habilitantes connexes et les connaissances (C), habiletés (H) et attitudes (A) requises.

Compétence clé

1. Anticiper, identifier, réduire et atténuer les situations dangereuses et routinières de même que les secteurs où les problèmes de sécurité peuvent survenir.

C1 **Décrire les facteurs humains et de conception des systèmes liés au risque de sécurité et à l'amélioration de la qualité.**

1.2 Intégrer les croyances culturelles et sanitaires de chaque patient afin d'atténuer les risques pour la sécurité.

C7 Décrire l'impact de la diversité culturelle sur les risques liés aux soins de santé et la sécurité des patients.

H4 Démontrer une compréhension de la manière dont les biais cognitifs peuvent avoir une influence sur la sécurité.

1.3 **Reconnaître les risques de sécurité en temps réel et réagir pour les corriger, en les empêchant d'atteindre le patient.**

1.1 Démontrer la conscience situationnelle en observant continuellement l'environnement, en pensant plus loin et en examinant les options et les conséquences potentielles.

1.7 Prendre conscience de ses propres vulnérabilités et failles et de celles de l'équipe au sein de systèmes complexes.

1.4 Reconnaître l'impact de la complexité du système sur la sécurité des résultats des interventions de soins de santé.

1.5 Utiliser des techniques telles que la collecte rigoureuse d'information, le recoupement des informations à l'aide de listes de vérification et l'examen des discordances entre la situation actuelle et l'état attendu.

1.6 Trier, documenter et déclarer les risques pour la sécurité afin de s'assurer que les problèmes soient traités par ordre de gravité.

C4 Décrire les menaces potentielles pour la sécurité des patients, des familles et des prestataires de soins (p. ex., contrôle des infections, prévention des blessures, manipulation et entretien correct des équipements et l'administration sécuritaire des médicaments).

C5 Décrire les situations à haut risque qui nécessitent des processus fiables à sécurité intégrée (p. ex., le bilan comparatif des médicaments, la vérification des médicaments, la vérification des allergies, la vérification du bon ou du mauvais côté, les listes de vérification et les systèmes de surveillance mutuelle).

C6 Décrire les cas où une normalisation des approches et des processus est nécessaire (p. ex., lignes directrices de pratique fondées sur des données probantes et les formulaires d'ordonnance normalisés).

H1 Anticiper et reconnaître les risques au niveau de chaque patient, unité et système de soins, et y réagir.

H2 Déclarer les risques et le potentiel de préjudice.

H5 Développer des pratiques personnelles pour atténuer les facteurs contributifs individuels qui influencent la sécurité (p. ex., la fatigue, la pression liée à la prestation de services et l'usure de la compassion).

H6 Faire preuve de vigilance sur les préoccupations de sécurité.



- A2 Favoriser un environnement de pratique sans blâme.
- A3 S'engager à être transparent vis-à-vis de l'équipe et au sein de l'environnement de pratique.
- A5 Prendre la parole et écouter.
- A6 S'engager à respecter la civilité dans toutes les relations interpersonnelles.
- A7 S'engager dans l'autoréflexion et se tenir personnellement responsable tout en reconnaissant sa propre faillibilité et vulnérabilité dans le système de santé.

Compétence clé

- 2. Identifier, mettre en œuvre et évaluer systématiquement les interventions d'amélioration de la qualité pour la sécurité des patients.
- 2.3 **Sélectionner et mettre en œuvre la solution la plus appropriée pour un contexte donné, en tenant compte de la qualité, des ressources, de l'aspect pratique et des préférences du patient.**
 - 2.1 Évaluer de manière critique les éléments de preuve afin de déterminer les solutions de sécurité principales et émergentes.
 - 2.2 Apprendre des réussites et des expériences locales, en évaluant leur justesse par rapport à son propre environnement.
 - 2.4 Évaluer l'impact des interventions visant à améliorer la qualité et la sécurité, y compris la possibilité qu'elles puissent causer un préjudice au patient ou avoir des conséquences involontaires (indicateurs d'équilibre).
 - 2.6 Développer des connaissances et des compétences sur la manière d'impliquer de manière significative les patients et leurs familles dans les initiatives d'assurance qualité et d'amélioration de la qualité.
 - 2.7 Faire preuve de respect pour la culture lorsqu'il s'agit de faire participer les patients et leurs familles à la conception et à l'amélioration d'un système sécuritaire.
- C2 Décrire les méthodes d'amélioration de la qualité et les pratiques d'assurance qualité.
- C3 Décrire les différentes approches d'engagement des patients et des familles en matière de risques pour la sécurité et d'amélioration de la qualité.
- 2.5 **Évaluer l'impact continu des interventions d'amélioration de la qualité et de la sécurité, en intégrant de manière continue les leçons apprises.**
 - H3 Surveiller, suivre et évaluer les défaillances du système.
 - A1 Discuter des échappées belles et les déclarer ouvertement.



Compétence clé

3. Maintenir l'amélioration de la qualité et les pratiques de sécurité sur le plan local et au sein du système

3.5 **Faire participer les patients et leurs familles aux discussions sur les risques en matière de sécurité et encourager un dialogue et un questionnement en continu sur les soins.**

3.6 Militer en faveur de la satisfaction des patients et des processus et structures de protection des patients; permettre aux patients et à leurs familles d'accéder à ces ressources.

A4 Militer en faveur de la sécurité des patients.

3.2 **Développer de manière continue les connaissances au niveau du système en ce qui concerne la science de la sécurité des patients et de l'amélioration de la qualité, la théorie du changement, les facteurs humains et la technologie.**

3.1 Mener et s'engager dans le processus de mesure des indicateurs de qualité et de performance pour les personnes et les populations desservies.

3.3 S'engager à collaborer avec les dirigeants des soins de santé afin de s'assurer d'une allocation de ressources suffisantes aux efforts d'amélioration.

3.4 Militer auprès des dirigeants des soins de santé et des membres de l'équipe pour créer une culture d'amélioration continue de la qualité.

3.7 Maintenir à jour les politiques et les procédures.



Domaine 5 : Optimiser les facteurs humains et systémiques

Définition

Gérer l'interaction entre les personnes (individus, prestataires de soins de santé, patients, membres de leurs familles et équipes) et les autres facteurs qui contribuent au système (tâches, outils/technologies, organisation, environnement) pour optimiser la sécurité des patients.

Description

Les facteurs humains forment une discipline scientifique qui étudie comment les gens interagissent avec les systèmes, les outils, les processus et les équipements. Elle tient compte de la manière dont les caractéristiques psychologiques, sociales, physiques, biologiques et de sécurité des utilisateurs affectent ces interactions. L'optimisation des facteurs humains et environnementaux pour favoriser l'obtention des meilleures performances humaines est une compétence essentielle en matière de sécurité pour tous les prestataires de soins de santé. Comprendre les facteurs humains individuels (patients, familles et prestataires de soins de santé) et les facteurs ambiants ou environnementaux qui façonnent les décisions aide à reconnaître et à atténuer les préjugés et les partis pris et à améliorer la prise de décision.

La capacité des prestataires de soins de santé à optimiser la sécurité des patients dépend de la compréhension de leur propre performance et de celle des autres dans un environnement de pratique donné, y compris la capacité à faire participer les patients et leurs familles. Les interactions complexes et en continu entre les prestataires de soins et les patients, ainsi que les caractéristiques technologiques de l'environnement des soins de santé, déterminent de façon significative les performances des individus et du système ainsi que la sécurité des soins aux patients. La pensée critique, qui implique la conscience situationnelle et une compréhension des biais cognitifs qui affectent la prise de décision, est influencée par divers facteurs humains et organisationnels.

En ce qui concerne les facteurs individuels, les performances humaines sont façonnées de façon significative par les connaissances, les habiletés et l'expérience, ainsi que par les attributs de la personnalité et les attitudes envers la tolérance au risque. Le bien-être des praticiens individuels en ce qui concerne la conciliation travail-vie personnelle, la fatigue et d'autres facteurs de santé personnelle constituent un autre élément clé de la performance.

En ce qui concerne les facteurs environnementaux, la réflexion systémique dans le domaine des soins de santé peut aider à mieux comprendre les relations entre les différents éléments des environnements de travail complexes. Les relations entre les politiques et les procédures, l'allocation des ressources et les cultures de travail sont étroitement liées aux structures organisationnelles locales, régionales, nationales et internationales. Il est important que les prestataires de soins de santé soient conscients de ces relations et de l'impact de leurs interactions avec les patients sur ces relations.

Enfin, l'interface entre les praticiens individuels et les patients ainsi que les attributs technologiques des environnements de soins de santé ont un effet critique sur les capacités des individus et du système à fournir des soins sécuritaires. La clé pour identifier les interventions efficaces repose sur l'alignement des interventions aux facteurs contributifs. Les interventions devraient toujours éviter de recourir à des solutions axées sur la personne (p. ex., une formation de rattrapage ou un renforcement des politiques ou des procédures qui imposent des actions aux individus). Il convient plutôt d'envisager des changements au niveau des systèmes (p. ex., l'automatisation d'un contrôle de sécurité, les fonctions de contrainte, le changement de culture) pour remédier à des systèmes mal conçus.

Le projet d'ingénierie des systèmes pour la sécurité des patients [SEIPS] est un cadre de travail établi en matière d'ingénierie des facteurs humains pour encadrer la conception et l'analyse de la recherche sur les soins de santé. Ce modèle de systèmes de travail et de sécurité des patients est présenté en Annexe 2. Il représente le système de travail des soins de santé comme un système sociotechnique, centré sur l'homme, avec six éléments en interaction qui influencent la performance du système :

1. Personne;
2. Tâches;
3. Outils et technologies;
4. Organisation;
5. Environnement interne; et
6. Environnement externe.

Les compétences habilitantes et les connaissances, habiletés et attitudes requises

Chaque compétence clé est soutenue par des compétences habilitantes connexes et les connaissances [C], habiletés [H] et attitudes [A] requises.

Compétence clé

1. Décrire les facteurs contributifs individuels et environnementaux qui affectent la performance humaine.

C1 **Reconnaître les conséquences des particularités individuelles, notamment le sexe, l'âge, la personnalité, le contexte culturel et la tolérance ou l'aversion au risque dans ses interactions et ses actions.**

- 1.1 Décrire l'impact de la fatigue et d'autres limitations humaines sur les performances cliniques.
- 1.2 Respecter l'influence exercée par l'attitude et la diversité sur la pratique clinique.
- 1.3 Discuter du rôle du bien-être et de son effet sur les connaissances et la pratique clinique.
- 1.4 Faire preuve d'humilité dans les relations interpersonnelles ainsi que dans la conception et la mise en œuvre des processus de soins cliniques.
- 1.5 Discuter de la manière d'intégrer des mécanismes d'adaptation pour atténuer les risques liés aux performances dans les conditions ambiantes et les divers environnements de pratique.

H1 Effectuer une autosurveillance et se prodiguer des soins personnels pour optimiser un niveau de performance sécuritaire.

H2 Déterminer s'il y a une banalisation des écarts et des solutions de contournement dangereuses en fonction des performances et de la culture humaines.

H3 Déterminer les biais cognitifs, psychologiques, émotionnels et culturels qui exercent une influence sur la prise de décision efficace.

A2 Accepter que certains facteurs puissent avoir une influence sur le bien-être personnel d'une personne, notamment la conciliation travail-vie personnelle, le manque de sommeil ou le déficit de sommeil, et les problèmes de santé physique et émotionnelle qui peuvent interférer avec un niveau de performance sécuritaire.

A3 Accepter la faillibilité de la performance humaine.

C2 **Comprendre les répercussions des facteurs environnementaux tels que la lumière et le son, les conditions de surtension, les interruptions de travail et la technologie sur la sécurité des soins, ainsi que sur la sécurité des prestataires de soins.**



Compétence clé

2. Reconnaître que les facteurs humains constituent un ensemble diversifié d'éléments du système qui doivent être pris en compte de manière intégrée pour améliorer la sécurité des patients, prévenir et atténuer les risques.

Reconnaître que la performance humaine est affectée par le comportement d'une personne au sein d'un système construit par le type de tâches accomplies, les outils et la technologie utilisés et par des facteurs organisationnels tels que la culture et la politique, l'allocation des ressources, la culture de sécurité, et les politiques et procédures.

- A1 Comprendre que la performance humaine est affectée par le comportement d'une personne au sein d'un système construit par le type de tâches accomplies, les outils et la technologie utilisés et par des facteurs organisationnels tels que la culture et la politique.
- 1.6 Décrire l'impact de l'allocation des ressources, des politiques et procédures organisationnelles et de la culture de sécurité sur les résultats en matière de sécurité des patients.

Comprendre et mettre en pratique la pensée systémique à l'élaboration et à l'exécution des processus de soins cliniques et de la pratique clinique.

- C5 Comprendre la pensée systémique [au niveau de l'unité, du service, de l'organisation, et au niveau local, régional, provincial, national et international].
- H5 Mettre en pratique la pensée systémique à l'élaboration et à l'exécution des processus de soins cliniques et de la pratique clinique.

Décrire comment une prise de décision efficace passe par l'intégration d'information provenant de plusieurs niveaux de système et que la communication entre tous les niveaux de système comprend une rétroaction en boucle fermée.

- 4.1 Veiller à ce que la communication à tous les niveaux du système comprenne une rétroaction en boucle fermée.
- 4.2 Démontrer qu'une prise de décision efficace passe par l'intégration d'informations provenant de plusieurs niveaux du système [p. ex., des personnes — y compris le patient et sa famille, l'équipe, l'organisation, les autorités réglementaires].
- 4.3 Les dirigeants veillent à ce que les résultats des décisions prises au niveau de la direction et de la gouvernance soient systématiquement communiqués à tous les niveaux, et soient intégrés aux décisions et aux actions qui se produisent à tous les niveaux du système.

- 4.5 **Faire participer les patients et leurs familles à leur propre sécurité ainsi qu'aux efforts visant à améliorer la sécurité au niveau de l'organisation et des systèmes.**

Compétence clé

3. Mettre en pratique des techniques de la pensée critique pour améliorer les résultats de décisions imposées par la sécurité.

C4 Intégrer la connaissance de la pensée critique, incluant la conscience situationnelle et la conscience des biais cognitifs dans la prise de décision aux processus de soins cliniques et à la pratique personnelle.

- 2.2 Modéliser les caractéristiques comportementales de la conscience situationnelle.
- 2.3 S'engager dans des processus de détection précoce et en temps réel des risques pour la sécurité et de la détérioration des patients.
- 4.4 Décrire les types courants de biais cognitifs et culturels (conscients et inconscients).
- H4 Démontrer une conscience situationnelle.

- 2.1 **Démontrer des processus permettant une prise de décision saine, en comprenant où les processus peuvent être remis en question et corrigés.**
 - 2.4 Démontrer la capacité de prise de décision partagée avec les patients et leurs familles en tant que partenaires en prenant connaissance d'un éventail d'opinions ou de caractéristiques diverses.
 - 2.6 Encourager les patients et leurs familles à communiquer leurs préoccupations et à poser des questions.
-
- 2.5 **Développer des protocoles et des processus pour la détection précoce et en temps réel des risques pour la sécurité et s'y engager, agir sur les menaces pour la sécurité et communiquer les actions à tous les niveaux du système, y compris le leadership.**

Compétence clé

- 3. Discuter de l'impact de l'interface humain-technologie sur la sécurité des patients.
-
- C3 **Établir un lien entre la théorie et la pratique de l'ergonomie, de l'ingénierie des facteurs humains, de la conception des systèmes, de la technologie et du déroulement du travail et le fonctionnement sécuritaire des systèmes.**
 - 3.1 Définir les facteurs humains et l'ingénierie des facteurs humains et comprendre leur application dans les environnements de soins de santé.
 - 3.2 Décrire le rôle que joue l'évaluation de la convivialité dans l'application sécuritaire des technologies.
 - 3.3 Reconnaître l'importance de l'ergonomie dans la conception de la sécurité.
 - 3.5 Décrire les principes de l'analyse du flux de travail pour améliorer la sécurité des soins.
-
- 3.4 **Adopter et militer en faveur de la dissémination de l'information sur la santé et choisir du matériel technologique pour favoriser des soins plus sécuritaires (p. ex., dossiers patients électroniques, outils d'aide à la décision, alertes et surveillance).**



Domaine 6 : Reconnaître les incidents liés à la sécurité des patients, y réagir et les divulguer

Définition

Reconnaître et déclarer les incidents liés à la sécurité des patients, réagir de manière appropriée et efficace pour atténuer les préjudices, assurer la divulgation et prévenir la récurrence.

Description

L'impact humain d'un incident lié à la sécurité des patients sur le patient, sa famille, les prestataires de soins directement concernés, ainsi que les ramifications sur le système lui-même, y compris le fardeau économique, sont significatifs.

La divulgation est une obligation éthique, professionnelle et légale. Les patients et leurs familles, les gouvernements, les ordres professionnels et les tribunaux canadiens s'attendent que les prestataires de soins qu'ils bien informés et imputables de leurs actions et de leurs réponses aux incidents liés à la sécurité des patients. Une divulgation ouverte, honnête et empathique et des excuses appropriées profitent aux patients et à leurs familles, aux prestataires de soins et à leurs organisations. Les patients, ainsi que leurs familles, touchés par un incident lié à la sécurité des patients veulent connaître l'étendue du préjudice, les faits entourant la façon dont il s'est produit et les mesures qui peuvent être prises pour prévenir ce préjudice à l'avenir. De nombreux patients et familles souhaitent participer à la mise en œuvre de ces améliorations ou être informés de la mise en place de ces nouvelles mesures de sécurité.

Les prestataires de soins de santé sont capables de reconnaître les incidents liés à la sécurité des patients, et prennent la responsabilité de réagir en temps opportun avec empathie et compassion pour répondre aux besoins urgents cliniques, émotionnels et d'information de leurs patients, et d'assurer le suivi nécessaire.

Les prestataires de soins de santé déclarent ces incidents à leurs dirigeants, aux membres de l'équipe et à leurs collègues, et apportent du soutien à ces personnes au besoin. Les prestataires de soins de santé reconnaissent l'importance d'une divulgation adaptée à la culture du patient en explorant et en reconnaissant ses valeurs, ses croyances et ses souhaits. Les patients ou leur famille sont informés en temps opportun de la survenue d'un préjudice. Un engagement est pris de fournir les raisons factuelles de ce qui s'est passé dès qu'elles sont connues et en temps opportun au patient ou à sa famille. Afin d'atténuer les préjudices, le prestataire et l'équipe de soins de santé répondent efficacement aux besoins cliniques immédiats du patient et planifient avec le patient ou sa famille la poursuite des soins. Des excuses appropriées sont présentées.

Les prestataires de soins de santé déclarent à leur organisation les incidents liés à la sécurité des patients, y compris les échappées belles, et contribuent à l'analyse des incidents, reconnaissant qu'il s'agit là d'occasions d'apprentissage pour contribuer à la refonte du système et à la participation des patients, et pour améliorer les performances des équipes et des personnes.

Le patient et/ou sa famille a avantage à avoir un suivi de l'amélioration en temps opportun. Le patient et/ou sa famille peut être invité à participer à la conception, au test ou à la mise en œuvre de l'amélioration afin d'éviter que d'autres patients ne subissent un préjudice semblable à l'avenir.

Être impliqué dans un incident de sécurité où un patient a subi un préjudice, qu'il ait pu être évité ou non, peut être extrêmement stressant et avoir un impact important sur sa vie personnelle, familiale et professionnelle.

Les patients et leur famille bénéficient d'un soutien et d'un accès à des ressources pour les aider à traverser cette période stressante.

Les prestataires de soins de santé savent reconnaître si leur capacité ou celle de leur équipe à fournir les meilleurs soins cliniques est compromise en raison du stress lié à l'incident de sécurité. Les prestataires de soins de santé utilisent des stratégies d'adaptation saines et constructives et recherchent activement un soutien émotionnel. Ils aident leur équipe et leurs collègues à faire face émotionnellement aux incidents, notamment en faisant appel aux systèmes de soutien qui sont à leur disposition.

Les compétences habilitantes et les connaissances, habiletés et attitudes requises

Chaque compétence clé est soutenue par des compétences habilitantes connexes et les connaissances (C), habiletés (H) et attitudes (A) requises.

Compétence clé

1. Reconnaître les incidents liés à la sécurité des patients.

Définir le terme « préjudice », énumérer les différents types d'incidents liés à la sécurité des patients et faire la distinction entre le préjudice évitable résultant d'un incident lié à la sécurité des patients, le préjudice résultant d'une complication inévitable reconnue liée au risque inhérent au traitement et le préjudice résultant de l'évolution naturelle de l'état médical sous-jacent du patient.

- 1.2 Définir le terme « préjudice » et faire la distinction entre le préjudice évitable résultant d'un incident lié à la sécurité des patients, le préjudice résultant d'une complication inévitable reconnue liée au risque inhérent au traitement et le préjudice résultant de l'évolution naturelle de l'état médical sous-jacent du patient.
- 1.1 Décrire les différents types d'incidents liés à la sécurité des patients (échappée belle, absence de préjudice, préjudice) et l'approche de réponse et de divulgation qui convient à chaque type, en conformité avec les réglementations provinciales.
- C1 Définir les différents types d'événements liés à la sécurité des patients et les repérer dans leur pratique professionnelle.
- H2 Faire la différence entre un résultat clinique lié à l'évolution naturelle d'une affection médicale, une complication inévitable reconnue liée au risque inhérent au traitement et un préjudice évitable.
- H14 Faire la différence entre un résultat clinique découlant de l'évolution naturelle de la maladie, une complication inévitable reconnue liée au risque inhérent au traitement et un préjudice évitable découlant d'un incident lié à la sécurité du patient.

1.4 **Faciliter les soins cliniques, y compris les tests cliniques, les consultations et les soins en temps opportun pour un patient ayant subi un préjudice.**

- 1.3 **Gérer le risque de préjudice pour les autres patients qui peuvent également être affectés par un incident lié à la sécurité des patients (p. ex., retirer les risques biologiques et les équipements défectueux).**



Compétence clé

2. S'engager auprès des patients et des familles touchés par des incidents liés à la sécurité des patients afin de répondre à leurs besoins.
 - 2.1 **S'engager auprès des patients et/ou des familles pour évaluer leurs besoins immédiats en matière de sécurité et de soins pour leur bien-être physique et émotionnel à la suite d'un incident et intervenir pour prévenir tout nouveau préjudice.**
 - 2.2 Décrire le rôle des patients et/ou des familles dans les phases de divulgation initiale et subséquente (post analyse).
 - 2.3 Reconnaître qu'il existe des situations qui demandent des considérations spéciales concernant la divulgation, par exemple, les patients en situation de vulnérabilité, les patients qui ont un mandataire, les patients qui ont des besoins particuliers en matière de communication [p. ex., ceux qui sont malentendants ou qui ont besoin de traduction].
 - 2.4 Reconnaître les facteurs de diversité qui peuvent avoir un impact sur la relation entre le professionnel de la santé et le patient.
 - 2.5 Inviter le patient ou sa famille à participer à l'identification des incidents liés à la sécurité des patients, à la conception, à l'essai et à la mise en œuvre d'améliorations ou à la transmission de mises à jour sur ces activités, selon les besoins.
 - 2.6 Encourager les patients et leurs familles de déclarer les incidents et les omissions au niveau des informations ou des soins qu'ils ont reçus.
- H3 Établir des partenariats avec les patients ou leurs familles afin de répondre à leurs besoins cliniques, émotionnels et d'information.

Compétence clé

3. Divulguer les incidents liés à la sécurité des patients.
 - C5 **Déterminer le seuil de divulgation lorsqu'un patient a subi un préjudice, quel qu'en soit le degré, lorsqu'il existe un potentiel de préjudice futur ou lorsqu'il y aura un changement dans les soins ou la surveillance en raison d'un risque accru.**
 - 3.1 **Reconnaître l'obligation éthique, professionnelle, organisationnelle et légale de divulguer les incidents portant sur la sécurité du patient et reconnaître également les attentes du patient et de sa famille.**
 - 3.2 Connaître les politiques et les procédures en vigueur associées à la divulgation et comprendre comment elles contribuent à une culture organisationnelle de la sécurité des patients.
 - 3.3 Décrire les implications juridiques découlant de la divulgation.
 - C2 Décrire l'importance éthique et le fondement de la divulgation.
 - C3 Rappeler les politiques réglementaires et organisationnelles pertinentes et la législation qui s'y rapporte.
 - C4 Décrire les responsabilités professionnelles des prestataires de soins de santé individuels, des équipes interprofessionnelles et des organisations en matière de divulgation et de déclaration.
 - A2 S'engager à maintenir une relation honnête et confiante entre le patient et le professionnel de la santé.
 - A3 Accepter l'obligation personnelle de divulguer l'occurrence d'incidents liés à la sécurité des patients conformément aux codes de déontologie, au professionnalisme, aux politiques de l'organisation et de réglementation, et à la législation.

3.5 **Déterminer qui est responsable de la divulgation, qui doit être présent lors des communications de divulgation, comment divulguer au nom d'autrui et qui doit être responsable du suivi auprès du patient ou de la famille.**

3.7 Demander de manière appropriée de l'aide et des conseils sur la divulgation.

C8 Énumérer les différents rôles pouvant être assumés dans les étapes initiale et subséquente de la divulgation.

H12 Trouver des informations sur la divulgation et savoir quand et comment demander des conseils et de l'aide.

3.4 **Divulguer l'occurrence d'un incident lié à la sécurité du patient au patient et/ou à sa famille en temps opportun, avec empathie et en tenant compte des différences culturelles.**

3.6 Décrire les informations qui doivent être divulguées lors de la divulgation initiale, le calendrier de divulgation, ainsi que les documents, rapports et analyses requis.

3.8 Engager avec les patients et/ou leurs familles une communication honnête et un dialogue empathique et culturellement adapté en ce qui concerne la divulgation.

3.9 Reconnaître l'importance de l'empathie et des excuses dans toutes les discussions sur la divulgation.

3.10 Reconnaître l'importance de communiquer et de contacter le patient ou sa famille de façon opportune dans toutes les discussions portant sur la divulgation.

C7 Décrire la divulgation comme étant un processus comportant des étapes initiales (précoce) et subséquentes, qui nécessite souvent de multiples conversations à chaque étape.

C9 Décrire l'importance de présenter des excuses sincères.

H1 Fournir des communications honnêtes, factuelles et en temps opportun sur l'occurrence et les raisons d'un incident lié à la sécurité des patients à mesure qu'elles sont connues.

H9 Démontrer comment présenter des excuses appropriées en fonction du type d'événement.

H10 Faire preuve d'ouverture, d'empathie et de compassion lors de la communication et de la présentation d'excuses.

H11 Atteindre une humilité culturelle et une divulgation par l'exploration et la reconnaissance des valeurs, des croyances et des souhaits du patient ou de sa famille.

Compétence clé

4. Tirer les leçons des incidents lié à la sécurité des patients.

4.1 **Reconnaître l'obligation éthique et professionnelle de déclarer tous les types d'incidents liés à la sécurité des patients afin d'atténuer les préjudices et d'améliorer la qualité des soins.**

4.2 Décrire le processus de divulgation des incidents liés à la sécurité des patients.

4.3 Reconnaître que la déclaration des incidents liés à la sécurité des patients est nécessaire dans tout le continuum des services primaires et spécialisés fournis par les centres communautaires et les hôpitaux, y compris pour les patients participant à des programmes de recherche.

C6 Reconnaître l'importance de déclarer les accidents échappés belles et déterminer à quel moment les patients et les organisations pourraient tirer profit de la connaissance de ces cas.



- C11 Comparer la manière dont la divulgation des préjudices et la déclaration s'alignent sur l'amélioration de la qualité des soins.
- A5 Démontrer une volonté de déclarer les incidents liés à la sécurité des patients, y compris les échappées belles, et participer pleinement aux activités d'analyse des incidents et d'amélioration de la qualité.
- A6 S'associer aux patients ou aux familles dans les activités d'amélioration de la qualité.

4.8 Reconnaître l'importance de surveiller les résultats de l'analyse des incidents en collaboration avec les dirigeants.

- 4.13 Documenter de manière appropriée les faits liés à ce qui s'est passé et les discussions sur la divulgation.
- 4.4 Au moment de l'événement, interroger les personnes concernées pour obtenir les informations appropriées concernant l'incident; recueillir le matériel clinique nécessaire (p. ex., les tracés des moniteurs), les échantillons et les équipements qui peuvent faciliter une analyse approfondie; et conserver les preuves pour comprendre les raisons de ce qui s'est passé.
- 4.5 Participer à l'analyse de l'événement en temps opportun et à la planification des améliorations pour prévenir la récurrence.
- 4.7 S'engager auprès des patients et/ou des familles en temps opportun pour obtenir leur point de vue sur ce qui s'est passé.
- C10 Documenter les incidents liés à la sécurité du patient et la divulgation dans le dossier du patient.
- A1 Appliquer un raisonnement éthique et une analyse critique sur la façon dont les incidents liés à la sécurité des patients se produisent.
- A8 Démontrer des stratégies d'adaptation constructives pour gérer le stress associé à un incident lié à la sécurité des patients et apporter un soutien émotionnel aux membres de l'équipe et aux collègues.

4.9 Faire preuve de leadership en militant professionnellement en faveur des changements requis dans le système.

- 4.10 Mettre en pratique les leçons apprises et mettre en œuvre des améliorations pour renforcer la sécurité des soins futurs.
- 4.11 Partager les leçons apprises au niveau de l'organisation et du système de santé.
- 4.12 Mettre en œuvre des mesures visant à prévenir des événements semblables.

4.6 Se livrer à une réflexion personnelle et professionnelle concernant un incident lié à la sécurité des patients.

- H5 Démontrer un apprentissage personnel à partir des incidents et mettre en œuvre des améliorations de la pratique.
- A7 Se livrer à une autoréflexion et tirer des enseignements constructifs des incidents liés à la sécurité des patients afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent.

Compétence clé

5. Faire face de manière professionnelle et constructive au stress émotionnel d'être impliqué dans un incident lié à la sécurité des patients.
- H13 **Employer des stratégies saines pour les individus et les équipes afin de faire face au stress associé aux incidents liés à la sécurité des patients.**
- H6 Utiliser des stratégies saines pour faire face de manière constructive au stress associé à un incident lié à la sécurité des patients.
- 5.3 Apporter un soutien aux prestataires de soins, aux équipes et aux dirigeants impliqués dans un incident lié à la sécurité des patients.
- 5.1 Prendre soin de soi, adopter des stratégies d'adaptation saines et soutenir les membres de l'équipe après un incident, y compris l'accès à des ressources requises lorsqu'approprié.
- 5.2 Reconnaître l'impact psychologique potentiel sur les personnes impliquées dans des incidents liés à la sécurité des patients.
- H4 Soutenir leurs dirigeants et leur équipe dans la divulgation des communications.
- H7 Démontrer un soutien émotionnel à leur équipe et aux autres prestataires de soins de santé touchés par un incident lié à la sécurité des patients.
- A4 Se soutenir mutuellement dans le cadre des communications de divulgation d'équipe.
- A8 Démontrer des stratégies d'adaptation constructives pour gérer le stress associé à un incident lié à la sécurité des patients et apporter un soutien émotionnel aux membres de l'équipe et aux collègues.

Compétence clé

6. Pour ceux qui occupent des postes de direction officiels, soutenir les patients, leurs familles et les prestataires de soins de santé impliqués dans un incident lié à la sécurité des patients.
- C12 **Reconnaître que tous les membres de l'équipe de soins de santé ont la responsabilité de contribuer à une culture juste et à une culture de sécurité et que ceux qui occupent des postes de direction ont la responsabilité d'établir une culture juste et une culture de sécurité.**
- 6.10 Gérer les déséquilibres de pouvoir naturels qui peuvent contribuer aux incidents liés à la sécurité des patients et influencer les communications.
- 6.1 **Faciliter la déclaration des incidents liés à la sécurité des patients et au sein de l'organisation par la mise en place de politiques et de procédures appropriées.**
- 6.2 Utiliser les principes de la culture juste pour attribuer de façon équitable le niveau de responsabilité.
- 6.8 Si nécessaire, informer le public et les médias de manière appropriée d'un incident lié à la sécurité des patients.



6.6 **Mettre en œuvre des structures et des processus pour aider les patients, leurs familles et les prestataires de soins à faire face au stress émotionnel des incidents liés à la sécurité des patients.**

- 6.4 Au moment de communiquer avec les patients et les familles, encadrer et aider de façon directe les patients et leurs familles, selon leurs besoins.
- 6.5 Mettre en œuvre des structures et des processus visant à prévenir d'autres préjudices émotionnels pour les prestataires de soins de santé lors des discussions sur la divulgation subséquente et de l'analyse et de l'incident.
- 6.9 Assurer un soutien psychologique et des soins cliniques continus à long terme aux patients, aux familles et aux prestataires de soins de santé à la suite d'incidents liés à la sécurité des patients, selon leurs besoins.

H8 **Encadrer efficacement les personnes et les équipes afin de planifier et de préparer la divulgation et le débriefage qui s'ensuivent lorsqu'elles jouent un rôle officiel de leadership.**

- 6.3 Donner des conseils pour déterminer le contenu des discussions portant sur la divulgation.
- 6.7 Fournir des ressources éducatives en matière de diversité, y compris l'autodidaxie en matière de santé et de sensibilités culturelles qui peuvent être nécessaires pour le patient et/ou la famille participant au processus de divulgation.
-

Annexe 5

Liste des collaborateurs

Chantal Backman, INF./RN, MHA, Ph. D.

Professeure agrégée, École de soins infirmiers,
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Mireille Brosseau

Stratège indépendante en matière d'engagement;
aumônière clinique
Soins continus Bruyère

Steve Chard, MHA, TRA, FCSRT, CHE

Directeur, praticien des affaires pour
le personnel (PSA), Régina et zones rurales
Autorité sanitaire de la Saskatchewan

Daniel Chartrand, M.D., Ph. D., FRCPC

Vice-président du département d'anesthésie
Université McGill

Maitreya Coffey, M.D. FAAP, FRCP[C]

Officier médical pour la sécurité des patients
The Hospital for Sick Children

Ruthe Anne Conyngham

Ancienne présidente
Centre des sciences de la santé de London

Mr. Mark Daly, TRA, B. Comm., MA [Ed.]

Directeur du développement de la faculté pour
la formation interprofessionnelle, responsable
de la sécurité des patients, formation médicale
d'enseignement universitaire supérieur, professeur
adjoint, Faculté de médecine
Université McGill

Donna Davis, LPN

Membre et ancienne coprésidente
Patients pour la sécurité des patients du Canada

Annette Down, CHE

Directrice, Amélioration de la qualité et Risques
Lakeridge Health

Debra Beach Ducharme

Directrice de l'intégration de la santé des
Autochtones, Faculté des sciences de
la santé de Rady
Université du Manitoba

Mark Fleming, Ph. D.

Professeur
Université Saint Mary's

John H. V. Gilbert, C.M., Ph. D., LLD (Hon.), FCAHS

Professeur honoraire; Chercheur principal, Centre
collaborateur de l'OMS pour la planification et
la recherche en matière de personnel de santé;
Président fondateur
Université de la Colombie-Britannique; Université
Dalhousie; Consortium pancanadien pour
l'interprofessionnalisme en santé

David Gregory, Inf., Ph. D.

Provost par intérim et vice-président (académique)
Université de Régina

Laura Hamonic

Institut canadien pour la sécurité des patients

Linda Hughes

Coprésidente
Patients pour la sécurité des patients du Canada

Linda Hunter, Inf., M.Sc.N., Ph. D. [C]

Consultante en soins de santé
Hunter Health Care Consulting [H2C2]

Dre Judy King, Ph. D., PT

Professeure agrégée Faculté des sciences de la
santé; Physiothérapeute
Université d'Ottawa; L'hôpital d'Ottawa

Nancy Kleiman, BSP MBA

Chargée de cours supérieur
Université du Manitoba

Kimberly LaFreniere, MPT, B.Sc. Kin.
Physiothérapeute
Autorité sanitaire de la Saskatchewan

Chantal Lauzon, PT, B.Sc. (PT)
Gestionnaire sénior de la pratique Association
canadienne de physiothérapie

Michelle Lindsay

Kathleen MacMillan, Ph. D., Inf., FAAN Professeure
adjointe (retraîtée), École d'infirmières, Faculté de
santé
Université Dalhousie

John M. Maxted, M.D., MBA, CCMF, FCFP
Professeur agrégé, Département de médecine
familiale et communautaire; Chef académique, Unité
d'enseignement de la médecine familiale,
Université de Toronto; Hôpital Markham-Stouffville

Doug Maynard

Carolyn McCoy, BHS, TRA, FCSRT, CAE
irectrice des services d'agrément et de
pratique professionnelle
Société canadienne des thérapeutes respiratoires

Sharon Nettleton

Membre et ancienne coprésidente
Patients pour la sécurité des patients du Canada

Elise Paradis, Ph. D.
Professeure adjointe (statut uniquement),
Faculté de pharmacie Lesli-Dan
Université de Toronto

Joanne Petersen, Inf.
Infirmière soignante
Autorité sanitaire de la Saskatchewan

Ioana Cristina Popescu, MBA
Gestionnaire de programme sénior
Institut canadien pour la sécurité des patients

Josette Roussel, Inf., M.Sc, M.Ed
Conseillère exécutive
Association des infirmières et infirmiers du Canada

Kim Sears, Inf., Ph. D.
Professeure agrégée, Programmes de
qualité en santé
Université Queen's

Staci Silverman, MPH

Dr. Marlene Smadu, Inf., EdD, LLD (h.c.)

Maureen Sullivan-Bentz, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.A.
Institut canadien pour la sécurité des patients

Patricia Trbovich, Ph. D.
Professeure agrégée, Institute of Health Policy,
Management and Evaluation (IHPE); Chaire de
recherche de la famille Badeau sur la sécurité des
patients et l'amélioration de la qualité
Université de Toronto; Hôpital général de
North York

Gordon Wallace, M.D., FRCPC

Isabelle Wallace, Inf., B.Sc.N., MScN Consultante
indépendante; membre
Première nation des Malécites du Madawaska

Alice Watt, R.PH, B.Sc. (Pharm)
Spécialiste sénior en médicaments
Institut pour l'utilisation sécuritaire
des médicaments du Canada

Norbert Werner, M.Ed, ACP
Corps professoral/instructeur Programme paramédical
de soins avancés de l'Institut de technologie du nord
de l'Alberta (NAIT)
Institut de technologie du nord de l'Alberta

Références

Domaine 1 : La culture de sécurité des patients

- BISHOP, A., M. FLEMING, et R. FLIN. *Patient safety culture*. Publié sous la direction de S. Clarke, T. Probst, F. Guldenmund, et J. Passmore dans *The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Occupational Safety and Workplace Health*. West Sussex, Royaume-Uni, John Wiley & Sons, 2016, 459-484.
- CLARIDGE, T. et J. SANDERS. *Patient safety culture*. Publié sous la direction de J. Sanders, G. Cook, dans *ABC of patient safety*. Oxford, Royaume-Uni, Blackwell Publishing, 2007, 20-23.
- KAUFMAN, G. et D. MCCAUGHAN. *The effect of organisational culture on patient safety*. *Nurs Stand*. 2013, 27[43], 50-56. DOI : 10.7748/ns2013.06.27.43.50.e7280.
- PIZZI, LT., NI. GOLDFARB et DB. NASH. *Promoting a culture of safety*. Publié sous la direction de KJ. Shojania, BW. Duncan et KM. McDonald, *Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices*. Evidence Report/Technology Assessment No. 43. AHRQ Publication No. 01-E058, Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2001, 447-457.
- REASON, J. *Managing the risks of organizational accidents*. Hampshire, Royaume-Uni, Ashgate Publishing, 1997.
- REASON, J. *Achieving a safety culture: Theory and practice*. *Work & Stress*, 1998, 12[3], 293-306. DOI : 10.1080/02678379808256868.
- VINCENT, C. *Patient safety*. Édimbourg, Écosse, Elsevier Churchill Livingstone, 2006.
- WEICK, KE. et K.M. SUTCLIFFE. *Managing the unexpected: Assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2001.

Domaine 2 : Le travail d'équipe

- ALMABERTI, R., Y. AUROY, D. BERWICK et P. BARACH. *Five system barriers to achieving ultrasafe health care*. *Ann Intern Med*. 2005, 142[9], 756-765. DOI : 10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00012.
- ANDERSON, PO., MK. JENSEN, LIPPERT A. et D. OSTERGAARD. *Identifying non-technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams*. *Resuscitation*. 2010, 81[6]695-702.
- BATALDEN, M., P. BATALDEN, P. MARGOLIS, et al. *Coproduction of healthcare service*. *BMJ Qual Saf*, 2016, 25[7], 509-517. DOI :10.1136/bmjqs-2015-004315.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. *National Interprofessional Competency Framework*. Vancouver, BC. Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010. <http://www.cihc-cpis.com/publications1.html>. Published February 2010. Accessed November 2018.

- Institut canadien pour la sécurité des patients. TeamSTEPPS Canada™.
Institut canadien pour la sécurité des patients. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/education/teamstepps/pages/default.aspx>. 2017.
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education. *Interprofessional education: the definition*. 2002. <http://caipe.org.uk/resources/definingipe/>.
- CROSSON, FJ., J. LEU, BM. BROEMER et MN. ROSS. *Gaps In Residency Training Should be Addressed to Better Prepare Doctors for a Twenty-First-Century Delivery System*. Health Aff. 2011, 30(11), 2142-2148. DOI : 10.1377/hlthaff.2011.0184.
- CURRAN, V., L. CASIMIRO, V. BANFIELD et al. *Interprofessional Collaborator Assessment Rubric*. Ottawa, ON. Academic Health Council Champlain Region. <https://www.med.mun.ca/getdoc/b78eb859-6c13-4f2f-9712-f50f1c67c863/ICAR.aspx>. Consulté en novembre 2018.
- GANDHI, TK., GS. KAPLAN, L. LEAPE et al. *Transforming concepts in patient safety: a progress report*. BMJ Qual Saf. 2018, 27(12), 1019-1026. DOI : 10.1136/bmjqs-2017-007756.
- GILLESPIE, BM., K. GWINNER, W. CHABOYER et N. FAIRWEATHER. *Team communications in surgery – creating a culture of safety*. J Interprof Care. 2013, 27(5), 387-393. DOI : 10.3109/13561820.2013.784243.
- HOLZMUELLER, CG., AW. WU et PJ. PRONOVOST. *A Framework for Encouraging Patient Engagement in Medical Decision Making*. J. Patient Saf. 2012, 8(4), 161-164. DOI : 10.1097/PTS.0b013e318267c56e.
- JONES, KJ., AM. SKINNER et R. REITER-PALMON. *A theory-driven, longitudinal evaluation of the impact of team training on safety culture in 24 hospitals*. BMJ Qual Saf. 2013, 22(5), 394-404. DOI : 10.1136/bmjqs-2012-000939.
- KARAZIVAN, P., V. DUMEZ, L. FLORA, et al. *The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition*. Acad Med. 2015, 90(4), 437-441. DOI : 10.1097/ACM.0000000000000603.
- LESLIE, M., E. PARADIS, MA. GROPPER, S. KITTO, S. REEVES et PJ. PRONOVOST. *An Ethnographic Study of Health Information Technology Use in Three Intensive Care Units*. Health Serv Res. 2017, 52(4), 1330-1348. DOI : 10.1111/1475-6773.12466.
- LIBERATI, EG., M. GORLI et G. SCARATTI. *Invisible walls within multidisciplinary teams: Disciplinary boundaries and their effects on integrated care*. Soc Sci Med. 2016, 150(1), 31-39. DOI : 10.1016/j.socscimed.2015.12.002.
- LINGARD, L. *Paradoxical Truths and Persistent Myths: Reframing the Team Competence Conversation*. J Contin Educ Health Prof. 2016, 36(1), S19-21. DOI : 10.1097/CEH.0000000000000078.
- Organisation mondiale de la santé. *Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne*. Genève, CH, Organisation mondiale de la santé, 2016. Soixante-neuvième assemblée mondiale de la santé A69/39, Point 16.1 de l'ordre du jour provisoire. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf?ua=1&ua=1.
- PARADIS, E. et CR. WHITEHEAD. *Beyond the lamppost: A proposal for a fourth wave of education for collaboration*. Acad Med. 2018, 93(10), 1457-1463. DOI : 10.1097/ACM.0000000000002233.
- SALAS, E. et K. FRUSH. *Improving patient safety through teamwork and team training*. Oxford, Royaume-Uni, Oxford University Press, 2013.

Domaine 3 : La communication

- Agency for Healthcare Research and Quality. *Communicating to Improve Quality Implementation Handbook*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. *Strategy 2, Guide to Patient and Family Engagement*. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy2/Strat2_Implement_Hndbook_508.pdf.
- ALILYANI, B., CA. WONG et G. CUMMINGS. *Antecedents, mediators, and outcomes of authentic leadership in healthcare: A systematic review*. *Int J Nurs Stud*. 2018, 83, 34-64. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2018.04.001.
- BIGI, S. *Communication Skills for Patient Engagement: Argumentation Competencies As Means to Prevent or Limit Reactance Arousal, with an Example from the Italian Healthcare System*. *Front Psychol*. 2016, 7, 1472. DOI : 10.3389/fpsyg.2016.01472.
- BROCK, D., E. ABU-RISH, CR. CHIU, et al. *Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety*. *BMJ Qual Saf*. 2013, 22(5), 414-23. DOI : 10.1136/bmjqs-2012-000952.
- Cultural Safety. Northern Health Indigenous Health. <https://www.indigenoushealthnh.ca/initiatives/cultural-safety#cultural-safety>. Consulté le 25 septembre 2018.
- Équipe d'action pour l'engagement des patients. *Le Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité*. Edmonton, AB, Institut canadien pour la sécurité des patients, 2018. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/patient-engagement-in-patient-safety-guide/pages/default.aspx>. Mis à jour en février 2018. Consulté le 25 septembre 2018.
- FREIRE, P. *Education: The Practice of Freedom*. Londres, Royaume-Unis, Writers and Readers Publishing Cooperative, 1976.
- HALVORSON, GC. Et WD. NOVELLI. *Evidence Communication Innovation Collaborative. Effective communication about effective care*. Washington, DC, Institute of Medicine of the National Academies, 2011. <http://www.nationalacademies.org/hmd/~/-/media/Files/Activity%20Files/Quality/VSR/VSRT/Core%20Documents/Evidence%20Communication%20Innovation%20Collaborative.pdf>.
- Institute of Medicine of the National Academies. *Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care*. Washington, DC, Institute of Medicine of the National Academies, 2011. <http://nationalacademies.org/HMD/Reports/2011/Health-IT-and-Patient-Safety-Building-Safer-Systems-for-Better-Care.aspx>.
- Institute for Safe Medication Practices Canada. *Eliminate Use of Dangerous Abbreviations, Symbols, and Dose Designations*. North York, ON, ISMP Canada, 2006. *Safety Bulletin*, volume 6, no 4. <http://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2006-04Abbr.pdf>.
- Institute for Safe Medication Practices Canada. *Reaffirming the "Do Not Use: Dangerous Abbreviations, Symbols and Dose Designations" List*. North York, ON, ISMP Canada, 2018. *Safety Bulletin*, volume 18, no 4. <https://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/2018/ISMPCSB2018-05-DoNotUseList.pdf>.
- Introduction to the Communication and Cultural Competence Program. *A self-education program to learn about communication and cultural competencies required in Canada*. Medical Council of Canada. <https://physiciansapply.ca/orientation/about-the-communication-and-cultural-competence-program/>. Publié en 2018.
- KOHN, LT., JM. CORRIGAN et MS. DONALDSON, éd. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC, National Academy Press, 2000. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>.



LESSARD S., C. BAREIL, L. LALONDE et al. *External facilitators and interprofessional facilitation teams: a qualitative study of their roles in supporting practice change*. Implementation Sci. 2016, 11, 97. DOI : 10.1186/s13012-016-0458-7.

Soins plus sécuritaires maintenant! *Le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée : Trousse en avant!*. Edmonton, AB, Patients pour la sécurité des patients du Canada, 2017. Version 3.0. https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/Medrec_AC_French_GSK_V3.pdf.

L'Association canadienne de protection médicale [ACPM]. *Guide des bonnes pratiques. Qu'est-ce qu'un préjudice? Terminologie des incidents liés à la sécurité des patients*. https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/patient_safety/Understanding_harm/patient_safety_incident_terminology-f.html.

L'Association canadienne de protection médicale. *Guide des bonnes pratiques. Consentement éclairé*. https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Informed_Consent/informed_consent-f.html.

L'Association canadienne de protection médicale. *Guide des bonnes pratiques. Des soins sécuritaires — la réduction des risques médico-légaux*. [La section sur le *Consentement éclairé* dans le module *Communication*]. https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/patient_safety/patient_safety-f.html.

The Joint Commission. *The essential role of leadership in developing a safety culture*. Sentinel Event Alert. 2017, 57, 1-8. https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_57_Safety_Culture_Leadership_0317.pdf Publié le 1er mars 2017.

WRIGHT, D. *Abbreviations put patients at risk*. Calgary, AB, Health Quality Council of Alberta (HQCA); 2016. <http://hqca.ca/health-care-provider-resources/relaterespond/abbreviations-initiative/>.

Domaine 4 : La sécurité, les risques et l'amélioration de la qualité

AMALBERTI, R., C. VINCENT, Y. AUROY et G. DE SAINT MAURICE. *Violations and migrations in health care: A framework for understanding and management*. Qual Saf Health Care. 2006, 15 [Suppl. 1], 66-71. DOI : 10.1136/qshc.2005.01592.

BACKMAN, C., PC. HEBERT, A. JENNINGS et al. *Implementation of a multimodal patient safety improvement program 'SafetyLEAP' in intensive care units of three large hospitals: A Cross-Case Study Analysis*. Int J Health Care Qual Assur. 2018, 31(2), 140-149. DOI : 10.1108/IJHCQA-04-2017-0067.

CONNOR, M., PR. PONTE et J. CONWAY. *Multidisciplinary approaches to reducing error and risk in a patient care setting*. Crit Care Nurs Clin North Am. 2002, 14(4), 359-67. DOI : 10.1016/S0899-5885(02)00017-5.

DEKKER, S. *Second victim: Error, guilt, trauma and resilience*. Boca Raton, FL, CRC Press, 2013.

DEKKER, SW., P. CILLIERS et JH. HOFMEYR. *The complexity of failure: Implications of complexity theory for safety investigations*. Saf Sci. 2011, 49(6), 939-945. DOI : 10.1016/j.ssci.2011.01.008.

KINSELLA, EA. et A. PITMAN, éd. *Phronesis as professional knowledge: Practical wisdom in the professions*. Rotterdam, NL, Sense Publishers, 2012.

Lucian Leape Institute. *Through the eyes of the workforce: Creating joy and meaning in work and workforce safety*. Boston, MA, National Patient Safety Foundation, 2013.

- MACRAE, C. *Early warning, weak signals and learning from healthcare disasters*. *BMJ Qual Saf.* 2014, 23(6), 440-445. DOI : 10.1136/bmjqs-2013-002685.
- PEDERSEN, KZ. *Standardisation or resilience? The paradox of stability and change in patient safety*. *Sociol Health Illn.* 2016, 38(7), 1180-1193. DOI : 10.1111/1467-9566.12449.
- RUIZ-MILLO, O., M. CLIMENTE-MARTI, AM. GALBIS-BERNACER et JS. NAVARRO-SANZ. *Clinical impact of an interdisciplinary patient safety program for managing drug-related problems in a long-term care hospital*. *Int J Clin Pharm.* 2017, 39(6), 1201-1210. DOI : 10.1007/s1196-017-0548-x.
- SEARS, K., L. O'BRIEN-PALLAS, B. STEVENS et GT. MURPHY. *The relationship between nursing experience and the occurrence of reported pediatric medication administration errors*. *J Pediatr Nurs.* 2016, 31(4), 283-290. DOI : 10.1016/j.pedn.2016.01.003.
- SENGE, PM. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York, NY, Doubleday, 1990.
- VINCENT, C. et R. AMALBERTI. *Safer Healthcare: Strategies for a Real World*. Oxford, Royaume-Uni, Springer Open, 2017.
- WONG, BM. et S. GINSBURG. *Speaking up against unsafe and unprofessional behaviours: the difficulty is knowing when and how*. *BMJ Qual Saf.* 2017, 26(11), 859-862. DOI : 10.1136/bmjqs-2017-006792.

Domaine 5 : Optimiser les facteurs humains et systémiques

- CARAYON, P., A. SCHOOF HUNDT, B-T. KARSH, et al. *Work system design for patient safety: The SEIPS model*. *Qual Saf Health Care.* 2006, 15(suppl. 1), i50. DOI : 10.1136/qshc.2005.015842.
- CROSKERRY, P. *The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them*. *Acad Med.* 2003, 78(8), 775-80.
- CROSKERRY, PG. *The cognitive imperative: thinking about how we think*. *Acad Emerg Med.* 2007, 7(11), 1223-31. DOI : 10.1111/j.1553-2712.2000.tb00467.x.
- CROSKERRY, P., KC. COSBY, ML. GRABER ML et H. SINGH. *Diagnosis: interpreting the shadows*. Boca Raton, FL, CRC Press, 2017.
- Équipe d'action pour l'engagement des patients. *Le Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité*. Edmonton, AB, Patients pour la sécurité des patients du Canada, 2017. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/patient-engagement-in-patient-safety-guide/pages/default.aspx>. Mis à jour en février 2018.
- HOLDEN, RJ., P. CARAYON, AP. GURSES, P. HOONAKKER, AS. HUNDT, AA. OZOK et AJ. RIVERA-RODRIGUEZ. *SEIPS 2.0: a human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients*. *Ergonomics.* 2013, 56(11), 1669-1686. DOI : 10.1080/00140139.2013.838643.
- NORMAN, DA. *The design of everyday things*. New York, NY, Basic Books, 1998.
- STUART, H., SP. CHEN, R. CHRISTIE et al. *Opening minds in Canada: targeting change*. *Can J Psychiatry.* 2014, 59 (10 Suppl. 1), 13-18. DOI : 10.1177/070674371405901s05.
- VICENTE, K. *The human factor: revolutionizing the way people live with technology*. Toronto, ON, Knopf Canada, 2003.



Domaine 6 : Reconnaître les incidents liés à la sécurité des patients, y réagir et les divulguer

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM). *Divulgence d'un préjudice résultant de la prestation des soins : Pour une communication ouverte et honnête avec les patients*. Ottawa, ON, ACPM, 2017. Troisième édition. https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/advice-and-publications/handbooks/com_15_disclosure_handbook-f.pdf. Publié en mars 2017.

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM). *Guide des bonnes pratiques. Des soins sécuritaires — la réduction des risques médico-légaux*. <https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/index/index-f.html>. Publié en 2014.

DAHAN, S., D. DUCARD et L. CAEYMAEX. *Apology in cases of medical error disclosure: Thoughts based on a preliminary study*. *PLoS ONE*. 2017, 12(7), e0181854. DOI : 10.1371/journal.pone.0181854.

Groupe de travail sur la divulgation. *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation : Parler ouvertement aux patients et aux proches*. Edmonton, AB, Institut canadien pour la sécurité des patients, 2011. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/disclosure/Documents/CPSI%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines%20FR.pdf>.

GALLAGHER, TH., AD. WATERMAN, AG. EBERS, VJ. FRASER et W. LEVINSON. *Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors*. *JAMA*. 2003, 289(8), 1001–1007.

Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC). *Disclosure of Incidents, Risk Note*. HIROC. <https://www.hiroc.com/getmedia/05a09efd-49a9-4cd4-800c-15c1b1243d3b/Risk-Note-Disclosure-of-Incidents.pdf.aspx?ext=.pdf>. Dernière mise à jour : novembre 2017.

Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). *Communication après un préjudice lié aux soins de santé*. Edmonton, AB, ICSP, 2010. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsResources/InformingMediaAdverseEvent/Pages/default.aspx>.

LEAPE, LL. *Apology for Errors: Whose Responsibility?* *Front Health Serv Manage*. 2012, 28(3), 3-12.

LIPIRA, E. et TH. GALLAGHER. *Disclosure of Adverse Events and Errors in Surgical Care: Challenges and Strategies for Improvement*. *World J Surg*. 2014, 38(7), 1614-1621. DOI : 10.1007/s00268-014-2564-5.

Manitoba Institute for Patient Safety. [2010]. *A guide to critical incident and disclosure: A Resource for patients*. Winnipeg, MB, Manitoba Institute for Patient Safety, 2010. https://mips.ca/assets/guide_to_ci_and_disclosure-update-2016.pdf. Dernière mise à jour : mars 2018.

Manitoba Institute for Patient Safety. *The Facts about Critical Incidents and their Disclosure*. Winnipeg, MB, Manitoba Institute for Patient Safety, 2010. https://mips.ca/assets/facts_about_critical_incidents-2-16.pdf. Dernière mise à jour : 1er mars 2018.

WU, AW. *Medical Error: The Second Victim. The Doctor Who Makes the Mistake Needs Help Too*. *BMJ*. 2000, 320(7237), 726-727. DOI : 10.1136/bmj.320.7237.726.

Services de soins de santé de l'Alberta (AHS)

Des vidéos pour encourager les conversations sur la divulgation initiale sont disponibles sur la chaîne YouTube de l'AHS. Pour accéder à ces vidéos, recherchez « AHS Channel » sur YouTube, puis entrez « disclosure » dans la fonction de recherche du canal de AHS.

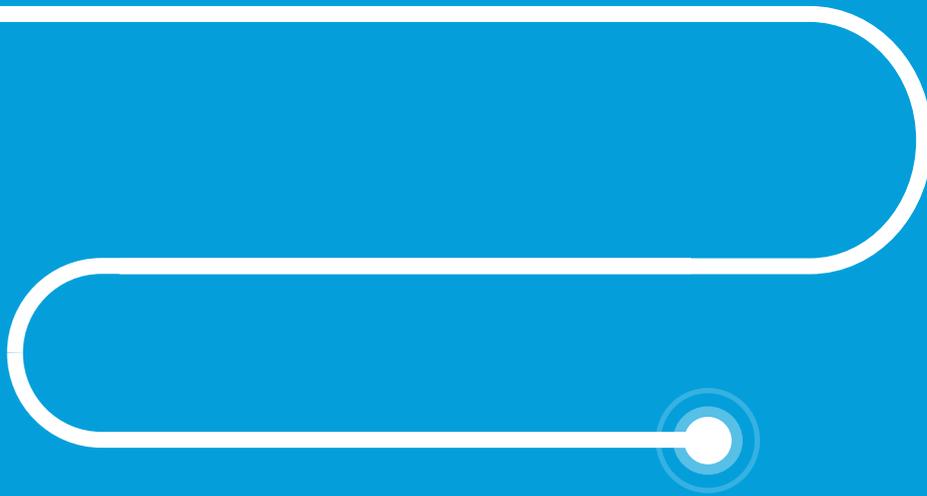
Tableau de correspondance des termes utilisés au Canada et au Québec

English terminology	Initial French translation	Québec terminology
Accreditation Canada	Accréditation Canada	Agrément Canada
Institute for Safe Medication Practices Canada	Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada	Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada
Jumbo jets	Gros porteurs	Avions gros porteurs
Volunteers	Volontaires	Bénévoles
Survey	Étude	Sondage
Accredited	Accrédités	Agréés
Challenge, to	Inviter	Mettre au défi
Health leaders	Responsables	Leaders en matière de santé
Providing safe care	Fourniture de soins sécuritaires	Prestation de soins sécuritaires
Acting in a timely manner	Interventions rapides	Actions en temps opportun
Framework	Cadre	Cadre de travail
Cultural relevance	Facteurs culturels nécessaires	Pertinence culturelle
Opportunities	Possibilités	Opportunités
Continuous improvement	Amélioration constante	Amélioration continue
Incentives	Incitations	Incitatifs
Teamwork	Travail en équipe	Travail d'équipe
Contingency teams	Équipes de secours	Équipes de contingence
Sufficient	Convenables	Suffisantes
Leading	Conduisant	Menant
Ward clerks	Commis de salle	Commis hospitalier
Identify gaps that need to be addressed	Déterminer les écarts à combler	Identifier les écarts qui ont besoin d'être abordés
As appropriate	Le cas échéant	Lorsque c'est approprié
Health outcomes	Résultats pour la santé	Résultats de santé
Feedback	Retours d'information	Rétroaction
Demonstrate	Faire preuve	Démontrer
To address	Not written	Aborder
Alternative ideas	Solutions de rechange	Idées nouvelles
Identify	Déterminer	Identifier
Health literacy	Connaissances sur la santé	Autodidaxie en matière de santé
Evidence-based practices	Pratiques fondées sur des preuves	Pratiques fondées sur des données probantes

Operative reports	Rapports opérationnels	Protocoles opératoires
Community care	Milieu communautaire	Soins dans la communauté
Checklists	Listes de contrôle	Listes de vérification
e-health records	Dossiers de santé électroniques	Dossiers patients électroniques
Decision support tools	Outils d'aide à la prise de décision	Outils d'aide à la décision
Order sets	Modèles d'ordonnances	Ensembles d'ordonnances
Situational awareness	Connaissance de la situation	Conscience situationnelle
Collect and monitor performance data	Collectent et contrôlent les données relatives à la performance	Colligent et surveillent les données liées à la performance
Learning organizations	Organisations de formation	Organisations apprenantes
Safe environment programs	Programmes portant sur la sécurité de l'environnement	Programmes de santé et de sécurité au travail
Mismatch	Écarts	Discordances
Report	Signaler	Déclarer
Learn from local successes	Tirer des enseignements des succès	Apprendre des réussites locales
Appropriateness	Pertinence	Justesse
Balancing measures	Équilibrer les mesures	Indicateurs d'équilibrage
Healthcare leadership	Responsables des soins de santé	Dirigeants des soins de santé
Safety hazards	Risques en matière de sécurité	Risques d'accident
Patient ombudsman processes and structures	Processus et structures de médiation des patients	Processus et structures de protection des patients
Work-life balance	Équilibre entre vie professionnelle et vie privée	Conciliation travail-vie personnelle
Remedial training	Rééducation personnelle	Formation de rattrapage
Forcing functions	Contrainte de certaines fonctions	Fonctions de contrainte
Workflow analysis	Analyse des étapes de travail	Analyse du flux de travail
Recurrences	Récidives	Récurrences
Regulatory licensing authorities	Autorités réglementaires	Ordres professionnels
Near misses	Accidents évités de justesse	Échappée belle
Clinical testing	Essais cliniques	Tests cliniques
Post-analysis disclosure	Divulgence après l'analyse	Divulgence subséquente
Spreadsheet	Tableur	Feuille de calcul
Guidelines	Directives	Lignes directrices
Debriefing	Compte rendu	Débriefage
Reporting	Divulgence	Déclaration
Advocacy	Sensibilisation	Plaidoyer
Evidence-based practice	Pratique factuelle	Pratique fondée sur des données probantes
Personal support worker (PSW)	Travailleur social	Préposé aux bénéficiaires (PAB)

TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES TERMES UTILISÉS AU CANADA ET AU QUÉBEC

Sit-stand lift	Élévateur debout-assis	Lève-personne
Post analysis stage of disclosure	Étape d'analyse postérieure de la divulgation	Étape subséquente de la divulgation
Map Mapping	Mappage Mise en correspondance	Cartographie
Supporting document	Document d'appui	Pièce justificative
Advocate	Préconiser	Militer
Meaningful	Tangible	Signifiant
Seamless	Harmonieuse	Continue
Healthcare aides	Auxiliaires de santé	Préposés aux bénéficiaires
Ward clerks	Commis de la salle commune	Commis d'étage
High alert drugs	Médicaments à haut risque	Médicaments de niveau d'alerte élevé
Storage equipment	Équipement de stockage	Équipement d'entreposage
Cold chain management	Gestion de la chaîne du froid	Gestion de la chaîne de froid
Patient safety incidents	Événements indésirables liés à la sécurité des patients	Incidents liés à la sécurité des patients
Knowledge translation	Traduction des connaissances	Application des connaissances
Stop the line	Programme « stop the line »	Temps d'arrêt
Multi-team system	Système composé de plusieurs équipes	Système multi-équipes
Biohazards	Risques biologiques	Biorisques
Associate professor	Professeur associé	Professeur agrégé
Assistant professor	Professeur adjoint	Professeur adjoint
Professor emeritus	Professeur émérite	Professeur honoraire
Early disclosure	Divulgation précoce	Divulgation initiale



L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé



Suite 1400, 10025 – 102A Avenue NW
Edmonton, AB Canada
T5J 2Z2

Sans frais : 1.866.421.6933

Télécopieur : 780.409.8098

securitedespatients.ca

