

Repenser la sécurité des patients

Les nuages de sécurité et le cadre de mesure et de surveillance de la sécurité : activité d'autoréflexion et de discussion pour les leaders.

GUIDE DE TRAVAIL

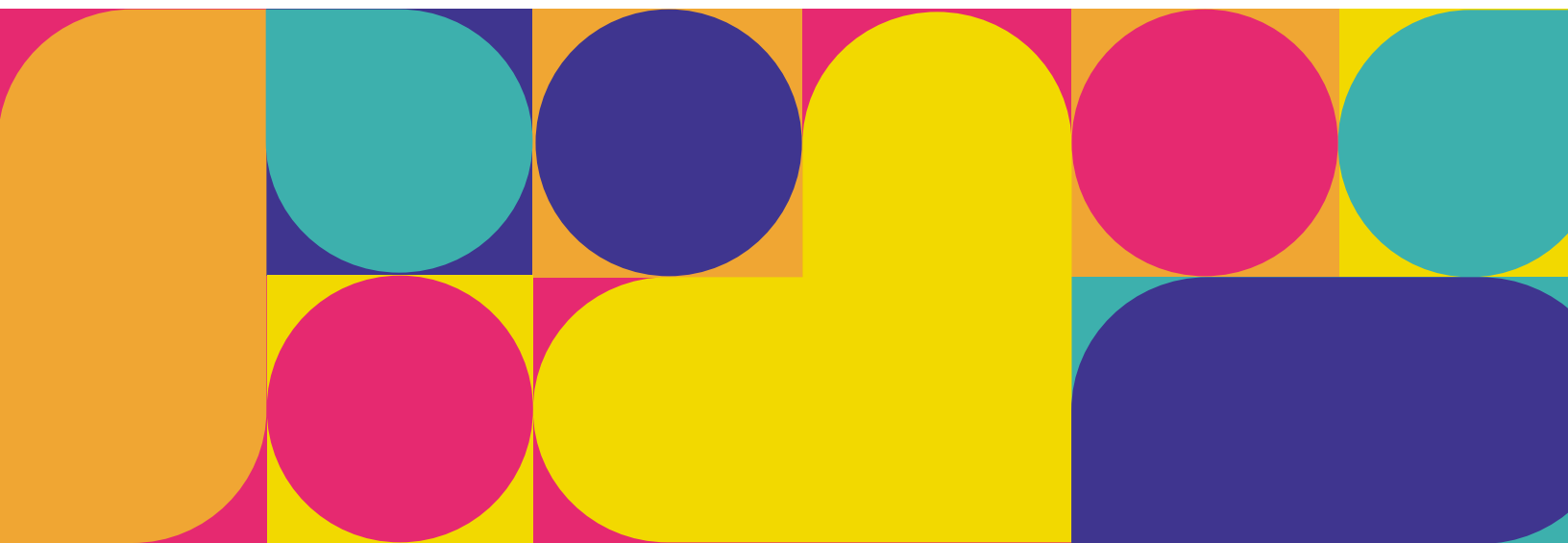


Table des matières

Une approche holistique pour des soins plus sûrs et plus inclusifs.....	3
Pleins feux sur notre approche	4
La vision d'ESC en matière de sécurité des patients	4
Le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité.....	5
Comprendre l'activité sur les nuages de sécurité	7
Que sont les nuages et les thèmes de sécurité?.....	7
Pourquoi participer à une activité d'autoréflexion et de discussion pour les leaders?	7
Tirer le meilleur parti des discussions sur la sécurité	8
Choisir sa voie.....	8
Mesure et surveillance de la sécurité : les nuages et les thèmes de sécurité	10
Préjudices passés.....	11
Thèmes du nuage de sécurité Préjudices passés	12
Thème 1 : Mesurer et surveiller les iniquités et les préjudices passés en matière de soins de santé.....	13
Thème 2 : Recommandations fortes « axées sur le système » ou recommandations faibles « axées sur la personne »	15
Fiabilité.....	20
Thèmes du nuage de sécurité Fiabilité.....	21
Thème 1 : Normalisation des systèmes et des processus cliniques peu fiables.....	22
Thème 2 : Comprendre les limites des audits des systèmes et des processus cliniques	23
Sensibilité au déroulement des activités.....	25
Thèmes du nuage de sécurité Sensibilité au déroulement des activités.....	26
Thème 1 : Capacité à se concentrer sur le « travail accompli »	27
Thème 2 : Créer un sentiment de sécurité psychologique.....	28
Anticipation et préparation	30
Thèmes du nuage de sécurité Anticipation et état de préparation.....	31
Thème 1 : Voir différemment d'autres ensembles de données	32
Thème 2 : Analyse prospective visant à cerner proactivement les problèmes de sécurité émergents et futurs	33
Intégration et apprentissage	35
Thèmes du nuage de sécurité Intégration et apprentissage.....	36
Thème 1 : Savoir comment susciter des commentaires et favoriser l'apprentissage.....	37
Thème 2 : Prévenir le brouillard de l'intégration.....	38
Votre parcours vers la sécurité continue	41
Ressources supplémentaires	41



Une approche holistique pour des soins plus sûrs et plus inclusifs

Que vous prodigiez ou receviez des soins, vous contribuez à la sécurité des patients. Depuis plus de 20 ans, le Canada considère la sécurité des patients comme un levier fondamental de l'excellence en santé. Notre priorité a longtemps été de prévenir et de mesurer les préjudices physiques et de réagir. Pourtant, comme nous l'avons constaté au cours des vingt dernières années, la notion de sécurité va bien plus loin que la seule absence de préjudice.

[Excellence en santé Canada](#) (ESC) occupe un rôle de premier plan pour ce qui est de faire évoluer la façon dont la sécurité des patients est définie, comprise et traduite en actions. Dans le cadre de notre initiative [Repenser la sécurité des patients](#), nous soutenons une vision nouvelle et transformatrice, qui appelle à ne plus définir la sécurité comme l'absence de préjudice, mais à adopter une approche holistique, propice à des soins sûrs et inclusifs. Cette vision est directement inspirée du [Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité](#) (CMSS), sur lequel repose notre nouvelle approche.

Notre activité d'autoréflexion et de discussion, **Les nuages de sécurité et le cadre de mesure et de surveillance de la sécurité**, a été spécifiquement conçue pour les membres de la haute direction et du conseil d'administration. Cette activité, que vient compléter le présent guide de travail, vise à vous aider à tirer les enseignements essentiels et à mener des discussions. Vous aurez ainsi toutes les clés en main pour opérer des changements concrets et approfondir la compréhension de la sécurité des patients au sein de votre organisme.

En participant à cette activité et en remplissant ce guide de travail, vous pourrez :

- **favoriser l'apprentissage et le dialogue continu** pour repenser la sécurité des patients;
- **consigner vos idées et réflexions principales**, mais aussi des engagements concrets pour vous-même et votre équipe de direction;
- **étayer vos processus d'agrément** ou les discussions avec les organismes de réglementation en démontrant votre détermination à rendre les soins plus sûrs;
- **poursuivre votre perfectionnement professionnel** en repensant la sécurité et en conduisant le changement au sein de votre organisme.

Alors que vous entamez ce cheminement, ESC vous remercie de votre engagement à rendre les soins et services de santé plus sûrs et plus inclusifs pour tout le monde.

Pleins feux sur notre approche

La vision d'ESC en matière de sécurité des patients

Le guide de discussion *Repenser la sécurité des patients* a été publié en 2023 par ESC, après 20 ans d'efforts pour améliorer la sécurité des patients qui n'ont pas porté les fruits attendus. ESC encourage toute personne à repenser sa façon de définir et d'aborder son travail pour améliorer la sécurité des patients.

Notre approche repose sur un énoncé fondamental :
« Nous avons toutes et tous un rôle à jouer dans la sécurité des patients. Ensemble, nous devons tirer des enseignements et agir pour rendre les soins plus sûrs et diminuer toutes les formes de préjudices liés aux services de santé. » Le guide propose par ailleurs des pistes de réflexion et de discussion.

Pour en savoir plus sur l'approche *Repenser la sécurité des patients* et les efforts d'ESC pour mener ce changement transformateur, consultez notre page Web : [Repenser la sécurité des patients](#).



Nous avons toutes et tous un rôle à jouer dans la sécurité des patients.

Ensemble, nous devons tirer des enseignements et agir pour rendre les soins plus sûrs et diminuer toutes les formes de préjudice liées aux services de santé.



Le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité

Le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité (figure 1) est un modèle conceptuel qui guide les organismes de santé dans leurs démarches pour améliorer la sécurité. Si la notion de sécurité est largement abordée dans la littérature, il n'y a que peu de consensus, notamment dans le secteur de la santé, sur ses dimensions principales ou sur les indicateurs qui devraient être mesurés et surveillés.

Le cadre pallie précisément cette lacune en intégrant cinq dimensions fondamentales de la sécurité et en illustrant la mise en œuvre de ces concepts dans divers secteurs de la santé. Conçu pour être accessible et utile à tous les organismes de santé, il présente de façon synthétique des données théoriques, bibliographiques et pratiques issues de divers secteurs d'activité, dont la santé.

Le cadre se compose des cinq dimensions suivantes :



Préjudices passés



Fiabilité



Sensibilité au déroulement des activités



Anticipation et état de préparation



Intégration et apprentissage

Il met en lumière les avantages majeurs associés à une meilleure compréhension de la sécurité, repris pour la plupart dans le guide de discussion *Repenser la sécurité des patients*. Plus précisément, le cadre :

- crée une vision plus holistique de la sécurité;
- nous incite à donner une orientation nouvelle à la sécurité, au-delà des seuls préjudices passés;
- crée une compréhension commune et cohérente de la sécurité;
- modifie notre perception de la sécurité;
- nous encourage à passer de la gestion du risque à la gestion de la sécurité;
- marque la transition d'une approche axée sur l'assurance et la responsabilisation à une culture du questionnement;
- nous incite individuellement à contribuer de manière proactive à la sécurité;
- favorise un sentiment de responsabilité collective à l'égard de la sécurité;
- souligne la corrélation entre la sécurité du personnel et la sécurité des patients;
- valorise l'intelligence émotionnelle (par exemple, l'écoute, l'observation et la perception);
- met en lumière les contributions essentielles des patientes, patients et personnes proches aidantes dans la création d'un environnement sécuritaire.

Pour obtenir plus d'informations sur le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité, veuillez consulter la page Web de [The Health Foundation](https://www.thehealthfoundation.ca/).

Figure 1 : Le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité



Comprendre l'activité sur les nuages de sécurité

Les membres de la haute direction et du conseil d'administration sont les piliers de l'approche [Repenser la sécurité des patients](#). Cette activité encourage les responsables de tous les secteurs des soins de santé à mener une autoréflexion et un dialogue sur les cinq domaines du [Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité](#), sur lequel repose cette approche. Si des progrès ont été réalisés pour ce qui est de signaler les préjudices et d'en tirer des enseignements, il est maintenant temps de tirer parti d'autres sources d'informations relatives à la sécurité.

Que sont les nuages et les thèmes de sécurité?

L'exercice consiste à explorer les cinq domaines du Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité (préjudices passés, fiabilité, sensibilité au déroulement des activités, anticipation et état de préparation, et intégration et apprentissage) à l'aide de nuages de sécurité. Chaque nuage de sécurité est associé à deux thèmes, qui invitent les leaders à mener une autoréflexion puis à participer à une discussion réflexive (figure 2).

Ces thèmes abordent des défis souvent rencontrés par les organismes de santé qui adoptent l'approche *Repenser la sécurité des patients* et affinent leurs méthodes de mesure et de surveillance de la sécurité. Vous trouverez des explications détaillées sur ces différents thèmes à la page 10 du présent guide de travail.

Figure 2 : Nuages de mesure et de surveillance de la sécurité et thèmes de sécurité



Pourquoi participer à une activité d'autoréflexion et de discussion pour les leaders?

Comme le souligne l'approche *Repenser la sécurité des patients*, nous avons toutes et tous un rôle à jouer dans la sécurité des patients. En tant que membres de la haute direction et du conseil d'administration, il est important que vous compreniez comment favoriser des environnements sécuritaires, que ce soit en appuyant les efforts d'amélioration au-delà de la prévention et de la gestion des préjudices, en intégrant des données plus larges sur la sécurité, ou encore en veillant à ce que tout le monde ait la chance de contribuer à rendre les soins plus sûrs.

Une première étape importante, pour atteindre cet objectif, est d'entamer une autoréflexion sur le rôle de leader et sur les questions que l'on peut se poser à soi et aux autres. Bien que nous ayons beaucoup appris sur la sécurité au cours des 20 dernières années, nous n'avons pas progressé autant que nous l'espérions. Il est temps de repenser la sécurité des patients et d'amener des changements concrets afin de favoriser des soins plus sûrs pour tout le monde.

Cette activité peut également être organisée dans le cadre de votre développement professionnel continu. Vous pouvez utiliser le guide de travail dans le cadre d'agréments et d'entretiens avec les organismes de réglementation afin de démontrer votre cheminement en tant que leader.

Tirer le meilleur parti des discussions sur la sécurité

La perfection n'est pas attendue; vos discussions sur la sécurité visent précisément à relever les lacunes existantes. Ce qui compte, c'est que vous, en tant que leader, preniez le temps de réfléchir individuellement à votre approche de gestion de la sécurité, et engagiez une discussion avec d'autres leaders pour recueillir des perspectives diversifiées sur les défis présentés dans les nuages de sécurité.

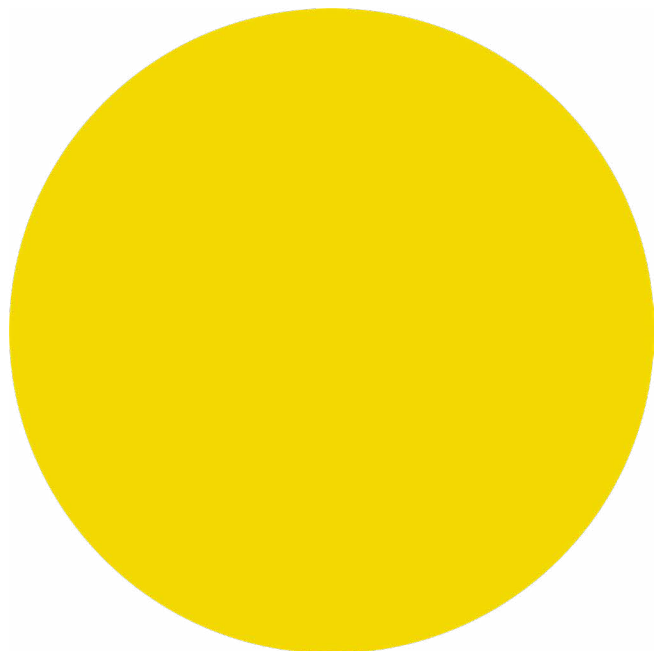
Il est important d'avoir une conversation honnête, ouverte et inclusive sur les défis liés à chaque thème de sécurité et à la question associée.

N'essayez PAS de couvrir les dix thèmes au cours d'une même séance. Privilégiez plutôt une série de discussions approfondies et constructives, réparties dans le temps, afin d'aborder chaque thème de manière exhaustive. Vous pouvez envisager de vous pencher sur un thème de sécurité à chaque réunion de votre équipe de direction. Nous vous conseillons également de prévoir de **20 à 30 minutes** pour chaque thème de sécurité.

Choisir sa voie

Nous avons présenté cinq nuages de sécurité (chacun associé à deux thèmes spécifiques) en lien avec l'approche *Repenser la sécurité des patients* et le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité. Certains thèmes vous interpellent peut-être plus que d'autres, et votre organisme pourrait être confronté à des défis plus importants (des nuages plus denses) dans un ou deux domaines.

À l'aide du tableau ci-dessous, déterminez à quelle dimension de la sécurité des patients vos défis de leadership actuels se rapportent le plus. Penchez-vous sur les questions figurant dans la colonne de gauche, puis passez en revue les thèmes de discussions correspondants dans la colonne de droite. Ce guide vous aidera à donner le point de départ de discussions approfondies et ciblées qui mèneront à des changements concrets au sein de votre organisme.



Préjudices passés

Questions	Thèmes à privilégier
Comment mon organisme peut-il prioriser la lutte contre les inégalités sociales et systémiques à l'origine de préjudices?	Thème 1 : Mesurer et surveiller les iniquités et les préjudices passés en matière de soins de santé
Les recommandations formulées dans nos rapports d'examen des incidents visent-elles essentiellement à rappeler au personnel de se conformer aux politiques et procédures, en offrant plus de formations ou en prévoyant davantage d'audits sur les procédures de sécurité?	Thème 2 : Recommandations fortes « axées sur le système » ou recommandations faibles « axées sur la personne »

Fiabilité

Questions	Thèmes à privilégier
Comment pouvons-nous obtenir des informations plus précises sur les systèmes et processus peu fiables, et en quoi ceux-ci sont-ils liés au manque de sécurité des soins?	Thème 1 : Normalisation des systèmes et des processus cliniques peu fiables
Comment aller au-delà des données d'audit afin de mieux évaluer les niveaux de fiabilité au sein de notre organisme et de comprendre les limites des audits?	Thème 2 : Comprendre les limites des audits des systèmes et des processus cliniques

Sensibilité au déroulement des activités

Questions	Thèmes à privilégier
Comment mieux interpréter les données présentées dans les rapports des comités et les tableaux de bord, tout en portant une attention particulière à la manière dont les soins sont dispensés et à l'expérience vécue par les patients, patientes et personnes proches aidantes en matière de sécurité?	Thème 1 : Capacité à se concentrer sur le « travail accompli »
Comment favoriser un sentiment de sécurité psychologique afin que le personnel, les patients et patientes et les personnes proches aidantes puissent exprimer leurs préoccupations?	Thème 2 : Créer un sentiment de sécurité psychologique lors du recueil de perspectives

Anticipation et état de préparation

Questions	Thèmes à privilégier
Comment pouvons-nous envisager d'autres formes de données sur la sécurité afin de mieux anticiper les défis de sécurité futurs?	Thème 1 : Voir différemment d'autres ensembles de données
Comment adopter une approche proactive pour anticiper les préjudices futurs et ne plus simplement tirer des enseignements des plaintes et incidents passés?	Thème 2 : Analyse prospective visant à cerner proactivement les problèmes de sécurité émergents et futurs

Intégration et apprentissage

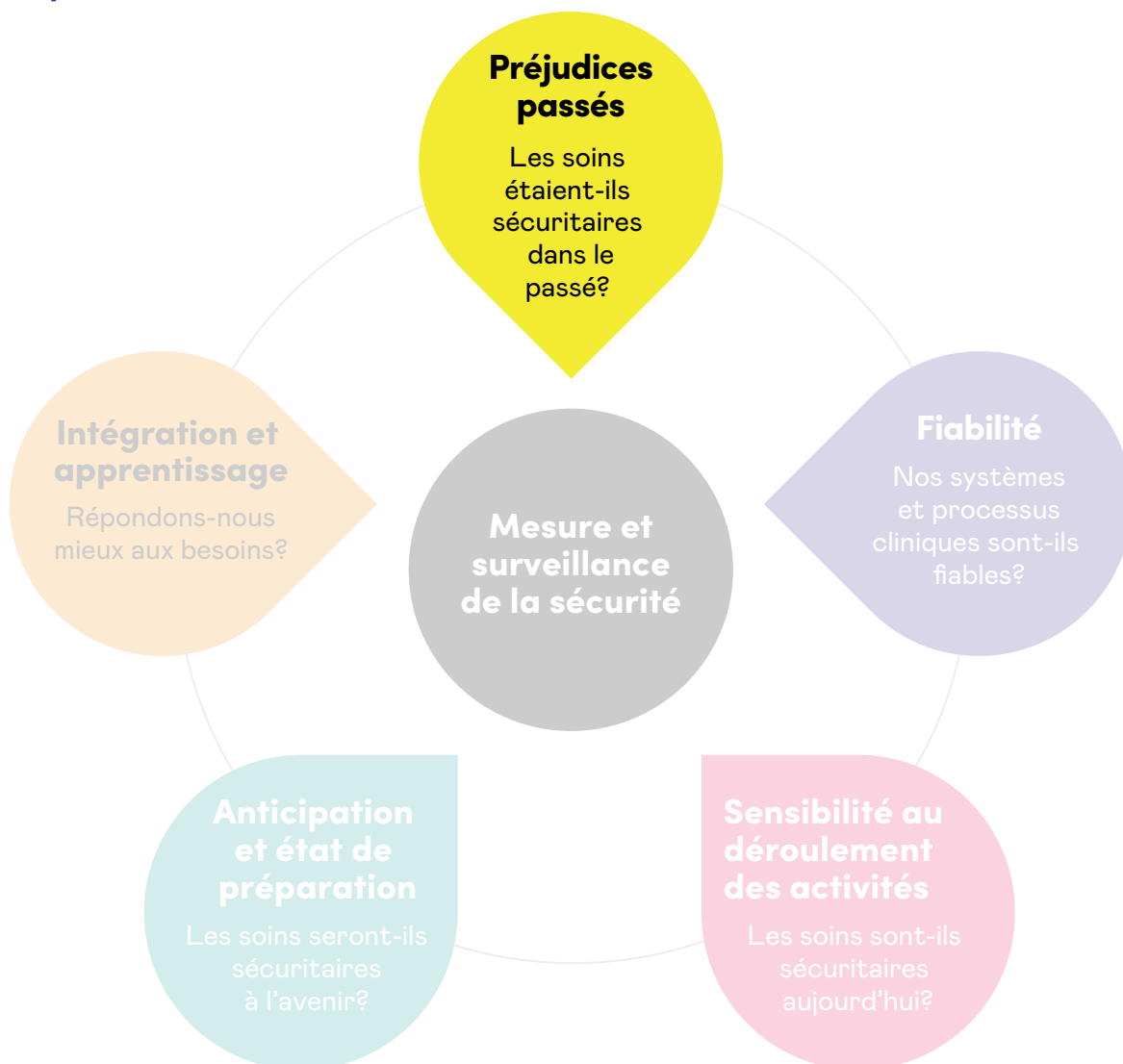
Questions	Thèmes à privilégier
Comment le personnel tire-t-il des enseignements des incidents, préoccupations et audits liés à la sécurité et des sondages auprès des patients? Comment identifie-t-il les axes d'amélioration?	Thème 1 : Savoir comment susciter des commentaires et favoriser l'apprentissage
Comment peut-on traiter de grandes quantités de données et comprendre ce qu'elles nous disent réellement de la sécurité au sein de l'organisme?	Thème 2 : Prévenir le brouillard de l'intégration

Mesure et surveillance de la sécurité : les nuages et les thèmes de sécurité

Les pages qui suivent vous serviront de guide pour explorer les cinq dimensions du Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité, ainsi que les nuages et les thèmes de sécurité associés. Vous y trouverez des informations contextuelles, des questions de réflexion ainsi que des espaces vides pour consigner vos idées et vos observations.

Les nuages sont présentés de manière séquentielle, mais il est important de noter qu'ils font partie d'un système intégré. Demandez-vous en quoi chacun de ces nuages est lié aux autres et les complète afin de garder une vision globale de la sécurité.





Le domaine Préjudices passés soulève la question suivante : « Les soins étaient-ils sécuritaires dans le passé? »

- Il nous invite à évaluer divers aspects et types de préjudices afin de déterminer si les soins étaient sûrs dans le passé et si la sécurité s'améliore. On peut par exemple déterminer de quand date le préjudice et le nombre de préjudices au fil du temps.
- Les préjudices passés sont souvent décrits comme le fait de « regarder dans le rétroviseur. »

- Cela implique d'analyser les événements passés afin d'apprendre et de s'améliorer.
- S'il est essentiel de mesurer et d'analyser les préjudices passés, cette approche ne permet pas à elle seule d'améliorer la sécurité de façon significative et ne doit pas être considérée comme une approche pour mesurer la sécurité.

Pour obtenir des ressources et des informations supplémentaires sur les préjudices liés aux services de santé, veuillez consulter la page [RedéfinirLePrejudice.ca](https://www.redefinirleprejudice.ca).

Comment répondons-nous aujourd'hui à la question « **Les soins étaient-ils sécuritaires dans le passé?** »

Thèmes du nuage de sécurité **Préjudices passés**

Préjudices passés

1. Mesurer et surveiller les iniquités et les préjudices passés en matière de soins de santé
2. Recommandations fortes « axées sur le système » ou recommandations faibles « axées sur la personne »



Thème 1 : Mesurer et surveiller les iniquités et les préjudices passés en matière de soins de santé

Question de réflexion

Comment pourrions-nous accroître notre compréhension des préjudices passés afin de savoir si les patientes, les patients et les communautés confrontés à des inégalités sociales et systémiques sont plus susceptibles de subir des préjudices découlant d'incidents liés à la sécurité?

Contexte

Nous savons, en nous fondant sur les données probantes et le vécu expérientiel des personnes et des communautés, que les inégalités sociales et systémiques entravent l'accès à des soins de santé sûrs et de qualité et peuvent nuire à la sécurité des soins, causant par exemple :

- des incidents liés à la sécurité dans les services de maternité et d'obstétrique;
- l'utilisation excessive de moyens de contention;
- le recours excessif aux sédatifs et aux tranquillisants;
- l'isolement dans des établissements de santé mentale.

Il peut en découler des **incidents de sécurité** susceptibles de causer des **préjudices physiques, psychologiques, sociaux et spirituels**.

Données probantes à l'appui d'exemples liés aux incidents en maternité, à l'utilisation excessive de la contention physique, à la sédation excessive et à l'isolement en établissement de santé mentale :

Vidéos Longwoods. (s. d.). [The impacts of racism on healthcare quality and safety in Canada: A case study and practical advice from Ontario Midwifery](#)

Boakye P. N. et coll. (2023). [Obstetric racism and perceived quality of maternity care in Canada: Voices of Black women](#). *Women's Health*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/17455057231199651>

Régie de la santé des Premières Nations. (s. d.). [Remembering Keegan: A BC First Nations Case Study Reflection](#) « Les survivants et survivantes ont témoigné d'abus, notamment de l'utilisation de la contention physique, dans ces écoles et hôpitaux. Cela n'a rien d'abstrait dans le contexte des services de santé fournis en Colombie-Britannique à proximité immédiate des 21 anciens pensionnats autochtones et des trois anciens hôpitaux indiens (l'hôpital Coqualeetza à Chilliwack, l'hôpital Miller Bay à Prince Rupert et l'hôpital Nanaimo à Nanaimo) » (p. 21). (voir aussi ce [rapport de CBC](#)) [Traduction libre]

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). (s. d.). [Dismantling Anti-Black Racism: A strategy of fair & Just CAMH](#). « Selon une analyse récente des données du CAMH, les taux d'utilisation de la contention physique étaient 44 % supérieurs chez la patientèle noire que chez la patientèle blanche. » [Traduction libre] p. 5

[Black Health Alliance, Health Inequities](#). (s. d.). « Les taux de contention physique et d'isolement dans le système de santé mentale et dépendances sont plus élevés dans la population noire de l'Ontario » [Traduction libre]

Ce thème vous invite à vous poser les questions suivantes :

À quoi ressemblent les données de votre organisme sur les préjudices passés?

Vous donnent-elles un aperçu des iniquités en matière de santé?

Pouvez-vous nommer des incidents précis qui ont facilité la détection de problèmes d'iniquités et d'incidents liés à la sécurité des patients?

Comment pourriez-vous renforcer vos connaissances organisationnelles pour mieux comprendre l'incidence des iniquités en matière de santé sur la sécurité des patients?

Thème 2 : Recommandations fortes « axées sur le système » ou recommandations faibles « axées sur la personne »

Question de réflexion

Combien de recommandations issues de nos rapports d'enquête sur les incidents se concentrent sur l'amélioration de la conception du système de santé (recommandations axées sur le système)? Et combien appellent le personnel de santé au lieu d'intervention à se conformer, à faire plus d'efforts ou à effectuer des tâches supplémentaires (recommandations axées sur la personne)?

Contexte

- Les enquêtes sur les incidents dans le secteur de la santé aboutissent souvent à des recommandations « axées sur la personne » que les spécialistes en facteurs humains qualifient de « faibles ». Par exemple, rappeler au personnel de se conformer aux politiques et procédures de sécurité, en créer de nouvelles, ou prévoir des contrôles de sécurité supplémentaires. Vous trouverez à la figure 3 des exemples de recommandations fortes, modérées et faibles.

- Les recherches sur les facteurs humains nous montrent que lorsque nous nous appuyons uniquement sur des recommandations axées sur la personne, les mêmes types d'incidents sont susceptibles de se reproduire.
- Notre priorité doit être de concevoir des systèmes de santé qui permettent au personnel de fournir des soins sûrs.
- Les dirigeants et dirigeantes des services de santé doivent pour cela comprendre que les solutions et recommandations axées sur la personne sont en règle générale plus faibles que celles qui visent à repenser les systèmes de santé et à transformer les cultures organisationnelles, celles-ci étant les plus efficaces (figure 3).
- Pour améliorer la sécurité des soins, il est plus efficace de concevoir des systèmes de santé permettant au personnel de prodiguer des soins sûrs, plutôt que de simplement lui demander de se conformer, de faire mieux ou d'en faire plus.

Figure 3 : Recommandations fortes, modérées et faibles¹

Force de la recommandation	Types
Fortes	Repenser un parcours de soins, un processus ou un autre aspect de l'environnement de travail
	Introduire des contrôles techniques, comme la conception d'une « fonction de contrainte »
	Apporter une amélioration culturelle pour instaurer une culture de sécurité psychologique
	Repenser les équipements et les systèmes des technologies de l'information pour améliorer leur convivialité, leur accessibilité et leur fonctionnalité
	Simplifier ou normaliser les processus, les parcours ou les équipements
	Réaliser des essais d'utilisabilité (formatifs et sommatifs) au moment de la mise en œuvre de nouveaux équipements, de nouveaux lieux de travail ou de nouveaux systèmes informatiques
Modérées	Résoudre les problèmes de disponibilité des équipements
	Résoudre les problèmes de personnel
	Réorganiser la charge de travail pour faire face à une charge de travail élevée ou à une surcharge de tâches
	Élaborer et dispenser une formation fondée sur la simulation
	Améliorer la documentation ou la communication
	Éliminer ou réduire les distractions et les interruptions
	Adopter une liste de contrôle de sécurité
	Revoir la planification ou la pertinence de la composition du personnel
Faibles	Assigner des contrôles de sécurité supplémentaires au personnel
	Sensibiliser le personnel à une politique ou à un processus
	Effectuer un audit ou un examen
	Augmenter la supervision du personnel
	Informar et aviser le personnel et émettre des avertissements
	Prendre des mesures disciplinaires ou de suspension à l'égard du personnel qui commet des erreurs
	Réécrire les politiques et les procédures de sécurité
	Mettre en place davantage de politiques et de procédures de sécurité
	Vérifier la compréhension du personnel des processus de sécurité (sans tenir compte de la manière dont le travail est réellement effectué)
	Communiquer les résultats des enquêtes
	Dispenser de la formation didactique, notamment pour rappeler au personnel les politiques et les procédures de sécurité et le « conseiller » sur la manière de prodiguer des soins sûrs
	Autres recommandations qui ne tiennent pas compte du flux de travail et des exigences relatives aux tâches dans un domaine clinique

¹ La figure 3 a été élaborée à partir des publications suivantes :

• Hibbert T. et coll. Are recommendations from root cause analysis effective and sustainable? An observational study. *International Journal of Quality in Health Care*, 30; 124-131; 2018.

• Cafazzo et St Cyr. From discovery to design: the evolution of human factors in healthcare. *Healthcare Quality*, 2012;15 n° spécial : 24-9. doi: 10.12927/hcq.2012.22845.

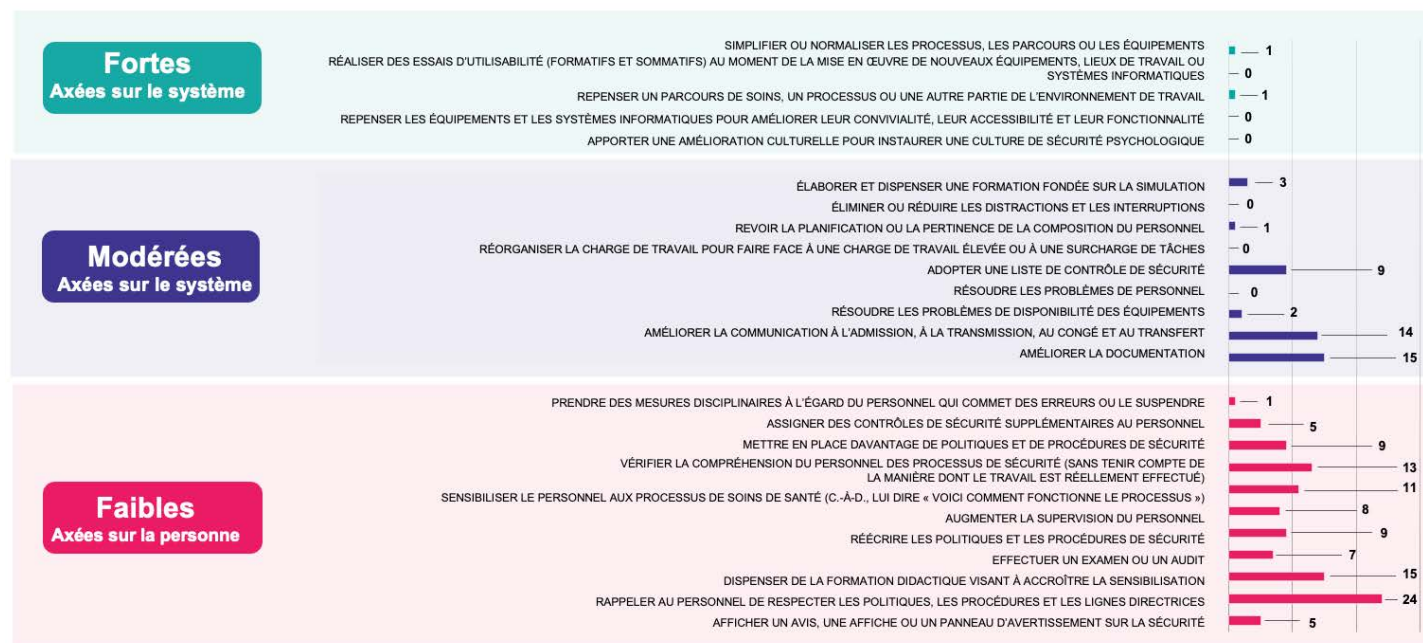
Ce thème vous invite à :

- lire le profil fictif de l'organisme A (figure 4) et le tableau des recommandations jugées faibles, modérées et fortes (figure 3);
- réfléchir, en tant que leader, aux recommandations formulées dans les rapports d'enquête sur les incidents de votre organisme.

À quoi ressemblerait votre profil organisationnel?

Qu'est-ce qui doit changer?

Figure 4 : Répartition des recommandations fortes, modérées et faibles de l'organisme de santé A*, issues des rapports d'enquête sur les incidents



* Le profil de l'organisme A est un profil fictif créé pour illustrer ce qui est généralement observé lorsque l'on effectue une analyse des recommandations formulées dans les rapports d'enquête sur les incidents.



Exercice pratique

Récupérez cinq rapports d'enquête récents sur des incidents survenus au sein de votre organisme et consultez la section des recommandations.

Correspondent-elles à votre perception quant à l'orientation de votre organisme?
Autrement dit, sont-elles principalement axées sur la personne ou sur le système?

Avez-vous eu des surprises?

Maintenant que vous avez abordé la notion de **préjudices passés**, découvrez la notion élargie de préjudice lié aux services de santé et traité les deux thèmes du nuage de sécurité Préjudices passés, posez-vous la question suivante : « **Les soins étaient-ils sécuritaires dans le passé?** »



Le domaine Fiabilité soulève la question suivante :
« Nos systèmes et processus cliniques sont-ils fiables? Dans le cas contraire, quelles implications cela a-t-il pour la sécurité des patients? »

- La fiabilité correspond à la probabilité qu'une tâche, un processus, une intervention ou un plan d'intervention soit exécuté ou suivi comme prévu.
- Le concept de « fonctionnement sans défaillance dans le temps » s'applique essentiellement à la technologie.

- Dans le secteur de la santé, nous devons reconnaître qu'une variabilité est inévitable en raison des différences entre les bénéficiaires et les environnements de soins; les traitements, par exemple, sont adaptés aux besoins individuels.
- Les manques de fiabilité sont souvent associés aux compétences et à l'expérience du personnel, à des facteurs d'équipe tels qu'une mauvaise communication, à la conception inadéquate des environnements cliniques et des systèmes de soutien, et à la croyance du personnel clinique selon laquelle l'amélioration des systèmes peu fiables relève de la responsabilité de quelqu'un d'autre.

Comment répondons-nous aujourd'hui à la question « **Nos systèmes et processus cliniques sont-ils fiables?** »

Thèmes du nuage de sécurité

Fiabilité

1. Normalisation des systèmes et des processus peu fiables
2. Comprendre les limites des audits des systèmes et des processus cliniques



Thème 1 :

Normalisation des systèmes et des processus cliniques peu fiables

Question de réflexion

Quels systèmes et processus cliniques au sein de votre organisme ressemblent à un robinet qui goutte et n'est jamais réparé? Pourquoi ne sont-ils pas « réparables »?

Contexte

Des systèmes et des processus cliniques peu fiables peuvent parfois engendrer des risques pour la sécurité. Par exemple, des systèmes de réservation qui créent des horaires irréalisables pour le personnel, les cliniques et les blocs opératoires; des systèmes d'information multiples sur les patientes et patients qui ne sont pas reliés; des équipements qui ne sont pas disponibles ou ne fonctionnent pas quand on en a besoin; ou des problèmes liés à l'environnement de travail comme une mauvaise connectivité Wi-Fi.

Ce thème vous invite à vous poser la question suivante :

Dans votre organisme, quels systèmes et processus sont tolérés, contournés et normalisés?

Thème 2 : Comprendre les limites des audits des systèmes et des processus cliniques

Question de réflexion

Lorsque nous examinons les audits des processus et des systèmes cliniques, analysons-nous de manière critique les répercussions négatives potentielles et les limites de l'approche d'audit?

Contexte

Les audits sur les soins de santé qui mesurent le pourcentage de conformité à partir de ce qui est documenté dans les dossiers médicaux peuvent créer une fausse impression de comportement conforme.

En voici quelques exemples :

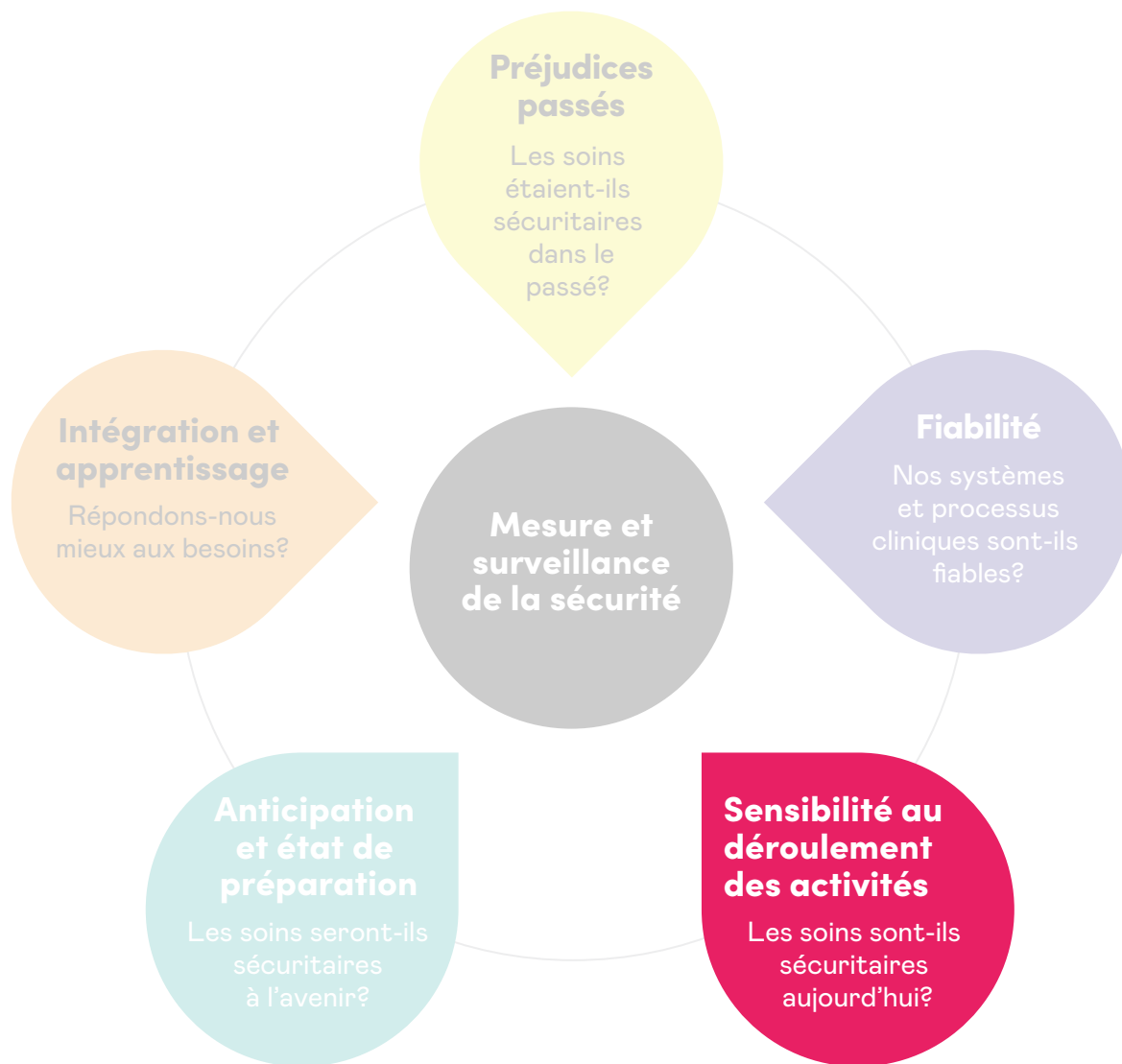
- Les pourcentages élevés d'achèvement des plans de soins, des évaluations des risques de chutes ou de la liste de contrôle de sécurité chirurgicale, qui peuvent ne pas refléter la qualité de leur mise en œuvre
- La consignation des signes vitaux, des mesures de prévention des plaies de pression et d'autres trousseaux de soins qui renseignent sur la tenue des dossiers plutôt que sur la pratique clinique elle-même
- Les audits sur l'hygiène des mains qui conduisent le personnel à modifier leur comportement en présence de l'auditeur

Ce thème vous invite à vous poser les questions suivantes :

Comment pouvez-vous, en tant que leaders, vous assurer que les données issues des audits de sécurité reflètent la qualité des soins prodigués, plutôt que de simplement mesurer ce qui est documenté ou observer des comportements qui peuvent être modifiés parce que le personnel sait qu'il fait l'objet d'une évaluation?

Comment pouvez-vous avoir recours au questionnement pour recueillir des commentaires approfondis sur la fiabilité de vos systèmes et processus cliniques?

Maintenant que vous avez abordé la notion de **fiabilité** et traité les deux thèmes du nuage de sécurité, demandez-vous comment mieux répondre à la question suivante :
« **Nos systèmes et processus cliniques sont-ils fiables?** »



Le domaine **Sensibilité au déroulement des activités** soulève la question suivante : « **Les soins sont-ils sécuritaires aujourd'hui?** »

- Ce domaine concerne la gestion de la sécurité au quotidien, heure par heure et même minute par minute.
- Il s'agit de recueillir des renseignements sur la sécurité en observant, en écoutant et en percevant le milieu de soins, puis d'**agir** sur la base des renseignements recueillis.

- Ce domaine accorde de la valeur et de l'importance aux données informelles sur la sécurité, issues de l'observation, de l'intuition, de la pensée critique, de l'expérience, des relations et des conversations.
- L'objectif est de déterminer en continu si les soins sont sécuritaires aujourd'hui, afin que l'on puisse **agir en temps réel** sur la sécurité.
- Cette approche vise à créer proactivement la sécurité plutôt que de réagir et d'intervenir après la survenue d'un préjudice.

Comment répondons-nous actuellement à la question « **Les soins sont-ils sécuritaires aujourd'hui?** »

Thèmes du nuage de sécurité

Sensibilité au déroulement des activités

1. Capacité à se concentrer sur le « travail accompli »
2. Créer un sentiment de sécurité psychologique lors du recueil de perspectives



Thème 1 :

Capacité à se concentrer sur le « travail accompli »

Questions de réflexion

- Comment pouvons-nous, en tant que leaders, obtenir des commentaires sur le « travail accompli » ?
- Que pouvons-nous faire d'autre pour tirer des enseignements de ce que nous voyons, entendons et percevons (c'est-à-dire de ce qui peut être difficile à quantifier ?)

Contexte

Le « travail accompli » est défini comme la manière dont les soins de santé sont dispensés heure par heure, quart de travail par quart de travail. Le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité nous montre que nous recueillons des informations importantes sur la sécurité en échangeant, en observant, en écoutant et en prêtant attention à la manière dont les soins sont prodigués. Ces informations sont aussi importantes que les indicateurs que nous suivons et dont nous rendons compte.

Un professionnel de la santé, par exemple, peut exprimer sa crainte ou sa réticence à parler et demander de l'aide à son équipe. Vous pourriez aussi voir un membre du personnel se faire dénigrer lorsqu'il soulève une préoccupation relative à la sécurité à un collègue plus expérimenté.

Ces moments sont d'excellentes occasions d'analyser les véritables dynamiques de la prestation des soins et de trouver des solutions aux problèmes de sécurité dès qu'ils se présentent. En prêtant attention aux réalités du « travail accompli », les leaders peuvent approfondir leur compréhension de la sécurité telle qu'elle est vécue, et non pas simplement mesurée.

Ce thème vous invite à vous poser les questions suivantes :

Comment pouvez-vous, en tant que leader, recueillir des informations sur le « travail accompli » ?

Que pouvez-vous faire d'autre pour vous mettre à l'écoute, observer et percevoir les soins tels qu'ils sont réellement dispensés?

Thème 2 : Créer un sentiment de sécurité psychologique

Question de réflexion

Comment pouvons-nous, en tant que leaders, créer un espace psychologiquement sécuritaire permettant de voir, d'entendre et de percevoir des informations sur la sécurité provenant des patientes et patients, des familles, des partenaires de soins et du personnel, et qui reflètent les sentiments des personnes qui reçoivent et dispensent des soins dans l'organisme?

Contexte

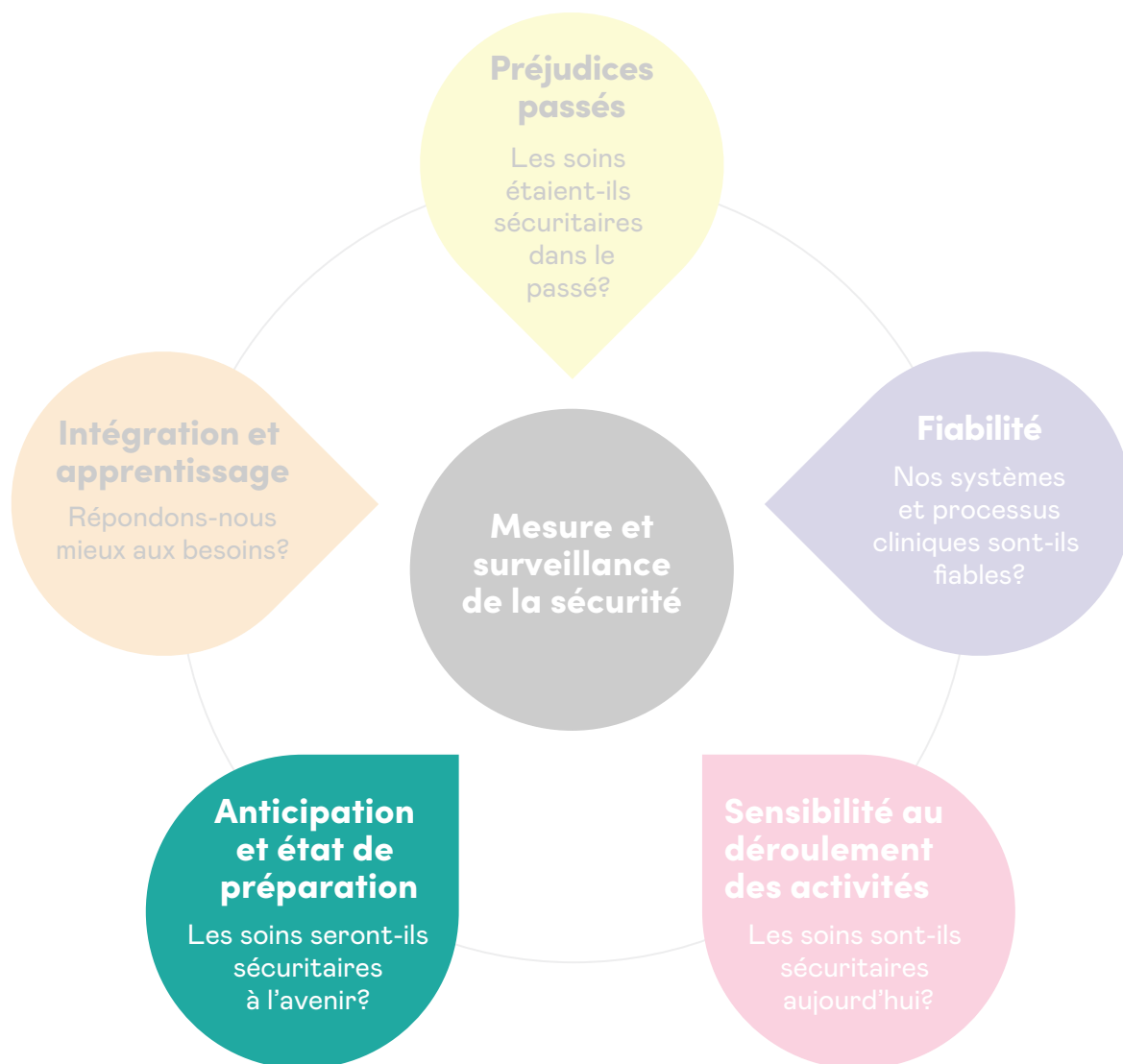
Dans son livre intitulé [Four Stages of Psychological Safety](#), Tim Clark explique que la première étape pour instaurer un sentiment de sécurité psychologique consiste à créer une « sécurité d'inclusion » : chaque personne est traitée de manière respectueuse, sait que ses expériences comptent et peut ouvertement contribuer, quels que soient son ancienneté et son parcours professionnel.

Le manque de sécurité d'inclusion signifie parfois que les leaders n'entendent que les préoccupations et les expériences d'un groupe démographique limité de patientes et patients, de familles, de personnes proches aidantes et de membres du personnel en matière de sécurité. En tant que leaders, nous devons prêter attention à des formes plus vastes de renseignements sur la sécurité afin que tout le monde (y compris les patientes et patients ainsi que les membres des communautés et du personnel rarement entendus) puisse s'exprimer et contribuer à rendre les soins plus sûrs.

Ce thème vous invite à vous poser la question suivante :

Comment pouvez-vous élargir votre approche pour mieux écouter et interpréter les diverses préoccupations et expériences en matière de sécurité, propres aux personnes qui dispensent et reçoivent des soins?

Maintenant que vous avez abordé la notion de **sensibilité au déroulement des activités** et traité les deux thèmes du nuage de sécurité, demandez-vous comment mieux répondre à la question suivante : « **Nos soins sont-ils sécuritaires aujourd'hui?** »



Le domaine **Anticipation et état de préparation** soulève la question suivante : « **Les soins seront-ils sécuritaires à l'avenir?** » Ce domaine vise à détecter et à atténuer les risques de sécurité potentiels avant qu'ils ne se présentent. Il suppose notamment :

- d'anticiper les problèmes et de s'y préparer plutôt que d'attendre que les choses se passent mal avant d'agir;
- de mettre au point des stratégies pour prévenir de futurs préjudices potentiels, en se basant sur les préjudices passés, la fiabilité et la sensibilité au déroulement des activités;

- de rechercher des occasions de mettre en place des méthodes systématiques pour anticiper les risques futurs;
- d'utiliser un large éventail d'outils et de techniques pour mieux comprendre les facteurs qui donnent lieu à des problèmes de sécurité;
- de renforcer la résilience et la pensée critique du personnel afin qu'il puisse détecter et anticiper les problèmes potentiels;
- de créer une armée de « détectives de la sécurité » et de spécialistes de la résolution de problèmes en favorisant la curiosité et le questionnement.

Comment répondons-nous aujourd'hui à la question
« Les soins seront-ils sécuritaires à l'avenir? »

Thèmes du nuage de sécurité

Anticipation et état de préparation

1. Voir différemment d'autres ensembles de données
2. Analyse prospective visant à cerner proactivement les problèmes de sécurité émergents et futurs



Thème 1 :

Voir différemment d'autres ensembles de données

Question de réflexion

Quels autres ensembles de données pourraient mettre en lumière les menaces émergentes pour la sécurité des patients et du personnel auxquelles notre équipe ou organisme est confronté?

Contexte

L'anticipation et l'état de préparation peuvent être améliorés lorsque les leaders regardent au-delà de ce qui est traditionnellement présenté comme des « données sur la sécurité des patients » dans les rapports présentés au conseil d'administration et à la haute direction.

Trop souvent, ces données se concentrent sur les préjudices subis par les patientes et patients. Toutefois, la notion de sécurité dépasse largement le cadre des préjudices physiques.

L'examen d'ensembles de données qui ne sont pas traditionnellement étiquetés comme des « données sur la sécurité des patients » permet de cerner les problèmes potentiels de manière proactive, avant qu'un incident ne se produise. Puisque ces ensembles de données sont déjà examinés de façon régulière par les membres de la haute direction, prenez l'habitude de vous poser la question suivante : « Quel impact cela pourrait-il avoir sur la sécurité? ». Vous développerez ainsi une capacité à rechercher et anticiper les risques.

Ce thème vous invite à vous poser la question suivante :

Comment les autres catégories de données recueillies dans mon milieu de soins pourraient-elles m'aider à mieux comprendre les risques futurs?



Thème 2 : Analyse prospective visant à cerner proactivement les problèmes de sécurité émergents et futurs

Question de réflexion

Comment pouvons-nous, en tant que leaders, nous assurer de consacrer du temps à l'analyse prospective des risques de sécurité émergents et futurs afin de déterminer si les soins seront sécuritaires à l'avenir?

Contexte

Les normes, les lignes directrices et les règlements en matière de sécurité sont importants et nécessaires. Le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité (Health Foundation, 2013) révèle que, parfois, les organismes de santé sont tellement concentrés sur le respect des normes, des lignes directrices et des règlements qu'ils n'ont que peu de marge de manœuvre pour réfléchir de manière critique, mettre en place la culture de la sécurité souhaitée ou effectuer une analyse prospective afin de cerner proactivement les problèmes de sécurité émergents ou futurs.

Ce thème vous invite à réfléchir à ce qui se passe dans votre organisme :

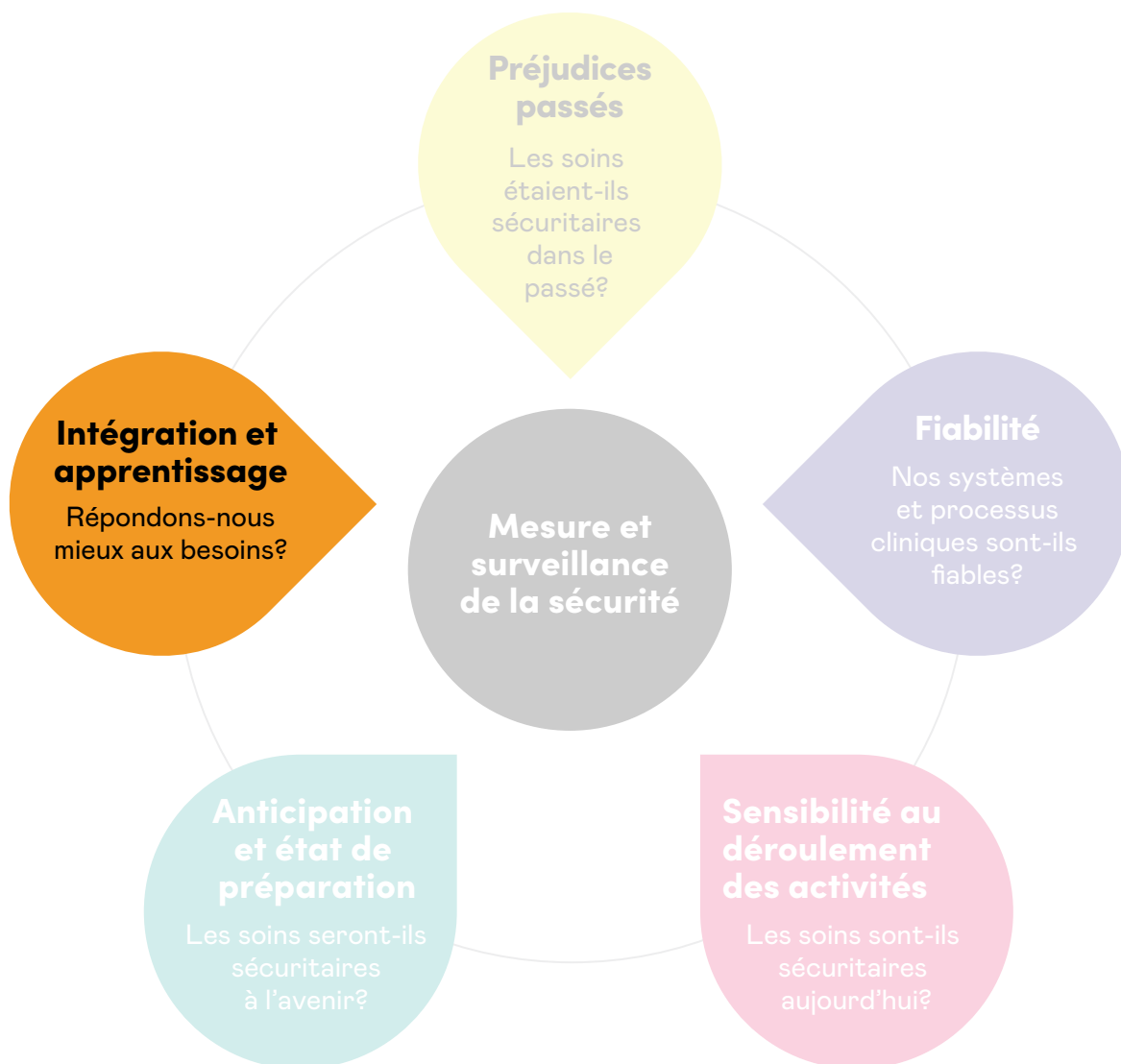
Comment réfléchit-il de manière critique aux problèmes de sécurité des patients?

Quels efforts déploie-t-il pour mettre en place la culture de sécurité souhaitée?

Comment recense-t-il proactivement les risques émergents ou futurs?

Expliquez comment vous renforcez ou pourriez renforcer vos capacités afin de répondre à la question « **Les soins seront-ils sécuritaires à l'avenir?** ».

Maintenant que vous avez abordé les notions d'**anticipation et d'état de préparation** et traité les deux thèmes du nuage de sécurité, demandez-vous comment mieux répondre à la question « **Les soins seront-ils sécuritaires à l'avenir?** »



Le domaine **Intégration et apprentissage** soulève la question suivante : « **Répondons-nous mieux aux besoins?** ».

- Ce domaine est axé sur l'élaboration de systèmes pour favoriser un cycle d'apprentissage et d'échange continu. Celui-ci doit reposer non seulement sur les incidents liés à la sécurité, mais aussi sur diverses sources de données sur la sécurité et les idées issues de tous les autres domaines.
- Il doit servir d'échafaudage pour relier et soutenir les autres domaines.
- Si des progrès ont été réalisés pour ce qui est de signaler les préjudices, de réagir et de tirer des enseignements, il est toutefois nécessaire, pour assurer l'intégration et l'apprentissage, de ne plus se limiter aux préjudices passés et d'améliorer proactivement la sécurité.

- Les organismes sécuritaires ne se contentent pas de signaler les incidents liés à la sécurité des patients et d'en tirer des enseignements. Ils recueillent également des données liées aux autres domaines et réagissent en privilégiant le questionnement, l'écoute, l'apprentissage et le partage.
- Les organismes doivent déterminer comment recueillir, intégrer et exploiter les informations sur la sécurité des patients provenant de plusieurs sources, puis déterminer comment en tirer profit pour opérer des changements concrets.
- Le domaine Intégration et apprentissage pourrait être comparé au tissage de cinq brins en une corde solide. Lorsque les cinq domaines de la sécurité sont tissés les uns avec les autres, un système plus sûr et plus résilient est créé (figure 5).

Figure 5 : Le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité présenté sous la forme d'une corde tressée.



Comment répondons-nous aujourd'hui à la question « **Répondons-nous mieux aux besoins?** »

Thèmes du nuage de sécurité

Intégration et apprentissage

1. Savoir comment susciter des commentaires et favoriser l'apprentissage
2. Prévenir le brouillard de l'intégration



Thème 1 :

Savoir comment susciter des commentaires et favoriser l'apprentissage

Question de réflexion

Comment pouvons-nous, en tant que leaders, avoir l'assurance que les enseignements tirés des enquêtes et des audits sur la sécurité sont transmis aux équipes soignantes aux points d'intervention d'une manière qui favorise l'apprentissage et l'amélioration?

Contexte

Il est souvent difficile, pour les organismes de santé, de déterminer comment communiquer efficacement les enseignements tirés des enquêtes sur les incidents, des audits de sécurité, des tournées et des sondages sur la culture de la sécurité. Le défi consiste en effet à s'assurer que la rétroaction parvienne aux équipes concernées de façon constructive, puis qu'elle soit diffusée plus largement au sein de l'organisme.

Ce thème vous invite à vous poser les questions suivantes :

Quelle approche votre organisme emploie-t-il pour transmettre les enseignements tirés aux équipes?

Voici quelques-uns des défis souvent rencontrés :

- Les organismes informent simplement le personnel du résultat d'un audit ou d'une enquête, et s'attendent à ce que des améliorations soient apportées.
- Ils ne parviennent pas à mobiliser les groupes difficiles à atteindre (par exemple, le personnel qui n'accède pas à ses courriels ou à l'intranet, travaille de nuit ou n'a pas de bureau local).
- Ils partagent leurs conclusions sans contexte ni stratégies d'engagement (par exemple, communication narrative ou études de cas) pour rendre l'apprentissage plus concret.
- Ils transmettent les enseignements à l'équipe concernée par l'incident sans les diffuser plus largement dans l'ensemble de l'organisme, notamment dans les services où des risques similaires peuvent exister.

En gardant à l'esprit votre réponse à la question précédente, pouvez-vous déceler les lacunes dans les boucles de rétroaction ou réfléchir à une approche pour vérifier auprès des équipes que les enseignements ont bien été compris et qu'elles reçoivent le soutien nécessaire pour opérer des changements?

Thème 2 : Prévenir le brouillard de l'intégration

Question de réflexion

Comment pourrions-nous trianguler et intégrer les données sur la sécurité des patients afin d'en faciliter l'analyse pour les membres de la haute direction?

Contexte

Les dirigeantes et dirigeants des services de santé sont parfois confrontés à une avalanche d'indicateurs et de renseignements sur la sécurité des patients, allant des tableaux de bord aux rapports et autres documents destinés à la haute direction et au conseil d'administration. Cette surcharge d'informations (le « brouillard de l'intégration ») peut nuire à leur interprétation et entraver la capacité des leaders à y répondre de façon pertinente.

Parallèlement, les organismes de santé ont souvent du mal à cesser d'utiliser des indicateurs et des approches obsolètes, même lorsque des données plus pertinentes sur la sécurité sont disponibles. Et lorsque les données sont accompagnées d'un code couleur (par exemple, « rouge », « orange » et « vert »), les leaders peuvent ne prêter attention qu'aux domaines associés à un risque élevé (rouge) et ainsi passer à côté de tendances plus générales. Pour dissiper ce brouillard, une approche réfléchie doit être employée pour sélectionner, présenter et intégrer les données sur la sécurité et en discuter.

Ce thème vous invite à la réflexion suivante :

Réfléchissez à la manière dont les données sur la sécurité des patients de votre organisme sont intégrées et présentées, puis menez une discussion réflexive sur la façon dont vous, en tant que leader, gérez vos tableaux de bord et vos rapports sur la sécurité. Y a-t-il un brouillard de l'intégration?

Si vous avez répondu oui, comment pourriez-vous rendre les données ou les rapports plus clairs?

Maintenant que vous avez abordé les notions d'**intégration et d'apprentissage** et traité les deux thèmes du nuage de sécurité, demandez-vous comment mieux répondre à la question suivante : « **Répondons-nous mieux aux besoins?** »

Votre parcours vers la sécurité continue

Vous avez maintenant exploré chaque nuage de sécurité et réfléchi aux questions clés associées :



Préjudices passés — Les soins étaient-ils sécuritaires dans le passé?



Fiabilité — Nos systèmes et processus cliniques sont-ils fiables?



Sensibilité au déroulement des activités — Les soins sont-ils sécuritaires aujourd'hui?



Anticipation et état de préparation — Les soins seront-ils sécuritaires à l'avenir?



Intégration et apprentissage — Répondons-nous mieux aux besoins?

À l'image de la corde tressée illustrée à la page 36, ces domaines interconnectés permettent de rendre les soins plus sûrs. Chaque brin consolide les autres. Vos réflexions et perspectives peuvent désormais catalyser un changement concret au sein de votre organisme.

Nous vous encourageons à :

- planifier des discussions régulières sur la sécurité avec l'équipe de direction;
- revoir certains des nuages de sécurité ou à en créer de nouveaux lorsque de nouveaux défis ou de nouvelles opportunités se présentent;
- exploiter ce guide de travail pour accueillir les nouveaux leaders et leur présenter le cheminement de votre organisme en matière de sécurité;
- diffuser largement les conclusions de vos discussions sur les nuages de sécurité au sein de votre organisme;
- animer d'autres [activités sur la sécurité](#) pour aider votre organisme à repenser la sécurité des patients.

L'amélioration de la sécurité des soins est un engagement de tous les instants. Merci de contribuer à créer des environnements propices à des soins sûrs et inclusifs.

Ressources supplémentaires

- [Repenser la sécurité des patients](#)
- [Le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité](#)
- [Mesure et surveillance de la sécurité du point de vue des patients et de leurs partenaires de soins](#)
- [Gouvernance efficace pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients : formation autodirigée en huit modules](#)
- [Principes fondamentaux de la sécurité des patients : formation autodirigée en six modules](#)
- [FORCES^{MC} : Programme de formation pour cadres](#)

Notes

Notes

Excellence en santé Canada (ESC) travaille avec des partenaires pour diffuser les innovations, renforcer les capacités et catalyser le changement dans les politiques afin que toutes et tous au Canada reçoivent des soins sûrs et de qualité. En collaborant avec les patients et patientes, les personnes proches aidantes et le personnel de la santé, nous transformons les innovations éprouvées en améliorations durables dans tous les aspects de l'excellence en santé. Créé en 2021, ESC est issu de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. ESC est un organisme de bienfaisance indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.