Healthcare Quarterly

SPECIAL ISSUE

PATIENT SAFETY

NATIONAL CONSORTIUM SHARES ACTION PLAN



In this issue Vol.22 Special Issue 2020

FROM THE EDITORS

6 Patient Safety: We've Come a Long Way

Wendy Nicklin and Linda Hughes

In the past 20 years, there has been an escalation in the awareness and acknowledgement of the importance of patient safety and quality healthcare. This special issue of *Healthcare Quarterly* provides an overview of some key pan-Canadian initiatives undertaken by the Canadian Patient Safety Institute over the past few years.

NATIONAL PATIENT SAFETY CONSORTIUM

10 National Patient Safety Consortium: Learning from Large-Scale Collaboration

Sandi Kossey, Chris Power, Leslee Thomson, Kathleen Morris, Shelagh Maloney, Lee Fairclough, Deborah Prowse and Hina Laeeque

From 2014 to 2018, the Canadian Patient Safety Institute brought together key partners and established the National Patient Safety Consortium to drive a shared action plan for safer healthcare. With ongoing consensus development on key priorities, an unprecedented level of collaboration and shared leadership with diverse stakeholders and patients and families as full partners, the Consortium and its Integrated Patient Safety Action Plan built a culture of engagement and improvement across Canada.

PATIENT ENGAGEMENT

27 Patient Engagement in a Large-Scale Change Initiative: "As Safe as Possible, as Soon as Possible"

Katharina Kovacs Burns, Donna Davis, Ioana Popescu, Hina Laeeque, Sandi Kossey, Renee Misfeldt and Christopher Thrall

Patients for Patient Safety Canada member engagement has evolved from individual stories to having 27 patients and family members actively participating in the National Patient Safety Consortium. This article illustrates how patients were meaningfully engaged in a large-scale change initiative, highlighting the experiences of the patient partners and organizational partners in this transformational change.

40 Commentary: Three Ideas about "Post-Vention"

Allison Kooijman, Robin McGee and Robert Robson
Written by two former patients and a physician, this
commentary focuses on what the authors term "post-vention:"
how to capitalize on the experiences of, and learnings from,
people when healthcare interventions go awry? The authors
describe three steps toward learning from past mistakes.

NEVER EVENTS

46 Patient Safety Never Events: Cross-Canada Checkup

Hina Laeeque, Barb Farlow and Sandi Kossey
In September 2015, Health Quality Ontario and the
Canadian Patient Safety Institute, along with patient and
family representatives, published the report Never Events
for Hospital Care in Canada. We need to take this further, to
collaborate between sites and provinces and territories so that
we can learn from one another and prevent patient harm.

MEDICATION SAFETY

58 Empowering Patients to Start a Conversation: 5 Questions to Ask about Your Medications

Alice Watt, Maryann Murray, Donna Herold, Sylvia Hyland, Carolyn Hoffman and Mike Cass

The authors describe a quality improvement initiative to help prevent known medication-related failures. Initially, the intervention was to develop and disseminate a medication safety "checklist" for patients and healthcare providers. This evolved into the "5 Questions to Ask about Your Medications" guidelines. Collective results demonstrate a shared commitment among more than 200 organizations to empower patients with questions to ask about their medications.

POST-SURGICAL BEST PRACTICES

72 Accelerating Post-Surgical Best Practices Using Enhanced Recovery After Surgery

Carla Williams, Claude Laflamme and Brian Penner
Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) helps patients be more prepared for surgery and recover more quickly. The authors describe how patients, healthcare providers and health systems came together to create tools and resources based on the most up-to-date evidence. The goal of Enhanced Recovery Canada is to support the uptake of these best practices across Canada, improving patient outcomes and experiences.

PATIENT SAFETY AND HEALTHCARE **LEADERSHIP**

Patient Safety Culture Bundle for CEOs and Senior Leaders

Markirit Armutlu, Donna Davis, Alain Doucet, Annette Down, Dale Schierbeck and Polly Stevens

Senior healthcare leaders are the difference makers as key influencers in ushering in an organizational culture committed to patient safety. With partners, the Canadian Patient Safety Institute developed a patient safety culture bundle for CEOs and senior healthcare leaders, which is based on a set of evidence-based practices that must be applied collectively to establish a culture of quality and safety.

Commentary: We Must Look at Multiple Perspectives

Scott W. Livingstone

In the complex adaptive environment that is healthcare, multiple perspectives must be considered. This includes acknowledging that patient safety and staff and physician safety are not separate strategies and that patient, staff and physician safety are not mutually exclusive. A safe environment is safe for all.

HOMECARE AND PATIENT SAFETY

100 Homecare Safety Virtual Quality Improvement Collaboratives

Wayne Miller, Maaike Asselbergs, Jeanne Bank, Mike Cass, Virginia Flintoft and Nadine Henningsen

The Canadian Patient Safety Institute and the Canadian Home Care Association conducted two learning collaboratives aimed at increasing quality improvement capability in homecare settings. Teams from across the country have increased their capacity and capability to engage patients and families, mitigate and prevent harm from homecare safety incidents such as falls and specifically address issues such as improving interprofessional collaboration, teamwork and communication.

112 Commentary: Patient Safety in the Home

Shirlee Sharkey and Helene Lacroix

As care in the home becomes more commonplace, it is critical that Canadians know they are safe. There are unique safety risks for providers, patients and family caregivers in the home setting, including physical, environmental and social factors. This requires collaborative work with patients and their families to identify, manage and minimize risks as much as possible.

HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTIONS

116 Measuring and Monitoring Healthcare-Associated Infections: A Canadian Collaboration to Better Understand the Magnitude of the Problem

Anne MacLaurin, Kanchana Amaratunga, Chantal Couris, Charles Frenette, Riccarda Galioto, Gerry Hansen, Jennifer Happe, Kim Neudorf, Linda Pelude, Caroline Quach and Suzanne Rhodenizer Rose

It is estimated that each year, 220,000 Canadian hospital patients will develop an infection and an estimated 8,000 of them will die as a result of their healthcare-associated infections (HAIs). Measuring and monitoring HAIs provide key data to better understand the magnitude of the problem. However, there are inconsistencies in the use of standardized definitions and surveillance practices that make it difficult to benchmark and set targets to reduce the rate of HAIs in Canadian hospitals.

FUTURE OUTLOOK

129 Patient Safety: Patient Involvement Matters

Linda Hughes

Despite the best efforts within our healthcare system, patient safety incidents continue to occur. System-level transformation is required to improve safety. The initiatives described in these papers provide ideas about how to achieve that transformation. The involvement of patients and interested citizens every step of the way is a critical success factor in that transformation.

Dans ce numéro Vol.22 numéro spécial 2020

DES ÉDITRICES

La sécurité des patients : des progrès encourageants

Wendy Nicklin et Linda Hughes

Depuis 20 ans, il y a de plus en plus de sensibilisation et de reconnaissance quant à l'importance de la sécurité des patients et de la qualité des soins. Ce numéro spécial de Healthcare Quarterly donne un aperçu d'initiatives pancanadiennes entreprises ces dernières années par l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

CONSORTIUM NATIONAL SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

19 Consortium national sur la sécurité des patients : les enseignements d'une collaboration à grande échelle

Sandi Kossey, Chris Power, Leslee Thomson, Kathleen Morris, Shelagh Maloney, Lee Fairclough, Deborah Prowse et Hina Laeegue

De 2014 à 2018, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a regroupé des partenaires clés pour constituer le Consortium national sur la sécurité des patients afin de faire progresser un plan d'action commun pour des soins de santé plus sécuritaires. Avec le développement d'un consensus sur les priorités essentielles - un niveau sans précédent de collaboration et de leadership partagés entre divers intervenants ainsi que la pleine participation des patients et leurs familles – le Consortium et son plan d'action commun pour la sécurité des patients a permis l'essor d'une véritable culture d'engagement et d'amélioration partout au Canada.

ENGAGEMENT DES PATIENTS

34 Engagement des patients dans une initiative de changement à grande échelle : « aussi sécuritaire que possible, le plus rapidement possible »

Katharina Kovacs Burns, Donna Davis, Ioana Popescu, Hina Laeeque, Sandi Kossey, Renee Misfeldt et Christopher Thrall

L'engagement des participants au programme Patients pour la sécurité des patients du Canada est passé d'anecdotes ponctuelles à la participation active de 27 patients et leurs familles au Consortium national sur la sécurité des patients. Cet article montre comment ils se sont engagés dans une initiative de changement à grande échelle, tout en mettant de l'avant leur expérience et celle des organismes partenaires.

Commentaire : trois idées autour de la notion de « post-vention »

Allison Kooijman, Robin McGee et Robert Robson Écrit par deux anciennes patientes et un médecin, ce commentaire porte sur ce que les auteurs nomment la « post-vention », c'est-à-dire comment tabler sur l'expérience et l'apprentissage a posteriori des gens chez qui des interventions médicales auront mal tourné. Les auteurs identifient trois étapes à suivre en ce sens.

ÉVÉNEMENTS QUI NE DEVRAIENT **JAMAIS ARRIVER**

52 La sécurité des patients et les événements qui ne devraient jamais arriver: examen pancanadien

Hina Laeeque, Barb Farlow et Sandi Kossey En septembre 2015, l'organisme Qualité des services de santé Ontario et l'Institut canadien pour la sécurité des patients, de concert avec des patients et leurs familles, ont publié le rapport Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada. Il faut maintenant aller plus loin et encourager la collaboration entre les divers établissements, provinces et territoires pour favoriser l'apprentissage mutuel et prévenir les préjudices subis par les patients.

SÉCURITÉ DES MÉDICAMENTS

Donner la parole aux patients : cinq questions à poser au sujet de vos médicaments

Alice Watt, Maryann Murray, Donna Herold, Sylvia Hyland, Carolyn Hoffman et Mike Cass

L'article présente une initiative d'amélioration de la qualité qui vise à prévenir les échecs connus liés aux médicaments. Au départ, l'intervention consistait à élaborer et diffuser une « liste de contrôle » pour la sécurité des médicaments à l'intention des patients et des prestataires de services de santé. Cela a donné lieu aux directives « Cinq questions à poser au sujet de vos médicaments ». Le résultat témoigne de l'engagement de plus de 200 organisations à responsabiliser les patients au sujet de leurs médicaments.

MEILLEURES PRATIQUES POSTOPÉRATOIRES

77 Accélérer l'adoption des meilleures pratiques postopératoires au moyen de la récupération améliorée après chirurgie

Carla Williams, Claude Laflamme et Brian Penner La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) aide les patients à mieux se préparer à la chirurgie et à récupérer plus rapidement. L'article décrit comment les patients, les prestataires de services et les systèmes de santé ont collaboré pour créer des outils et des ressources fondés sur les données probantes les plus à jour. L'objectif est de favoriser l'adoption de ces pratiques exemplaires partout au Canada, afin

LEADERSHIP EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DE SOINS DE SANTÉ

d'améliorer les résultats et l'expérience des patients.

Ensemble de ressources à l'intention des directeurs généraux (DG) et des cadres supérieurs pour favoriser une culture propice à la sécurité des patients

Markirit Armutlu, Donna Davis, Alain Doucet, Annette Down, Dale Schierbeck et Polly Stevens

Les cadres supérieurs du secteur de la santé sont les principaux acteurs du changement et influenceurs pour mettre en place une culture organisationnelle propice à la sécurité des patients. En collaboration avec ses partenaires, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a mis au point un ensemble de ressources pour favoriser une culture de la sécurité des patients, à l'intention des DG et des hauts responsables des services de santé. Cet ensemble se base sur des pratiques fondées sur les donnée probantes, lesquelles doivent être appliquées collectivement afin d'établir et de maintenir une culture de la qualité et de la sécurité des soins.

Commentaire : apprendre à tenir compte de multiples perspectives

Scott W. Livingstone

Dans l'environnement complexe et adaptatif qu'est celui de la santé, il faut tenir compte de multiples perspectives. Il faut notamment reconnaître que la sécurité des patients ainsi que celle du personnel ou des médecins n'appartiennent pas à des sphères distinctes ni ne s'excluent mutuellement. Un environnement dit sécuritaire doit l'être pour tous.

SOINS À DOMICILE ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

106 Projets collaboratifs virtuels pour l'amélioration de la qualité des soins à domicile

Wayne Miller, Maaike Asselbergs, Jeanne Bank, Mike Cass, Virginia Flintoft et Nadine Henningsen

L'Institut canadien pour la sécurité des patients et l'Association canadienne de soins et services à domicile

ont organisé deux projets d'apprentissage visant à accroître la capacité d'amélioration de la qualité dans les soins à domicile. Partout au pays, des équipes ont renforcé leur capacité à mobiliser les patients et leurs familles, à atténuer et à prévenir les incidents liés aux soins à domicile, tels que les chutes, et à s'attaquer à des problèmes tels que l'amélioration des collaborations interprofessionnelles, du travail d'équipe et de la communication.

114 Commentaire : la sécurité des patients à domicile

Shirlee Sharkey et Helene Lacroix

Alors que de plus en plus de soins sont fournis à domicile, il est essentiel que les Canadiens se sentent en sécurité. Les soins à domicile comportent leur propre lot de risques pour les prestataires, les patients et les proches aidants. Ces risques concernent des facteurs physiques, environnementaux et sociaux. La sécurité des patients à la maison nécessite la collaboration avec les patients et leurs familles pour identifier, gérer et minimiser les risques autant que possible.

INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS DE SANTÉ

123 Mesure et surveillance des infections associées aux soins de santé : collaboration canadienne pour mieux comprendre l'ampleur du problème

Anne MacLaurin, Kanchana Amaratunga, Chantal Couris, Charles Frenette, Riccarda Galioto, Gerry Hansen, Jennifer Happe, Kim Neudorf, Linda Pelude, Caroline Quach et Suzanne Rhodenizer Rose

On estime que, chaque année, 220 000 patients canadiens hospitalisés développent une infection associée aux soins de santé (IASS) et que 8 000 d'entre eux en meurent. La mesure et la surveillance des IASS fournissent des données essentielles pour mieux comprendre l'ampleur du problème. Pourtant, il y a incohérence entre l'utilisation des normes de définitions de cas et les pratiques de surveillance des IASS, ce qui rend difficile l'établissement de points de repère et de cibles pour réduire le taux d'IASS dans les hôpitaux canadiens.

PERSPECTIVES D'AVENIR

132 Sécurité des patients : importance de la participation des patients

Linda Hughes

Malgré les efforts déployés dans le système de santé, il y a encore des incidents liés à la sécurité des patients. Une transformation au niveau du système sera nécessaire pour améliorer la sécurité. Les initiatives décrites dans ces articles donnent quelques idées sur la façon de mener à bien cette transformation. L'implication de patients et de citoyens intéressés à chaque étape du processus est un facteur de succès pour cette transformation.

Healthcare Quarterly

Guest Editors

Linda Hughes, BScN, MPA

Co-chair of Patients for Patient Safety Canada

Wendy Nicklin, R., BN, MSc(A), CHE, FACHE, FISQua, ICDD

President of the International Society for Quality in Health Care (ISQua)

Editorial Coordinators

Renee Misfeldt, PhD

Senior Program Manager, Canadian Patient Safety Institute

Laura Hamonic

Librarian, Canadian Patient Safety Institute

Editor-in-Chief

G. Ross Baker, PhD

Professor, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, Toronto, ON

Founding Editor-in-Chief

Peggy Leatt, BScN, MSHA, PhD

Professor and Chair Emeritus, Department of Health Policy and Management, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, NC

Review Editors

Steve Atkinson, Manager, Analytics and Special Projects, Canadian Institute for Health Information, Victoria, BC

Shirley Bryant, Program Consultant, Decision Support, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, ON

Rob Crawford, Crawford and Associates, Toronto, ON

Wynne de Jong, Chief Nurse Executive/ Director of Interprofessional Practice & Clinical Education, West Park Health Care Centre. Toronto, ON

Michael Heenan, Executive Lead, Health Transformation in Cabinet Office, Toronto, ON

Yasir Khalid, Manager, Patient Safety, CAMH, Toronto, ON

Annette V. Marcuzzi, Risk Specialist, Central LHIN, Markham, ON

Daniel Mastine, Policy Advisor, Canadian Medical Association, Ottawa, ON

Saul Melamed, Manager, Client Affairs Ontario, Canadian Institute for Health Information, Toronto, ON

Justin Saindon, Senior Project Manager, Digital Health Strategies, Southlake Regional Health Centre, Newmarket, ON

Anisa Shivji, Policy Advisor, Ontario College of Pharmacists, Toronto, ON

Cedomir (Chad) Tosevski, Planner, Scarborough and Rouge Hospital, Scarborough, ON

Rahim Valini, Associate Professor, University ofToronto, Toronto, ON

Virginia Waring, Program Consultant, Decision Support, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, ON

Editorial Director

Dianne Foster-Kent

E-mail: dkent@longwoods.com

Copy-Editing

Cenveo

Translator

Éric Bergeron

Proofreader

Nathalie Legros

Volume 22 Special Issue • 2020

Longwoods Publishing

Corporate Advisory Board

Peggy Leatt, Founding Editor-in-Chief, Professor and Chair Emeritus, Department of Health Policy and Management, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, NC

W. Anton Hart, Founding Publisher and Chairman (Retired), Longwoods Publishing, Toronto, ON

G. Ross Baker, PhD

Professor, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, Toronto, ON

Adalsteinn D. Brown, Dean for the Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, ON

Michael Guerriere, President and CEO, Extendicare Inc., Toronto, ON

Steven Lewis, President, Access Consulting Ltd., Saskatoon (temporarily in Melbourne, Australia): Adjunct Professor of Health Policy. Simon Fraser University, Burnaby, BC

Lynn Nagle, PhD, Assistant Professor, Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Toronto, ON

Judith Shamian, President Emeritus, International Council of Nurses, Geneva, CH

Jennifer Zelmer, BSc, MA, PhD, President and CEO, Canadian Foundation for Healthcare Improvement, Ottawa, ON

Publisher & CEO

Matthew Hart

E-mail: mhart@longwoods.com

Publisher & COO

Rebecca Hart E-mail: rhart@longwoods.com

Editorial Director

Dianne Foster-Kent

E-mail: dkent@longwoods.com

Associate Publisher, Careers & Web

Susan Hale

E-mail: shale@longwoods.com

Associate Publisher, Customer Service & Administration

Barbara Marshall

E-mail: bmarshall@longwoods.com

Editorial and Publishing Coordinator

Susmita Dey E-mail: sdey@longwoods.com

Design and Production

Antony F. Bickenson

E-mail: design@longwoods.com

Creative

Eric Hart

No liability for this journal's content shall be incurred by Longwoods Publishing Corporation™, the editors, the editorial advisory board or any

ISSN No. 1710-2774 eISSN No. 1929-6347 Publications Mail Agreement No. 40069375 © February 2020



How To Reach The Editors And Publishers

Telephone: 416-864-9667 Fax: 416-368-4443

Addresses

All mail should go to: Longwoods Publishing Corporation, 260 Adelaide Street East, No. 8, Toronto, Ontario M5A 1N1, Canada.

For deliveries to our studio: 54 Berkelev St., Suite 305, Toronto, Ontario M5A 2W4, Canada

Subscriptions

Individual subscription rates for one year are [C] \$108 for online only and [C] \$147 for print + online. Institutional subscription rates are [C] \$376 for online only and [C] \$580 for print + online. For subscriptions contact Barbara Marshall at 416-864-9667, ext. 100 or by e-mail at bmarshall@longwoods.com.

Subscriptions must be paid in advance. An additional HST/GST is payable on all Canadian transactions. Rates outside of Canada are in US dollars. Our HST/GST number is R138513668.

Subscribe Online

Go to www.healthcarequarterly.com and click on "Subscribe"

Reprints

Reprints can be ordered in lots of 100 or more. For reprint information call Barbara Marshall at 416-864-9667 or fax 416-368-4443, or e-mail to bmarshall@longwoods.com.

Return undeliverable Canadian addresses to: Circulation Department, Longwoods Publishing Corporation, 260 Adelaide Street East, No. 8, Toronto, Ontario M5A 1N1, Canada

To submit material or talk to our editors please contact Dianne Foster-Kent at 416-864-9667, ext. 106 or by e-mail at dkent@longwoods.com. Author guidelines are available online at www.longwoods.com/pages/hq-for-authors

Advertising

For advertising rates and inquiries, please contact Matthew Hart at 416-864-9667, ext. 113 or by e-mail at mhart@longwoods.com.

Publishing

To discuss supplements or other publishing issues contact Rebecca Hart at 416-864-9667, ext. 114 or by e-mail at rhart@longwoods.com.

Healthcare Quarterly is published four times per year by Longwoods Publishing Corp., 260 Adelaide St. East, No. 8, Toronto, ON M5A 1N1, Canada. Information contained in this publication has been compiled from sources believed to be reliable. While every effort has been made to ensure accuracy and completeness, these are not guaranteed. The views and opinions expressed are those of the individual contributors and do not necessarily represent an official opinion of Healthcare Quarterly or Longwoods Publishing Corporation. Readers are urged to consult their professional advisers prior to acting on the basis of material in this journal.

Healthcare Quarterly is indexed in the following: Pubmed/Medline, CINAHL, CSA (Cambridge), Ulrich's, IndexCopernicus, Scopus, ProQuest, Ebsco Discovery Service and is a partner of HINARI.

All articles in this issue are presented in both English and French

Patient Safety: We've Come a Long Way

Wendy Nicklin and Linda Hughes

atient safety has come a long way since the release of the 1999 Institute of Medicine report To Err Is Human. This report revealed the immense size of the problem of preventable adverse events - events that in the past we assumed were "just complications" occurring in the normal course of diagnosis and treatment. Simultaneously, shining the light on patient safety "took the lid off quality." Those of us involved in healthcare provision always had a commitment to providing high-quality care, yet the focus of many key stakeholders on the importance of high-quality healthcare had been limited. The focus tended to be disproportionately on the rising cost of healthcare rather than a balanced focus on quality. Now, we respect the imperative of achieving high-quality healthcare.

Although many commendable achievements have been realized to make healthcare safer, the pace has been too slow, and preventable adverse events continue. As Bates and Singh (2018) state: "Despite progress in hospital-acquired infections and medication safety, there remain substantial opportunities for improvement - far more than any individual organization can afford to test or adopt. Progress in the prevention of patient harms such as pressure ulcers, deep venous thrombosis & embolism, and falls has been variable, even though some effective solutions are available." Furthermore, "Never events continue to happen" (Care Quality Commission 2018).

Strategies to decrease risk continue to be identified and implemented globally, but in pockets. The scale, spread and

sustainability of these strategies is less than adequate. As we endeavour to address existing risks and challenges, the rising complexity of care from all angles introduces new risks. Vincent and Amalberti (2016) suggest that "[t]he combination of austerity, rising healthcare costs, rising standards and increased demand will place huge pressure on healthcare systems that will increase the likelihood of serious breakdowns in care. Innovations in the delivery of care in the home and community, while providing new benefits, will also create new forms of risk."

Within this reality, those making progress within their own programs, organizations or regions are to be commended. We acknowledge the strong commitment to improving the quality of healthcare and reducing risk. In spite of the many pressures and challenges of the healthcare environment, those involved in care provision (both directly and indirectly) are fully committed to providing high-quality and safe care. Measurable improvements in the safety of care are occurring, as noted in this special publication.

In the past 20 years, there has been an escalation in the awareness and acknowledgement of the importance of patient safety and high-quality healthcare. It has become embedded in our healthcare lexicon, in all healthcare strategic plans and at all levels, from government through to the point of care. This focus on patient safety, which may have been at risk of being the "flavour of the day," has truly taken hold.

Finally, we cannot have high-quality healthcare if it is not safe. Within this healthcare milieu - and we include prevention and promotion, as well as all sectors of health and social care within this – it is accepted that we must cultivate, nurture and sustain a culture of quality to enable strategies to improve quality and reduce risk to be effectively implemented.

This Special Issue of *Healthcare Quarterly* focusing on patient safety provides an overview of some key initiatives undertaken across Canada over the past few years. The concept of patients as partners permeates these initiatives. The varied sectors within which health and social care are provided are represented - from hospitals through to homecare. The articles demonstrate the successes of the National Patient Safety Consortium. The first paper, "National Patient Safety Consortium: Learning from Large-Scale Collaboration" (Kossey et al. 2020), describes how the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) brought together 50 stakeholders and 27 patients as partners in developing a national consortium to address patient safety issues. In collaboration, the members of the Consortium identified areas of focus, which are described in the articles in this issue.

The second paper (Kovacs Burns et al. 2020) describes how members of Patients for Patient Safety Canada (PFPSC) were meaningfully engaged in each of these safety improvement projects. "Patient Safety Never Events: Cross-Canada Checkup" (Laeeque et al. 2020) highlights the consensus achieved by multiple organizations to identify 15 never events that cause harm but can be avoided with the appropriate mechanisms in place. The paper is a call to action to prevent the occurrence of these events across Canada. "Empowering Patients to Start a Conversation: 5 Questions to Ask about Your Medications" (Herold et al. 2020) describes the development and the successes of the poster called "Five Questions to Ask," which empowers patients and the public to become more informed about the medications they are taking. The vision of Enhanced Recovery Canada regarding safety improvements and patient involvement related to surgery is the focus of the next paper (Williams et al. 2020). National and provincial partners developed a patient safety culture bundle for CEOs and senior leaders, which is described in the sixth paper (Armutlu et al. 2020). Homecare safety improvements through the use of virtual collaboratives are the focus of the seventh paper in this issue (Miller et al. 2020). The last paper describes the need for a standardized approach to measuring and monitoring healthcare-associated infections in Canada (MacLaurin et al. 2020).

Readers will be impressed with the progress made to date in these specific areas. The challenge remains for us to continue raising the bar on quality and safety. We are all up to this challenge and fully committed to continue to nurture existing proven safe practices and to identify, develop and implement new approaches. HQ

References

Armutlu, M., D. Davis, A. Doucet, A. Down, D. Schierbeck and P. Stevens. 2020. Patient Safety Culture Bundle for CEOs and Senior Leaders. Healthcare Quarterly 22(Special Issue): 82-88. doi:10.12927/ hcq.2020.26044.

Bates, D.W. and H. Singh. 2018. Two Decades Since To Err Is Human: An Assessment of Progress and Emerging Priorities in Patient Safety. Health Affairs 37(11): 1736-43. doi:10.1377/hlthaff.2018.0738.

Care Quality Commission. 2018. Opening the Door to Change: NHS Safety Culture and the Need for Transformation. Retrieved August 29, 2019. https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20181224_ openingthedoor_report.pdf>.

Herold, D., M. Murray, A. Watt, S. Hyland, C. Hoffman and M. Cass. 2020. Empowering Patients to Start a Conversation: 5 Questions to Ask about Your Medications. Healthcare Quarterly 22(Special Issue): 58–64. doi:10.12927/hcq.2020.26046.

Institute of Medicine. 1999. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press.

Kossey, S., C. Power, L. Thomson, K. Morris, S. Maloney, L. Fairclough et al. 2020. National Patient Safety Consortium: Learning from Large-Scale Collaboration. Healthcare Quarterly 22(Special Issue): 10-18. doi:10.12927/hcq.2020.26050.

Kovacs Burns, K., D. Davis, I. Popescu, H. Laeeque, S. Kossey and R. Misfeldt. 2020. Patient Engagement in a Large-Scale Change Initiative: "As Safe as Possible, as Soon as Possible." Healthcare Quarterly 22(Special Issue): 27-33. doi:10.12927/hcq.2020.26049.

Laeeque, H., B. Farlow and S. Kossey. 2020. Patient Safety Never Events: Cross-Canada Checkup. *Healthcare Quarterly* 22(Special Issue): 46-51. doi:10.12927/hcq.2020.26047.

MacLaurin, A., K. Amaratunga, C. Couris, C. Frenette, R. Galioto, G. Hansen et al. 2020. Measuring and Monitoring Healthcare-Associated Infections: A Canadian Collaboration to Better Understand the Magnitude of the Problem. *Healthcare Quarterly* 22(Special Issue): 116-22. doi:10.12927/hcq.2020.26040.

Miller, W., M. Asselbergs, J. Bank, M. Cass, V. Flintoft and N. Henningsen. 2020. Homecare Safety Virtual Quality Improvement Collaboratives. Healthcare Quarterly 22(Special Issue): 100-105. doi:10.12927/hcq.2020.26042.

Vincent, C. and R. Amalberti. 2016. Safer Healthcare, Strategies for the Real World. Cham, Switzerland: Springer Open.

Williams, C., C. Laflamme and B. Penner. 2020. Accelerating Post-Surgical Best Practices Using Enhanced Recovery After Surgery. Healthcare Quarterly 22(Special Issue): 72–76. doi:10.12927/hcq.2020.26045.

About the Authors

Wendy Nicklin is currently president of the International Society for Quality in Health Care (ISQua), a board member of the Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC), a board member of Hospice Care Ottawa and a member of the Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools (CACMS).

Linda Hughes, BScN, MPA, is a retired nurse educator and administrator. She has been involved in the past on several healthcare boards. She is currently the co-chair of Patients for Patient Safety Canada (PFPSC) and has been a member of the program since 2013. Linda was involved with the National Consortium as a patient participant in the development of the Five Questions to Ask about Your Medications.

La sécurité des patients : des progrès encourageants

Wendy Nicklin et Linda Hughes

epuis la publication, par l'Institute of Medicine, du rapport intitulé To Err is Human, en 1999, beaucoup de choses ont été accomplies en matière de sécurité des patients. Ce rapport avait soulevé toute l'ampleur du problème des événements indésirables évitables - événements qui, par le passé, étaient considérés comme des complications inhérentes au cours normal du diagnostic et du traitement. Simultanément, le fait de mettre l'accent sur la sécurité des patients a permis de découvrir des lacunes au niveau de la qualité. Ceux qui prodiguent les soins de santé ont toujours eu à cœur d'assurer des soins de haute qualité, or plusieurs intervenants n'accordaient pas assez d'attention à l'importance de la qualité des services de santé. On portait trop attention à l'augmentation des coûts de santé au détriment d'un objectif équilibré qui inclurait la question de la qualité. Tous reconnaissent maintenant l'importance de soins de santé de haute qualité.

Bien que plusieurs accomplissements notoires aient été réalisés pour rendre les soins de santé encore plus sécuritaires, le rythme d'implantation est trop lent et des événements indésirables évitables se produisent encore. Comme Bates et Singh (2018) le mentionnent : « Malgré les progrès accomplis dans la prévention des infections nosocomiales, et malgré les avancées en matière de sécurité des médicaments, il reste encore beaucoup de choses à améliorer - et cela va plus loin que ce qu'une seule organisation pourrait se permettre de tester

ou d'adopter. Les progrès dans la prévention des préjudices aux patients - comme les escarres, les thromboses veineuses profondes, les embolies ou les chutes - demeurent mitigés, bien qu'il existe des solutions efficaces. » Par ailleurs, on rappelle que « les événements qui ne devraient jamais arriver continuent pourtant de se produire » (Care Quality Commission 2018).

On continue globalement de développer et de mettre en œuvre des stratégies pour réduire les risques, mais cela se fait de façon ponctuelle. L'étendue, la portée et la durabilité des stratégies sont loin d'être adéquates. À mesure que les solutions se présentent, l'augmentation de la complexité des soins dans toutes leurs dimensions introduit de nouveaux risques. Vincent et Amalberti (2016) font voir que « la combinaison des mesures d'austérité, de l'augmentation des coûts, du rehaussement des standards et de l'accroissement de la demande exercera une pression énorme sur les systèmes de santé à même d'augmenter la possibilité de perturbations majeures dans les soins. Les innovations dans la prestation de soins à domicile et dans la communauté apporteront certes de nouveaux bénéfices mais créeront aussi de nouvelles formes de risques. »

Dans ce contexte, ceux qui marquent des progrès dans leur programme, organisation ou région sont à féliciter. Nous prenons acte d'un engagement sans équivoque envers l'amélioration de la qualité des soins de santé et la réduction des risques associés. Malgré les nombreux défis et les pressions que subit le milieu de la santé, les divers acteurs de la prestation des services (tant ceux impliqués directement qu'indirectement) sont résolus à fournir des soins de santé sécuritaires de haute qualité. Des améliorations quantifiables en matière de sécurité des soins sont observables, comme le souligne ce numéro spécial.

Depuis 20 ans, il y a de plus en plus de sensibilisation et de reconnaissance quant à l'importance de la sécurité des patients et de la qualité des soins. Cela s'est inscrit dans notre jargon professionnel, dans nos plans stratégiques et à tous les niveaux – des gouvernements jusqu'aux points d'intervention. Cet accent sur la sécurité des patients, qui n'aurait pu devenir qu'une autre expression au goût du jour, a réellement pris racine.

Enfin, on ne peut prétendre à des soins de haute qualité s'ils ne sont pas sécuritaires. Dans le milieu de la santé - et cela inclus la prévention, la promotion ainsi que l'ensemble des secteurs de la santé et des services sociaux - il faut cultiver, entretenir et préserver une culture de la qualité qui favorise l'implantation de stratégies visant l'amélioration de la qualité et la réduction des risques.

Ce numéro spécial de *Healthcare Quarterly* dédié à la sécurité des patients donne un aperçu d'initiatives entreprises au Canada ces dernières années. La notion du patient en tant que partenaire est toujours au cœur de ces initiatives. Les divers secteurs des services de santé et sociaux y sont représentés des hôpitaux aux soins à domicile. Les articles présentent les initiatives du Consortium national sur la sécurité des patients. Le premier article, « Consortium national sur la sécurité des patients : les enseignements d'une collaboration à grande échelle » (Kossey et coll. 2020), décrit comment l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a réuni 50 intervenants et 27 patients partenaires pour développer un consortium national afin de faire face aux problème en matière de sécurité des patients. En collaboration, les membres du Consortium ont identifié les domaines d'intervention, qui sont décrits dans les articles du présent numéro.

Le deuxième article (Kovacs Burns et coll. 2020) décrit comment les membres du regroupement Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC) ont été impliqués dans chacun des projets d'amélioration. Puis vient l'article « La sécurité des patients et les événements qui ne devraient jamais arriver: examen pancanadien » (Laeeque et coll. 2020) qui met en lumière le consensus atteint par plusieurs organisations pour identifier 15 types de préjudices qui pourraient être évités si les mécanismes appropriés étaient en place. Cet article constitue un appel à l'action pour contrer ce type d'événements partout au Canada. Ensuite, l'article « Donner la parole aux patients : cinq questions à poser au sujet de vos médicaments » (Herold et coll. 2020) décrit le développement et le succès de l'affiche « Cinq questions à poser ». Cette affiche incite les patients et le public à mieux se renseigner sur les médicaments qu'ils prennent. L'article suivant (Williams et coll. 2020) porte sur la vision du programme Récupération optimisée Canada, qui vise les améliorations en matière de sécurité des patients et leur rôle dans le contexte des chirurgies. Le sixième article (Armutlu et coll. 2020) présente le travail de partenaires nationaux et provinciaux qui ont mis au point un ensemble de ressources, à l'intention des directeurs généraux et des cadres supérieurs des organismes de santé, pour favoriser une culture organisationnelle propice à la sécurité des patients. Le septième article du présent numéro (Miller et coll. 2020) porte quant à lui sur l'amélioration des services d'aide à domicile au moyen de projets collaboratifs virtuels. Le dernier article s'attarde au besoin d'une approche normalisée pour la mesure et le suivi des infections associées aux soins de santé au Canada (MacLaurin et coll. 2020).

Les lecteurs seront certainement impressionnés par les progrès effectués dans ces secteurs. Restera toujours le défi de continuer à hausser les exigences en matière de qualité et de sécurité. Nous sommes prêts à relever le défi et nous nous engageons à encourager les pratiques en place qui se sont avérées efficaces et à mettre en œuvre de nouvelles approches. HQ

Références

Veuillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (p. 7).

A propos des auteures

Wendy Nicklin est présidente d'International Society for Quality in Health Care (ISQua), membre du conseil de Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC), membre du conseil de la Maison des soins palliatifs d'Ottawa et membre du Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC).

Linda Hughes, B.Sc.inf., M.A.P., est infirmière enseignante et administratrice à la retraite. Elle a siégé sur plusieurs conseils du secteur de la santé. Elle est actuellement coprésidente de Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC) dont elle est membre depuis 2013. Elle a été membre du Consortium national en tant que patiente participant à la création des Cinq questions à poser au sujet de vos médicaments.

National Patient Safety Consortium: Learning from Large-Scale Collaboration

Sandi Kossey, Chris Power, Leslee Thomson, Kathleen Morris, Shelagh Maloney, Lee Fairclough, Deborah Prowse and Hina Laeeque

Abstract

From 2014 to 2018, the Canadian Patient Safety Institute brought together key partners and established the National Patient Safety Consortium to drive a shared action plan for safer healthcare. With ongoing consensus development on key priorities, an unprecedented level of collaboration and shared leadership with diverse stakeholders and patients and families as full partners, the Consortium and its Integrated Patient Safety Action Plan built a culture of engagement and improvement across Canada.

National Leadership through a National Patient Safety Consortium

Established by Health Canada in 2003, the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) works with governments, health organizations, leaders, healthcare providers and patients to inspire extraordinary improvement in patient safety and healthcare quality (CPSI 2018). In 2013, CPSI made a commitment to deliver on its original mandate: to establish a national integrated patient safety strategy (Wade et al. 2002). CPSI and its members felt that the climate and the time were right to bring together key stakeholders in Canadian healthcare to focus on some of the biggest patient safety challenges and align their work around common goals.

In CPSI's view, it was essential to start with creating a coalition of willing participants, knowing that any effort to drive

real change in safety would have to be much bigger than one organization could manage and could not succeed if it were seen to be solely one organization's agenda. It would require commitment from multiple levels and organizations to enable the synergy and coordination needed to accelerate the pace of improvement. Thus, from 2014 to 2018, CPSI and partners established the National Patient Safety Consortium to drive a shared action plan for safer healthcare.

The National Patient Safety Consortium was composed of 50 organizations from across Canada that came together around a shared purpose: to drive a shared action plan for safer healthcare for Canadians. Representatives from governments (federal, provincial and territorial), provincial quality and safety organizations and committees (e.g., Health Quality Council of Alberta, Health Quality Ontario, Atlantic Health Quality and Patient Safety Collaborative), pan-Canadian organizations (e.g., Accreditation Canada, Canadian Institute for Health Information, Canada Health Infoway, Mental Health Commission of Canada), healthcare delivery systems (e.g., Alberta Health Services, University Health Network, Health PEI), professional groups (e.g., Canadian Nurses Association, Canadian Medical Protective Association, Canadian Society of Hospital Pharmacists, IPAC Canada) and patient and family partners (e.g., Patients for Patient Safety Canada, Patients Canada) comprised the Consortium. Drawing from evidence

and with extensive consultation, CPSI identified initial areas of focus (surgical care safety, medication safety, homecare safety and infection prevention and control), with patient safety education being a foundational underpinning to advancing patient safety improvement in all of these areas.

The outcomes of the Consortium and its Integrated Patient Safety Action Plan include medication safety communication tools for patients and their providers (Institute for Safe Medication Practices Canada et al. 2016), a call to action on never events reporting and learning (CPSI 2015a), a leadership culture bundle (CPSI et al. 2018), tools for engaging patients (Patient Engagement Action Team 2017) and many more. The National Patient Safety Consortium successfully used the collective impact model and has been called an "exemplar" in collective impact through independent evaluation (Vision & Results Inc. 2018).

The following papers in this Special Issue of Healthcare Quarterly highlight some of the key actions emerging from this large-scale transformational change agenda with the ambitious aim of realizing safer healthcare in Canada.

Patient Safety: A Growing Public Health Crisis

Patients expect and deserve high-quality healthcare. First and foremost, care should be safe. Yet despite the best efforts of many, the frequency of patient safety incidents remains alarmingly high in Canada. If we continue at this rate, over the next 30 years, 12.1 million people will be harmed by the healthcare system intended to heal them and 1.2 million may, in fact, lose their lives to a preventable patient safety incident (RiskAnalytica 2017). System-level transformational change is required to reduce these estimates and to realize the best possible outcomes and experiences for the patients who are served by Canadian healthcare systems. Patient safety remains an urgent system issue in need of coordinated national attention. We have a moral and ethical imperative to improve.

To address this growing public health crisis, there is tremendous activity focused on patient safety around the globe (Baker 2015; National Patient Safety Foundation 2015; Slawomirski et al. 2017; Yu et al. 2016). No region, health system or country has cracked the code, and experts agree that there is no silver bullet. Yet there is much we can learn from the efforts other countries have made to improve. Despite different national contexts, there are some common lessons. Scotland, Denmark and the US are notable examples where robust national healthcare quality strategies are anchored and driven by a constant, unrelenting focus on patient safety as the primary driver impacting the outcomes and approach to improvement for all other quality dimensions (CPSI 2015b; Slawomirski et al. 2017). The experiences of these and other countries have shown that widespread improvement requires political will, the commitment of governments, passionate and courageous leadership and system alignment and coordination, with patients at the centre of all efforts.

Although we can learn from other countries, many around the world look to and learn from Canada's efforts and many strengths. We have numerous national and provincial organizations and committees that dedicate all or part of their mandate to quality and patient safety. These diverse players work toward improving the health and safety of Canadians within their respective roles. However, there are challenges with collectively sharing their expertise and working together to create a common vision of safer care for all. Given the context and complexities of Canada's health systems, establishing pan-Canadian commitment to patient safety improvement requires a different theory and model for change - one that values collaboration, shared leadership and patients as full partners.

It was a coalition of the willing, where members voluntarily shared their expertise and their efforts to work together toward a shared vision of safer healthcare in Canada.

Why a Consortium?

The Consortium was a national call to action for patient safety - a large-scale change initiative based on the collective impact of more than 50 healthcare organizations, including governments, professional groups, patients and families, health service delivery organizations, regulators, educators and national and provincial agencies and associations. It was a coalition of the willing, where members voluntarily shared their expertise and their efforts to work together toward a shared vision of safer healthcare in Canada. The vision was clear, but like all things in healthcare, the path was complex and complicated. It required constant and ongoing adaptability, flexibility, iteration and negotiation to achieve consensus on priorities and processes and, most importantly, to achieve momentum and impact. The journey itself was as important as the outcomes to secure and maintain the engagement of the Consortium.

CPSI faced an important first step in engaging partners to commit to the journey, and the importance of "table setting" must be underscored. Table setting was an important part of building awareness, interest and even curiosity about what was set out to do when CPSI convened the National Patient Safety Consortium. Early and ongoing engagement was iterative but undoubtedly essential for building the coalition, including informal conversations and consultations with many leaders and patient safety experts even before the "work" started. An early meeting with key stakeholders (including the Canadian Institute for Health Information, Accreditation Canada, the Canadian Medical Protective Association, and the Healthcare Insurance Reciprocal of Canada) was held prior to convening the first official meeting of the Consortium to gather intelligence,

seek feedback and see if the initiative was on the right track, and discussions took place with international counterparts embarking on a similar path of nationwide collaboration for patient safety and quality (Australia, the US and the UK).

The inaugural meeting of the National Patient Safety Consortium was held in January 2014, but many months of work had been done before that important day to set the table for the discussions and work to come. An international scan and analysis of national patient safety and quality strategies were conducted to consider the structure and processes that could be employed to establish a national strategy for Canada (CPSI 2015b; CPSI and National Patient Safety Consortium 2015). Change theories (Kaplan and Norton 2008; Kotter 2018; Perla et al. 2013) and models for large-scale transformation initiatives (Bevan et al. 2011; Boaden et al. 2009; Finney 2013; McCannon et al. 2008; National Health Service 2013; World Health Organization Europe 2008) and collective impact (Collective Impact Forum 2014, 2016; Hanleybrown et al. 2012; Turner et al. 2012) for social impact and sustained improvement were reviewed and borrowed heavily from to develop and continually refine the plans.

Drawing from available patient safety evidence and experience and with extensive consultation across the country and around the world, CPSI identified four initial areas of focus: surgical care safety, medication safety, infection prevention and control, and homecare safety. These were high-risk priority areas that were determined through consensus to have a significant and unquestionable impact on quality, cost and injury burden. Key stakeholders were engaged early, and their input was important as the proposed Consortium needed to create value for the organizations if they were to contribute. Co-development and shared leadership were established as key principles from the outset.

Getting to consensus, getting to action

The first convening of the Consortium validated and affirmed the four initial areas of focus presented by CPSI. The participants agreed to come together, with a willingness to align collective efforts around common goals for patient safety, and collectively agreed that they did not want their shared efforts to be yet another national strategy, framework or report to sit on a shelf. They wanted traction and momentum, agreeing that "now is the time for action." The Consortium developed its own action plan at that meeting:

The vision that emerged was of a consortium working together in fluid ways ... They wanted action by a patient safety movement that would continue to grow and gain momentum. The power of the consortium was viewed as an opportunity to mobilize on common goals and actions, and report on progress to demonstrate system improvement in patient safety. (CPSI 2014: 4)

The participants wanted to begin to make a measurable and meaningful difference for patients in the priority areas the Consortium would focus on. The concept of an integrated patient safety action plan was conceived, and CPSI was tasked by the Consortium to convene meetings for each focus area to identify and build consensus around priority goals and actions. The invitational stakeholder roundtable meetings and summits were held over 18 months specific to each area of focus. A scan and a report were prepared and circulated to participants, and a survey was conducted in advance of each meeting to begin to identify the initial priority goals. At the meeting, experts shared information and the survey results were discussed and validated. A meeting facilitator used a consensus approach - world café and modified Delphi voting - to confirm the stakeholders' main priorities. Each meeting resulted in the development of an action plan with the active involvement of meeting participants.

The draft plans were shared after the meetings and validated by participants to ensure that the priorities resonated, organizations were identified to take on leadership for executing the actions and partners were confirmed (totalling more than 100 organizations across all plans). Through a consensus of 290 individuals who attended the invitational meetings, the Integrated Patient Safety Action Plan was the key outcome that combined and integrated all the actions developed as the collaborative result of proceedings at the Consortium, Surgical Care Safety Summit, Medication Safety Summit, Home Care Safety Roundtable, Infection Prevention and Control Summit and Patient Safety Education Roundtable.

Getting people to the table was the easy part. Getting to action with such ambitious plans could pose a challenge. Establishing consensus on a vision, a shared purpose, principles, priorities, structures and processes was still needed. Networks cannot be imposed; they are emergent and fluid, and they evolve (Milward and Provan 2006; Surman and Surman 2008; Tholl 2014). It needed to be explicitly recognized and respected that the organizations, associations and groups that came together brought with them different cultures and different sets of priorities. This work was all about unprecedented collaboration, avoiding competition and duplication and aligning and leveraging resources and efforts to provide some of the foundational supports and infrastructure and practical tools that could be spread across the country. The work could not be viewed as "yet another initiative"; it needed to create value for participants and their stakeholders and ultimately reduce the chaos, confusion and subsequent burden on the healthcare system when it comes to patient safety and healthcare quality. Deep and reflective listening and validation by all members were the basis for ongoing consensus development. Principle-based discussions and decision-making were also required.

A shared purpose, a shared vision

Shared purpose is a common thread in successful change programs (Gifford et al. 2012), and organizations and change initiatives with a strong shared purpose consistently outperform those without one (Boury at al. 2013). As frequently stated by Helen Bevan, NHS England's iconic change agent, "[Shared] purpose goes way deeper than vision and mission; it goes right into your gut and taps some part of your primal self. I believe that if you can bring people with similar primal-purposes together and get them all marching in the same direction, amazing things can be achieved" (2013: 36).

Through deep discussions, deliberation and rounds of wordsmithing and editing, a shared purpose was developed with the members of the Consortium. Shared purpose is the centre of the NHS England Change Model (Bevan et al. 2011). This model and philosophical lens were presented, recognizing that everyone brought different perspectives to the table. The shared purpose had to resonate with all, not just the "usual suspects." It could not just be about making CPSI's vision the Consortium's vision. Not surprisingly, Consortium members had a high level of interest in developing the purpose statement. It was important to them to commit to a bigger purpose rather than an initiative led by one organization. Together, the Consortium committed to a shared purpose "to drive a shared action plan for safer healthcare for Canadians." This shared purpose became the basis for how the initiative would evaluate its progress and impact.

To support the shared purpose, the Consortium stated that it needed to identify a set of guiding principles for the action plan to foster collaboration and promote alignment. The shared purpose and these principles provided the "true north" and were consistent throughout the length of the initiative:

- Patients and families as partners
- Unprecedented collaboration
- · Mobilization on common goals and actions
- Transparency of actions and results
- Accountability to patients, families, partner organizations and stakeholders
- Commitment to improved quality of care
- Targeted and strategic communications
- Ongoing evaluation of the Integrated Patient Safety Action Plan

Form Follows Function

The Consortium had to take its shared purpose and translate it into a plan of action. At its second meeting in November 2014, the Consortium felt that some structures and processes were needed to support progress and to maintain shared leadership and commitment to ensure collaboration across the action plan. At this meeting, participants turned to CPSI and stated, "If not

you, then who?," and CPSI was appointed as the secretariat or coordinating body of the Consortium. The direction given to CPSI was clear: the Consortium wanted action and not just words, mobilization on shared goals, frequent communication and a demonstration of impact. A governance structure to meet these objectives needed to be affirmed and resourced. The literature and experience around collective impact were once again used as the basis (Figure 1).

Over 2015, the governance model was put in place. CPSI served as the coordinating body, a steering committee was established, an advisory communications group began implementing a strategic communications plan and an evaluation action team developed a logic model and evaluation plan. Leads groups for each area of focus were established to review progress, barriers and enablers to advancing the respective action plans. Action teams were struck to operationalize individual actions.

The mandate of the steering committee was to assess the ongoing alignment with the purpose of the Consortium "to drive a shared action plan for safer healthcare for Canadians" and its guiding principles and to serve as the oversight and decision-making body on behalf of Consortium participants. Members were confirmed by the Consortium, and patients were engaged as full partners at all levels of governance.

The Consortium agreed to the structures and processes to support the action plan (Figure 2). The structure was a shared leadership model focusing on collaboration, with patients and families participating at all levels. There are key considerations for successful shared governance models, particularly those with distributed leadership at many levels (Campbell 2006; O'Toole 1997; Surman and Surman 2008): the leads groups had overall responsibility for the action plan in their respective areas of focus, and leadership was needed at the action team level, where the real work was done to make the actions reality. Provincial and territorial deputy ministers of health were being kept apprised of the developments by CPSI and expressed support in principle. They also formally requested a seat at the steering committee, which was welcomed by the Consortium.

Structure plus Process Equals Outcome

By the third meeting of the Consortium in September 2015, structural elements were put in place and refined, and progress on the action plan was well on track. CPSI was providing the necessary infrastructure and support as the collective impact "backbone," a resource-intensive and necessary role. The plan had truly fostered unprecedented levels of collaboration among the hundreds of organizations and health system leaders and 27 patient/family representatives — a tremendous accomplishment in the face of many competing priorities. Progress against expected targets for each of the action plans was regularly reviewed and shared, and leads groups were regularly meeting to review priorities and opportunities for greater alignment. The

FIGURE 1. **National Patient Safety Consortium**

NATIONAL PATIENT SAFETY CONSORTIUM

Purpose: To drive a shared action plan for safer healthcare for Canadians.



Outcome: Safer healthcare in Canada.

Consortium also made sure to celebrate its milestones and collective accomplishments. This spirit, as well as the guiding principles, perhaps helped provide the intrinsic impetus to maintain momentum and the commitment of the coalition members. Although reporting on the remarkable progress was important, the meaningful measurement of the process, outcome and impact was equally important to the Consortium. The Consortium had come far in a short time; thus, evaluating the initiative was critical:

Measurement is foundational to advancing improvement. It helps clarify goals, establish a shared sense of purpose, and confirm that organizations are heading in the right direction over time. However, measurement also carries the potential for unintended negative effects. Inaccurate measurement obscures the true state of affairs, leading either to ill-advised complacency or efforts disproportionately targeted on minor problems. (National Patient Safety Foundation 2015: 18)

Given the complexity of the structure, process and ambitious intended outcome, as well as the ebb and flow of participant involvement sometimes changing over the four years, evaluating the Consortium and the action plan would be a complex undertaking. The work had been iterative, organic and evolving, so the evaluation similarly needed to be flexible and adaptive.

Collective action, collective evaluation

One of the guiding principles was ongoing evaluation of the Integrated Patient Safety Action Plan. Volunteers from 18 Consortium participant organizations, including patient partners, came together as an evaluation action team to develop an extensive logic model and evaluation framework and engaged an independent consultant to implement the evaluation plan. It was easy to concur that using the collective impact framework for measurement was the right model for this evaluation and that securing an independent expert to provide objectivity was the right thing to do. The purpose was not just about measuring outputs

or outcomes; it was equally important to evaluate the processes and the collaboration (Preskill et al. 2014). Of course, progress needed to be demonstrated against goals and the achievement of outputs and outcomes to funders, members and, most importantly, patients and their families. However, it was about more than that; it was about evaluating and making sense of that progress.

The evaluation plan included four key questions:

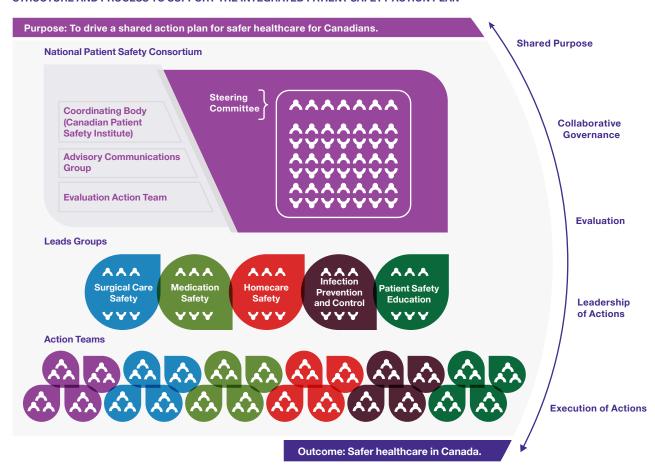
- 1. How do we collaborate? This evaluation domain will investigate the Consortium's capacity for and approach to effective collaboration. This domain uses the collective impact lens to examine how participating organizations interact and collaborate and how these collaborations enable the actions set forth by the action plan.
- 2. What has been done? This evaluation domain will investigate the execution of the actions set forth by the action plan and to what extent the outputs of those actions are used by players in the healthcare community.

- 3. How well is it working? This evaluation domain will investigate the achievement of the goals set forth by the action plan and how meeting the goals facilitates an overall increase in system capacity to coordinate and improve patient safety.
- 4. *Is it making a difference?* This evaluation domain will investigate the impact the Consortium has on patient safety through the implementation of the action plan over time.

The evaluation included document review, key informant interviews, focus groups and an online survey. The external evaluators worked closely with the evaluation action team to coordinate evaluation activities, review and approve the evaluation methodology and tools and review and deepen early, interim and final findings and recommendations.

At the conclusion of the action plan and Consortium in 2018, the findings and recommendations from the evaluation were shared and celebrated with the hundreds of individuals

FIGURE 2. Structure and process to support the Integrated Patient Safety Action Plan STRUCTURE AND PROCESS TO SUPPORT THE INTEGRATED PATIENT SAFETY ACTION PLAN



and organizations that participated in the four-year initiative (Vision & Results Inc. 2018). Participation in the Integrated Patient Safety Action Plan from 2014 to 2018 grew to over 100 organizations, and the majority of the actions were completed. Eleven in-person meetings were held, involving 270 leaders and 27 patient and family members.

Among many other highlights, the evaluation found that "... the National Patient Safety Consortium modelled partnering with patients to improve patient safety; members of Patients for Patient Safety Canada were involved in every aspect of the National Patient Safety Consortium and Integrated Patient Safety Action Plan - from the formulation of strategies and action plans to participating as equal team members" (Vision & Results Inc. 2018). This work is receiving international attention for once again shining a spotlight on patient safety in Canada and the world and its focus on meaningful collaboration, particularly with the degree of patient involvement.

Lessons Learned: Sustaining and Strengthening Commitment for Patient Safety

The National Patient Safety Consortium and Integrated Patient Safety Action Plan resulted in unprecedented collaboration, policy and practice change and improved experiences for patients and providers across Canada. The action plan aimed to not only help make healthcare safer but also to change the way the health system thinks about patient safety and the way it approaches patient safety problems. Through its collective efforts, the Consortium evaluated its progress and the journey, how organizations were working together and if it was making a difference. And it did make a difference. However, moving from a focus on patient safety as an "initiative" or a "project" completed by a few to a shared accountability shared by all is the system-level cultural shift that Canada will need to strive to achieve going forward.

Participants recognized CPSI's significant role in orchestrating a large-scale initiative of this magnitude. As a national improvement organization, CPSI embraced this supportive leadership role; it serves its mandate by continuing to build patient safety improvement capability and capacity among health system partners so that they may, in turn, effectively assume their respective shared leadership roles for safer healthcare in Canada. Patients and family members also played an essential leadership role. Many organizations did not have experience partnering with patient advisors and gained greater comfort and capacity for engaging patients and families in their own work and greater prioritization for empowering patients with the resources and tools to effect change themselves.

Lessons learned include the importance of all partners developing a shared purpose and guiding principles as a "true north," the need for ongoing and targeted communication to increase spread, a greater focus on shared measures to sustain and generate additional momentum, continuing to refine and choose actions with the greatest impact and letting go of some and involving more front-line providers and leaders in the work. These priorities were identified as needed to ensure a sustained long-term focus and commitment to patient safety improvement in all sectors and at all levels of the health system. Learning from its important investments in the Consortium, CPSI will continue to support ongoing knowledge translation and the implementation and evaluation of several action plan outputs prioritized at the last Consortium meeting in October 2017. CPSI will also continue to engage in evaluating findings and the evidence and impact achieved by the many partners working together to achieve safer healthcare in Canada (fifth meeting report) (CPSI 2017). CPSI has also incorporated lessons learned and outputs achieved through the Consortium to advance its bold new strategy, Patient Safety Right Now, which positions the organization to lead system strategies to ensure safe healthcare by demonstrating what works and strengthening the commitment of everyone with a role in healthcare safety: policy makers, leaders, healthcare providers and patients and the public (CPSI 2018).

The National Patient Safety Consortium and its Integrated Patient Safety Action Plan are an example of true collective impact. The action plan harnessed the energy of many organizations to focus improvement efforts on patient safety; the Consortium reaffirmed patient safety as a priority across all health systems and a growing social cause in Canada. The work showed that large-scale collaboration is transformational. The Consortium and action plan changed the way people work, the way they are collaborating. The initiative has changed the patient safety culture at a system level in Canada, ultimately benefitting the patients and families we serve. HQ

References

Baker, G.R. 2015, November 9. Beyond the Quick Fix: Strategies for Improving Patient Safety. Toronto, ON: Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto. Retrieved July 8, 2019. https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2015/11/ Beyond-the-Quick-Fix-Baker-2015.pdf>.

Bevan, H. 2013, March. *Unleashing Energy for Change*. Presented at the NHS Change Day 2013. Retrieved July 8, 2019. <a href="https://www. slideshare.net/NHSChangeDay/unleashing-energy-for-change-helen-

Bevan, H., P. Plsek and L. Winstanley. 2011. Part 1: Leading Large-Scale Change: A Practical Guide. Coventry, UK: NHS Institute for Innovation and Improvement. Retrieved July 8, 2019. https://www.england.nhs. uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2011/06/Leading-Large-Scale-Change-Part-1.pdf>.

Boaden, R., G. Harvey, C. Hannibal and N. Proudlove. 2009. Quality *Improvement: Theory and Practice in Healthcare.* Retrieved July 8, 2019. https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/quality- improvement-theory-practice-in-healthcare/>.

Boury, D., D. Lucy, A. Sinclair and C. Jackson. 2013, February. *The Management Agenda 2013*. West Sussex, UK: Roffey Park Institute. Retrieved July 8, 2019. https://www.roffeypark.com/wp-content/uploads2/The-Management-Agenda-2013-with-covers1.pdf>.

Campbell, M.M. 2006. In Search of a Best Practice Model for the Hospital-Foundation Relationship. *AHP Journal* (Fall): 8–23.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2014. Forward with Patient Safety: Commitment Through Action. National Patient Safety Consortium. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 8, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/PatientSafetyForwardWith4/Documents/Forward%20with%20Patient%20Safety_Commitment%20through%20Action.pdf.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2015a. Never Events for Hospital Care in Canada: Safer Care for Patients. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 8, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/NeverEvents/Documents/Never%20Events%20 for%20Hospital%20Care%20in%20Canada.pdf>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2015b. *Patient Safety and Quality Strategies: An International Environmental Scan*. Edmonton, AB: Author.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2017. National Patient Safety Consortium & Leads Meeting. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 8, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/PatientSafetyForwardWith4/Documents/Forward%20With%20Four%20Consortium%20Report%202017.pdf.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2018. Patient Safety Right Now: Canadian Patient Safety Institute 2018 – 2023 Business Plan. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 8, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Patient-Safety-Right-Now/Documents/2018-2023%20Business%20Plan.pdf.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI), Canadian College of Health Leaders, HealthCareCAN and Healthcare Insurance Reciprocal of Canada. 2018, January. *Patient Safety Culture "Bundle" for CEOs/Senior Leaders*. Edmonton, AB: CPSI. Retrieved July 8, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Patient-Safety-Culture-Bundle/Pages/default.aspx».

Canadian Patient Safety Institute (CPSI) and National Patient Safety Institute. 2015. *Patient Safety and Quality Priorities for Consortium Participants*. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 8, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Patient-Safety-Quality-Priorities-Snap-Shot/Pages/default.aspx.

Collective Impact Forum. 2014. Collective Insights on Collective Impact. *Stanford Social Innovation Review.* Retrieved July 8, 2019. https://www.collectiveimpactforum.org/resources/collective-insights-collective-impact.

Collective Impact Forum. 2016. Collective Impact Principles of Practice. Retrieved July 8, 2019. https://www.collectiveimpactforum.org/sites/default/files/Collective%20Impact%20Principles%20of%20Practice.pdf.

Finney, L. 2013. Our Shared Purpose – A Practical Guide. National Health Service. Horsham, UK: Roffey Park Institute. Retrieved July 8, 2019. http://ihpme.webservices.utoronto.ca/Assets/IHPME/hpme/events/bevan/bevan-practcal-guide.pdf.

Gifford, J., D. Boury, L. Finney, V. Garrow, C. Hatcher, M. Meredith et al. 2012, July. What Makes Change Successful in the NHS? A Review of Change Programmes in NHS South of England. West Sussex, UK: NHS South of England & Roffey Park Institute. Retrieved July 8, 2019. https://www.roffeypark.com/wp-content/uploads2/NHS-South-of-England-What-makes-change-successful-report1.pdf>.

Hanleybrown, F., J. Kania and M. Kramer. 2012. Channeling Change: Making Collective Impact Work. *Stanford Social Innovation Review*. Retrieved July 8, 2019. https://ssir.org/pdf/Channeling_Change_PDF.pdf.

Institute for Safe Medication Practices Canada, Canadian Patient Safety Institute (CPSI), Patients for Patient Safety Canada, Canadian Pharmacists Association and Canadian Society of Hospital Pharmacists. 2016. 5 Questions to Ask about Your Medications. Edmonton, AB: CPSI. Retrieved July 8, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/5-Questions-to-Ask-about-your-Medications/Documents/Med%20Safety%20Checklist%20Poster.pdf.

Kaplan, R.S. and D.P. Norton. 2008. Mastering the Management System. *Harvard Business Review* 86(1): 62–77. Retrieved September 3, 2019. https://hbr.org/2008/01/mastering-the-management-system>.

Kotter, J. 2018. 8 Steps to Accelerate Change in Your Organization. Cambridge, MA: Kotter Incorporated. Retrieved July 8, 2019. https://www.kotterinc.com/8-steps-process-for-leading-change/.

McCannon, C.J., M.W. Schall and R.J. Perla. 2008. *Planning for Scale: A Guide for Designing Large-Scale Improvement Initiatives*. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Retrieved July 8, 2019. http://www.ihi.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/PlanningforScaleWhitePaper.aspx>.

Milward, H.B. and K.G. Provan. 2006. *A Manager's Guide to Choosing and Using Collaborative Networks*. IBM Center for The Business of Government. Retrieved July 8, 2019. https://www.businessofgovernment.org/sites/default/files/CollaborativeNetworks.pdf.

National Health Service. 2013. An Introduction to the NHS Change Model. NHS Improving Quality. Retrieved July 8, 2019. https://www.nhsggc.org.uk/media/235711/change-and-improvement-nhs_change_model_july20131.pdf.

National Patient Safety Foundation. 2015. Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human. Boston, MA: Author. Retrieved July 8, 2019. http://www.ihi.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx.

O'Toole, L.J., Jr. 1997. Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas in Public Administration. *Public Administration Review* 57(1): 45–52. doi:10.2307/976691.

Patient Engagement Action Team. 2017. Engaging Patients in Patient Safety – A Canadian Guide. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute. Retrieved July 8, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Patient-Engagement-in-Patient-Safety-Guide/Documents/Engaging%20Patients%20in%20Patient%20Safety.pdf>.

Perla, R.J., E. Bradbury and C. Gunther-Murphy. 2013. Large-Scale Improvement Initiatives in Healthcare: A Scan of the Literature. *Journal for Healthcare Quality* 35(1): 30–40. doi:10.1111/j.1945-1474.2011.00164.x.

Preskill, H., M. Parkhurst and J. Splansky Juster. 2014. *Guide to Evaluating Collective Impact: Learning and Evaluation in the Collective Impact Context.* Retrieved July 8, 2019. https://www.collectiveimpactforum.org/resources/guide-evaluating-collective-impact.

RiskAnalytica. 2017, August. *The Case for Investing in Patient Safety in Canada*. North York, ON: Author. Retrieved July 8, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Documents/The%20 Case%20for%20Investing%20in%20Patient%20Safety.pdf.

Slawomirski, L., A. Auraaen and N.S. Klazinga. 2017. *The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at National Level.* OECD Health Working Papers 96. doi:10.1787/5a9858cd-en.

Surman, T., and M. Surman. 2008. Listening to the Stars: The Constellation Model of Collaborative Social Change. *Social Space* 1(1): 24-29.

Tholl, B. 2014. Taking a Value Network from Concept to Reality: Canadian Health Leadership Network (a Case Study). Healthcare Management Forum 27(3): 118-22. doi:10.1016/j.hcmf.2014.05.005.

Turner, S., K. Merchant, J. Kania and E. Martin. 2012. Understanding the Value of Backbone Organizations in Collective Impact. Stanford Social Innovation Review. Retrieved July 8, 2019. .

Vision & Results Inc. 2018, July. Evaluation of the National Patient Safety Consortium & Integrated Patient Safety Action Plan. Final Report. Toronto, ON: Author. Retrieved July 8, 2019. https:// www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Evaluation-National-Patient-Safety-Consortium/Documents/National%20 Consortium%20Executive%20Summary%202018.pdf>.

Wade, J., G.R. Baker, J. Bulman, P. Fraser, J. Miller, W. Nicklin et al. 2002. Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care. National Steering Committee on Patient Safety. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute.

World Health Organization Europe. 2008. Guidance on Developing Quality and Safety Strategies with a Health System Approach. Copenhagen, Denmark: Author. Retrieved July 8, 2019. http://www.euro.who. int/__data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf>.

Yu, A., K. Flott, N. Chainani, G. Fontana and A. Darzi. 2016. Patient Safety 2030. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre. Retrieved July 8, 2019. https://www.imperial.ac.uk/ media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centrefor-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>.

About the Authors

Sandi Kossey is the senior director of strategic partnerships and priorities at the Canadian Patient Safety Institute.

Chris Power is the CEO of the Canadian Patient Safety Institute.

Leslee Thomson is the president and CEO of Health Standards Organization and Accreditation Canada.

Kathleen Morris is the vice president of research and analysis of the Canadian Institute for Health Information.

Shelagh Maloney is the executive vice president of engagement and marketing of Canada Health Infoway.

Lee Fairclough is the vice president of quality improvement of Health Quality Ontario.

Deborah Prowse is a member and former co-chair of Patients for Patient Safety Canada.

Hina Laeeque is a senior program manager at the Canadian Patient Safety Institute.

Correspondence may be directed to: Sandi Kossey, Canadian Patient Safety Institute; phone: 780-394-8220; e-mail: skossey@cpsi-icsp.ca; Twitter: @ptsafety_sandi.

Consortium national sur la sécurité des patients : les enseignements d'une collaboration à grande échelle

Sandi Kossey, Chris Power, Leslee Thomson, Kathleen Morris, Shelagh Maloney, Lee Fairclough, Deborah Prowse et Hina Laeeque

Résumé

De 2014 à 2018, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a regroupé des partenaires clés pour constituer le Consortium national sur la sécurité des patients afin de faire progresser un plan d'action commun pour des soins de santé plus sécuritaires. Avec le développement d'un consensus sur les priorités essentielles, un niveau sans précédent de collaboration et de leadership partagés entre divers intervenants ainsi que des patients et leurs familles, le Consortium et son plan d'action commun pour la sécurité des patients a permis l'essor d'une véritable culture d'engagement et d'amélioration partout au Canada.

Un leadership national grâce au Consortium national sur la sécurité des patients

Créé par Santé Canada en 2003, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) travaille de concert avec les gouvernements, les organismes de santé, les leaders, les prestataires de soins de santé et les patients pour apporter des améliorations substantielles au niveau de la sécurité des patients et de la qualité des soins de santé (CPSI 2018). En 2013, l'ICSP s'est engagé à remplir son mandat : établir une stratégie nationale intégrée pour la sécurité des patients (Wade et al. 2002). L'ICSP et ses membres estimaient que les conditions étaient alors propices pour regrouper les intervenants clés du système de santé canadien afin de coordonner leurs efforts et se pencher sur les principaux défis en lien avec la sécurité des patients.

Selon l'ICSP, il était essentiel de former une coalition de participants résolus, sachant que tout effort visant des changements réels en matière de sécurité dépasse largement la capacité de gestion d'un seul organisme et ne peut réussir s'il est perçu comme une initiative indépendante et ponctuelle. Il fallait un engagement à plusieurs niveaux au sein de plusieurs organismes pour atteindre la synergie et le niveau de collaboration requis pour accélérer le rythme du changement. C'est ainsi que, de 2014 à 2018, l'ICSP et ses partenaires ont fondé le Consortium national sur la sécurité des patients visant à promouvoir un plan d'action commun pour des soins de santé plus sécuritaires.

Le Consortium réunissait 50 organismes canadiens autour d'un même objectif: faire progresser un plan d'action commun pour améliorer la sécurité des soins pour tous les Canadiens. Y ont participé des représentants des gouvernements (fédéral, provinciaux et territoriaux), des organismes de qualité et de sécurité provinciaux (par exemple, le Conseil albertain de la qualité des services de santé, Qualité des services de santé Ontario, la Collaboration sur la qualité des soins et la sécurité des patients de l'Atlantique), des organismes pancanadiens (par exemple, Agrément Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, Inforoute Santé du Canada, la Commission de la santé mentale du Canada), des organismes de prestation de soins (par exemple, le système de santé de l'Alberta, University Health Network, Santé Î.-P.-É.), des groupes professionnels

(par exemple, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne de protection médicale, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, PCI Canada) et des partenaires parmi les patients et leurs familles (par exemple, Patients pour la sécurité des patients du Canada, Patients Canada). En s'appuyant sur les données probantes et après de vastes consultations, l'ICSP a identifié les centres d'intérêt de départ (la sécurité des soins chirurgicaux, la sécurité des médicaments, la sécurité des soins à domicile ainsi que la prévention et le contrôle des infections), gardant en tête que l'éducation en matière de sécurité des patients est à la base de la sécurité dans ces domaines.

Les résultats du Consortium et de son plan d'action pour la sécurité des patients incluent des outils de communication pour les patients et leurs fournisseurs sur la sécurité des médicaments (Institute for Safe Medication Practices Canada et coll. 2016), un appel à l'action sur les mécanismes d'apprentissage et de déclaration des événements qui ne devraient jamais arriver (CPSI 2015a), un ensemble pour la culture de la sécurité des patients à l'intention des cadres supérieurs (CPSI et coll. 2018), des outils pour l'engagement des patients (Patient Engagement Action Team 2017) et bien plus encore. Le Consortium national sur la sécurité des patients a mis en œuvre un modèle d'impact collectif qui a été qualifié « d'exemplaire » par un groupe d'évaluation indépendant (Vision & Results Inc. 2018).

Les articles qui suivent dans ce numéro spécial de Healthcare Quarterly mettent en lumière quelques-unes des initiatives clés émanant de cette volonté transformationnelle à grande échelle et qui a comme objectif l'atteinte de soins de santé plus sécuritaires au Canada.

Sécurité des patients : une crise de santé publique croissante

Les patients s'attendent à recevoir des soins de santé de haute qualité. D'abord et avant tout, les soins devraient être sécuritaires. Mais en dépit des efforts, la fréquence des incidents en lien avec la sécurité des patients reste à un niveau préoccupant au Canada. À ce rythme, au cours des 30 prochaines années, 12,1 millions de gens auront été blessés par le système de santé censé les soigner et 1,2 millions risquent en réalité de perdre la vie en raison d'événements indésirables évitables (RiskAnalytica 2017). Des changements transformationnels au niveau du système entier sont requis pour réduire de telles estimations et pour atteindre les meilleurs résultats et expériences possibles auprès des usagers des systèmes de santé au Canada. La sécurité des patients demeure une priorité qui demande une attention nationale coordonnée. Selon nous, l'amélioration de la situation est un impératif tant moral qu'éthique.

Pour faire face à la crise de santé publique croissante, nombre d'initiatives portent sur la sécurité des patients un peu partout

dans le monde (Baker 2015; National Patient Safety Foundation 2015; Slawomirski et coll. 2017; Yu et coll. 2016). Aucune région, système de santé ou pays n'a encore trouvé la clef du code et les experts s'entendent pour dire qu'il n'y a pas de solution miracle. Nous pouvons tout de même apprendre beaucoup des efforts déployés dans d'autres pays. Le contexte national peut être différent, mais des leçons communes se dégagent. L'Écosse, le Danemark et les É.-U. sont des exemples notoires où de fortes stratégies nationales en matière de soins de santé de qualité sont éclairées par un constant souci de la sécurité des patients, qui est vue comme force motrice pour les résultats en matière d'amélioration de la qualité (CPSI 2015b; Slawomirski et coll. 2017). Les expériences de ces pays et d'autres ont démontré qu'une amélioration à grande échelle passait par la volonté politique, l'engagement des gouvernements, un leadership fort de même qu'une harmonisation et une coordination du système, le tout en mettant les patients au cœur des efforts.

Bien que nous puissions apprendre des autres, de nombreux pays se tournent vers le Canada pour en tirer des leçons. Il y a, au Canada, plusieurs organismes nationaux et provinciaux qui se consacrent à la qualité et à la sécurité des patients. Ces divers intervenants œuvrent dans leur domaine respectif à l'amélioration de la santé et de la sécurité des Canadiens. Cependant, des obstacles se présentent lors du partage collectif de l'expertise ou dans l'élaboration d'une vision conjointe concernant la sécurité des soins. Compte tenu du contexte et de la complexité des systèmes de santé canadiens, établir un engagement pancanadien en matière d'amélioration de la sécurité des patients nécessite une approche théorique et un modèle de changement différents, axés sur la collaboration, le leadership partagé et la pleine participation des patients.

C'était la coalition des volontés, où les membres partageaient leurs connaissances et leurs efforts pour définir une vision commune de la sécurité des soins de santé au Canada.

Pourquoi un Consortium?

Le Consortium était un appel à l'action pour la sécurité des patients – une initiative pour un changement à grande échelle, fondée sur l'impact collectif de plus de 50 organismes de soins de santé, incluant les gouvernements, des regroupements professionnels, des patients et leurs familles, des organismes de prestation de services de santé, des législateurs, des formateurs et des agences ou associations nationales et provinciales. C'était la coalition des volontés, où les membres partageaient leurs connaissances et leurs efforts pour définir une vision commune de la sécurité des soins de santé au Canada. La vision était claire, mais comme dans tout ce qui concerne les soins de santé, le chemin pour y arriver était abrupt et complexe. Il fallait constamment maintenir la capacité d'adaptation, la

flexibilité, la prise d'initiatives et la négociation pour forger un consensus quant aux priorités et aux processus et, surtout, pour préserver la lancée et l'impact. Le parcours lui-même fut aussi important que les résultats obtenus pour assurer et maintenir l'engagement du Consortium.

L'ICSP a franchi une première étape importante en incitant ses partenaires à s'engager dans cette voie, et il importe de souligner l'importance de la « préparation du terrain ». Les étapes préliminaires ont joué un rôle capital au niveau de la sensibilisation, de l'intérêt, voire même de la curiosité entourant la décision de l'ICSP de convoquer un Consortium national sur la sécurité des patients. Les engagements initiaux étaient récurrents, mais sans doute essentiels pour mousser la coalition, de même que les conversations informelles et les consultations auprès de nombreux leaders et experts en sécurité des patients avant même que le vrai travail ne débute. Une réunion préliminaire avec des intervenants clés (comme l'Institut canadien d'information sur la santé, Agrément Canada, l'Association canadienne de protection médicale ou le Healthcare Insurance Reciprocal of Canada) a eu lieu avant la première réunion officielle du Consortium pour recueillir des renseignements, obtenir des réactions et vérifier si l'initiative était sur la bonne voie. Des discussions ont eu lieu avec des homologues internationaux également engagés dans une collaboration à l'échelle nationale pour la qualité des soins et la sécurité des patients (Australie, les É.-U. et le R.-U.).

La réunion inaugurale du Consortium a eu lieu en janvier 2014, mais plusieurs mois de travail avaient été effectués avant cette journée afin de préparer le terrain pour les discussions et les travaux à venir. Une recherche et une analyse internationales des diverses stratégies pour la qualité des soins et la sécurité des patients ont été menées pour déterminer la structure et les processus qui conviendraient le mieux à une stratégie pour le Canada (CPSI 2015b; CPSI et National Patient Safety Consortium 2015). Afin de parfaire et améliorer les plans, nous nous sommes intéressés aux théories sur le changement (Kaplan et Norton 2008; Kotter 2018; Perla et coll. 2013), aux modèles d'initiatives pour les transformations à grande échelle (Bevan et coll. 2011; Boaden et coll. 2009; Finney 2013; McCannon et coll. 2008; National Health Service 2013; World Health Organization Europe 2008) et aux processus d'impact collectif en matière de société et d'amélioration continue (Collective Impact Forum 2014, 2016; Hanleybrown et coll. 2012; Turner et coll. 2012).

S'appuyant sur les données probantes et l'expérience en matière de sécurité des patients, et suivant une vaste campagne de consultation au pays et dans le monde, l'ICSP a défini quatre domaines prioritaires : la sécurité des soins chirurgicaux, la sécurité des médicaments, la prévention et le contrôle des infections et la sécurité des soins à domicile. Ces domaines prioritaires à risque élevé ont été déterminés par consensus comme ayant un impact significatif sur la qualité et sur le fardeau des coûts et des blessures. Les principaux intervenants

ont été impliqués dès le départ et leur contribution a été importante, car le Consortium envisagé devait offrir une plus-value aux organismes si on voulait obtenir leur contribution. Le développement conjoint et le leadership partagé ont été établis dès le départ comme principes clés.

Consensus et action

La première réunion du Consortium a servi à valider les quatre domaines prioritaires initialement proposés par l'ICSP. Les participants se sont regroupés pour unir leurs efforts en fonction d'objectifs communs en matière de sécurité des patients. Ils ont convenu qu'il n'était pas question de voir cet effort finir sur une tablette, comme tant d'autres stratégies, cadres ou rapports nationaux. Ils voulaient profiter de l'élan et de l'effet d'entraînement, tous convaincus qu'il était « temps d'agir ». Le Consortium a élaboré son plan d'action lors de cette réunion :

La vision qui s'est dégagée était celle d'un consortium dont les membres travailleraient ensemble de manière fluide. [...] Ils voulaient une intervention de la part d'un mouvement axé sur la sécurité des patients qui continuerait de se développer et de s'affermir. L'efficacité du consortium était considérée comme la possibilité de mobiliser les intervenants à l'égard de mesures et d'objectifs communs et de rendre compte de l'évolution de la situation afin de démontrer l'amélioration du système relatif à la sécurité des patients. (CPSI 2014 : 4)

L'objectif était d'avoir une forte incidence mesurable auprès des patients dans chacun des domaines prioritaires ciblés. Le Consortium a mis au point un plan d'action intégré sur la sécurité des patients et a confié à l'ICSP la tâche de convoquer des réunions pour chacun des domaines d'intervention afin de dégager un consensus autour d'objectifs et d'actions prioritaires. Pendant 18 mois, des tables rondes et des sommets sur invitation ont été organisés pour chacun des domaines d'intervention. Dans chaque cas, une analyse et un rapport ont été préparés puis distribués aux participants. Une enquête avait été menée préalablement aux réunions pour commencer à préciser les objectifs prioritaires initiaux. Lors des réunions, les experts ont échangé leurs informations puis validé les résultats des enquêtes. L'animateur favorisait une approche consensuelle – méthode du world café et processus Delphi modifié - pour confirmer les priorités. Les participants se sont activement impliqués à chaque réunion, ce qui a permis l'élaboration de plans d'action précis.

Les ébauches des plans ont été distribuées pour validation par les participants afin de garantir la cohérence des priorités. Des organismes ont été identifiés pour assumer le leadership dans l'exécution des actions requises et les partenaires ont été confirmés (plus de 100 organismes pour l'ensemble des plans). Grâce au consensus atteint par les 290 participants, le principal succès des diverses réunions sur invitation aura été le Plan d'action intégré sur la sécurité des patients. Ce dernier combine et intègre toutes les actions retenues, fruits d'un effort collaboratif dans les échanges qui ont eu lieu lors du Consortium, du Sommet sur la sécurité des soins chirurgicaux, du Sommet sur la sécurité des médicaments, de la Table ronde sur la sécurité des soins à domicile, du Sommet sur la prévention et le contrôle des infections et de la Table ronde sur l'éducation en sécurité des patients.

Réunir les gens était la partie la plus facile. Passer à l'action avec des plans aussi ambitieux pouvait poser problème. Restait encore à établir un consensus autour d'une vision, d'un objectif commun, de principes, de priorités, de structures et de procédures. La qualité d'un réseautage ne se fait pas sur commande; c'est un phénomène émergent et fluide qui évolue (Milward et Provan 2006; Surman et Surman 2008; Tholl 2014). Il importait donc d'accepter et de respecter explicitement que les organismes, associations ou groupes en présence arrivaient avec différentes cultures organisationnelles et diverses perspectives et priorités. La clé de la réussite reposait sur un type de collaboration sans précédent, passant outre la concurrence et les chevauchements, tout en alignant et en tirant parti des ressources et des efforts déployés pour établir les fondations, l'infrastructure et des outils pratiques à même d'être déployés à travers le pays. Il était hors de question de considérer ce travail comme « une autre belle initiative »; il fallait qu'il représente une valeur sûre aux yeux des partenaires et, à terme, réduire le chaos, la confusion et le fardeau souvent associés à la sécurité des patients et à la qualité des soins dans le système de santé. Une écoute attentive et réfléchie suivi d'une validation par tous les membres était à la base du développement d'un consensus. Fonder les discussions et les prises de décision sur des principes solides étaient tout aussi importants.

Objectif commun, vision partagée

Avoir des objectifs communs est une condition essentielle à la réussite des programmes de changement (Gifford et coll. 2012); les organismes et initiatives de changement qui partagent un objectif commun sur une base solide obtiennent systématiquement de meilleurs résultats que ceux qui n'en partagent pas (Boury et coll. 2013). Comme le dit fréquemment Helen Bevan, l'agente de changement emblématique du NHS en Angleterre, « un objectif commun va toujours bien plus loin qu'une vision ou une mission; ça se joue au niveau des tripes tout en stimulant une partie du moi primal. Si vous arrivez à réunir des gens qui partagent les mêmes objectifs primaux et à les faire marcher dans la même direction, vous pouvez accomplir de grandes choses » (2013: 36).

Grâce aux discussions, aux délibérations et aux jeux de reformulation, un objectif commun a été défini au sein des membres du Consortium. Ce type d'objectif est au centre du modèle de changement pour le NHS en Angleterre (Bevan et coll. 2011). Ce modèle et son point de vue philosophique ont été mis de l'avant, tout en sachant que chacun apportait une perspective différente à la table. L'objectif commun devait trouver écho auprès de tous, pas seulement auprès des « suspects habituels ». Il n'était pas question d'imposer la vision de l'ICSP. Il n'est donc pas surprenant que les membres du Consortium aient manifesté beaucoup d'intérêt dans l'élaboration de l'énoncé de l'objectif. Il était important pour eux de s'engager envers un objectif plus vaste plutôt que d'endosser une initiative prônée par un seul organisme. Ensemble, ils se sont engagé à atteindre une vision commune : « faire progresser un plan d'action commun pour améliorer la sécurité des soins pour tous les Canadiens ». Cet objectif est devenu l'étalon selon lequel l'initiative évaluerait son progrès et l'impact qu'elle aurait.

Pour appuyer l'objectif, le Consortium a pris acte qu'il convenait d'identifier un ensemble de principes directeurs pour le plan d'action afin de favoriser la collaboration et de promouvoir l'alignement. L'objectif commun et ces principes assuraient le « nord géographique » requis pour maintenir la cohérence tout au long de l'initiative :

- Les patients et leurs familles en tant que partenaires
- Une collaboration sans précédent
- Une mobilisation autour d'actions et d'objectifs communs
- Une transparence au sujet des actions et des résultats
- Une responsabilité envers les patients, leurs familles, les organismes partenaires et les intervenants
- Un engagement envers l'amélioration de la qualité des soins
- Des communications ciblées et stratégiques
- Une évaluation constante du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients

Forme tributaire de la fonction

Le Consortium devait transposer son objectif commun en plan d'action. Lors de la deuxième réunion, en novembre 2014, le Consortium a estimé qu'il fallait compter sur un certain nombre de structures et procédés pour superviser les progrès et maintenir le leadership et l'engagement commun, afin d'assurer la collaboration dans l'ensemble du plan d'action. Au cours de cette réunion, les participants ont interpellé l'ICSP: « si ce n'est pas vous, alors qui le fera? ». L'ICSP a ainsi été désigné comme secrétariat ou organe de coordination du Consortium. Les directives pour l'ICSP étaient claires : le Consortium voulait de l'action et pas seulement des mots, une mobilisation sur des objectifs partagés, des communications fréquentes et une preuve d'impact. Une structure de gouvernance permettant d'atteindre ces objectifs devait être mise en place et dotée de ressources. La documentation et les expériences autour

de l'impact collectif ont encore une fois servi de base pour ce travail (Figure 1).

Au cours de 2015, le modèle de gouvernance a été mis en place. L'ICSP a servi d'organe de coordination, un comité directeur a été créé, un groupe consultatif a commencé la mise en œuvre d'un plan de communication stratégique alors qu'une équipe de travail a reçu le mandat de développer un modèle logique et un plan d'évaluation. Des groupes responsables dans chacun des domaines d'intervention ont été mis en place pour suivre les progrès, repérer les obstacles et identifier les outils à même de faire avancer leur plan d'action respectif. D'autre équipes ont été constituées pour rendre opérationnelles chacune des actions.

Le comité de direction avait pour mandat d'évaluer l'alignement de l'ensemble sur l'objectif premier du Consortium « faire progresser un plan d'action commun pour améliorer la sécurité des soins pour tous les Canadiens » ainsi que sur ses principes directeurs. Ce comité servait aussi d'organe décisionnel et de surveillance au nom des participants du Consortium. Les membres ont été confirmés par le Consortium et des patients ont été intégrés en tant que pleins partenaires à tous les niveaux de gouvernance.

Le Consortium a approuvé les structures et procédures permettant d'appuyer le plan d'action (Figure 2). La structure était un modèle de leadership partagé axé sur la collaboration, à laquelle participaient des patients et leurs familles à tous les niveaux. La réussite des modèles de gouvernance partagée repose sur certaines considérations clés, en particulier les modèles dont le leadership se répartit sur divers échelons (Campbell 2006; O'Toole 1997; Surman et Surman 2008). Les groupes responsables avaient ainsi la responsabilité générale du plan d'action dans leur domaine d'intervention respectif et le leadership était nécessaire au niveau des équipes de travail, là où se concrétisent les actions. Les sous-ministres de la Santé des provinces et des territoires ont été tenus au courant des développements par l'ICSP et ont exprimé un soutien de principe. Ils ont également officiellement demandé à siéger au comité directeur, ce qui a été bien accueilli par le Consortium.

Structure et processus garants de résultats

Dès la troisième réunion du Consortium, en septembre 2015, les éléments structurels étaient en place. L'avancement du plan d'action était aussi bien engagé. Pour donner une ossature à l'effort collectif, l'ICSP fournissait l'infrastructure et le soutien requis, ce qui exigeait d'importantes ressources. Le plan avait véritablement stimulé un niveau de collaboration sans précédent entre des centaines d'organismes et intervenants clés du système de santé, y compris 27 représentants des patients et familles – un accomplissement remarquable au vu des nombreuses priorités concurrentes. Les progrès réalisés en fonction des objectifs pour chacun des plans d'action ont été

régulièrement évalués et partagés, et les groupes directeurs se sont régulièrement réunis pour se pencher de nouveau sur les priorités et les possibilités d'optimisation. Le Consortium s'est fait un devoir de souligner l'atteinte des grandes étapes et des réussites collectives. Cette attitude, en conjonction avec les principes directeurs, a sans doute contribué à nourrir l'impulsion requise pour entretenir la dynamique et l'engagement des membres de la coalition. Bien qu'il était important de rendre compte des progrès effectués, une véritable mesure de rendement du processus, des résultats et de l'impact était tout aussi importante. Le Consortium avait accompli beaucoup en bien peu de temps, une évaluation de l'initiative s'imposait :

La mesure est essentielle à la promotion d'un processus d'amélioration. Cela aide à clarifier les objectifs, à établir une prise de conscience commune et à s'assurer avec le temps que les organismes sont orientés dans la bonne direction. Cependant, les mesures peuvent également avoir des effets négatifs imprévus. Une mesure inexacte pourrait masquer la réalité et mener à une attitude complaisante inappropriée, ou encore à des efforts disproportionnés axés sur des problèmes mineurs. (National Patient Safety Foundation 2015: 18)

Étant donné la complexité de la structure, du processus et de l'ambition des résultats attendus, de même qu'une inévitable fluctuation dans la participation des intervenants pendant quatre ans, l'évaluation du Consortium et de son plan d'action comportait son propre niveau de complexité. Le travail a été itératif, organique et évolutif, de sorte que l'évaluation puisse demeurer souple.

Action collective, évaluation collective

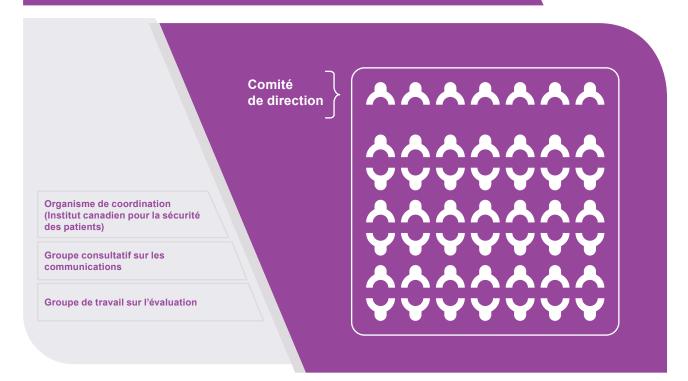
L'évaluation continue du Plan d'action pour la sécurité des patients était l'un des principes directeurs. Des bénévoles venant de 18 organismes participants au Consortium, y compris des patients partenaires, se sont réunis pour former une équipe d'évaluation chargée d'élaborer un modèle logique et un cadre d'évaluation complet, puis ont fait appel à un consultant indépendant pour mettre en œuvre le plan d'évaluation. Tous ont convenu que le cadre d'impact collectif était le bon modèle de mesure pour cette évaluation et qu'il était judicieux de faire appel à un expert indépendant pour en assurer l'objectivité. Le but n'était pas seulement de mesurer le rendement ou les résultats, mais également d'évaluer les processus et le niveau de collaboration (Preskill et coll. 2014). Bien entendu, il fallait dégager la preuve que des progrès avaient été accomplis en fonction des objectifs et des résultats aux yeux des bailleurs de fonds, des membres et surtout des patients et de leur famille. Mais ça ne s'arrêtait pas là, il convenait également d'évaluer et de comprendre les progrès accomplis.

FIGURE 1.

Consortium national sur la sécurité des patients

CONSORTIUM NATIONAL SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Objectif: faire progresser un plan d'action commun pour améliorer la sécurité des soins pour tous les Canadiens.



Résultat: des soins de santé plus sécuritaires au Canada.

Le plan d'évaluation comprenait quatre questions clés :

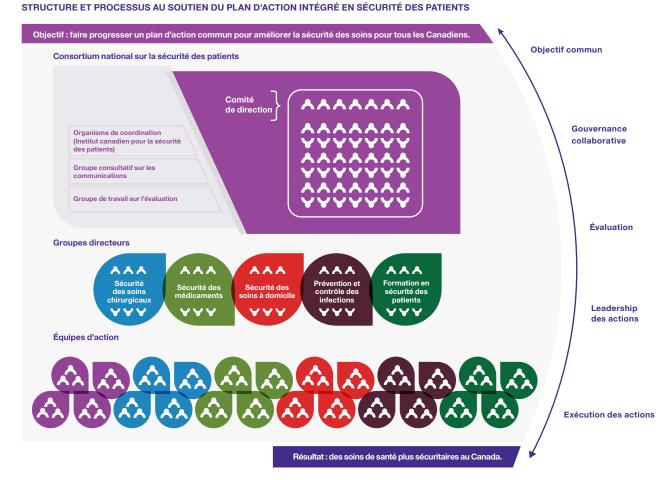
- 1. Comment collaborons-nous? Cet aspect de l'évaluation porte sur la capacité du Consortium d'assurer une collaboration efficace et sur son approche concernant cette question. On y examine l'interaction et la collaboration des organisations participantes et comment ces activités facilitent les actions énoncées dans le plan d'action.
- 2. Qu'est-ce qui a été réalisé? Cet aspect de l'évaluation examine la mise en œuvre des actions énoncées dans le plan d'action et évalue dans quelle mesure les résultats de ces actions sont utilisés par les intervenants au sein de la communauté des soins de santé.
- 3. Est-ce que les mesures ont bien fonctionné? Cet aspect de l'évaluation évalue l'atteinte des objectifs énoncés dans le plan d'action et détermine dans quelle mesure leur réalisation facilite une amélioration globale de la capacité du système à coordonner et à améliorer la sécurité des patients.

4. Est-ce qu'il y a eu un impact réel? Ce champ d'évaluation porte sur l'impact du Consortium en matière de sécurité des patients grâce à la mise en œuvre du plan d'action.

L'évaluation comprenait un examen des documents, des entretiens avec des informateurs clés, des groupes de discussion et un sondage en ligne. Les évaluateurs externes ont travaillé en étroite collaboration avec l'équipe chargée de l'évaluation pour coordonner les activités d'évaluation, évaluer et approuver la méthodologie et les outils ainsi que revoir les conclusions et les recommandations préliminaires, intermédiaires et finales.

À la fin du plan d'action et du Consortium, en 2018, les conclusions et les recommandations des évaluateurs ont été partagées avec les centaines de gens et d'organismes qui avaient participé à cette initiative quadriennale (Vision & Results Inc. 2018). La participation au Plan d'action intégré sur la sécurité des patients, de 2014 à 2018, a concerné plus

FIGURE 2. Structure et processus au soutien du Plan d'action intégré en sécurité des patients



de 100 organismes et la majorité des actions ont été menées à bien. Onze rencontres ont eu lieu, réunissant 270 dirigeants et 27 patients ou membres de leurs familles.

Parmi les autres faits saillants, le processus d'évaluation a révélé que « le Consortium a modélisé ses partenariats avec les patients pour améliorer la sécurité des patients; les membres du programme Patients pour la sécurité des patients du Canada ont participé à tous les aspects du Consortium national sur la sécurité des patients et du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients, et ce, de la formulation des stratégies et des plans d'action jusqu'à la participation en tant que membres égaux de l'équipe » (Vision & Results Inc. 2018). Ce vaste effort retient de nouveau l'attention de la communauté internationale en mettant en lumière l'importance de la sécurité des patients au Canada et dans le monde, tout en mettant l'accent sur une collaboration constructive, en particulier en ce qui a trait à la participation des patients eux-mêmes.

Leçons à retenir : maintien et renforcement de l'engagement en matière de sécurité des patients

Le Consortium national et le Plan d'action intégré sur la sécurité des patients ont incité un niveau sans précédent de collaboration et de changement de politiques et de pratiques, de même qu'une amélioration de l'expérience patient et des prestataires partout au Canada. Le plan d'action visait non seulement à rendre les soins de santé plus sécuritaires, mais également à changer la façon dont le système de santé envisage la sécurité des patients et aborde les problèmes liés à leur sécurité. Grâce à l'effort collectif, le Consortium a été en mesure d'évaluer ses progrès, son parcours et la façon dont les organismes peuvent travailler ensemble pour changer les choses. Le changement a bel et bien été au rendez-vous. Néanmoins, il faudra trouver moyen, au Canada, de passer d'une « initiative » où un petit groupe s'intéresse à la question de la sécurité des patients à un vaste changement de culture au niveau du système où tous partagent une telle responsabilité.

Les participants ont salué le rôle important joué par l'ICSP dans l'orchestration d'une telle initiative. En tant qu'organisme nationale d'amélioration, l'ICSP a endossé ce rôle de leadership. Il poursuivra son mandat en continuant de renforcer la capacité d'amélioration de la sécurité des patients et la capacité des partenaires du système de santé d'assumer efficacement un leadership partagé en matière de soins de santé plus sécuritaires au Canada. Les patients et les membres de leur famille ont également joué un rôle de leadership essentiel. Plusieurs organismes n'avaient pas l'habitude de faire appel aux patients en tant que conseillers et ont acquis plus d'assurance dans l'implication des patients et de leurs familles à leurs propres travaux, favorisant une affectation des ressources et des outils nécessaires pour permettre aux patients d'apporter un éclairage sur certains changements.

Parmi les leçons tirées de la démarche se dégagent : l'importance que tous les partenaires définissent un objectif commun et déterminent leurs principes directeurs; le besoin de maintenir des communications constantes et ciblées afin de mousser la diffusion; une plus grande attention sur des mesures communes afin de maintenir l'élan; l'ajustement et le choix des actions à même d'avoir le plus d'impact; l'abandon des mesures moins efficaces; et l'implication de plus de dirigeants et de prestataires de première ligne. Ces priorités ont été identifiées comme étant nécessaires pour garantir un engagement durable envers l'amélioration de la sécurité des patients dans tous les secteurs et à tous les niveaux du système de santé. L'ICSP a tiré de précieux enseignements de ses investissements dans le Consortium et continuera à soutenir la mise en application de ce type d'apprentissage, de même que l'évaluation des résultats des plans d'action priorisés lors de la dernière réunion du Consortium, en octobre 2017. L'ICSP continuera également à évaluer les conclusions, les preuves et l'impact obtenus par les nombreux partenaires qui collaborent pour assurer des soins de santé plus sécuritaires au Canada (rapport de la cinquième réunion) (CPSI 2017). L'ICSP a également incorporé les leçons apprises et les résultats obtenus afin de promouvoir sa nouvelle stratégie « La sécurité des patients, maintenant! », qui positionne l'organisme à mettre en œuvre des stratégies au niveau du système afin d'assurer des soins de santé sécuritaires, tout en démontrant ce qui fonctionne et en renforçant le niveau d'engagement de toute personne ayant un rôle à jouer dans

la sécurité des soins de santé : législateurs, dirigeants, prestataires de soins de santé et patients, sans oublier la population en général (CPSI 2018).

Le Consortium national sur la sécurité des patients et le Plan d'action intégré sur la sécurité des patients sont des exemples concrets d'impact collectif. Le Plan d'action a su mobilisé l'énergie de nombreux organismes pour centrer les efforts d'amélioration en matière de sécurité des patients. Le Consortium a permis de réaffirmer que la sécurité des patients était une priorité pour tous les systèmes de santé ainsi qu'une cause sociale en croissance au Canada. Le travail a montré qu'une collaboration à grande échelle est véritablement transformationnelle. Le Consortium et le Plan d'action ont changé la façon dont les gens travaillent et collaborent. Cette initiative a modifié la culture au niveau du système en matière de sécurité des patients au Canada, et ce, pour le bénéfice des patients et de leurs familles. HQ

Références

Veuillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (pp. 16–18).

A propos des auteures

Sandi Kossey est directrice principale des partenariats stratégiques et des mesures prioritaires à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Chris Power est directrice générale de l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Leslee Thomson est présidente et chef de la direction de l'Organisation de normes en santé et d'Agrément Canada.

Kathleen Morris est vice-présidente, Recherche et Analyse, à l'Institut canadien d'information sur la santé.

Shelagh Maloney est vice-présidente exécutive, Engagement et Marketing, à Inforoute Santé du Canada.

Lee Fairclough est vice-présidente, Amélioration de la qualité, à Qualité des services de santé Ontario.

Deborah Prowse est membre et ancienne coprésidente de Patients pour la sécurité des patients du Canada.

Hina Laeeque est gestionnaire principale de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Adresse pour correspondance : Sandi Kossey, Institut canadien pour la sécurité des patients; téléphone : 780-394-8220; courriel : skossey@cpsi-icsp.ca; Twitter: @ptsafety_sandi.

Patient Engagement in a Large-Scale Change Initiative: "As Safe as Possible, as Soon as Possible"

Katharina Kovacs Burns, Donna Davis, Ioana Popescu, Hina Laeeque, Sandi Kossey, Renee Misfeldt and Christopher Thrall

Abstract

Patients for Patient Safety Canada (PFPSC) member engagement has evolved from individual stories to having 27 patients and family members actively participating in the National Patient Safety Consortium. PFPSC collaborated with 270 other stakeholders in governance, leadership and action teams to design, implement and evaluate the National Patient Safety Consortium and Integrated Patient Safety Action Plan. There were several key outputs, including a patient engagement guide. This article illustrates how patients were meaningfully engaged in a large-scale change initiative, highlighting the experiences of the patient partners and organizational partners in this transformational change.

Introduction

In honour of those who have died, those left disabled. our loved ones today and the world's children yet to be born, we will strive for excellence, so that all involved in healthcare are as safe as possible, as soon as possible. This is our pledge of partnership. (WHO 2006)

As members of Patients for Patient Safety Canada (PFPSC), we champion the World Health Organization (WHO) declaration (PFPSC 2014). It is part of our mission to improve

patient safety in Canada and realize our collective global vision of "Every Patient Safe" (PFPSC 2014). We believe that we, as patients and families who have experienced harm, truly understand the impact of unsafe care. Our lived experiences, our stories, our tears and heartaches, combined with our commitment to ensure that safety is the top healthcare priority, make us strong partners in patient safety improvement initiatives and efforts to reduce or prevent harm. Donna Davis reflected:

Like many patient partners, I started on this journey from a place of pain and hope. The pain was from losing my beloved son Vance to preventable harm. He was only 19 years old when stereotyping, absence of handover, absence of communication between providers, lack of recognition of a serious head injury, and failure to listen to the concerns I had - me, his mother, who knew him best - contributed to his death. He was a hard worker, a "fixer" in life. I see his death and the lessons to be learned from it helping to "fix" the health system. I hope that our loss can shape changes that will prevent others from suffering the same way. I joined PFPSC with that hope and found many kindred spirits who share my vision.

As the patient-led program of the Canadian Patient Safety Institute (CPSI), PFPSC has 70 members across Canada (CPSI n.d.-f). Our collective voices contribute to hundreds of provincial, national and international policies, practices and programs (see Figures 1 and 2). We are recognized as leaders in the Canadian and international patient safety movement.

FIGURE 1. Patients for Patient Safety Canada members at the 2017 Consortium meeting preparing closing comments



From left to right: Johanna Trimble, Donna Penner, Kim Neudorf, Donna Davis, Maaike Asselbergs, Linda Hughes, Terri Sabo and Brian Penner.

Shifting the Culture: Patients Partner with Leaders to Improve Safety across Canada

Over the years, PFPSC has evolved. We began as single members speaking at one-off events, committee meetings and conferences. We now claim multiple members involved in large-scale initiatives (PFPSC 2014) such as the National Patient Safety Consortium and Integrated Patient Safety Action Plan (CPSI 2014).

Participation in the Consortium meant that 27 PFPSC members were engaged with more than 270 leaders from over 50 government, national and provincial/territorial patient safety and quality organizations, patient groups and other stakeholders. We worked tirelessly with CPSI, as the coordinating body of the Consortium, to drive complex social changes for patient safety. We shared a leadership role in establishing guiding principles, a national action plan and communications and evaluation strategies. This, by definition, is "collective impact" in action (Kania and Kramer 2011). As patients and families, we were embraced as partners in transforming and improving the safety of our healthcare systems.

The Consortium's independent evaluation agrees: "The initiative solidified patient safety improvement as a national priority," the report reads. "It leveraged the expertise and experience of partners (including patients and family representatives)

FIGURE 2 Patients for Patient Safety Canada members at an in-person meeting



From left to right.

Back row: Linda Hughes, Maryann Murray, Santiago Diaz, Dennis Maione, Martie Hatley, Brian Penner, David Wells, Donna Penner, Ioana Popescu, Maaike Asselbergs, Eileen Chang and Sharon Nettleton Middle row: Bernie Weinstein, Kim Neudorf, Dale Nixon, Janet Bradshaw, Irene Wald, Anne Lydditt, Kathy Kovacs Burns, Abisaac Saraga, Cathy Litwin, Geoffrey Milos and Peter Cox. Front row: Deb Prowse, Sandi Kossey, Johanna Trimble, Michelle Floh, Jody Glover, Theresa Malloy Miller, Judy Birdsell, Robin McGee and Sabina Robins.

across Canada to advance patient safety, creating considerable momentum and a solid foundation to support the spread and scale of patient safety improvements" (Vision & Results Inc. 2018: 7).

PFPSC's success at the centre of this transformational initiative can be credited to our roots. We believe that our humble beginnings were critical to describing our growth and led to the trust and confidence CPSI and others had in us to serve such an important role in the Consortium. Donna Davis reflected on a quiet moment in October 2017:

When I prepared our closing comments at the last in-person meeting of the Consortium, I saw clearly the picture of patient engagement over the last decade. That picture filled my heart with pride and joy. So many of the things I imagined with my fellow PFPSC members were now real. The memory of our loved ones harmed or lost to preventable incidents is honoured by the changes we made as partners – and we see hope for the future guided by PFPSC's vision "every patient safe."

The Journey from Harm to Trusted Partners

A discussion of PFPSC's journey must highlight the challenges we overcame to create a trusted community of patient partners. These take us back to before the creation of PFPSC more than a decade ago and its evolution over the years. As Kathy Kovacs Burns reflected,

I remember those early days before PFPSC in 2005 when the WHO World Alliance for Patient Safety invited patients and families from many countries to take part in a workshop in London to discuss what a patient safety charter would mean for us globally. The London Declaration and subsequent activities opened up many doors for patient involvement. With nine others, I jumped at an invitation to be involved in the first patient safety workshop involving patients and families from North, Central and South America in 2006 in San Francisco. We knew in our hearts that this was our first opportunity to finally be heard and to not only express and share our grief with other patients and families but to also start putting words into action. This workshop gave us the will and direction to get things started, to begin seeking out partnerships to finance and support our efforts. It was a struggle in those early years.

In Canada, with support from CPSI and guidance from the WHO's Patients for Patient Safety Programme (WHO-PFPS), we set the foundation for PFPSC by shaping our mission, vision and first strategic goals in 2007. We became the Canadian arm of the WHO-PFPS. The journey ahead of us was unclear, but

our dreams were not: we would become partners in learning and healing to ensure safe care in our healthcare system. We shared this dream with patient partners around the world. More importantly, at this time we also started to tell and publish our stories. This began our public push to put real people's stories, faces and names to the statistics. We started helping people relate to our experiences of harm (CPSI n.d.-e; Kovacs Burns 2008).

Next, we focused on establishing PFPSC as a trusted and valued partner, which involved the efforts of many people over many years. These efforts were greatly supported by our unique relationship with CPSI. CPSI has demonstrated a commitment to meaningful patient engagement since 2006 by allocating resources to support the development of PFPSC and by incorporating patients into their work. This began with just a few initiatives; now, realizing the necessity and impact of the patient voice, CPSI invites patient participation in all programs (CPSI 2018a) and in collaborations with many organizations (CPSI 2018b). PFPSC has shown an equal commitment to align with CPSI's vision and mission and a willingness to network with peers and organizations and to learn from our successes and failures.

The strength of PFPSC is based on three foundational pillars. The first is our member recruitment and orientation process, which assesses applicants' readiness to align with the mandate and vision of PFPSC (CPSI n.d.-d). The second pillar is our credibility, not only with our lived experiences but also with our proven capacity to build partnerships and initiatives with credible outcomes. As a result, organizational partners have begun to trust PFPSC as a valuable contributor and stakeholder. Our third strength is that we can demonstrate how meaningful patient and family engagement fosters collaborative partnerships. Much has been published over the past 20 years (Bates and Singh 2018; Clancy 2009; Institute of Medicine 1999) supporting the value of patient involvement in their health and in healthcare improvements, but similar support for its value in patient safety has only been addressed within the past 10 years (Berger et al. 2014; Burrows Walters and Duthie 2017; Hall et al. 2010; Kovacs Burns 2008; Kushner and Davis 2014; Khan et al. 2017; Longtin et al. 2010; Trew et al. 2010; Weissman et al. 2008). Our patient and family lived experiences with harm are increasingly valued and have directly resulted in patient engagement in healthcare safety. By extension, this perspective has influenced the culture for learning and quality improvement in healthcare (Patient Engagement Action Team 2017; The Joint Commission 2016).

PFPSC members work to minimize barriers to engaging patients and families in patient safety (Kushner and Davis 2014). We understand some of the concerns of organizational partners and leaders, such as uncertainty of how to include patient and family advisors, the time commitment of

volunteers and fears of patient and family advisor participation being disruptive rather than constructive. This is why we aim to support everyone in our shared efforts to effectively engage patient partners (Kovacs Burns 2008).

Over the years, PFPSC partnered in developing research evidence, policies, practices and strategies such as disclosure (CPSI 2011), incident analysis (CPSI 2012), training programs (CPSI 2018c, n.d.-b), strategic plans (CPSI 2018b), standards, events and campaigns (CPSI n.d.-e). We invested not only our passion but also thousands of volunteer hours each year (CPSI 2019) to make care safer and to establish PFPSC as a trusted patient voice. It was not a straightforward or easy journey. We had to build credibility with each other and with our health system partners. When we failed, we picked ourselves up and moved forward with our vision in mind.

A great honour was bestowed upon us in 2017 when CPSI was designated by the WHO as a Collaborating Centre for Patient Safety and Patient Engagement. CPSI is currently the only collaborating centre in the world focused on patient engagement (WHO n.d.). PFPSC's success over the years was a key factor in achieving the designation and will continue to be key in maintaining it. As a WHO collaborating centre, we will provide support and expertise to WHO-PFPS and its global network, patient safety incident reporting and learning and the Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm (WHO 2017).

Challenges identified by patient partners include the time it will take to implement some of the actions ...

Realizing the Value of Patients as Partners in Improving Safety across Canada

PFPSC members were very excited to be part of Consortium work because this was the kind of collaboration that we envisioned back in 2007. Even though we had already accomplished so much by partnering with one program or one organization at a time, this collective impact initiative allowed us as patient partners to exponentially multiply our own impact. PFFSC members were engaged at every level of the Consortium (see Figure 3).

The big question now, after all this time and investment, is whether patient engagement was effective in this large-scale change initiative. Can we now say that it was worth it and recommend others to do the same? An independent evaluation of the Consortium, guided by a team that included patient partners, concluded that:

[t]he Consortium modelled partnering with patients to improve patient safety; members of Patients for Patient Safety Canada were involved in every aspect of the

National Patient Safety Consortium and Integrated Patient Safety Action Plan – from the formulation of strategies and action plans to participating as equal team members. (Vision & Results Inc. 2018)

A member of the Evaluation Action Team added, "[Patients] really inspired me to keep working on this because I heard their stories ... [T] hey are really inspiring to work with and that gave me the cause" (Vision & Results Inc. 2018).

Sharon Nettleton, a PFPSC representative on the steering committee, said that patient partners are the "staying power," meaning that because patients are focused on patient safety and not on budgeting or planning cycles, they help organizations stay the course. However, the staying power needs to be supported by resources allocated by leaders; therefore, a symbiotic relationship, like the one between CPSI and PFPSC, is key.

Challenges identified by patient partners include the time it will take to implement some of the actions and the commitment from many different sectors to make patient engagement a reality. A Consortium participant stated, "Where we have fallen down a bit is in the implementation and spread of ideas ... [I]t's a good start but only a start ..." A steering committee member echoed this concern: "How do we ensure we sustain the gains from this? What does the future, the next phase of work, look like? Because I think we know that we still have a lot of work to do in Canada ..." (Vision & Results Inc. 2018).

Patient partners also highlighted several Integrated Patient Safety Action Plan resources that were co-developed with patients. All are intended to educate and empower patients and families, ultimately positively impacting patient safety:

- Engaging Patients in Patient Safety: A Canadian Guide (Patient Engagement Action Team 2017)
- "5 Questions to Ask about Your Medications" (Institute for Safe Medication Practices Canada et al. 2016)
- Am I Safe? Supporting Conversations about Patient Safety in the Home (Canadian Home Care Association and CPSI 2017)
- Never Events for Hospital Care in Canada: Safer Care for Patients (CPSI 2015)
- Enhanced Recovery CanadaTM: Safety Improvement Project (CPSI n.d.-c)
- Patient Safety Culture "Bundle" for CEOs and Senior Leaders (CPSI n.d.-a)

Donna Davis noted how patient safety progressed in partnership with patients in her closing comments at the 2017 Consortium:

As patient partners, we are excited to see that what we wished for when we first came together is coming true. We wished to share the knowledge that patient harm does happen, so people could take actions to keep themselves safe. Healthcare systems are made up of humans who are going to make mistakes - what can patients do to keep themselves safe? Some of the tools developed through the Consortium specifically address this wish. We wished for meaningful contribution, the recognition of the value of patient/family partnership, and inclusion at the table. During the Consortium, patients and families were included and the value of having us at the table was fully recognized. We have been given the microphone!

Closing Thoughts

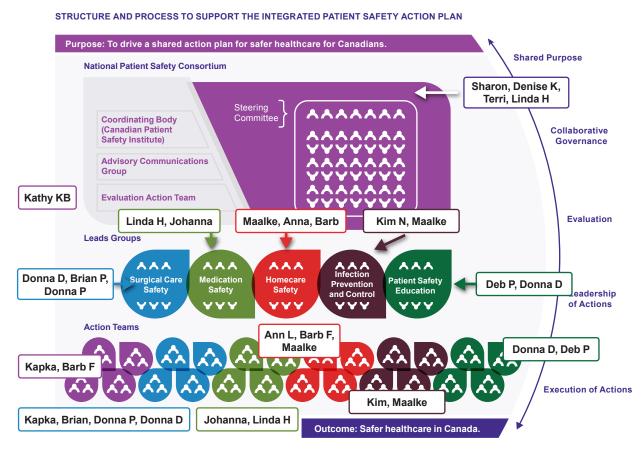
Much has improved for PFPSC and for various aspects of patient safety across Canada, but we have a long way to go. Safety must stay at the core as many other priorities are identified. The Consortium is one example of a large-scale, complex initiative that demonstrates how significant partnerships that include patients and families can change the culture and outcomes for patient safety. This way of engaging patients in large-scale change is like nothing else we know.

Finally, we believe that initiatives such as this need to have fewer action items and more emphasis on focus: the implementation of a few outcomes and their evaluation and then their distribution would be a far more effective use of this collective impact. We can leverage this distribution of effective tools by reaching out to partner organizations, such as accrediting organizations, regulators, hospitals or care facilities, as well as patient and health professional organizations.

For PFPSC, our best indicator of success is that organizations from around the world have been keenly watching and learning from our shared efforts. We can only hope that patient partners in those other countries are as valued as we are here in Canada.

We thank everyone working in patient safety for your dedication, your passion and your continuing work. As patients and families, we cannot lose the hope and the trust that we will have the safest healthcare in the world. A life depends on it. HQ

FIGURE 3. Patients as integral partners in all consortium structures



References

Bates, D.W. and H. Singh. 2018. Two Decades Since To Err Is Human: An Assessment of Progress and Emerging Priorities in Patient Safety. Health Affairs 37: 1736-43. doi:10.1377/hlthaff.2018.0738.

Berger, Z., T. Flickinger, E. Pfoh, K.A. Martinez and S.M. Dy. 2014. Promoting Engagement by Patients and Families to Reduce Adverse Events in Acute Care Settings: A Systematic Review. BMJ Quality and Safety 23(7): 548-55.

Burrows Walters, C. and E. Duthie. 2017. Patient Engagement as a Patient Safety Strategy: Patients' Perspectives. Oncology Nursing Forum

Canadian Home Care Association and Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2017. Am I Safe? Supporting Conversations about Patient Safety in the Home. Edmonton, AB: Author. http://www.cdnhomecare.ca/ media.php?mid=4618>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2011. Canadian Disclosure Guidelines: Being Open and Honest with Patients and Families. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 31, 2019. .

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2012. Canadian Incident Analysis Framework. Edmonton, AB: Author. https://www. patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/IncidentAnalysis/ Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework.PDF>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2014. National Patient Safety Consortium. Edmonton, AB: Author. Retrieved April 1, 2019. https:// www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/PatientSafetyForwardWith4/ Documents/National%20Patient%20Safety%20Consortium%20 One%20Page%20Summary.pdf>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2015, September. Never Events for Hospital Care in Canada: Safer Care for Patients. Edmonton, AB: Author. Retrieved March 27, 2019. https://www.patientsafetyinstitute. ca/en/toolsResources/NeverEvents/Documents/Never%20Events%20 for%20Hospital%20Care%20in%20Canada.pdf>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2018a. Canadian Patient Safety Institute's Patient Engagement Model. Edmonton, AB: Author.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2018b. Patient Safety: A Bold New Direction. Canadian Patient Safety Institute 2018 – 2023 Business Plan. Edmonton, AB: Author. https://www.patientsafetyinstitute. ca/en/About/Patient-Safety-Right-Now/Documents/2018-2023%20 Business%20Plan.pdf>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2018c. Patient Safety Education Action Plan. Retrieved August 7, 2019. https://www.action.com/ patientsafetyinstitute.ca/en/NewsAlerts/News/Pages/Patient-Safety-Action-Plan---Q3-Update-2017-03.aspx>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2019. PFPSC Participation Report April 1, 2018 - April 1, 2019. Edmonton, AB: Author.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). n.d.-a. A Framework for Establishing a Patient Safety Culture. Retrieved April 1, 2019. https:// www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Patient-Safety-Culture-Bundle/Pages/default.aspx>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). n.d.-b. Canadian Patient Safety Officer Course. Retrieved April 1, 2019. .

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). n.d.-c. Enhanced Recovery CanadaTM: Safety Improvement Project. Retrieved April 1, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Enhanced- Recovery-after-Surgery/SIP-Collaborative/Pages/default.aspx>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). n.d.-d. Membership. Retrieved April 1, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/ About/Programs/PPSC/Membership/Pages/default.aspx>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). n.d.-e. Patient Stories. Retrieved April 1, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/ toolsResources/Member-Videos-and-Stories/Pages/default.aspx>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). n.d.-f. Patients for Patient Safety Canada. Retrieved April 1, 2009. .

Clancy, C.M. 2009. Ten Years after To Err Is Human. American Journal of Medical Quality 24(6): 525-28. doi:10.1177/1062860609349728.

Hall, J., M. Peat, Y. Birks, S. Golder; PIPS Group, V. Entwistle et al. 2010. Effectiveness of Interventions Designed to Promote Patient Involvement to Enhance Safety: A Systematic Review. Quality & Safety in Health Care 19(5): e10.

Institute for Safe Medication Practices Canada, Canadian Patient Safety Institute (CPSI), Patients for Patient Safety Canada, Canadian Pharmacists Association and Canadian Society of Hospital Pharmacists. 2016. 5 Questions to Ask about Your Medications. Retrieved March 27, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/ toolsResources/5-Questions-to-Ask-about-your-Medications/Pages/ default.aspx>.

Institute of Medicine. 1999. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press.

Kania, J. and M. Kramer. 2011, Winter. Collective Impact. Stanford Social Innovation Review. Retrieved July 31, 2019. https://ssir.org/ articles/entry/collective_impact#>.

Khan, A., M. Coffey, K. Litterer, J.D. Baird, S.L. Furtak, B.M. Garcia et al. 2017. Families as Partners in Hospital Error and Adverse Event Surveillance. JAMA Pediatric Online 171(4): 372-81. doi:10.1001/ jamapediatrics.2016.4812.

Kovacs Burns, K. 2008. Canadian Patient Safety Champions: Collaborating on Patient Safety. *Healthcare Quarterly* 11(Special Issue): 95-100. doi:10.12927/hcq.2008.19657.

Kushner, C. and D. Davis. 2014. Improving Safety: Engaging with Patients and Families Makes a Difference! Healthcare Quarterly 17(Special Issue): 41–44. doi:10.12927/hcq.2014.23951.

Longtin, Y., H. Sax, L.L. Leape, S.E. Sheridan, L. Donaldson and D. Pittet. 2010. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clinic Proceedings* 85(1): 53–62.

Patient Engagement Action Team. 2017. Engaging Patients in Patient Safety - A Canadian Guide. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute. Retrieved April 1, 2019. https://www.patientsafetyinstitute. ca/engagingpatients>.

Patients for Patient Safety Canada (PFPSC). 2014. Five Years Later -What Has Been the Impact? Edmonton, AB: Author.

The Joint Commission. 2016. Busting the Myths about Engaging Patients and Families in Patient Safety. Retrieved April 1, 2019. .

Trew, M., S. Nettleton and W. Flemons. 2010. Harm to Healing -Partnering with Patients Who Have Been Harmed. Retrieved March 27, 2019. http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/ Research/commissionedResearch/HarmtoHealing/Documents/ Harm%20to%20Healing.pdf>.

Vision & Results Inc. 2018, July. Evaluation of the National Patient Safety Consortium & Integrated Patient Safety Action Plan. Final Report. Toronto, ON: Author. Retrieved August 7, 2019. https:// www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Evaluation-National-Patient-Safety-Consortium/Documents/National%20 Consortium%20Executive%20Summary%202018.pdf>.

Weissman, J.S., E.C. Schneider, S.N. Weingart, A.M. Epstein, J. David-Kasdan, S. Feibelmann et al. 2008. Comparing Patient-Reported Hospital Adverse Events with Medical Record Review: Do Patients Know Something that Hospitals Do Not? Annals of Internal Medicine 149: 100-08.

World Health Organization (WHO). 2004, October. World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2005. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved August 7, 2019. https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/43072/9241592443.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

World Health Organization (WHO). 2006. London Declaration: Patients for Patient Safety. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved August 7, 2019. https://www.who.int/patientsafety/patients_for_ patient/London Declaration EN.pdf>.

World Health Organization (WHO). 2017. Medication Without Harm: WHO Global Patient Safety Challenge. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization (WHO). n.d. Collaborating Centres and NGOs in Official and Working Relations with WHO for Patient Safety. Retrieved March 28, 2019. https://www.who.int/patientsafety/ partnerships/WCCNGO/en/>.

About the Authors

Katharina Kovacs Burns, MSc, MHSA, PhD, is a member of Patients for Patient Safety Canada.

Donna Davis, LPN, is a member of Patients for Patient Safety Canada.

Ioana Popescu, MBA, is senior program manager at the Canadian Patient Safety Institute.

Hina Laeeque, MSc, is senior program manager at the Canadian Patient Safety Institute.

Sandi Kossey, MHA, BScPT, is senior director at the Canadian Patient Safety Institute.

Renee Misfeldt, MA, PhD is senior program manager at the Canadian Patient Safety Institute.

Christopher Thrall is communications officer at the Canadian Patient Safety Institute.

Correspondence may be directed to: Ioana Popescu, Senior Program Manager, Canadian Patient Safety Institute: 10025 - 102A Avenue, Suite 1400, Edmonton, AB T5J 2Z2; mobile: 1-780-721-2114; e-mail: IPopescu@cpsi-icsp.ca.

Engagement des patients dans une initiative de changement à grande échelle: « aussi sécuritaire que possible, le plus rapidement possible »

Katharina Kovacs Burns, Donna Davis, Ioana Popescu, Hina Laeeque, Sandi Kossey, Renee Misfeldt et Christopher Thrall

Résumé

L'engagement des participants au programme Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC) est passé d'anecdotes ponctuelles à la participation active de 27 patients et leurs familles au Consortium national sur la sécurité des patients. En effet, le PPSPC et 270 partenaires ont collaboré à la gouvernance et au leadership et ont mis sur pied des équipes de travail pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer ledit Consortium ainsi que le Plan d'action intégré sur la sécurité des patients. Plusieurs résultats découlent de ce travail, notamment la production d'un guide pour l'engagement des patients. Cet article montre comment les patients se sont engagés dans une initiative de changement à grande échelle, tout en mettant de l'avant leur expérience et celle des organismes partenaires.

Introduction

En l'honneur de ceux qui sont morts, de ceux qui sont restés handicapés, de nos proches et des enfants du monde à naître, nous viserons l'excellence afin que les soins de santé soient aussi sécuritaires que possible, le plus rapidement possible. Voilà l'engagement de notre partenariat. (WHO 2006)

En tant que membres du programme Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC), nous appuyons la déclaration

de l'Organisme mondial de la santé (OMS) (PFPSC 2014). Notre mission est d'améliorer la sécurité des patients au Canada et de mettre en œuvre notre vision qui aspire à la sécurité pour chacun des patients (PFPSC 2014). Nous estimons, en tant que patients et familles qui avons subi des préjudices, bien comprendre l'impact du manque de sécurité dans les soins. Notre expérience, nos cas, nos larmes et notre douleur, combinés à l'engagement d'assurer que la sécurité soit au sommet des priorités en santé, font de nous des partenaires de choix pour les initiatives d'amélioration de la sécurité des patients qui visent la réduction et la prévention des préjudices. Donna Davis en témoigne ainsi :

Comme nombre de patients partenaires, j'ai commencé ce cheminement dans la douleur et l'espoir. La douleur venait de la perte de mon fils bien-aimé Vance en raison d'un préjudice qui aurait pu être évité. Il n'avait que 19 ans. Les stéréotypes, les lacunes en matière de transfert, le manque de communication entre les prestataires de soins, une blessure sérieuse à la tête non détectée et le manque d'écoute envers moi - sa mère qui le connaissait le mieux – ont concouru à sa mort. C'était un travailleur, un « réparateur ». Pour moi, sa mort et les leçons qu'on peut en tirer peuvent aider à « réparer » le système de santé. J'espère que la perte

des nôtres puisse donner lieu à des changements qui aideront à prévenir de telles souffrances chez d'autres. C'est cet espoir qui m'a menée au PPSPC et j'y ai découvert des gens qui partagent la même vision.

Le programme PPSPC, de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), est dirigé par les patients et compte 70 membres d'un bout à l'autre du Canada (CPSI s. d.-f). Nos voix collectives contribuent à des centaines de politiques, de pratiques et de programmes provinciaux, nationaux et internationaux (voir les Figures 1 et 2). Nous sommes reconnus comme des leaders du mouvement canadien et international pour la sécurité des patients.

Changement de culture : patients partenaires et dirigeants unis pour améliorer la sécurité au Canada

Au cours des années, le PPSPC a évolué. Nous avons commencé avec quelques membres qui s'exprimaient lors d'événements ponctuels, de rencontres ou de colloques. Aujourd'hui, plusieurs membres sont engagés dans des initiatives à grande échelle (PFPSC 2014) telles que le Consortium national sur la sécurité des patients et le Plan d'action intégré sur la sécurité des patients (CPSI 2014).

FIGURE 1.

Des membres du programme Patients pour la sécurité des patients du Canada préparent leurs conclusions lors d'une rencontre du Consortium en 2017



De gauche à droite: Johanna Trimble, Donna Penner, Kim Neudorf, Donna Davis, Maaike Asselbergs, Linda Hughes, Terri Sabo et Brian Penner.

Dans le cadre du Consortium, 27 membres du PPSPC ont collaboré avec plus de 270 cadres provenant d'une cinquantaine d'organisations gouvernementales, nationales et provinciales ou territoriales, de groupes de patients et d'autres intervenants. En tant qu'organisme de coordination du Consortium, nous avons travaillé sans relâche avec l'ICSP afin d'apporter des changements

FIGURE 2. Membres du Patients pour la sécurité des patients du Canada lors d'une rencontre



De gauche à droite

Rangée arrière : Linda Hughes, Maryann Murray, Santiago Diaz, Dennis Maione, Martie Hatley, Brian Penner, David Wells, Donna Penner, Ioana Popescu, Maaike Asselbergs, Eileen Chang et Sharon Nettleton. Rangée médiane : Bernie Weinstein, Kim Neudorf, Dale Nixon, Janet Bradshaw, Irene Wald, Anne Lydditt, Kathy Kovacs Burns, Abisaac Saraga, Cathy Litwin, Geoffrey Milos et Peter Cox. Rangée avant : Deb Prowse, Sandi Kossey, Johanna Trimble, Michelle Floh, Jody Glover, Theresa Malloy Miller, Judy Birdsell, Robin McGee et Sabina Robins.

sociaux complexes en faveur de la sécurité des patients. Nous avons joué un rôle de premier plan dans l'établissement de principes directeurs, d'un plan d'action national et de stratégies de communication et d'évaluation. Ceci, par définition, constitue un « impact collectif » (Kania et Kramer 2011). C'est à titre de patients et familles que nous avons été choisis comme partenaires pour transformer et améliorer la sécurité des systèmes de santé.

L'évaluation indépendante du Consortium affirme dans son rapport que « l'initiative a concrétisé l'amélioration de la sécurité des patients comme priorité nationale. Elle a permis d'exploiter l'expertise et l'expérience des parties prenantes (y compris les patients et les membres de leur famille) au Canada pour faire progresser la sécurité des patients, en établissant une base solide et générant un élan considérable en soutien de la diffusion et de la mise en œuvre à grande échelle des améliorations de la sécurité des patients » (Vision & Results Inc. 2018: 6).

Le succès du PPSPC au centre de cette initiative de transformation peut être attribué à notre fondement même. Nous croyons que nos modestes débuts ont été essentiels pour notre croissance et ont peu à peu conduit à la confiance que l'ICSP et d'autres organismes nous ont accordée pour un rôle aussi important au sein du Consortium. Donna Davis relate un moment plus serein en octobre 2017:

Pendant la préparation des observations finales, lors de la dernière réunion du Consortium, j'ai pu revoir le panorama de l'engagement des patients au cours des 10 dernières années. Cette image m'a remplie de fierté et de joie. Tant de choses que j'avais imaginées avec mes collègues membres du PPSPC étaient maintenant réelles. Les changements que nous avons apportés en tant que partenaires honorent la mémoire de nos proches blessés ou perdus au titre d'événements évitables et nous avons maintenant espoir en l'avenir, guidés par la vision du PPSPC qui aspire à la sécurité pour tous les patients.

De la douleur à la confiance : le cheminement des partenaires

Il est difficile de décrire le parcours du PPSPC sans souligner les défis que nous avons dû surmonter pour créer une communauté de patients partenaires estimés. Cela nous ramène avant la création du PPSPC, il y a plus de 10 ans. Comme l'indique Kathy Kovacs Burns:

Je me souviens, en 2005, avant la création du PPSPC, lorsque l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients de l'OMS avait invité des patients et leurs familles de nombreux pays à participer à un atelier à Londres pour discuter d'une charte mondiale pour la sécurité des patients. La Déclaration de Londres et les activités qui ont suivi ont ouvert de nombreuses portes à la participation des patients. Ensuite, avec neuf autres personnes, j'ai participé au premier atelier sur la sécurité des patients réunissant des patients et familles d'Amérique du Nord, Centrale et du Sud, en 2006 à San Francisco. Nous avions enfin l'occasion de nous faire entendre, non seulement d'exprimer et de partager notre chagrin avec d'autres patients et familles, mais aussi de commencer à traduire les mots en actes. Cet atelier nous a donné la volonté et un élan pour commencer à rechercher des partenariats afin de financer et soutenir nos efforts. À cette époque, c'était une lutte.

Avec l'appui de l'ICSP et les conseils du programme de l'OMS Patients pour la sécurité des patients (OMS-PPSP), nous avons jeté les bases du programme PPSPC, en 2007, en définissant notre mission, notre vision et nos premiers objectifs stratégiques. Nous sommes ainsi devenus le bras canadien de l'OMS-PPSP. Le chemin à suivre n'était pas clair, mais nos rêves eux l'étaient : nous deviendrions des partenaires pour l'apprentissage et la guérison afin de garantir la sécurité des soins dans le système de santé. Nous avons partagé ce rêve avec des patients partenaires du monde entier. Plus important encore, nous avons également commencé à raconter et à publier nos histoires. C'est ainsi que nous avons incité la population à mettre des histoires, des visages et le nom de personnes réelles sur les statistiques. Nous avons ainsi permis aux gens de comprendre notre expérience de préjudice (CPSI s. d.-e; Kovacs Burns 2008).

Ensuite, nous avons cherché à établir le PPSPC en tant que partenaire de confiance et apprécié, ce qui a demandé l'effort de nombreuses personnes pendant plusieurs années. Notre relation unique avec l'ICSP a grandement contribué à ces efforts. L'ICSP fait preuve d'un engagement pour la participation des patients depuis 2006, notamment en allouant des ressources pour soutenir le développement du PPSPC et en intégrant des patients à ses projets. Cela a commencé par quelques initiatives. Mais aujourd'hui, réalisant la nécessité et l'impact de la voix des patients, l'ICSP invite ces derniers à participer à tous ses programmes (CPSI 2018a) ainsi qu'aux collaborations avec nombre d'organisations (CPSI 2018b). Le PPSPC s'est engagé à s'aligner sur la vision et la mission de l'ICSP, à réseauter avec ses pairs et à tirer des leçons des succès et des échecs survenus en cours de route.

La force du PPSPC repose sur trois piliers fondamentaux. Le premier est notre processus de recrutement et d'orientation des membres, qui évalue la volonté des candidats de s'aligner sur le mandat et la vision du PPSPC (CPSI s. d.-d). Le deuxième pilier est notre crédibilité, non seulement en raison des expériences vécues, mais également à cause de notre capacité d'établir des partenariats et des initiatives qui donnent des résultats crédibles. Ainsi, les organismes partenaires ont commencé à considérer le PPSPC comme un précieux contributeur et intervenant. Notre troisième force est de pouvoir démontrer à quel point la participation active des patients et familles est bénéfique pour les partenariats de collaboration. Plusieurs publications des 20 dernières

années (Bates et Singh 2018; Clancy 2009; Institute of Medicine 1999) soulignent l'apport de la participation des patients pour l'amélioration des services de santé, mais ce n'est que depuis une dizaine d'années qu'on reconnaît leur contribution à la question de la sécurité des patients (Berger et coll. 2014; Burrows Walters et Duthie 2017; Hall et coll. 2010; Kovacs Burns 2008; Kushner et Davis 2014; Khan et coll. 2017; Longtin et coll. 2010; Trew et coll. 2010; Weissman et coll. 2008). L'expérience des patients et familles est de plus en plus reconnue, ce qui a favorisé leur engagement en matière de sécurité des soins de santé. Par extension, ce point de vue a influencé la culture d'apprentissage et d'amélioration de la qualité dans les services de santé (Patient Engagement Action Team 2017; The Joint Commission 2016).

Les membres du PPSPC s'efforcent de réduire les obstacles à la participation des patients et de leurs familles à la sécurité des patients (Kushner et Davis 2014). Nous comprenons certaines préoccupations des partenaires et des dirigeants d'organismes, telles que l'incertitude quant à la manière d'inclure les conseils des patients et familles, le temps des bénévoles et les craintes que leur participation puisse perturber au lieu de construire. C'est pourquoi nous souhaitons soutenir tout le monde dans nos efforts communs visant à impliquer les patients partenaires (Kovacs Burns 2008).

Au fil des ans, le PPSPC a collaboré à l'élaboration de données de recherche, de politiques, de pratiques et de stratégies telles que la divulgation (CPSI 2011), l'analyse des incidents (CPSI 2012), les programmes de formation (CPSI 2018c, s. d.-b), les plans stratégiques (CPSI 2018b) ou les normes, événements et campagnes (CPSI s. d.-e). Nous avons investi non seulement notre passion, mais également des milliers d'heures de bénévolat chaque année (CPSI 2019) pour améliorer la sécurité des soins et établir le PPSPC en tant que voix de confiance. Ça n'a pas été un cheminement simple ni facile. Nous avons dû établir notre crédibilité les uns envers les autres et avec nos partenaires du système de santé. Quand nous avons frappé un écueil, nous nous sommes relevés et avons continué en gardant bien en tête notre vision.

Un grand honneur nous a été décerné en 2017 lorsque l'ICSP a été désigné par l'OMS comme centre de collaboration pour la sécurité et l'engagement des patients. L'ICSP est actuellement le seul centre collaborateur au monde axé sur la participation des patients (WHO s. d.). Le succès du PPSPC au fil des ans a été un facteur clé dans l'obtention de cette désignation et continuera de l'être pour son maintien. En tant que centre collaborateur de l'OMS, nous apporterons soutien et expertise à l'OMS-PPSP et à son réseau mondial, au signalement des incidents en matière de sécurité des patients et ainsi qu'au défi mondial pour la sécurité des patients qui a comme thème « Les médicaments sans les méfaits » (WHO 2017).

Parmi les défis identifiés par les patients partenaires se trouvent le temps nécessaire pour mettre en œuvre certaines actions ...

Constater la valeur des patients en tant que partenaires pour améliorer la sécurité au Canada

Les membres du PPSPC étaient enthousiastes à l'idée de faire partie des travaux du Consortium, car c'était le type de collaboration que nous avions envisagé en 2007. Même si nous avions déjà beaucoup accompli en établissant des partenariats bilatéraux avec des programmes ou des organisations, cette initiative nous a permis, en tant que patients partenaires, de multiplier de manière exponentielle notre impact. En effet, les membres du PPSPC ont été impliqués à tous les niveaux du Consortium (voir la Figure 3).

Après tout ce temps et tous ces investissements, reste à savoir si la participation des patients a été utile pour cette initiative de changement à grande échelle. Peut-on dire que ça en vaut la peine et peut-on recommander à d'autres d'entreprendre l'aventure? Une évaluation indépendante du Consortium, guidée par une équipe comprenant des patients partenaires, a conclu que:

Le Consortium a modélisé ses partenariats avec les patients pour améliorer la sécurité des patients; les membres du programme Patients pour la sécurité des patients du Canada ont participé à tous les aspects du Consortium national sur la sécurité des patients et du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients, et ce, de la formulation des stratégies et des plans d'action jusqu'à la participation en tant que membres égaux de l'équipe. (Vision & Results Inc. 2018)

Un membre de l'équipe d'évaluation des interventions ajoute ceci : « Les patients m'ont vraiment inspiré pour continuer à travailler sur ce sujet car j'ai écouté leurs histoires ... Il est inspirant de travailler avec eux et c'est ce qui m'a motivé » (Vision & Results Inc. 2018).

Sharon Nettleton, une représentante du PPSPC au sein du comité directeur, a déclaré que les patients partenaires assuraient la « constance », c'est-à-dire que, puisqu'ils se concentrent sur la sécurité des patients et non sur les cycles de budgétisation ou de planification, ils aident les organisations à garder le cap. Cependant, toute constance doit être soutenue par des ressources allouées par les dirigeants; par conséquent, une relation symbiotique, comme celle qui existe entre l'ICSP et le PPSPC, est essentielle.

Parmi les défis identifiés par les patients partenaires se trouvent le temps nécessaire pour mettre en œuvre certaines actions ainsi que la mobilisation de nombreux secteurs pour faire de la participation des patients une réalité. Un participant du Consortium a déclaré : « Nous avons dû nous ajuster un peu pour la mise en œuvre et la diffusion des idées. Ce n'est qu'un début, mais un bon début ». Un membre du comité directeur a fait écho à cette idée : « Comment peut-on garantir que nous en tirerons profit? À quoi ressemblera l'avenir, la prochaine phase du travail? Parce que nous sommes conscients qu'il y a encore beaucoup de travail à faire au Canada » (Vision & Results Inc. 2018).

Les patients partenaires ont également fait remarquer que plusieurs ressources du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients ont été élaborées de concert avec des patients. Les ressources suivantes sont ainsi destinées à l'éducation et à la responsabilisation des patients et de leurs familles, afin d'avoir un impact positif sur la sécurité des patients :

- Le Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité (Patient Engagement Action Team 2017)
- « Cinq questions à poser au sujet de vos médicaments » (Institute for Safe Medication Practices Canada et coll.
- Suis-je en sécurité? Appuyer des discussions sur la sécurité des patients à domicile (Canadian Home Care Association et CPSI 2017)
- Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada (CPSI 2015)

- Récupération optimisée Canada^{MC}: projet d'amélioration de la sécurité (CPSI s. d.-c)
- Ensemble de ressources à l'intention des directeurs généraux et des cadres supérieurs pour favoriser une culture propice à la sécurité des patients (CPSI s. d.-a)

Dans ses observations finales, lors de la réunion du Consortium en 2017, Donna Davis a mis en évidence l'évolution de la sécurité des patients en partenariat avec les patients :

En tant que patients partenaires, nous sommes ravis de constater que nos souhaits de départ deviennent réalité. En effet, nous souhaitions partager le fait qu'il arrive que les patients subissent un préjudice, afin que ces derniers puissent prendre des mesures pour rester en sécurité. Les systèmes de santé sont constitués d'êtres humains qui vont commettre des erreurs – que peuvent donc faire les patients pour assurer leur sécurité? Certains des outils développés par le Consortium répondent précisément à cette question. Nous souhaitions apporter une

FIGURE 3. Les patients comme partenaires dans toutes les structures du consortium

STRUCTURE ET PROCESSUS AU SOUTIEN DU PLAN D'ACTION INTÉGRÉ EN SÉCURITÉ DES PATIENTS Objectif: faire progresser un plan d'action commun pour améliorer la sécurité des soins pour tous les Canadiens Objectif commun Consortium national sur la sécurité des patients Sharon, Denise K. Terri, Linda H Gouvernance Organisme de coordination nstitut canadien pour la sécurité es patients) collaborative Groupe consultatif sur les communications Groupe de travail sur l'évaluation Kathy KB Maalke, Anna, Barb Kim N. Maalke Linda H. Johanna Évaluation Groupes directeurs Donna D, Brian P, Deb P, Donna D Donna P Leadership des actions Équipes d'action Ann L, Barb F. Maalke Donna D. Deb P Kapka, Barb F Exécution des actions Kim, Maalke Kapka, Brian, Donna P, Donna D Johanna, Linda H Résultat : des soins de santé plus sécuritaires au Canada

contribution significative, obtenir la reconnaissance des partenariats avec les patients et familles et être invités aux tables de discussion. En effet, patients et familles ont été inclus et l'intérêt de nous accueillir à la table a été pleinement reconnu. On nous a passé le micro!

Conclusion

Bien des choses se sont améliorées pour le PPSPC et pour divers aspects de la sécurité des patients partout au Canada, mais il y a encore beaucoup de chemin à parcourir. La sécurité doit demeurer au centre des préoccupations, parmi de nombreuses autres priorités. Le Consortium est un exemple d'initiative complexe à grande échelle qui montre à quel point les partenariats incluant patients et familles peuvent modifier la culture et les résultats en matière de sécurité des patients. Cette façon d'engager les patients dans un changement à grande échelle ne ressemble à rien d'autre que nous connaissons.

Enfin, pour ce genre d'initiatives, nous pensons qu'il est judicieux d'opter pour un plus petit nombre de mesures afin de pouvoir s'y consacrer davantage : la mise en œuvre, l'évaluation et la diffusion de quelques mesures sont souvent beaucoup plus efficaces. Il est possible de tirer parti de ces précieux outils en mobilisant des organisations partenaires telles que les organismes d'accréditation, les organismes de réglementation, les hôpitaux, les établissements de soins et les organisations de patients ou de professionnels de la santé.

Le meilleur indicateur de succès du PPSPC est sans doute que des organisations du monde entier en ont suivi la progression. Nous ne pouvons qu'espérer que les patients partenaires des autres pays soient aussi valorisés que nous le sommes ici au Canada.

Nous remercions toutes les personnes qui œuvrent à la sécurité des patients pour leur dévouement, leur passion et leur travail. En tant que patients et familles, nous ne pouvons perdre l'espoir ni la confiance d'avoir les soins de santé les plus sécuritaires au monde. Des vies en dépendent. HQ

Références

Veuillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (pp. 32–33).

À propos des auteurs

Katharina Kovacs Burns, M.Sc., M.G.S.S., Ph.D., est membre de Patients pour la sécurité des patients du Canada.

Donna Davis, inf. aux. aut., est membre de Patients pour la sécurité des patients du Canada.

Ioana Popescu, MBA, est gestionnaire principale de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Hina Laeeque, M.Sc., est gestionnaire principale de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Sandi Kossey, M.Sc. (administration de la santé), B.Sc. (physiothérapie), est directrice principale à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Renee Misfeldt, M.A., Ph.D. est gestionnaire principale de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Christopher Thrall est agent de communication à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Adresse pour correspondance : Ioana Popescu, gestionnaire principale de programme, Institut canadien pour la sécurité des patients: 10025 - 102A Avenue, bureau 1400, Edmonton, AB T5J 2Z2; mobile: 1-780-721-2114; courriel: IPopescu@cpsi-icsp.ca.

Commentary: Three Ideas about "Post-Vention"

Allison Kooijman, Robin McGee and Robert Robson

hen presented with the opportunity to provide a commentary on this Special Issue of Healthcare Quarterly on patient safety, we thought it would be particularly powerful to bring together those with intimate lived experience of patient safety incidents. As such, this submission is being brought to you by two patients whose lives have been irrevocably altered by medical mishaps, along with a physician who has spent a considerable portion of his career advancing and integrating the patient voice on patient safety issues.

As can well be expected, putting together a short commentary on such a monumental issue as our collective points on patient safety is no simple task. This task was not complicated because of our differences in background or status or because we did not see eye to eye but rather because when you put a healthcare provider in a room with two injured patients and participate in a candid, honest and vulnerable dialogue, wonderful connections materialize that are well beyond the limited space we have in this brief commentary. We have engaged in rigorous, spirited and dark-humoured discussions of our experiences, along with our hopes and wishes going forward in advancing safer patient care for all.

Our discussions took us down a different path from those that have been highlighted in this issue, which is largely focused on prevention. Rather, our experiences led us to focus on what we would like to term "post-vention": how do we capitalize on

the experiences of, and learnings from, people when healthcare interventions go awry? We identified at least three steps to take.

1. Build It and They Will Come

Making the healthcare system a safer place, especially for patients and communities but also for the thousands of providers who care about the services, is not as simple as building a baseball park in a corn field and hoping that players will show up. If only! As Don Berwick (2014) has said, "Hope is not a plan." So how can this be accomplished? The first step is realizing that healthcare is perhaps the perfect example of a complex adaptive system (CAS), which means that it is a system of dynamically interacting processes whereby "the interactions and relationships of different components simultaneously affect and are shaped by the system" (The Health Foundation 2010). One of the challenges to producing safe, high-quality healthcare in Canada over the last 50 years has been a failure to understand the nature of healthcare as a CAS.

CASs change and evolve as a result of powerful intrinsic mechanisms; self-organization is an internal "operating system" that has been identified in a wide variety of CASs other than healthcare. What we have learned is that a CAS cannot be fully controlled and is difficult to shift but can be influenced or nudged through the actions of individual players (not baseball players!) at the local level. We (patients,

families, communities, providers, administrators, researchers, politicians) are all players (the technical term is "semi-autonomous agents") in this system, whether we know it or not. If we "build" the conditions to promote collaboration among the players, then we can influence the system. As the designation CAS suggests, the system will adapt to the efforts of the many players, and new (safer) patterns will emerge. When we conceptualize what it would mean to shift or influence a CAS such as healthcare, we often come upon "culture" as a significant impediment to the evolution of a relationship-centred and safer healthcare system.

When we further drill down into this culture of healthcare, we identify the two main categories that are the major forces driving this culture: protection of reputation and protection from risk. The medical profession has long been a central focus of this social hierarchy, and maintenance of this hierarchy is built into the healthcare ecosystem, intentionally or not, through policy and legal frameworks that protect healthcare providers and institutions from risk - the risk of the injured patient. Protecting the healthcare system, in this way, is at fundamental odds with protecting patients. Of course, risk management is important, but we must also ask, "Whose risks are being managed?"

Let us explain further, from a place of experience. When a patient is injured as a result of a medically adverse event, that patient, more often than not, is perceived as a potential threat and a liability. This perception of an injured patient as a threat determines how the "system" interacts with that patient. Rigid risk management systems have effectively excluded patient participation in virtually all cases, minimizing the rich learning that could be realized if we interacted candidly. If injured patients could be conceived of as an untapped resource for quality improvement rather than a threat or liability, if we could talk candidly about medical mishaps and if we could conquer silence, imagine the possibilities for transformation! It is our moral imperative to insist that injured patients be brought into the fold and to adapt the healthcare system to facilitate the evolving role of patients as partners in healthcare system improvement.

Often I felt like Sisyphus, the Greek mythical figure eternally doomed to roll a stone up a hill only to have it roll back again.

2. Involve Patients in Post-Error Investigations

No one would ever conduct an investigation into a highway accident without speaking to the witnesses. However, in healthcare, it is common for injured patients and their families to be shut out of the investigation process altogether.

As a harmed patient [Robin had a 2 cm cancer missed on a CT scan by a radiologist, resulting in significant progression

of the disease by the time it was detected six months later], I had to push to be heard. I had to push to have the incident acknowledged in the provincial database and to be described as an "adverse event" instead of "a complaint." I had to push to meet with system representatives about it, to insist on a quality review and to formally learn the results of that review. This pursuit occurred while I was undergoing brutal chemotherapy and multiple surgeries for a needlessly extensive cancer. The managers my case was delegated to seemed genuinely mystified as to how to approach the post-harm process. Often I felt like Sisyphus, the Greek mythical figure eternally doomed to roll a stone up a hill only to have it roll back again.

Patients for Patient Safety Canada has developed several disclosure principles regarding post-vention of patient safety incidents:

- 1. A patient who has been harmed is informed as soon as it is known that harm has occurred.
- 2. The harmed patient and, if they wish, family members are included in the investigation into the harm and in ongoing communication about improvements aimed at preventing
- 3. Supports such as counselling, assistance navigating the healthcare system and financial resources are in place and offered to the harmed patient and/or family.
- 4. A patient other than the person harmed is included as a member of the safety investigation team.

Had it been in place, how this framework would have helped me! It would have made all the difference to have an agreedupon set of principles and procedures instead of the confused system I encountered. I was told that radiology errors are so rare there is no need to investigate them. I am fairly certain that a patient representative would have underscored the need for appropriate error and apology practice regardless of how uncommon such errors are.

Eventually, after years, I was able to meet with the radiologist who made the error. I have been able to speak to provincial healthcare leaders about improving error and apology practice and to partner with the quality branch on staff training initiatives.

Three years later, my adverse event has still not been reviewed in radiology mortality and morbidity rounds. When disability and death are the result of such errors, it is heartbreaking to realize that no clinical learning has resulted. However, even when clinical answers are not forthcoming, the systemic problems underlying errors can still be addressed through thoughtful and sensitive involvement of patients in post-error review. The most important message we can send the public is that we take medical error seriously. Let's start by interviewing the witnesses.

3. Share the Stories of Patients, Families and **Healthcare Providers**

The third step in transforming the patient safety landscape in Canada is actively sharing the experiences of patients and families, as well as the thousands of healthcare providers who come to work each day to provide safe care.

We tend to think of patient safety stories as mostly talking about problematic, harmful events. Too often stories from patients and families have been received in a somewhat condescending manner and have been labelled as "anecdotes." This simply reflects the inability to see these narratives, which illustrate the potential for positive outcomes, as a valid source of data that can inform our understanding of the healthcare system. To extract that data and apply the learning, we must become comfortable with qualitative research methods, which are particularly suited to studying CASs and embracing the active participation of patients and families.

We need safe places where these stories can appear, as well as an equally safe place for staff to share their observations and their efforts to promote safety. The Canadian Patient Safety Institute has provided such a place: #conquersilence. Let's share these stories widely so that their insights can influence efforts to improve safety. This will require organizing the narratives into themes and subsets of concepts that can then be transformed by researchers into useful knowledge. The process will be further developed by the emergence of collaborative links between researchers all across the country.

There is no limit to the energy that will be unleashed by this excellent initiative; we simply need to start using it. Weaving all of these stories together will power the change we need. We are witnessing the dawn of "narrative safety." HQ

References

Berwick DM. 2014. Promising Care: How We Can Rescue Health Care by Improving It. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

The Health Foundation. 2010, August. Complex Adaptive Systems. Retrieved November 12, 2019. https://www.health.org.uk/ publications/complex-adaptive-systems>.

About the Authors

Allison Kooijman was injured as a result of a cancer misdiagnosis. She speaks with first-hand experience about the harm, after harm, that results when responses to patient safety incidents are less than ideal. Allison is a former licensed practical nurse, the co-chair of Patients for Patient Safety Canada and a current MA student at the University of British Columbia, Okanagan Campus.

Robin McGee is a registered clinical psychologist who has worked in health and education for over 30 years. Her awardwinning book The Cancer Olympics describes her fight for medical justice and fair chemotherapy policy after serious medical negligence. She was decorated by the governor-general of Canada for her advocacy in cancer care and patient safety.

Robert Robson was previously chief patient safety "character" in Winnipeg. He now explores the tangled intersection of complexity, resilience and safety in healthcare (www.robrobson.ca). He tries to help patients navigate the healthcare system as they seek reasonable answers about their care. Rob is a specialist emergency physician who continues to practise, having worked in community hospital and tertiary care emergency departments.

Commentaire : trois idées autour de la notion de « post-vention »

Allison Kooijman, Robin McGee et Robert Robson

orsque nous avons été invités à écrire un commentaire pour ce numéro spécial de Healthcare Quarterly dédié à la sécurité des patients, nous avons pensé qu'il serait évocateur d'impliquer ceux qui avaient vécu une expérience directe d'événements indésirables concernant la sécurité des patients. Ainsi, ce commentaire vous est livré par deux patientes dont la vie a été irrémédiablement affectée par des accidents médicaux et par un médecin qui a passé une bonne partie de sa carrière à promouvoir et à intégrer le point de vue des patients sur les sujets afférant à la sécurité.

Évidemment, rédiger un bref commentaire sur un sujet aussi colossal que le point de vue collectif sur la sécurité des patients n'est pas une mince affaire. Le défi ne reposait pas sur nos différences d'expérience ou nos statuts respectifs, ni sur le fait de ne pas être sur un pied d'égalité, mais bien sur le fait qu'en réunissant un prestataire de soins de santé et deux patientes blessées pour s'engager dans un dialogue candide, honnête et empreint de vulnérabilité, de merveilleux liens se tissent, bien au-delà de l'espace alloué à ce bref commentaire. Nous avons entrepris une discussion rigoureuse et animée, parfois teintée d'humour noir, reposant sur nos espoirs de voir progresser la sécurité des patients en général.

Nos discussions nous ont menés dans une direction différente de celles mises de l'avant dans ce numéro largement consacré à la prévention. Nos expériences nous ont plutôt incité à se pencher sur une notion que nous baptiserions la « post-vention » : comment tabler sur l'expérience et l'apprentissage a posteriori de gens chez qui des interventions médicales auront mal tourné. Nous avons identifié au moins trois étapes à suivre.

1. Installons-le et ils viendront

Rendre le système de santé plus sécuritaire, en particulier pour les patients et les communautés, mais également pour les milliers de prestataires qui se préoccupent des services rendus, n'est pas aussi simple que d'installer un terrain de baseball au beau milieu d'un champ de maïs et espérer que des joueurs se présentent. Si seulement c'était aussi simple! Comme le disait Don Berwick (2014), « l'espoir ne constitue pas un plan ». Alors, comment y arriver? La première étape consiste à réaliser que les soins de santé sont peut-être l'exemple parfait d'un système adaptatif complexe (SAC), ce qui signifie qu'il s'agit d'un système de processus en interaction dynamique dans lequel « les interactions et les relations entre les différents composants affectent autant qu'ils ne façonnent le système » (The Health Foundation 2010). Depuis 50 ans, un des obstacles dans la quête de l'amélioration de la sécurité et de la qualité dans les soins de santé au Canada est de ne pas reconnaître que la nature même des soins de santé est celle d'un SAC.

Les SAC changent et évoluent en raison de puissants mécanismes intrinsèques; l'auto-organisation est un « système d'exploitation » interne identifié dans nombre de SAC autres que les soins de santé. Nous avons appris qu'un SAC ne peut jamais être entièrement contrôlé et qu'il est difficile à réorienter, mais l'action de joueurs individuels (on ne parle pas ici de joueurs de baseball!) peut l'influencer ou le faire réagir. Nous (patients, familles, communautés, prestataires, administrateurs, chercheurs, politiciens) sommes tous des agents (le terme technique serait « agents semi-autonomes ») dans ce système, que nous le sachions ou non. Si nous « mettons en place » les conditions pour promouvoir la collaboration entre les différents joueurs, nous pouvons alors influencer le système. Comme l'indique la désignation SAC, le système s'adapte aux efforts combiné des différents joueurs, ce qui apporte de nouveaux comportements (plus sécuritaires). Quand nous pensons à ce que représente le changement ou l'influence d'un SAC comme celui des soins de santé, nous réalisons que la « culture interne » devient un obstacle important à l'évolution d'un système de soins de santé plus sécuritaire, axé sur les relations.

En approfondissant cette notion de culture, nous identifions les deux principaux facteurs qui la nourrissent : la protection de la réputation et la protection contre les risques. La profession médicale a longtemps été intimement associée à cette hiérarchie sociale et le maintien d'une telle hiérarchie fait partie intégrante du système de santé, volontairement ou non, par le biais de cadres politique et juridique qui protègent les prestataires de soins de santé et les établissements contre le risque – c'est-à-dire le risque d'un patient blessé. Une telle protection du système de santé va fondamentalement à l'encontre de la protection des patients. Bien sûr, la gestion du risque est toujours importante, mais nous devons également nous demander : « la gestion du risque de qui? ».

En termes plus clairs, lorsqu'un patient est blessé à la suite d'un événement indésirable, il devient plus souvent qu'autrement une source d'inquiétude quant à la responsabilité potentielle qui en découle. Cette perception du patient blessé en tant que menace conditionne la manière dont le « système » interagit avec ce patient. Les systèmes stricts quant à la gestion du risque excluent effectivement la participation des patients dans la quasi-totalité des cas, se privant ainsi de tout apprentissage rendu possible par une interaction plus transparente. Si les patients blessés étaient considérés comme une ressource inexploitée pour l'amélioration de la qualité plutôt que comme une menace ou un fardeau légal, si nous pouvions échanger plus ouvertement au sujet des incidents médicaux et si nous pouvions vaincre le silence, imaginez toutes les possibilités de changement! Il est de notre devoir moral d'insister pour que les patients blessés soient intégrés au processus et d'adapter le système de santé afin de faciliter l'évolution du rôle des patients en tant que partenaires de l'amélioration du système de santé.

Souvent, je me voyais tel Sisyphe, le héros mythologique grec contraint de rouler une pierre jusqu'au haut d'une colline avant de la voir perpétuellement débouler jusqu'à la case départ.

2. Impliquons les patients dans les enquêtes après incident

Personne ne mènerait une enquête sur un accident de la route sans parler aux témoins. Dans le domaine des soins de santé, pourtant, il est fréquent que les patients ayant été blessés ou leurs familles soient complètement exclus du processus d'enquête.

En tant que patiente lésée (dans le cas de Robin, une tumeur de 2 cm aura été omise par le radiologiste lors d'un tomodensitogramme, ce qui a permis à la maladie de progresser avant d'être détectée six mois plus tard), j'ai dû me battre pour être écoutée. Il a fallu que j'insiste pour que l'incident soit inscrit dans la base de données provinciale et décrit comme un « événement indésirable » et non une « plainte ». J'ai dû mettre de la pression pour arriver à entrer en contact avec un représentant à ce sujet, à obtenir une évaluation qualitative et en connaître les résultats officiels. Cette quête a eu lieu pendant que je subissais une chimiothérapie brutale et de multiples chirurgies pour un cancer inutilement étendu. Les responsables auxquels mon cas avait été confié semblaient complètement dépassés par la façon d'aborder le processus. Souvent, je me voyais tel Sisyphe, le héros mythologique grec contraint de rouler une pierre jusqu'au haut d'une colline avant de la voir perpétuellement débouler jusqu'à la case départ.

L'organisme Patients pour la sécurité des patients du Canada a élaboré plusieurs principes de post-vention suite à des incidents relatifs à la sécurité des patients :

- 1. Un patient qui a été blessé est mis au courant dès que l'on constate qu'une blessure indésirable est survenue.
- 2. Le patient blessé et, s'ils le souhaitent, les membres de sa famille font partie de l'enquête sur l'événement indésirable et du processus de communication au sujet des améliorations visant à prévenir d'éventuelles blessures.
- Des mesures de soutien, telles que des conseils, de l'assistance pour évoluer au sein du système de santé et des ressources financières sont mis en place et proposées au patient et à sa famille.
- 4. Un patient autre que la personne lésée est inclus dans l'équipe d'enquête sur la sécurité.

Si ce cadre avait été en place, je ne peux vous dire à quel point cela m'aurait aidée! Cela aurait été tout autre chose que d'avoir un ensemble de principes et de procédures convenu au lieu du système confus auquel je me suis heurtée. On m'a dit que les erreurs de radiologie étaient si rares qu'il était inutile d'enquêter. Je suis certaine qu'un représentant des patients aurait souligné la nécessité d'une politique adéquate d'aveu d'erreur et de présentation d'excuses, peu importe le degré de rareté des erreurs.

Des années plus tard, j'ai eu l'occasion de rencontrer le radiologiste qui avait commis l'erreur. J'ai pu échanger avec les dirigeants provinciaux des soins de santé au sujet de

l'amélioration des politiques en matière d'erreurs et d'excuses. J'ai pu collaborer avec les responsables de la qualité dans les initiatives de formation du personnel.

Trois ans plus tard, mon événement indésirable n'a toujours pas été pris en considération dans les revues de morbidité et de mortalité en radiologie. Lorsque qu'une invalidité ou un décès résultent de telles erreurs, il est déchirant de réaliser qu'aucun apprentissage clinique n'en soit tiré. Cependant, même en l'absence de réponses cliniques, les problèmes systémiques sous-jacents aux erreurs peuvent toujours être abordés de façon réfléchie et sensible par le biais d'une implication des patients dans les enquêtes après incident. Le message le plus important à envoyer à la population est que nous prenons les erreurs médicales au sérieux. Commençons par interroger les témoins.

3. Partageons les histoires des patients, des familles et des prestataires de soins

La troisième étape de la transformation du paysage de la sécurité des patients au Canada consiste à partager activement les expériences des patients et de leurs familles, ainsi que des milliers de prestataires de soins de santé qui travaillent chaque jour à fournir des soins sécuritaires.

Nous avons tendance à croire que les histoires des patients sur la sécurité ne parlent que d'événements problématiques et néfastes. Trop souvent, les récits des patients ou de leurs familles sont reçus avec une certaine condescendance et réduits au simple rang des « anecdotes ». Cela résume bien la réticence à considérer ces histoires - qui illustrent la possibilité de résultats positifs – comme une source de données valables pour mieux comprendre le système de santé. Pour extraire ces données et appliquer les leçons acquises, il faut accepter de composer avec des méthodes de recherche qualitatives, lesquelles sont particulièrement adaptées à l'étude des SAC, et rester ouverts à la participation active des patients et de leurs familles.

Il nous faut des endroits neutres où ces histoires peuvent être narrées, un endroit où le personnel se sent en confiance et partage ses observations et efforts pour promouvoir la sécurité. L'Institut canadien pour la sécurité des patients a créé

un tel site : #VaincreLeSilence. Donnons plus de visibilité à ces histoires afin que les leçons qui s'en dégagent puissent motiver des efforts pour améliorer la sécurité. Les récits doivent être regroupés selon des thèmes et des sous-ensembles conceptuels de sorte que les chercheurs puissent en tirer des apprentissages utiles. L'émergence de liens de collaboration entre les chercheurs de tout le pays saura développer davantage l'ensemble du processus.

Il n'y a pas de limite au potentiel de cette excellente initiative : il ne reste plus qu'à l'utiliser. Ce qui émanera de toutes ces histoires constituera un des moteurs du changement que nous attendons tous. Nous sommes à l'aube du « tissu narratif de la sécurité ». HQ

Références

Veuillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (p. 42).

À propos des auteurs

Allison Kooijman a été blessée suite à une erreur de diagnostic face à un cancer. Elle apporte une expérience de première sur le préjudice et ce qui survient quand la réponse aux incidents est moins qu'idéale. Allison, qui a été infirmière auxiliaire, est co-présidente de Patients pour la sécurité des patients du Canada et termine actuellement sa maîtrise à l'Université de la Colombie-Britannique Okanagan.

Robin McGee est une psychologue clinicienne agréée qui a travaillé dans le domaine de la santé et de l'éducation pendant plus de 30 ans. Son livre primé The Cancer Olympics décrit sa lutte pour la justice médicale et pour une politique équitable de chimiothérapie suite à une sérieuse négligence médicale. Elle a reçu la médaille du gouverneur général du Canada pour ses efforts de sensibilisation au cancer et à la sécurité des patients.

Robert Robson a été le « personnage principal » de la sécurité des patients à Winnipeg. Il explore aujourd'hui l'intersection entre la complexité, la résilience et la sécurité dans le domaine des soins de santé (www.robrobson.ca). Un de ses buts est d'aider les patients à pouvoir trouver leur chemin dans le système de santé à la recherche de réponses raisonnables au sujet des soins reçus. Rob est un urgentologue qui pratique toujours et qui a travaillé dans des hôpitaux communautaires et des services d'urgence de soins tertiaires.

Patient Safety Never Events: Cross-Canada Checkup

Hina Laeeque, Barb Farlow and Sandi Kossey

Abstract

In September 2015, Health Quality Ontario (HQO) and the Canadian Patient Safety Institute (CPSI), with an action team that brought together quality councils and committees along with patient and family representatives, garnered consensus and published the report Never Events for Hospital Care in Canada (HQO and CPSI 2015). The report is a call to action for healthcare leaders to prevent the occurrence of never events. Many sites have already been collecting data and focusing efforts on reducing never events. We need to take this action further, to collaborate between sites and provinces and territories so that we can learn from one another and prevent patient harm. This is an opportune time to centre our efforts so that never events no longer occur in our hospitals.

Carola's son, Nicholas, was diagnosed with a heart condition called Wolff-Parkinson-White (WPW) syndrome, an abnormality of the electrical system of the heart that can cause rapid and erratic heart rates. He had been symptomfree for several years but at the age of 15 fell ill one day at his Penticton, BC, high school with a racing heart. After being stabilized, he was booked for cardiac ablation treatment. People with WPW syndrome essentially have an extra electrical pathway in their hearts. Under cardiac ablation, tiny metal-tipped catheters are inserted through the femoral artery in the leg up into the heart. During a four- to five-hour procedure, doctors map out the

electrical systems of the heart and then ablate, or burn, the extra, abnormal pathway that is the cause of the problem.

Cardiac ablation is not without risks, but it has virtually eliminated surgical open-heart treatments in the vast majority of WPW syndrome patients. Everything seemed to be going according to plan. Carola stepped out of the waiting room for a short while, and when she returned, she was told that something serious had happened: her son's heart had stopped. He was now undergoing emergent open-heart surgery.

It was only afterwards that Carola learned that before the ablation was done, a cardioversion (shocking of the heart) had triggered a dangerously abnormal arcing within Nicholas's chest, causing three burns to the top of his right atrium. One of the burns was 4 mm, large enough to significantly deteriorate Nicholas's condition, requiring the physicians to open up his chest emergently to deal with the unintended burn.

The accidental burn Nicholas suffered should never have happened. This is a never event. Until recently, Canada, a developed country and respected leader in patient safety, did not pay due attention to the most serious types of preventable harm occurring across the country. This is unacceptable.

A Global Perspective on Never Events

The term "never events" was first identified by the chief executive officer of the National Quality Forum (NQF) in the US in 2001 to highlight appalling medical incidents (Agency for Healthcare Research and Quality 2019). Since then, the NQF has identified 29 never events and grouped these as follows: surgical, product or device, patient protection, care management, environmental, radiologic and criminal events. Since the NQF disseminated its original never events list in 2002, 27 US states have passed legislation related to hospital reporting of adverse events and 16 states mandate reporting of serious adverse events (including many of the NQF never events). Healthcare facilities are accountable for correcting systematic problems that contributed to the event, with some states mandating performance of a root cause analysis and reporting its results.

The National Health Service (NHS) in England updated its never events policy and framework in 2015 (NHS England 2015) and 2018 (NHS Improvement 2018). Notably, in the recent update, the option to impose financial repercussions when a never event occurs at a site has been removed. In addition, the NHS commissioned a surgical never events task force to make recommendations on reducing events in this area. NHS England also publicly reports never events data monthly. For the 2015 fiscal year, 442 never events were reported (NHS Improvement 2017). Several other countries publicly report on never events or serious patient safety incidents, such as Australia (since 2002) and New Zealand (since 2012), and there are international comparisons on retained surgical devices through the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) healthcare quality indicators (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care n.d.).

Although most provinces and territories are not publicly reporting on never events, all have policies ... for identifying and addressing never events when they do occur.

Canadian Cross-Country Perspective on Never Events

In Canada, we do not have consensus on the terminology, categorization or tracking of never events across the country. Never events may include critical incidents and serious reportable incidents, as defined by some provinces. For example, Manitoba's legislation defines a critical incident as "an unintended event that occurs when health services are provided to an individual and results in a consequence to him or her that is serious and undesired" (Winnipeg Regional Health Authority n.d.). Nova Scotia defines serious reportable events as "an adverse health event which results in serious disability or death and includes but is not limited to actual or potential loss of life, limb or function related to a health service provided by a DHA or IWK" (Nova Scotia Health and Wellness n.d.). The Government of Saskatchewan (n.d.) defines a critical incident as "a serious adverse health event including, but not limited to, the actual or potential loss of life, limb or function related to a health service provided by, or a program operated by, a health care organization."

Furthermore, the rate of never events and/or serious events across Canada is unknown. The provinces of Saskatchewan, Nova Scotia and Prince Edward Island (PEI) regularly publicly report on serious patient safety incidents (which include some never events). The Nova Scotia Health and Wellness department reported 87 serious incidents over 2014-15 in provincial facilities and 128 serious incidents in 2015-16 (Nova Scotia Health and Wellness n.d.). In Saskatchewan, during 2015–16, a total of 249 critical incidents were reported to the Ministry of Health (Government of Saskatchewan n.d.). In PEI, from July to September 2017, 20 serious patient safety incidents were publicly reported (Government of Prince Edward Island 2018). These departments make reports publicly available to demonstrate commitment to transparency and openness. However, a true pan-Canadian estimate of never events across Canada is currently unknown.

Although most provinces and territories are not publicly reporting on never events, all have policies, procedures and protocols in place for identifying and addressing never events when they do occur. The current status of attention to never events/critical incidents/serious patient safety events by province/territory is outlined in Table 1.

Getting to Canadian Consensus on Never Events

In 2014, the Canadian Patient Safety Institute (CPSI), together with Health Quality Ontario (HQO), supported an action team, which included the BC Patient Safety & Quality Council, the Health Quality Council of Alberta, the Manitoba Institute for Patient Safety, the Atlantic Health Quality and Patient Safety Collaborative, the Newfoundland and Labrador Provincial Safety and Quality Advisory Committee and representation from Patients for Patient Safety Canada (a patient-led program of CPSI), to review, discuss and define never events for Canada.

The Never Events Action Team reviewed the definitions used across the country, along with international definitions. Never events, as decided by this group of experts, are defined as patient safety incidents that result in serious patient harm or death and that can be prevented by using organizational checks and balances (HQO and CPSI 2015). Examples of never events include surgery on the wrong body part or wrong patient, an unintended foreign object left in a patient following a procedure or harm due to improperly sterilized instruments (see Box 1 for the full list of never events).

TABLE 1. Status of never events/critical incidents/serious patient safety events by province/territory

Province/territory	Status of never events/critical incidents/serious patient safety events
Alberta	Defined as "serious, largely preventable patient safety indicators that should not occur if the available preventative measures are in place." Data sources are currently not publicly available, but reporting is planned at the provincial and zone levels on an annual and a quarterly basis.
British Columbia	Each regional health authority has its own policies for internal reporting. The British Columbia Patient Safety & Learning System (BCPSLS) is a web-based tool used by healthcare providers across BC to report and learn from patient safety concerns such as actual adverse events, good catches (near-misses) and hazards. Currently, administrators are reviewing alignment between BCPSLS and the 15 never events to assess automatic retrieval of data (personal correspondence with author).
Manitoba	For critical incidents, the health facility or regional health authority is required to report to Manitoba Health, Seniors and Active Living and investigate the incident, in compliance with provincial legislation, to learn what happened and to recommend changes to prevent similar incidents from happening again. Disclosing the incident to the patient or family is also required.
Nova Scotia	Healthcare institutions are required to publicly report on "serious reportable events," which includes some never events, since 2013.
New Brunswick	The executive management for quality, risk and patient safety for New Brunswick's regional health authorities are in the process of developing methodology to capture never events. Protocols and processes will be established, and results will be communicated internally to the board employees and physicians. These measures will help prevent never events and improve patient safety culture (personal communication with CPSI).
Ontario	Fifteen Ontario hospitals are collaborating to pilot a new reporting and learning system for the province. This involves reporting critical incidents and never events and encouraging collaborative learning. Data requirements have been confirmed by the demonstration group, and the first data submission occurred in January 2017.
Saskatchewan	Healthcare institutions are required to publicly report on "critical incidents," which includes some never events. When a patient is harmed or where there is a potential for harm, professionals in regional health authorities (RHAs) and the Saskatchewan Cancer Agency (SCA) report information (excluding the identity of the patient) to provincial quality of care coordinators in the Ministry of Health. An investigation is conducted on each critical incident. Following the investigation, RHAs and the SCA generate recommendations for improvement, which they are then responsible for implementing.
Quebec	The Quebec National Register of Incidents and Accidents (Système d'information sur la sécurité des soins et des services [SISSS]) has collected and reported on incidents and accidents since 2011. This may capture some never events.
Northwest Territories, Yukon and Nunavut	Not available at the time of publication.
Newfoundland and Labrador	The <i>Patient Safety Act</i> , which aims to reduce and mitigate preventable harm, received royal assent in March 2017 (Government of Newfoundland and Labrador 2017). Regional health authorities are required to report adverse health events to the minister of health. Regulations are currently being drafted, and reporting never events to the Minister of Health and Community Services is expected.
Prince Edward Island	The number of patient safety incidents causing serious harm or death is publicly reported (including some never events if they resulted in serious harm or death). All never events have been included in the provincial electronic incident reporting system and will be reported to the Health PEI Executive Leadership Team and Board as of April 1, 2018 (personal communication with CPSI).

The 15 never events identified in the HQO and CPSI 2015 report Never Events for Hospital Care in Canada were based on the following criteria: a serious, high-risk event, likely to recur if not addressed, that is easily identifiable and avoidable when appropriate mechanisms are in place. The contributors to the list reviewed literature from Canada, the US, the UK and other countries, as well as informal consultation with Institute for Safe Medication Practices Canada and Accreditation Canada (HQO and CPSI 2015). The action team also consulted with key organizational stakeholders on a draft list and asked respondents to identify the 10 events that should be the top priority. After further reviewing the list,

the action team publicly shared the list with healthcare stakeholders and the public through an online survey in English and French. The action team then reached a final list of 15 never events through consensus. True to the guiding principles established by the National Patient Safety Consortium, patient and family members were an integral part of the process, being full members of the action team.

Although the list in Box 1 does not account for all types of patient safety incidents that occur in Canadian healthcare settings, it provides an initial set of priorities that should be addressed to prevent some of the most significant harms that continue to occur in Canadian hospitals.

BOX 1

List of never events

- 1. Surgery on the wrong body part or the wrong patient, or conducting the wrong procedure.
- Wrong tissue, biological implant or blood product given to a patient.
- Unintended foreign object left in a patient following a procedure.
- Patient death or serious harm arising from the use of improperly sterilized instruments or equipment provided by the healthcare facility.
- 5. Patient death or serious harm due to a failure to inquire whether a patient has a known allergy to medication, or due to administration of a medication where a patient's allergy had been identified.
- 6. Patient death or serious harm due to the administration of the wrong inhalation or insufflation gas.
- 7. Patient death or serious harm as a result of one of five pharmaceutical events. The following five pharmaceutical events represent errors that can result in serious consequences for patients:
 - Wrong-route administration of chemotherapy agents, such as vincristine administered intrathecally (injected into the spinal canal);
 - Intravenous administration of a concentrated potassium solution;
 - Inadvertent injection of epinephrine intended for topical use;
 - Overdose of hydromorphone by administration of a higherconcentration solution than intended (e.g., 10 times the dosage by drawing from a 10 mg/mL solution instead of a 1 mg/mL solution, or not accounting for needed dilution/dosage adjustment); and
 - Neuromuscular blockade without sedation, airway control and ventilation capability.
- 8. Patient death or serious harm as a result of failure to identify and treat metabolic disturbances.
- 9. Any stage III or stage IV pressure ulcer acquired after admission to hospital.
- 10. Patient death or serious harm due to uncontrolled movement of a ferromagnetic object in an MRI area.
- 11. Patient death or serious harm due to an accidental burn.
- 12. Patient under the highest level of observation leaves a secured facility or ward without the knowledge of staff.
- 13. Patient suicide, or attempted suicide that resulted in serious harm, in instances where suicide-prevention protocols were to be applied to patients under the highest level of observation.
- 14. Infant abducted, or discharged to the wrong person.
- 15. Patient death or serious harm as a result of transport of a frail patient, or patient with dementia, where protocols were not followed to ensure the patient was left in a safe environment.

Source: HQO and CPSI (2015).

Action on Never Events in Canadian Hospitals

Many resources are available to sites that are focusing efforts to reduce never events. For example, the Patient Safety and Incident Management Toolkit is designed to help healthcare organizations prevent patient safety incidents and minimize harm when incidents do occur (CPSI n.d.). The purpose of this toolkit is to provide an integrated set of practical strategies and resources related to patient safety and incident management. The toolkit was informed by key stakeholders via focus

groups and evidence from peer-reviewed journals and publicly available literature. Another resource is the Hospital Harm Project, a collaboration of CPSI and the Canadian Institute for Health Information (CIHI). The Measuring Patient Harm in Canadian Hospitals report introduced a new measure that captures preventable harm in hospitals (CIHI and CPSI 2016). The measure captures 31 types of harm, and seven of these are comparable to never events. The Hospital Harm Improvement Resource also provides evidence-based resources to support patient safety efforts (CPSI 2018).

Global Patient Safety Alerts is a project of the CPSI with the support of the World Health Organization (WHO). Global Patient Safety Alerts is a web-based resource featuring a comprehensive collection of patient safety alerts, advisories and recommendations for healthcare providers and organizations. It currently contains over 800 alerts and 2,600 recommendations specifically related to the 15 never events that can be leveraged for improvement. Currently, CPSI is working with global partners to review and analyze the alerts related to the 15 never events, consolidate the most impactful recommendations and include current best practices into a single, actionable guidance document for each never event, which stakeholders can use in their patient safety improvement efforts. The initial focus will be on the medication safety never events, in alignment with the WHO's third Global Patient Safety Challenge, Medication Without Harm, and will be released in the fall of 2019.

With data, tools and resources, facilities also need, most importantly, a patient safety culture where incidents are openly discussed and addressed. For example, at Niagara Health, which services 430,000 patients from 12 municipalities across six sites, a strategy is in place to discuss important topics. The organization was able to use this strategy to bring attention to never events. Should a never event happen, the critical incident process would be applied, which is already in place and involves a root cause analysis of the factors contributing to the incident, along with the development of recommendations to prevent future occurrences. Monthly reporting to the Executive Leadership Team and the Board Quality Committee are also a key part of this process. "We'd already done a lot of the leg work," said Zeau Ismail, manager of quality and patient safety at Niagara Health in speaking about the incident review process. "So, when the [never events] report came out we tied it to the work we were already doing. If we hadn't had the foundation we built, this process wouldn't have been so easy to implement" (CPSI 2017).

Going forward, hospitals and jurisdictions need to continue to capture data on never events so that an accurate identification of the number of occurrences is known. Focusing on never events in acute care is important; however, more must be learned in other healthcare settings as well, including primary care, homecare and long-term care. With this knowledge and combined learning, healthcare leaders and providers alongside patients can work together to reduce or eliminate harm before it occurs. Sharing and learning between sites and provinces and territories are essential to reducing risk and improving patient safety across Canada.

Nicholas's surgery to repair his heart was successful overall, yet his family endured more grief and trauma as he was kept alive, hypothermic and ventilated in the intensive care unit and were unsure if he might have suffered brain damage in the days that followed. Carola was still absorbing all the shock of this the next day when a concerned hospital anesthetist allowed that Nicholas had "suffered quite the assault yesterday." Those words put everything into focus for her. She simply had to find out what had happened. No one had any explanation for why the serious, near-fatal burns had occurred during Nicholas's procedure.

Carola, who had worked in a clerical capacity in hospitals for 27 years, found that difficult to believe. A mother's intensive effort to understand what contributed to the event uncovered some answers and solutions that the health system, alone, had been unable to discover or to resolve. Her involvement in the investigations and relentless persistence to find out how such a terrible circumstance could be prevented resulted in practice changes in the hospital and across the province.

Today, Carola believes that had the "Never Events for Hospital Care in Canada" list been in place and reporting and prompt action been routinely accepted and expected, learning and improvements could have happened much more rapidly. Perhaps Nicholas's event would never have occurred.

A National Call to Action

As a country, we have not pursued agreement on a list of never events — until now. National consensus on never events is an important step in identifying situations where harm can occur and in sharing solutions to prevent them from happening. Often the occurrence of a never event is an indication of significant systems issues within an organization. Never events are not intended to reflect judgment or blame. This is a call to action to prevent their occurrence, which can only be achieved through a culture of patient safety and quality improvement, with patients and families as full participants.

Patient safety is a collective responsibility, achievable only through collaboration and drawing on the expertise of many

organizations and individuals, including patients and their families. Patient safety and quality indicators and information are being collected and even publicly reported on provincial government websites in Manitoba, Ontario, British Columbia, Nova Scotia and Saskatchewan. We now have a call to action with pan-Canadian consensus on 15 never events for hospital care; now we need better information to act on and a public commitment to action. A mechanism to learn and improve is to publicly report on these 15 never events so that healthcare providers, organizations, governments and the public can be aware of these occurrences and to analyze them systematically, monitor trends and/or gaps in practice and use and share the information gleaned to decrease the occurrence of these never events.

The Institute of Medicine (1999) called for public reporting almost two decades ago and specifically recommended mandatory reporting of serious events, such as the aviation practice of reporting catastrophic crashes to the authorities. Public reporting is a means of accountability and uncovering systemlevel issues; however, it requires the appropriate conditions within a hospital, a unit and a ward. A patient safety culture of transparency, accountability, learning and improvement, open communication with patients and their families and a just and trusting environment for leaders and providers is paramount. Learning from reporting harm is most beneficial when patients and providers are supported and comfortable sharing their lived experience.

In Canada, CPSI and provincial quality organizations such as HQO already promote and encourage reporting and learning from patient safety incidents. Voluntary public reporting of these most serious types of harm has not moved the mark: never events continue to occur in every jurisdiction across Canada. The provincial and territorial governments and departments of health are accountable for healthcare. As such, the onus is on governments to ensure that the delivery of healthcare is high quality, but, most importantly, that it is safe. Governments could be proactive and require hospitals to mandatorily report never events; this is within their policy authority and certainly within the best interest of patients and communities. Or we could wait for the next catastrophe, a system inquiry and media and public pressure for governments to react and take this top-down approach at enforcement. Neither is ideal, nor is turning a blind eye to the most serious types of harm that continue to occur across the country. We know what needs to be done to prevent never events. As guardians of our health systems, do we not have a moral and an ethical obligation to do the right thing? People across Canada will ultimately benefit from the audacious goal of governments, healthcare leaders and providers working together to realize healthcare systems where harm from never events is reduced to zero. HQ

Acknowledgements

We would like to thank HQO for its leadership and patients and families for their bravery through adversity. We would also like to specifically express gratitude to Carola Essery for allowing us to continue to learn from her experiences and to her son, Nicholas, whose crooked scar on his strong chest is the only visible reminder of the never event that he and his family so painfully endured.

References

Agency for Healthcare Research and Quality. 2019. Never Events. Retrieved July 11, 2019. https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/3/ never-events>.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. n.d. Australian Sentinel Events List. Retrieved July 11, 2019. https:// www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators/australian-sentinelevents-list>.

Canadian Institute for Health Information (CIHI) and Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2016, October. Measuring Patient Harm in Canadian Hospitals. Ottawa, ON: CIHI. Retrieved July 11, 2019. https://secure.cihi. ca/free_products/cihi_cpsi_hospital_harm_en.pdf>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). n.d. Patient Safety and Incident Management Toolkit. Retrieved August 6, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/ PatientSafetyIncidentManagementToolkit/pages/default.aspx>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2018. Hospital Harm Improvement Resource. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 11, 2019. http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/ Hospital-Harm-Measure/Improvement-Resources/Pages/default.aspx>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2017. Niagara Health Focused on Raising Awareness of Never Events. Retrieved August 6, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/NewsAlerts/News/Pages/ Niagara-Health-Focused-on-Raising-Awareness-of-Never-Events.aspx>.

Government of Newfoundland and Labrador. 2017. Patient Safety Act. Retrieved July 11, 2019. http://www.assembly.nl.ca/Legislation/sr/ statutes/p03-01.htm>.

Government of Prince Edward Island. 2018. Patient Safety Incidents. Retrieved July 11, 2019. https://www.princeedwardisland.ca/en/ information/health-pei/patient-safety-incidents>.

Government of Saskatchewan. n.d. Critical Incidents. Retrieved July 11, 2019. https://www.saskatchewan.ca/government/government-structure/ ministries/health/critical-incidents#critical-incident-reporting>.

Health Quality Ontario (HQO) and Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2015. Never Events for Hospital Care in Canada: Safer Care for Patients. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute. Retrieved July 11, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/ en/toolsResources/NeverEvents/Documents/Never%20Events%20 for%20Hospital%20Care%20in%20Canada.pdf>.

Institute of Medicine. 1999. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press.

NHS England. 2015. Revised Never Events Policy and Framework. London, UK: Author. Retrieved July 11, 2019. https://www.england. nhs.uk/patientsafety/wp-content/uploads/sites/32/2015/04/neverevnts-pol-framwrk-apr2.pdf>.

NHS Improvement. 2017, January. Never Events Reported as Occurring between 1 April 2015 and 31 March 2016 - Final Update. Retrieved July 11, 2019. https://improvement.nhs.uk/documents/674/NE data_report_1_April_2015_-_31_March_2016_FINAL_v2.pdf>.

NHS Improvement. 2018, January. Never Events Policy and Framework. London, UK: Author. Retrieved July 11, 2019. https://improvement. nhs.uk/documents/2265/Revised_Never_Events_policy_and_ framework_FINAL.pdf>.

Nova Scotia Health and Wellness. n.d. Past Serious Reportable Events Reporting. Retrieved July 11, 2019. http://novascotia.ca/dhw/hsq/ documents/2013-2015-data.pdf>.

Winnipeg Regional Health Authority. n.d. Patient Safety: What Is a Critical Incident? Winnipeg, MB: Author. Retrieved July 11, 2019. http://www.wrha.mb.ca/quality/patientsafety/criticalincident/ whatis.php>.

About the Authors

Hina Laeeque, MSc, CHE, is senior program manager at the Canadian Patient Safety Institute.

Barb Farlow, MBA, BEngSci, is a founding member of Patients for Patient Safety Canada.

Sandi Kossey, MHA, BScPT, CHE, is senior director, strategic partnerships & priorities, at the Canadian Patient Safety Institute.

Correspondence may be directed to: Hina Laeeque, 10025 - 102A Avenue, Suite 1400, Edmonton, ABT5J 2Z2; e-mail: hlaeeque@cpsi-icsp.ca; phone: 780-934-3688.

La sécurité des patients et les événements qui ne devraient jamais arriver: examen pancanadien

Hina Laeeque, Barb Farlow et Sandi Kossey

Résumé

En septembre 2015, l'organisme Qualité des services de santé Ontario (QSSO) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), de concert avec une équipe de travail réunissant des conseils de la qualité ainsi que des représentants des patients et leurs familles, ont dégagé un consensus et publié le rapport Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada (HQO et CPSI 2015). Ce rapport est un appel à l'action pour les responsables de la santé afin d'éviter les événements indésirables. De nombreux établissements ont déjà collecté des données et centré leurs efforts sur la réduction des événements indésirables. Il faut maintenant aller plus loin et encourager la collaboration entre les divers établissements, provinces et territoires pour favoriser l'apprentissage mutuel et prévenir les préjudices subis par les patients. C'est le moment de concentrer les efforts afin que plus jamais des événements indésirables ne se produisent dans les hôpitaux.

On avait diagnostiqué, au fils de Carola, Nicholas, un problème cardiaque appelée le syndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW). Il s'agit d'une anomalie du système électrique du cœur pouvant provoquer un pouls rapide et irrégulier. Il n'a eu aucun symptôme pendant des années, mais à 15 ans, à son école de Penticton, en Colombie-Britannique, il a connu un

épisode de palpitations cardiaques. Après que son état eût été stabilisé, on lui a donné un rendez-vous pour une chirurgie d'ablation cardiaque. Les gens qui souffrent de WPW ont, pour simplifier, un circuit électrique supplémentaire au cœur. Lors de l'ablation cardiaque, on introduit de minuscules cathéters à pointe métallique dans l'artère fémorale, de la jambe jusqu'au cœur. Durant l'intervention, qui dure de quatre à cinq heures, les médecins cartographient le réseau électrique du cœur, puis procèdent à l'ablation des circuits supplémentaires et anormaux qui provoquent le problème.

L'ablation cardiaque n'est pas sans risque, mais elle a pratiquement éliminé le recours à la chirurgie à cœur ouvert chez une grande majorité des patients souffrant de WPW. Tout semblait donc se dérouler comme prévu. Carola s'est absentée de la salle d'attente pendant un moment et lorsqu'elle y est revenue, on lui a dit que quelque chose venait de se produire : le cœur de son fils s'était arrêté. Il devait subir d'urgence une chirurgie à cœur ouvert.

Ce n'est que plus tard qu'elle a appris qu'avant l'ablation comme telle, une cardioversion (une décharge électrique dans le cœur) avait causé un arc électrique anormal et imprévu dans la poitrine de Nicholas, provoquant trois brûlures à l'oreillette droite. Une des brûlures faisait 4 mm, ce qui était assez important pour détériorer l'état de Nicholas. Les médecins ont dû ouvrir d'urgence sa poitrine pour traiter la brûlure.

Cette brûlure accidentelle n'aurait jamais dû se produire. C'est là un exemple d'événement indésirable. Jusqu'à tout récemment, le Canada, un pays développé et respecté en matière de sécurité des patients, ne portait pas toute l'attention nécessaire aux préjudices évitables les plus graves qui ont lieu au pays. Cela est inacceptable.

Survol international des événements qui ne devraient jamais arriver

Le terme « never events » (événements qui ne devraient jamais arriver) a été utilisé pour la première fois en 2001 aux É.-U. par le président-directeur général de l'organisme National Quality Forum (NQF) pour mettre en lumière les incidents médicaux indésirables (Agency for Healthcare Research and Quality 2019). Depuis lors, le NQF a répertorié 29 événements indésirables regroupés selon les catégories suivantes : produits ou instruments chirurgicaux, protection des patients, gestion des soins, événements environnementaux, radiologiques et criminels. Depuis la diffusion par le NQF de cette liste, en 2002, 27 États américains ont adopté une législation relative à la déclaration des événements indésirables par les hôpitaux et 16 États imposent la divulgation des événements indésirables graves (y compris de nombreux événements identifiés par le NQF). Les établissements de santé sont responsables de rectifier les problèmes systématiques qui ont contribué à l'événement, et certains États imposent même l'exécution d'une analyse des causes fondamentales ainsi que la divulgation des résultats.

En Angleterre, le National Health Service (NHS) a mis à jour sa politique et son cadre relatifs aux événements indésirables, en 2015 (NHS England 2015) puis en 2018 (NHS Improvement 2018). Notamment, lors de la dernière mise à jour, on a supprimé la possibilité d'imposer des sanctions financières quand un tel événement survient. Par ailleurs, le NHS a chargé un groupe de travail de faire des recommandations sur la réduction des événements indésirables dans le domaine de la chirurgie. Le NHS publie également des rapports mensuels; ainsi, pour l'exercice 2015, 442 événements qui ne devraient jamais arriver ont été signalés (NHS Improvement 2017). Plusieurs autres pays font publiquement état des incidents graves en matière de sécurité des patients, tels que l'Australie (depuis 2002) et la Nouvelle-Zélande (depuis 2012). Des comparaisons internationales des dispositifs chirurgicaux retenus sont également effectuées grâce aux indicateurs de qualité des soins de santé de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care s. d.).

Survol canadien des événements qui ne devraient jamais arriver

On parvient difficilement, au Canada, à atteindre un consensus sur la terminologie, la catégorisation ou le suivi des événements indésirables. Ces événements comprennent des incidents critiques et des incidents graves à signaler, tels que définis par certaines provinces. Par exemple, la législation manitobaine définit un incident critique comme « un événement involontaire qui se produit lorsque des services de santé sont fournis à un particulier et qui a, pour lui, des conséquences qui sont critiques et indésirables » (Winnipeg Regional Health Authority s. d.). Pour la Nouvelle-Écosse, un événement grave à signaler est « un événement néfaste pour la santé entraînant une invalidité grave ou le décès, y compris, sans toutefois s'y limiter, la perte réelle ou potentielle de vies, de membres ou de fonctions liée à la prestation d'un service de santé fournis par une autorité régionale de la santé ou par l'hôpital IWK » (Nova Scotia Health and Wellness s. d.). Le gouvernement de la Saskatchewan (s. d.) définit un incident critique comme « un événement indésirable grave pour la santé, y compris, sans toutefois s'y limiter, la perte réelle ou potentielle de vies, de membres ou de fonctions liée à un service de santé, ou un programme, fourni par un organisme de santé ».

De plus, le taux d'événements indésirables ou graves au Canada demeure inconnu. La Saskatchewan, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) publient régulièrement des rapports sur des incidents graves liés à la sécurité des patients (lesquels incluent certains événements qui ne devraient jamais arriver). Le ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse a signalé 87 incidents graves survenus entre 2014 et 2015 dans des établissements provinciaux et 128 incidents graves en 2015-2016 (Nova Scotia Health and Wellness s. d.). En Saskatchewan, en 2015-2016, 249 incidents critiques ont été signalés au ministère de la Santé (Government of Saskatchewan s. d.). À l' Î.-P.-É., de juillet à septembre 2017, 20 incidents graves liés à la sécurité des patients ont été rapportés publiquement (Government of Prince Edward Island 2018). Ces ministères publient ces rapports afin de démontrer leur transparence et leur ouverture. Cependant, il n'existe actuellement pas de véritable estimation pancanadienne des événements qui ne devraient jamais arriver.

Bien que la plupart des provinces et des territoires ne publient pas de rapports sur les événements qui ne devraient jamais arriver, tous disposent de politiques, de procédures et de protocoles permettant d'identifier et de traiter ces événements lorsqu'ils se produisent. Le Tableau 1 présente l'état actuel de l'attention portée sur les événements indésirables, critiques ou sérieux selon la province ou le territoire.

TABLEAU 1. État des événements indésirables, critiques ou sérieux en matière de sécurité des patients selon la province ou le territoire

Province/territoire	État des événements indésirables, critiques ou sérieux en matière de sécurité des patients
Alberta	Définis comme « des indicateurs de sécurité des patients graves et en grande partie évitables qui ne devraient pas se produire si les mesures préventives disponibles sont en place ». Les sources de données ne sont actuellement pas accessibles au public, mais des rapports sont prévus aux niveaux de la province et des zones sur une base annuelle et trimestrielle.
Colombie-Britannique	Chaque régie régionale de la santé a ses propres politiques en matière de rapports internes. Le système d'apprentissage et de sécurité des patients de la Colombie-Britannique (BCPSLS) est un outil web utilisé par les fournisseurs de services de santé de la Colombie-Britannique pour signaler les problèmes liés à la sécurité des patients, tels que les événements indésirables réels, les bonnes prises (quasi-accidents) et les dangers, et en tirer des enseignements. Actuellement, les administrateurs examinent l'alignement entre le BCPSLS et les 15 événements qui ne devraient jamais se produire afin d'évaluer la possibilité d'extraction automatique des données (correspondance personnelle avec l'auteure).
Manitoba	En cas d'incident critique, l'établissement de santé ou la régie régionale de la santé est tenu de signaler l'incident à Santé, Aînés et Vie active Manitoba, conformément à la législation provinciale, afin de comprendre la situation et de recommander des modifications pour éviter que de tels incidents ne se reproduisent. La divulgation de l'incident au patient ou à la famille est également obligatoire.
Nouvelle-Écosse	Les établissements de santé sont tenus, depuis 2013, de rendre compte publiquement des « événements graves à signaler », dont certains événements qui ne devraient jamais arriver.
Nouveau-Brunswick	Les cadres supérieurs responsables de la qualité, des risques et de la sécurité des patients des régies régionales de la santé du Nouveau-Brunswick sont en train d'élaborer une méthodologie permettant de rendre compte des événements qui ne devraient jamais arriver. Des protocoles et des processus seront établis et les résultats seront communiqués à l'interne aux employés et aux médecins. Ces mesures aideront à prévenir les incidents indésirables et à améliorer la culture de sécurité des patients (communication personnelle avec l'ICSP).
Ontario	Quinze hôpitaux ontariens collaborent pour mettre à l'essai un nouveau système de déclaration et d'apprentissage pour la province. Cela comprend le signalement des incidents critiques et des événements qui ne devraient jamais arriver. Le système prévoit également l'apprentissage collaboratif. Les exigences en matière de données ont été confirmées par le groupe de démonstration et la première présentation des données a eu lieu en janvier 2017.
Saskatchewan	Les établissements de santé sont tenus de rendre compte publiquement des « incidents critiques », qui incluent certains événements qui ne devraient jamais arriver. Lorsqu'un patient subit un préjudice ou s'il existe un danger potentiel, les professionnels des autorités régionales de la santé (ARS) et de la Saskatchewan Cancer Agency (SCA) transmettent des informations (à l'exception de l'identité du patient) aux coordonnateurs de la qualité des soins du ministère de la Santé. Une enquête est menée sur chaque incident critique. À la suite de l'enquête, les ARS et le SCA émettent des recommandations d'amélioration qu'ils sont ensuite chargés de mettre en œuvre.
Québec	Le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) recueille les données et produit des rapports sur les incidents et accidents depuis 2011. Cela pourrait comprendre certains événements qui ne devrait jamais se produire.
Territoires-du-Nord- Ouest, Yukon et Nunavut	Non disponible au moment de la publication.
Terre-Neuve-et-Labrador	La loi provinciale sur la sécurité des patients, qui vise à réduire et à atténuer les dommages évitables, a reçu la sanction royale en mars 2017 (Government of Newfoundland and Labrador 2017). Les autorités régionales de la santé sont tenues de signaler les événements indésirables au ministre de la Santé. Des règlements sont en cours d'élaboration et on prévoit de signaler les événements qui ne devraient jamais arriver au ministre de la Santé et des Services communautaires.
Île-du-Prince-Édouard	Le nombre d'incidents causant des blessures graves ou la mort chez des patients est publiquement rapporté (y compris certains événements qui ne devraient jamais arriver si ceux-ci ont entraîné des blessures graves ou un décès). Tous les événements qui ne devraient jamais arriver ont été inclus dans le système de déclaration d'incident électronique de la province et seront signalés à l'équipe de direction et au conseil d'administration de Santé ÎPÉ. à compter du 1st avril 2018 (communication personnelle avec l'ICSP).

En arriver à un consensus canadien au sujet des événements qui ne devraient jamais arriver

En 2014, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), en collaboration avec Qualité des services de santé Ontario (QSSO), a constitué une équipe de travail qui réunissait le Conseil britanno-colombien sur la sécurité des patients et la qualité, le Conseil albertain de la qualité des soins, l'Institut pour la sécurité des patients du Manitoba, la Collaboration sur la qualité des soins et la sécurité des patients de l'Atlantique, le Comité consultatif sur la qualité et la sécurité des patients de Terre-Neuve-et-Labrador ainsi que des représentants de Patients pour la sécurité des patients du Canada (un programme de l'ICSP dirigé par des patients).

Cette équipe avait comme mandat d'examiner, de commenter et de définir les événements qui ne devraient jamais arriver.

L'équipe de travail ainsi constituée a examiné les définitions utilisées au pays, ainsi que les définitions employées à l'étranger. Les événements qui ne devraient jamais arriver, tels que déterminés par ce groupe d'experts, se définissent comme des accidents liés à la sécurité des patients qui donnent lieu à de graves préjudices, parfois même à la mort, et qui peuvent être évités à l'aide des contrôles et des vérifications appropriés (HQO et CPSI 2015). Voici quelques exemples d'événements qui ne devraient jamais arriver : une intervention chirurgicale au mauvais endroit ou sur le mauvais patient, l'oubli d'un corps étranger après une intervention ou un préjudice causé par des instruments mal stérilisés (voir le Box 1 pour la liste complète des événements qui ne devraient jamais arriver).

Les 15 événements identifiés dans le rapport Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada (HQO et CPSI 2015) se fondent sur les critères suivants : un événement grave à risque élevé, susceptible de se reproduire s'il n'est pas traité, qui est facilement identifiable et évitable lorsque les mécanismes appropriés sont en place. Les auteurs de la liste ont examiné des documents publiés au Canada, aux É.-U., au R.-U. et dans d'autres pays, et ont procédé à des consultations officieuses auprès de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada et d'Agrément Canada (HQO et CPSI 2015). L'équipe de travail a également consulté les principaux intervenants d'organismes pour leur demander d'identifier, sur une liste préliminaire, les 10 événements qui selon eux devraient constituer la priorité absolue. Après examen approfondi, l'équipe de travail a partagé la liste avec les intervenants et le public au moyen d'un sondage en ligne, en anglais et en français. L'équipe a ensuite établi, par consensus, une liste finale de 15 événements qui ne devraient jamais arriver. Conformément aux principes directeurs établis par le Consortium national sur la sécurité des patients, les patients et membres de leur famille faisaient partie intégrante du processus, en tant que membres de l'équipe de travail.

Bien que la liste du Box 1 ne tienne pas compte de tous les types d'incidents liés à la sécurité des patients qui se produisent dans les établissements de santé au Canada, elle fournit un ensemble initial de priorités à prendre en compte pour prévenir certains des préjudices les plus importants qui ont lieu dans les hôpitaux canadiens.

Actions prises contre les événement qui ne devraient jamais se produire dans les hôpitaux canadiens

De nombreuses ressources sont disponibles pour les établissements qui centrent leurs efforts sur la réduction des événements qui ne devraient jamais se produire. Par exemple, la Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents a été conçue pour aider les organisations de santé à prévenir

les incidents liés à la sécurité des patients et à minimiser les dommages en cas d'incident (CPSI s. d.). Le but de cette trousse est de fournir un ensemble intégré de stratégies et de ressources pratiques liées à la sécurité des patients et à la gestion des incidents. Des groupes de discussion formés d'intervenants, en plus des données provenant de revues à comité de lecture et de publications, ont contribué à la conception de la

BOX 1.

Liste des événements qui ne devraient jamais arriver

- 1. Intervention chirurgicale au mauvais endroit, sur le mauvais patient ou mauvaise intervention.
- Erreur dans les tissus, un implant biologique ou les produits sanguins utilisés sur le patient.
- 3. Oubli d'un corps étranger après une intervention chirurgicale.
- 4. Décès ou préjudice grave attribuable à l'utilisation d'instruments ou d'appareils fournis par l'établissement de soins de santé et insuffisamment stérilisés.
- 5. Décès ou préjudice grave dû à la non-détection d'une allergie connue au médicament administré ou à l'administration d'un médicament lorsque l'allergie du patient avait été détectée.
- 6. Décès ou préjudice grave dû à l'administration du mauvais gaz par inhalation ou insufflation.
- 7. Décès ou préjudice grave dû à l'un des cinq événements pharmaceutiques suivants. Ces événements représentent les erreurs qui peuvent entraîner de graves conséquences pour les patients :
 - erreur au niveau de la voie d'administration d'agents chimiothérapeutiques, comme la vincristine administrée par voie intrathécale (injectée dans le canal rachidien);
 - administration intraveineuse d'une solution de potassium
 - injection accidentelle d'épinéphrine destinée à un usage topique;
 - surdose d'hydromorphone par l'administration d'une solution plus concentrée que prévu (p. ex., 10 fois le dosage en tirant une dose d'une solution de 10 mg/ml au lieu d'une solution de 1 mg/ml ou en ne tenant pas compte de l'ajustement nécessaire pour la dilution ou le dosage); et
 - blocage neuromusculaire sans sédation, contrôle des voies aériennes et capacité de ventilation.
- 8. Décès ou préjudice grave à la suite de l'omission de déceler et de traiter les perturbations métaboliques.
- Toute plaie de pression de stade III ou IV acquise après l'admission
- 10. Décès ou préjudice grave dû au mouvement non contrôlé d'un objet ferromagnétique dans une salle d'IRM.
- 11. Décès ou préjudice grave dû à des brûlures accidentelles.
- 12. Patient sous le niveau d'observation le plus élevé quittant un établissement ou un service sécurisé sans que le personnel en ait connaissance.
- 13. Suicide ou tentative de suicide d'un patient donnant lieu à un grave préjudice alors que les protocoles de prévention du suicide auraient dû être appliqués pour les patients sous le niveau d'observation le plus élevé.
- 14. Nourrisson enlevé ou confié à la mauvaise personne.
- 15. Décès ou préjudice grave dû au transport d'un patient de santé fragile ou atteint de démence, au cours duquel on n'a pas suivi les protocoles visant à assurer que le patient soit laissé dans un environnement sécuritaire

Source : HOO et CPSI (2015).

trousse. Une autre source d'information pour la trousse vient du projet sur les préjudices à l'hôpital, une collaboration entre l'ICSP et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Le rapport Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens présente une nouvelle mesure qui prend en compte les préjudices évitables dans les hôpitaux (CIHI et CPSI 2016). La mesure englobe 31 types de préjudices, dont sept sont comparables aux événements qui ne devraient jamais se produire. La Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital fournit également des données probantes pour soutenir les efforts de sécurité des patients (CPSI 2018).

La ressource Alertes mondiales sur la sécurité des patients est un projet de l'ICSP avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette ressource en ligne présente un ensemble d'alertes, d'avis et de recommandations en matière de sécurité des patients à l'intention des fournisseurs de soins de santé et des organisations. On y dénombre actuellement plus de 800 alertes et 2 600 recommandations portant précisément sur les 15 événements qui ne devraient jamais arriver. L'ICSP collabore présentement avec des partenaires mondiaux pour examiner et analyser les alertes liées aux 15 événements, consolider les recommandations les plus importantes et inclure les meilleures pratiques actuelles dans un document d'orientation unique et exploitable pour chaque événement, que les intervenants pourront utiliser. L'accent sera initialement mis sur les événements liés à la sécurité des médicaments, conformément au troisième défi mondial pour la sécurité des patients de l'OMS « Les médicaments sans les méfaits ». La publication du document est prévue pour l'automne 2019.

Pour accompagner ces données, outils et ressources, les établissements doivent également se doter d'une culture de la sécurité des patients dans laquelle les incidents sont abordés et traités ouvertement. Par exemple, une stratégie est en place pour discuter de sujets importants à Santé Niagara, qui est un organisme réparti sur six sites et qui traite 430 000 patients dans 12 municipalités. L'organisation a su utiliser cette stratégie pour attirer l'attention sur les événements qui ne devraient jamais arriver. Si un tel événement se produit, on met en branle le processus pour les incidents critiques. Ce processus est déjà en place et comprend une analyse des causes profondes des facteurs qui ont contribué à l'incident, ainsi que l'élaboration de recommandations visant à prévenir la répétition de l'événement. Des rapports mensuels présentés à l'équipe de direction et au comité du conseil de la qualité constituent un des éléments clés du processus. « Nous avions déjà entrepris plusieurs démarches », selon Zeau Ismail, responsable de la qualité et de la sécurité des patients chez Santé Niagara. « Ainsi, lorsque le rapport sur les événements qui ne devraient jamais arriver est sorti, nous l'avons intégré au travail que nous faisions déjà. Si nous n'avions pas eu les bases en place, le processus aurait été plus difficile à mettre en œuvre » (CPSI 2017).

À l'avenir, les hôpitaux et les autorités doivent continuer à collecter des données sur les événements qui ne devraient jamais arriver afin d'en connaître précisément le nombre. Il est important de se concentrer sur ces événements dans les soins de courte durée. Cependant, il faut en apprendre davantage sur les autres types d'établissements de santé, notamment les soins primaires, les soins à domicile et les soins de longue durée. Grâce à ces connaissances et à l'apprentissage, les responsables et les prestataires de soins de santé, de concert avec les patients, pourront collaborer pour réduire ou éliminer les préjudices avant qu'ils ne surviennent. Le partage et l'apprentissage entre les établissements, les provinces et les territoires sont essentiels pour réduire les risques et améliorer la sécurité des patients partout au Canada.

L'opération de Nicholas pour réparer son cœur a bien fonctionné, mais sa famille a enduré chagrin et traumatismes pendant les jours suivants alors qu'il était maintenu en vie, hypothermique et ventilé dans l'unité de soins intensifs sans savoir s'il y avait eu des lésions cérébrales. Carola était toujours sous le choc, le lendemain, quand un anesthésiste a admis que Nicholas avait « subi toute une agression ». Ces mots ont été révélateurs pour elle. Elle devait savoir ce qui s'était passé. Personne ne pouvait expliquer pourquoi il y avait eu ces brûlures graves, presque mortelles.

Carola, qui travaillait dans le milieu de la santé depuis 27 ans, trouvait cela difficile à croire. Les efforts d'une mère pour comprendre ce qui était arrivé ont permis de trouver des réponses et des solutions que le système de santé, à lui seul, n'avait pas été en mesure de découvrir. Son implication dans les enquêtes et sa persévérance à chercher comment éviter une telle situation ont entraîné une modification de la pratique à l'hôpital et dans toute la province.

Aujourd'hui, Carola pense que si la liste « des événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada » avait été mise en place, si les rapports et les mesures rapides avaient été prévus de manière routinière, l'apprentissage et les améliorations auraient pu être réalisés beaucoup plus rapidement. L'événement indésirable ayant touché Nicholas n'aurait peut-être jamais eu lieu.

Mobilisation nationale

En tant que pays, nous n'avons pas cherché, jusqu'à présent, à nous mettre d'accord sur une liste d'événements qui ne devraient jamais arriver dans le contexte des services de santé. Un consensus national sur de tels événements est une

étape importante pour l'identification des situations propices aux préjudices et pour le partage des solutions d'évitement. L'occurrence d'un événement indésirable est souvent l'indice d'un problème systémique au sein d'une organisation. Il ne s'agit pas de juger ou de blâmer quiconque. Il s'agit d'un appel à l'action pour prévenir la survenue de tels événements, ce qui ne peut être réalisé qu'avec une culture propice à la sécurité des patients et à l'amélioration de la qualité de même qu'avec la participation des patients et leurs familles.

La sécurité des patients est une responsabilité collective, réalisable uniquement grâce à la collaboration et à l'expertise de nombreuses organisations et personnes, y compris les patients et familles. Des indicateurs et des informations sur la qualité et la sécurité des patients sont colligés et même publiés sur les sites web des gouvernements provinciaux au Manitoba, en Ontario, en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse et en Saskatchewan. Nous sommes appelés à agir par le consensus pancanadien sur les 15 événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers; il nous faut maintenant de meilleures informations et un engagement public. La publication de rapports sur ces 15 événements serait en effet un bon mécanisme d'apprentissage et d'amélioration pour que les prestataires de soins, les organisations, les gouvernements et le public soient informés et puissent analyser systématiquement les événements indésirables, surveiller les tendances ou les écarts dans la pratique et partager l'information afin de réduire l'occurrence de ces événements.

L'Institute of Medicine (1999) a appelé à la divulgation publique il y a près de 20 ans et a spécifiquement recommandé la déclaration obligatoire des événements graves, d'une façon analogue à la pratique de l'aviation qui consiste à signaler tout accident catastrophique aux autorités. Les rapports publics sont un moyen de responsabilisation et de découverte des problèmes au niveau du système; cependant, cela nécessite les conditions appropriées dans un hôpital, une unité ou un service. Une culture de la sécurité des patients axée sur la transparence, la responsabilité, l'apprentissage et l'amélioration, une communication ouverte avec les patients et leurs familles ainsi qu'un environnement juste et confiant pour les dirigeants et les fournisseurs sont primordiales. Quand les patients et les prestataires de soins reçoivent du soutien et se sentent en confiance pour témoigner de leur expérience vécue, le signalement des préjudices et l'apprentissage qui en découle sont des plus bénéfiques.

Au Canada, l'ICSP et les organismes de contrôle de la qualité provinciaux tels que QSSO favorisent et encouragent déjà le signalement d'incidents liés à la sécurité des patients. La déclaration publique volontaire des préjudices les plus graves n'a

pas changé la donne : des événements qui ne devraient jamais arriver ont encore lieu dans toutes les provinces et territoires du Canada. Les gouvernements et les ministères de la Santé sont responsables des services de santé. À ce titre, il incombe aux gouvernements de veiller à ce que la prestation des soins de santé soit de grande qualité, mais surtout, sans danger. Les gouvernements pourraient être proactifs et obliger les hôpitaux à signaler tout événement qui ne devrait jamais arriver; cela relève de leur compétence et est certainement du meilleur intérêt pour les patients et les communautés. Ou nous pouvons attendre la prochaine catastrophe, l'enquête et la pression des médias et du public pour que les gouvernements réagissent et adoptent cette approche. Aucune de ces situations n'est idéale, pas plus qu'il est utile de fermer les yeux devant les préjudices les plus sérieux qui continuent d'avoir lieu au pays. Nous savons ce qu'il faut faire pour éviter les événements qui ne devraient jamais arriver. En tant que gardiens des systèmes de santé, n'avons-nous pas une obligation morale et éthique de faire ce qui est juste? Partout au Canada, les citoyens bénéficieront de cet ambitieux objectif : les responsables et les prestataires des services de santé collaboreront pour mettre en place des systèmes de santé où les préjudices causés par des événements qui ne devraient jamais arriver seront réduits à néant. HQ

Remerciements

Nous aimerions remercier QSSO pour son leadership ainsi que les patients et leurs familles pour leur courage face à l'adversité. Nous souhaitons également exprimer notre gratitude à Carola Essery pour nous avoir permis de continuer à tirer les leçons de ses expériences et à son fils, Nicholas, dont la cicatrice tordue sur sa poitrine forte est le seul rappel visible de l'événement indésirable que lui et sa famille ont douloureusement enduré.

Références

Veuillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (p. 51).

À propos des auteures

Hina Laeeque, M.Sc., CHE, est gestionnaire principale de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Barb Farlow, MBA, B. Ing., est membre fondateur de Patients pour la sécurité des patients du Canada.

Sandi Kossey, M.Sc. (administration de la santé), B.Sc. (physiothérapie), CHE, est directrice principale, Partenariats stratégiques et Mesures prioritaires, à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Adresse pour correspondance: Hina Laeeque, 10025 -102A Avenue, bureau 1400, Edmonton, AB T5J 2Z2; courriel: hlaeeque@cpsi-icsp.ca; téléphone : 780-934-3688.

Empowering Patients to Start a Conversation: 5 Questions to Ask about Your Medications

Alice Watt, Maryann Murray, Donna Herold, Sylvia Hyland, Carolyn Hoffman and Mike Cass

Abstract

This quality improvement initiative to help prevent known medication-related failures during transitions of care was co-led by Patients for Patient Safety Canada, the Institute for Safe Medication Practices Canada, the Canadian Patient Safety Institute, the Canadian Pharmacists Association, and the Canadian Society for Hospital Pharmacists. Initially, the intervention was to develop, test, evaluate and disseminate a medication safety "checklist" for patients and healthcare providers. Through small tests of change, the checklist was redesigned as the "5 Questions to Ask about Your Medications." Collective results demonstrate a shared commitment among more than 200 organizations to empower patients with questions to ask about their medications.

Introduction

Medication errors continue to cause harm, especially at transitions of care (National Transitions of Care Coalition 2010). Improving medication safety at transitions also addresses a Health Standards Organization requirement. Medication Management Standards promote a collaborative approach to prevent and reduce medication errors and near misses by addressing all aspects of the medication management process, from prescription, selection, preparation and dispensing to administration of the medication and ongoing monitoring of clients (Health Standards Organization 2019).

The evidence reveals a need to empower all people and correct the imbalance of information between patients and their care providers. Three-quarters of Canadians surveyed are interested in learning how to keep safe in healthcare, with eight in 10 saying they would like to receive this information from a healthcare provider (Ipsos Public Affairs 2018).

The Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada), the Canadian Patient Safety Institute (CPSI), Patients for Patient Safety Canada (PFPSC), the Canadian Pharmacists Association, and the Canadian Society for Hospital Pharmacists collaborated to develop a set of five questions to help patients and caregivers start a conversation about medications to improve communications with their healthcare provider. The tool can be particularly helpful for patients at transitions of care, including:

- at primary care appointments (e.g., family physician or specialist, nurse practitioner, dentist),
- when interacting with a community pharmacist,
- on discharge from hospital to home and
- during a homecare service visit.

The design of the "5 Questions to Ask about Your Medications" (5 Questions) includes the opportunity for organizations to add their logo, to visibly demonstrate their support and endorsement of the initiative (Figure 1). This approach also allows for these organizations to stay connected informally for shared learning as the 5 Questions spread and are used in unique applications across Canada and around the world. The more than 200 endorsements of the 5 Questions by organizations at the local, provincial, national and international levels demonstrate a commitment to work together to advance medication and patient safety.

Evidence

Unsafe medication practices and medication errors are the leading cause of avoidable harm in healthcare systems across the world. Medication errors occur when weak medication systems and/or human factors, such as fatigue, poor environmental conditions or staff shortages, affect prescribing, transcribing, dispensing, administration and monitoring practices, which can result in severe harm, disability and even death (WHO 2017).

Medication errors in the hospital, which are measured and reported, are used to demonstrate the magnitude of the problem. What is unknown is how much harm occurs when people do not take medications as prescribed after leaving the hospital. This complex transition is considered a time of risk for the patient and possible harm.

In Canada, harmful incidents associated with medications are among the most frequent type of adverse event. Medication safety issues can impact health outcomes, length of stay in a healthcare facility, readmission rates and overall costs to Canada's healthcare system (CPSI 2018).

The Canadian Adverse Events Study (Baker et al. 2004) found that drug- or fluid-related events were the second most common type of adverse event in Canadian hospitals, accounting for 23.6% of the total. The cost attributed to adverse drug events has been reported to be \$4,028 per event (Etchells et al. 2012). Furthermore, more than half of Canadians are using prescription drugs on a regular basis, with 36% taking two or more medications (Health Council of Canada 2014).

A 2008 study found that more than one in nine emergency department visits were due to drug-related adverse events and 68% of them were preventable (Zed et al. 2008). According to the Canadian Medical Protective Association, close to 25% of patients involved in a medication adverse event died or suffered some other catastrophic event (CPSI 2014). Furthermore,

- an estimated 37% of seniors in nine provinces received a prescription for a drug that should not be taken by this population;
- two out of three Canadians (66%) over the age of 65 take at least five different prescription medications, whereas 27% take at least 10 different prescription medications; and
- in 2016, one in 143 Canadian seniors were hospitalized due to the harmful effects of their medication (CIHI 2018a).

The World Health Organization (WHO) states that unsafe medication practices and medication errors are a leading cause of injury and avoidable harm in healthcare systems across the world (WHO 2017). One source indicates that the estimated cost of preventable medication errors is \$125 million CAD (RiskAnalytica 2017). Globally, the cost associated with medication errors has been estimated at over \$55 billion(CPSI 2018).

Creating the 5 Questions

CPSI, in partnership with ISMP Canada, hosted a national medication safety summit in Toronto, Ontario, in June 2014 to create the synergy and coordination required to accelerate improvements in safe medication use in Canada. The resulting Medication Safety Action Plan was incorporated into the national Integrated Patient Safety Action Plan.

During the summit, the 37 attendees participated in a world café, a meeting model used to stimulate creative thinking in large groups. A patient story sparked the idea for the creation of a checklist of questions about medications for patients to use at transitions of care:

"My father was well-organized, independent and energetic," says Emily Musing, Executive Director, Pharmacy, Clinical Risk and Quality and Patient Safety Officer at [University Health Network]. "But he found himself in a situation where he had to take many drugs, see multiple specialists and it was confusing. He was not sure what each specialist knew, how best to ask questions and what phrases he should use." (University Health Network 2016)

Emily wrote down a few basic questions to help her dad get the information he needed for safe use of each medication. Emily shared her idea that all Canadians should have a list of questions that they can use to start a conversation with their healthcare provider, and that was the beginning of how the 5 Questions about medications started.

ISMP Canada led the development of this work by creating a working group with patient representatives from PFPSC and other stakeholders. The group worked collaboratively to co-design a list of questions that patients could ask, derived from existing tools, recent evidence and learnings from medication incidents. An environmental scan and review of analyses of medication errors leading to harm at transitions formed the basis of the development of this intervention to empower patients. The 5 Questions were derived from evidence-informed medication safety practices, including medication reconciliation (ISMP Canada 2016). The tool was tested across various sectors of care and modifications made using the Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycle and based on feedback from electronic surveys. A logic model was created to guide the implementation of the 5 Questions.

FIGURE 1.

Five questions to ask about your medications infographic



QUESTIONS TO ASK ABOUT YOUR MEDICATIONS

when you see your doctor, nurse, or pharmacist.

1. CHANGES?

Have any medications been added. stopped or changed, and why?

2. CONTINUE?

What medications do I need to keep taking, and why?

3. PROPER USE?

How do I take my medications, and for how long?

4. MONITOR?

How will I know if my medication is working, and what side effects do I watch for?

5. FOLLOW-UP?

Do I need any tests and when do I book my next visit?



Keep your medication record up to date.

Remember to include:

- drug allergies
- vitamins and minerals
- ✓ herbal/natural products
- all medications including non-prescription products

Ask your doctor, nurse or pharmacist to review all your medications to see if any can be stopped or reduced.





Visit safemedicationuse.ca for more information.







SafeMedicationUse.ca



The 5 Questions were tested in various sectors (primary care, acute care, long-term care, homecare), with different professionals (nurses, nurse practitioners, doctors, dentists and pharmacists) and with patients, and their feedback helped to make it better. Feedback from PFPSC was also incorporated into the final version.

Creating content for the 5 Questions was not about the questions being perfect or using all the questions all the time. Rather, it was a collective effort to provide consistent messaging about what matters to each patient and family.

In a national online survey of patients and healthcare providers (n = 291), 85% of patients said they felt comfortable asking their healthcare provider the 5 Questions, 75% of patients responded that the answers to the 5 Questions would be a very useful tool to help them understand their medications and 84% of healthcare providers would be willing to answer their 5 Questions. (Watt et al. 2018). One of the speakers who helped to launch the 5 Questions shared her story about losing her 22-year-old daughter, Martha, due to a medication error. Maryann Murray from PFPSC said in The Kelowna Daily Courier that being armed with these 5 Questions will help patients protect themselves:

Not only do people need to feel empowered about their own health care, but the medical people need to know that it's their responsibility to pass on the information. I think with the questions, you're not only telling people it's OK to ask these questions, you're telling the medical people you need to answer these questions ... [T]hose five questions will save people from harm and they'll save some lives. (Ubelacker 2016)

To improve medication safety, patients need to understand the medications they take. "5 Questions to Ask about Your Medications" is an effective tool that frames the conversation between patient and provider by encouraging information sharing. Informed patients can help prevent or reduce incidents of medication harm.

Implementing the 5 Questions

Implementation of the 5 Questions has taken many forms. To date, more than 200 organizations across all sectors of care at local, provincial, national and international levels have formally endorsed the 5 Questions. The poster has been translated into 25 languages, with support from partners. Since the launch of the tool in March 2016, there have been more than 30,000 downloads. See Appendix 1 (available at: https://www. longwoods.com/content/26046) for impact testimonials from patients, providers and leaders.

In June 2016, the 5 Questions tool was also introduced internationally at the 69th World Health Assembly Side Event, "Addressing the Global Challenge of Medication Safety to Improve Patient Safety and Quality of Care" (CPSI 2016).

ISMP Canada created a video to promote the 5 Questions, in consultation with patients and healthcare providers, to help patients be an empowered part of their healthcare (ISMP Canada 2016). The 5 Questions video has been viewed over 6,000 times.

A digital poster campaign reaches out to patients in some 200 high-traffic waiting rooms in Ontario (75%), Alberta and British Columbia (20%) and Quebec (5%). Each year, some five million patients are learning about the 5 Questions at the point of care, in their doctor's waiting room. This eye-catching form of engagement generates over 32 million impressions annually.

In May 2018, the Canadian Pharmacists Association hosted a webinar, Partnering with Patients on Medication Safety. The 116 attendees learned practical ideas that they can use to advance patient engagement in their everyday practice. The results from a quick poll during the webinar indicated that 68% of participants were using the 5 Questions, whereas 32% had not heard of or previously used the tool. After the webinar, participants surveyed were willing to try using the 5 Questions in their practice (mean: 4.77 strongly agree) (Canadian Pharmacists Association 2018).

Canadian Patient Safety Week promoted the 5 Questions in both the 2017 and 2018 campaigns with the development of a PATIENT podcast series, 5 Questions quizzes for patients and healthcare providers and a catchy phrase contest to help patients remember the questions. Mnemonics for the key words Changes? Continue? Proper Use? Monitor? Follow-Up? were created (e.g., Conversations Can Prevent Medication Failures).

The Manitoba Institute for Patient Safety developed a medication safety module for Grade 11 students, a provincewide supplement to the Active Healthy Lifestyles curricula. The 5 Questions are discussed and included as a student handout for Lesson 1 on alcohol and other drugs (Manitoba Institute for Patient Safety n.d.).

Medication errors continue to be a source of preventable harm, especially for older adults living with frailty. The Canadian Frailty Network created the Frailty Matters Innovation Showcase to put the spotlight on new approaches in the care of older adults living with frailty. The 5 Questions was recognized as one of the top 30 innovations exhibited at the 2018 conference (Canadian Frailty Network 2018).

The uptake of the 5 Questions can also be attributed to grassroots efforts, such as those of patient safety advocates Meredith and Barton Ottoson, from Davidson, Saskatchewan. They have made it their mission to distribute the posters widely. Today, if you drive through Davidson, you will find the posters not only in hospitals, healthcare centres, drugstores and doctor's offices but also in the windows of the local hardware store, gas stations, restaurants and other businesses throughout the surrounding area.

Meredith described why the 5 Questions resonates with her:

5 Questions to Ask empowers patients to act. It affirms that our health matters wherever we are on the age grid. We need to have a clear understanding of proposed treatments and medications to help us make better health care decisions. Patients as partners and shared power is a learning curve for all of us. We can do this! (personal communication with Meredith Ottoson)

Using the 5 Questions to reduce the use of opioids

Another goal of the Medication Safety Action Plan was to address the safe use of opioids. Prescribing opioids to manage pain has increased substantially, with some serious, unintended consequences. Surgical patients are four times more likely to receive opioids at discharge from hospital than their non-surgical counterparts.

A systematic literature review of opioid use after discharge in post-operative patients found that surgical patients are using substantially fewer opioids during the post-operative period than prescribed. A lack of awareness regarding proper disposal of leftover medication is leaving excess opioids in the home, which may be used inappropriately by the patient or others. The study called for education for providers and clinical practice guidelines that provide guidance on prescription of outpatient opioids (Feinberg et al. 2018).

A recent study of post-surgical patients (Brat et al. 2018) showed that each additional week of opioid prescription refills is associated with a significant increase in opioid misuse among opioid-naïve patients. The study also revealed the following:

- Up to 10% of opioid-naïve patients who received a postoperative opioid prescription require an opioid to control pain symptoms at one year after the surgery.
- Prolonged post-operative opioid use is associated with increased morbidity and decreased quality of life.

Over the past 10 years, there has been a 53% increase in the rate of hospitalizations for opioid poisoning. The age group most affected is 15-24-year-olds (CIHI 2018b). The Centre for Addiction and Mental Health (n.d.) says that one in 10 high school-aged teens in Ontario have tried an opioid recreationally; 60% of the time, those opioids were obtained from home.

The opioid safety handout (a modified version of the 5 Questions) shown in Appendix 2 (available at: https://www. longwoods.com/content/26046) was co-developed with patients as a response to address the opioid crisis. It provides the answers to the 5 Questions for patients who are taking opioids after surgery. This patient resource was developed collaboratively with and is endorsed by several healthcare organizations (see Acknowledgements), in accordance with recent guidelines and preferred practice. Since its

launch during the Opioid Wisely campaign in March 2018, there have been more than 4,500 downloads of the handout.

Evidence that the handout does have an impact on patient education and prescription practices was provided in a study at North York General Hospital (NYGH) led by Dr. Sanjho Srikandarajah.

The primary goal of the study was to determine the effect of standardized prescriptions and patient education on the amount of opioid prescribed and used by surgical patients undergoing laparoscopic appendectomy or cholecystectomy following discharge.

The NYGH study was conducted between April and June 2017. During that period, a total of 2,672 opioid pills were prescribed to 127 patients. Those patients reported taking only 458 of the pills prescribed, or 17%, leaving 2,314 unused pills, or 83%, in three months (Feinberg et al. 2019)

The data were used to create a standardized evidence-based electronic prescription (decreasing the number of pills prescribed, with a default limit of 20 tablets) and a patient education pamphlet (a modified version called "Opioids for pain after day surgery: Your questions answered"). With the new interventions in place, patients were then recruited to assess the effectiveness of the new prescription and education initiative using the same survey from the previous study. This survey was conducted between November 2017 and January 2018. During that period, 1,490 fewer opioid pills were prescribed (a 56% decrease). If this was extended over a year, that would mean there would be 11,000 fewer opioid pills prescribed at one institution alone and several thousand unused opioid pills no longer available for potential inappropriate use. After the introduction of the patient education handout and the intervention to standardize opioid prescription quantities, the percentage of patients who received information about opioids increased over five-fold, from 8.5 to 44%, and the average number of pills consumed decreased by 45%, from 3.6 to 2, with no significant change in pain scores reported by patients.

The results from this study (Feinberg et al. 2019) were presented by Dr. Srikandarajah to several international and national conferences, including the 2019 International Forum in Glasgow, Scotland. It was recognized with the 2018 Abstracts of Distinction Award at the Health Care Transformations Conference in Ontario. the Richard Knill Award and the Best Paper in Chronic Pain at the 2019 Annual Canadian Anesthesia Society Conference.

Next Steps: Expanding Our Reach With New Partnerships

Taking this educational approach to the next level will involve embedding the 5 Questions in the everyday conversations held by patients and their healthcare providers. The goal with expanding our reach is collaborating with partners committed to advancing medication safety one conversation at a time. Here is what that will look like:

- Incorporate results from an 18-month safety improvement project co-ordinated by CPSI and launched in the spring of 2019. Teams are focused on safe medication use and medication reconciliation at discharge. The learnings will inform additional knowledge translation efforts including incorporating the 5 Questions into medication reviews, de-prescribing and patient engagement efforts.
- Continue to work with partners to integrate the 5 Questions more explicitly into de-prescribing, medication reconciliation processes, patient portals and related technologies and other related safe medication initiatives.
- Partner with organizations across Canada to use the 5 Questions as a foundation to develop specialized patient resources. For example, work to develop a patient handout based on the 5 Questions, to advance opioid safety for patients with short-term pain and managing pain after wisdom teeth removal.
- Evaluate the 5 Questions through research by various teams. This is one key mechanism of supporting the next steps including spread and sustainability of the 5 Questions initiative.
- Develop new technologies to help patients access medication information at their fingertips. Apps such as My MedRec will help patients keep track of their medications and prompt them to ask questions and take notes.

Incorporating a broader approach, CPSI and ISMP Canada are supporting the WHO in its global campaign to reduce medication errors. The goal for the Medication Without Harm global patient safety challenge is to reduce the level of severe, avoidable harm related to medications by 50% over 5 years.

As a WHO Collaborating Centre for Patient Safety and Patient Engagement, CPSI is coordinating the Medication Without Harm campaign in Canada. "Know. Check. Ask." is the call to action to encourage patients and healthcare providers to take an active role in medication use and for global solidarity and action by the international community to reduce avoidable medication-related harm (WHO 2017).

Over the course of the next 5 years, CPSI, together with patients and partners, will develop and execute an implementation plan, monitor and evaluate progress made and work closely with WHO to ensure the long-term sustainability of strategies implemented over the course of the Medication Without Harm campaign.

Conclusion

Healthcare organizations that embrace the 5 Questions demonstrate a positive safety culture and patient engagement. Patients and families say that the 5 Questions empower them to start a conversation with their healthcare provider about their medications. Being open to hearing what matters to patients and having a dialogue that gives patients a way and time to voice their concerns and questions will ensure that patients and families have the knowledge they need for safe medication use. The use of 5 Questions in all areas of the health system is an important recognition and reminder of the complexity of safe medication use, as well as the pivotal role of patients and families within this process. HQ

Acknowledgements

The 5 Questions were developed collaboratively by CPSI, ISMP Canada, PFPSC, the Canadian Pharmacists Association and the Canadian Society of Hospital Pharmacists. Input was also received from NYGH; CIHI; the National Pain Centre (McMaster University); the Canadian Centre on Substance Abuse; Canada Health Infoway; provincial health quality councils or equivalents and ministries of health; regional health authorities; regulatory colleges; provincial information privacy officers; Health Canada; Health Information Management; the Canadian Medical Association (CMA); the Canadian Nurses Association (CNA); the Canadian Association of Retired Persons (CARP); Family Health Teams; Canadian Home Care Association; paediatric health centres; neighbourhood pharmacy; health informatics; chain drug stores; the Canadian Anesthesiologists' Society; the Canadian Foundation for Healthcare Improvement; Accreditation Canada; the Canadian Medical Protective Association; University Health Network; the College of Family Physicians Canada; the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); the Canadian Nurses Protective Society; the Registered Nurses' Association of Ontario; the Association of Family Health Teams of Ontario; the Ontario Association of Community Care Access Centres; and ICES. The "Opioids for pain after surgery: Your questions answered" resource was developed collaboratively by PFPSC, CPSI, NYGH, the Canadian Society of Hospital Pharmacists, the Canadian Deprescribing Network, Choose Wisely Canada, CADTH, CNA, CMA, the Canadian Association of General Surgeons, the Canadian Orthopaedic Association and ISMP Canada.

References

Baker, G.R., P.G. Norton, V. Flintoft, R. Blais, A. Brown, J. Cox et al. 2004. The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada. CMAJ 170(11): 1678-86. doi:10.1503/cmaj.1040498.

Brat, B., D. Agniel, A. Beam, B. Yorkgitis, M. Bicket, M. Homer et al. 2018. Postsurgical Prescriptions for Opioid Naive Patients and Association with Overdose and Misuse: Retrospective Cohort Study. BMJ 360: j5790. doi:10.1136/bmj.j5790.

Canadian Frailty Network. 2018. Frailty Matters Innovation Showcase: Top 30 Innovations. Retrieved July 9, 2019. https://www.cfn-nce. ca/wp-content/uploads/2018/10/top-30-innovations-for-websitereformat-2018-08-24.pdf>.

Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2018a. Drug Use Among Seniors in Canada, 2016. Ottawa, ON: Author. Retrieved July 9, 2019. https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/drug-use- among-seniors-2016-en-web.pdf>.

Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2018b. Opioid-Related Harms in Canada. Ottawa, ON: Author. https://www.cihi. ca/sites/default/files/document/opioid-related-harms-report-2018en-web.pdf>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2014. Medication Safety Action Plan. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 9, 2019. https:// www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/PatientSafetyForwardWith4/ Documents/A%20Medication%20Safety%20Action%20Plan.pdf>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2016, June 3. Ms. Murray Goes to Geneva. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 9, 2019. http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/NewsAlerts/News/Pages/ Ms-Murray-goes-to-Geneva.aspx>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2018. Medication Without Harm – Canada's Contribution to a Global Effort to Reduce Medication Errors. Edmonton, AB: Author. http://www.patientsafetyinstitute.ca/ en/NewsAlerts/News/pages/medication-without-harm-2018-09-14. aspx>.

Canadian Pharmacists Association. 2018, May. CPhA Webinars. Ottawa, ON: Author. Retrieved July 9, 2019.

Centre for Addiction and Mental Health. n.d. Youth and Prescription Pain Killers: What Parents Need to Know. Toronto, ON: Author. Retrieved July 9, 2019. https://www.camh.ca/en/health-info/guides- and-publications/youth-and-prescription-painkillers>.

Etchells, E., N. Mittmann, M. Koo, M. Baker, M. Krahn, K. Shojania et al. 2012. The Economics of Patient Safety in Acute Care: Technical Report. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute. https:// www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/ commissionedResearch/EconomicsofPatientSafety/Documents/ Economics%20of%20Patient%20Safety%20-%20Acute%20 Care%20-%20Final%20Report.pdf>.

Feinberg, A., T. Chesney, S. Srikandarajah, S. Acuna and R. McLeod. 2018. Opioid Use After Discharge in Postoperative Patients: A Systematic Review. Annals of Surgery 267(6): 1056-62. doi:10.1097/ SLÁ.0000000000002591.

Feinberg, A., A. Mocon, D. Smith, B. Yau, B. Kashin, S. Acuna et al. 2019. Opioid Crisis! A Standardized, Evidenced-Based Approach to Discharge Opioids after Surgery. Poster presented at the International Forum Quality & Safety in Healthcare, March 27-29, 2019, Glasgow, Scotland. Retrieved July 9, 2019. https://www.ismp-canada.org/ download/posters/opioidcrisis.jpg>.

Health Council of Canada. 2014, January. Where You Live Matters: Canadian Views on Health Care Quality. Toronto, ON: Author. https://secure.cihi.ca/free_products/HCC_CMWF_Bulletin_8_Eng. pdf>.

Health Standards Organization. 2019. CAN/HSO 3001:2019-Medication Management. Retrieved July 9, 2019. https:// healthstandards.org/standard/medication-management-3//>.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Canada. 2016. 5 Questions to Ask about Your Medications [video]. Retrieved July 9, 2019. https://www.youtube.com/watch?v=BJI1ToB-Dv8.

Ipsos Public Affairs. 2018, April. Patient Safety in Canada. Toronto, ON: Author. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/ toolsResources/Documents/Patient%20Harm%20Awareness%20 -%20Ipsos/CPSI%20-%20Patient%20Safety%20in%20Canada%20 Baseline%20Report.pdf>.

Manitoba Institute for Patient Safety. n.d. Resources to Print: Use Medications Safely. Winnipeg, MB. Retrieved July 9, 2019. https:// mips.ca/assets/using_medications_safely_print_gr_11_curriculum_ sup_2018.pdf>.

National Transitions of Care Coalition. 2010, September. Improving Transitions of Care: Findings and Considerations of the "Vision of the National Transitions of Care Coalition." Washington, DC: Author. Retrieved July 9, 2019. http://www.ntocc.org/portals/0/pdf/ resources/ntoccissuebriefs.pdf>.

RiskAnalytica. 2017, August. The Case for Investing in Patient Safety in Canada. Retrieved July 9, 2019. https://www.patientsafetyinstitute. ca/en/About/Documents/The%20Case%20for%20Investing%20 in%20Patient%20Safety.pdf>.

Ubelacker, S. 2016, March 9. List of 5 Questions for Patients to Ask about Medications Aimed at Protecting Health. The Kelowna Daily Courier. Retrieved July 9, 2019. http://www.kelownadailycourier. $ca/life/national_life/article_c8fc77e0-f22f-57e8-9e70-0c3e1e5190f0.$ html?mode=jqm>.

University Health Network. 2016. Five Questions to Ask about Your Medications. Toronto, ON: Author. Retrieved July 9, 2019. https:// www.uhn.ca/corporate/News/Pages/five_questions_to_ask_about_ your_medications.aspx>.

Watt, A., M. Cass, L. Hughes, and D. Herold. 2018. 5 Questions to Ask about Your Medications – A Shared Aim to Empower Patients. Poster presented at the International Forum Quality & Safety in Healthcare, May 2–4, 2018, Amsterdam, Netherlands.

World Health Organization (WHO). 2017. Medication Without Harm: WHO Global Patient Safety Challenge. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved July 9, 2019. https://www.who.int/patientsafety/policies/ ministerial_summit_17/en/>.

Zed, P.J., R.B. Abu-Laban, R.M. Balen, P.S. Loewen, C.M. Hohl, J.R. Brubacher et al. 2008. Incidence, Severity and Preventability of Medication-Related Visits to the Emergency Department: A Prospective Study. CMAJ 178(12): 1563-69. doi:10.1503/cmaj.071594.

About the Authors

Alice Watt, RPh BScPhm, is a medication safety specialist with ISMP Canada. Alice has 20 years of experience in community and acute care settings and is passionate about engaging patients and healthcare practitioners in safe medication practices.

Maryann Murray, patient champion, is a member of Patients for Patient Safety Canada. Maryann is an advocate for plain language and legible print on medication labels and a champion for patient safety in healthcare, both at home and abroad.

Donna Herold, patient champion, is a member of Patients for Patient Safety Canada and was one of the action team members who co-authored Engaging Patients in Patient Safety: A Canadian Guide.

Sylvia Hyland, RPh, BScPhm, ACPR, MHSc (Bioethics), is vice-president, operations and privacy officer of ISMP Canada. In her work for ISMP Canada, she has assisted with analyses of adverse medication events and has participated in focused reviews of medication use systems in healthcare.

Carolyn Hoffman, RN, BSN, MN, is president and CEO of ISMP Canada. Carolyn has senior leadership experience in hospital operations, provincial government, nursing regulation and quality improvement in healthcare, all with a focus on patient safety.

Mike Cass, RN, is the senior program manager at the Canadian Patient Safety Institute. Mike is currently leading a medication safety improvement collaborative focused on acute care organizations that care for frail elderly.

Correspondence may be directed to: Alice Watt, RPh, Medication Safety Specialist, ISMP Canada; phone: 416-733-3131 ext. 250; e-mail: alice.watt@ismpcanada.ca.

Donner la parole aux patients : Cinq questions à poser au sujet de vos médicaments

Alice Watt, Maryann Murray, Donna Herold, Sylvia Hyland, Carolyn Hoffman et Mike Cass

Résumé

Cette initiative d'amélioration de la qualité, qui vise à prévenir les échecs connus liés aux médicaments lors des transitions de soins, a été codirigée par le programme Patients pour la sécurité des patients du Canada, par l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada, par l'Institut canadien pour la sécurité des patients, par l'Association des pharmaciens du Canada et par la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Au départ, l'intervention consistait à élaborer, tester, évaluer et diffuser une « liste de contrôle » pour la sécurité des médicaments à l'intention des patients et des prestataires de services de santé. Suite à de petits changements, la liste a été redéfinie en « Cinq questions à poser au sujet de vos médicaments ». Le résultat témoigne de l'engagement de plus de 200 organisations à responsabiliser les patients au sujet de leurs médicaments.

Introduction

Les erreurs de médication causent des préjudices, en particulier lors des transitions de soins (National Transitions of Care Coalition 2010). L'amélioration de la sécurité des médicaments lors des transitions répond également aux exigences de l'Organisation de normes en santé. Les normes pour la gestion des médicaments préconisent une approche collaborative qui vise à prévenir et à réduire les erreurs et les quasi-oublis de médicaments en abordant tous les aspects du processus de gestion des

médicaments, depuis la prescription, le choix, la préparation et la délivrance jusqu'à l'administration du médicament et la surveillance des usagers (Health Standards Organization 2019).

Les données montrent la nécessité de responsabiliser toute personne et de corriger les déséquilibres en matière d'information entre patients et prestataires de soins. Les trois quarts des Canadiens interrogés souhaitent apprendre comment assurer la sécurité dans les soins de santé, huit répondants sur 10 déclarant vouloir recevoir ces informations de la part d'un fournisseur de services de santé (Ipsos Public Affairs 2018).

L'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada), l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), le programme Patients pour la sécurité des patients Canada (PPSPC), l'Association des pharmaciens du Canada et la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux ont collaboré à l'élaboration d'une série de cinq questions pour aider les patients et les proches aidants à entamer un dialogue sur les médicaments avec leur professionnel de la santé. L'outil est particulièrement utile pour les patients lors des transitions de soins, notamment dans les situations suivantes :

- lors d'un rendez-vous dans une clinique de soins primaires (p. ex. un omnipraticien ou un spécialiste, une infirmière praticienne, un dentiste)
- chez le pharmacien communautaire

- de retour à la maison après un congé de l'hôpital
- lors de soins à domicile

Le concept des « Cinq questions à poser sur vos médicaments » (ci-après, Cinq questions) offre aux organisations la possibilité d'ajouter leur logo et de démontrer leur soutien à l'initiative (Figure 1). Cette approche permet également aux organisations de rester en contact pour échanger leur apprentissage alors que l'initiative se déploie au Canada et dans le monde. Plus de 200 organisations locales, provinciales, nationales et internationales ont adopté les Cinq questions, témoignant ainsi de leur volonté de travailler ensemble pour faire progresser la sécurité des médicaments et des patients.

Les données probantes

Les pratiques médicamenteuses non sécuritaires et les erreurs de médication constituent la principale cause de préjudices évitables dans les systèmes de santé du monde entier. Des erreurs de médication surviennent lorsque de faibles systèmes de médication ou des facteurs humains, tels que la fatigue, de mauvaises conditions environnementales ou une pénurie de personnel, affectent les pratiques de prescription, de transcription, de délivrance, d'administration et de surveillance, ce qui peut entraîner des conséquences graves, des incapacités et même la mort (WHO 2017).

Les erreurs de médication à l'hôpital, lesquelles sont consignées et rapportées, sont utilisées pour démontrer l'ampleur du problème. Ce qui est inconnu, c'est l'ampleur des dommages causés lorsque les personnes ne prennent pas les médicaments tels que prescrits après leur sortie de l'hôpital. Cette transition complexe est considérée comme une période de risque et de préjudice possible.

Au Canada, les incidents nocifs associés aux médicaments figurent parmi les événements indésirables les plus fréquents. Les problèmes liés à la sécurité des médicaments peuvent avoir une incidence sur les résultats pour la santé, sur la durée des séjours dans un établissement de santé, sur les taux de réadmission ainsi que sur les coûts globaux pour les systèmes de santé au Canada (CPSI 2018).

Une étude canadienne sur les effets indésirables (Baker et coll. 2004) a révélé que les événements liés aux médicaments et aux solutés arrivent au deuxième rang des types d'incident indésirable les plus répandus dans les hôpitaux canadiens, à savoir 23,6 % du total. Le coût attribué aux événements indésirables médicamenteux a été estimé à 4 028\$ par événement (Etchells et coll. 2012). En outre, plus de la moitié des Canadiens consomment régulièrement des médicaments sur ordonnance, et 36 % en prennent deux ou plus (Health Council of Canada 2014).

Une étude réalisée en 2008 a révélé que plus d'une visite sur neuf à un service d'urgence était due à un effet indésirable lié aux médicaments, dont 68 % auraient pu être prévenus (Zed et coll. 2008). Selon l'Association canadienne de protection médicale, près de 25 % des patients impliqués dans un événement indésirable médicamenteux sont décédés ou ont subi un autre type de préjudice grave (CPSI 2014). De plus,

- on estime que 37 % des personnes âgées dans neuf provinces reçoivent des ordonnances pour des médicaments qui ne devraient pas être pris par cette population
- deux Canadiens sur trois (66 %) âgés de plus de 65 ans prennent plus de cinq médicaments sur ordonnance et 27 % d'entre eux en prennent au moins 10
- en 2016, au Canada, un aîné sur 143 a été hospitalisé en raison d'effets néfastes causés par les médicaments (CIHI 2018a)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirme que les pratiques médicamenteuses non sécuritaires et les erreurs de médication figurent parmi les principales causes de préjudices évitables dans les systèmes de santé du monde (WHO 2017). Une source indique que le coût estimé des erreurs de médication évitables s'élève à 125 millions de dollars canadiens (Risk Analytica 2017). À l'échelle mondiale, le coût associé aux erreurs de médication est estimé à plus de 55 milliards de dollars (CPSI 2018).

La création des Cinq questions

L'ICSP, en partenariat avec ISMP Canada, a organisé un sommet national sur la sécurité des médicaments à Toronto (Ontario), en juin 2014, afin de créer la synergie et la coordination nécessaires pour accélérer les améliorations en matière d'utilisation sans risque des médicaments au Canada. Le plan d'action pour la sécurité des médicaments qui en a résulté a été inclus dans le Plan d'action intégré sur la sécurité des patients.

Au cours du sommet, les 37 participants se sont réunis pour un world café, qui est un modèle de réunion utilisé pour stimuler la pensée créatrice au sein de grands groupes. L'histoire d'un patient a suscité l'idée de créer une liste de questions sur les médicaments à laquelle les patients pourraient se référer lors des transitions de soins :

« Mon père était une personne bien organisée, indépendante et dynamique », affirme Emily Musing, directrice générale, responsable de la pharmacie, des risques cliniques, de la qualité et de la sécurité à University Health Network. « Mais il s'est retrouvé dans une situation où il a dû prendre de nombreux médicaments, rencontrer plusieurs spécialistes et c'était déroutant pour lui. Il n'était pas sûr de ce que chaque spécialiste savait, comment poser ses questions et quelles phrases utiliser. » (University Health Network 2016)

FIGURE 1.

Représentation des Cinq questions à poser à propos de vos médicaments



questions à poser à propos de vos médicaments

lors d'une consultation avec un médecin. une infirmière ou un pharmacien

1. CHANGEMENTS?

Est-ce que des médicaments ont été ajoutés. supprimés ou changés et pourquoi?



Quels médicaments dois-ie continuer à prendre et pourquoi?

3. USAGE CORRECT?

Comment dois-je prendre mes médicaments et pour combien de temps?

4. SURVEILLER?

Comment vais-je savoir si mes médicaments agissent et quels effets secondaires faut-il surveiller?

5. SUIVI?

Aurai-je besoin de tests et quand dois-je prendre mon prochain rendez-vous?



Gardez votre dossier médical à iour.

Rappelez-vous d'inclure :

- ✓ les allergies aux médicaments
- ✓ vitamines et minéraux
- produits à base de plantes / produits naturels
- ✓ incluant tous les médicaments ainsi que les médicaments sans ordonnance

Demandez à votre médecin. infirmière ou pharmacien de passer en revue tous vos médicaments pour voir s'il faut arrêter ou réduire l'un ou plusieurs de ces médicaments.





Visitez safemedicationuse.ca pour en savoir plus.











Emily a écrit quelques questions de base pour aider son père à obtenir les informations dont il avait besoin pour une utilisation sécuritaire des médicaments. Emily s'est alors dit que tous les Canadiens devraient avoir une liste de questions qu'ils pourraient utiliser pour engager la conversation avec leur fournisseur de services de santé. C'est ainsi qu'est née l'idée des Cinq questions.

ISMP Canada a dirigé ce projet en créant un groupe de travail avec des patients membres de PPSPC et d'autres partenaires. En s'appuyant sur des outils déjà en place, sur les données probantes et sur les enseignements tirés d'incidents médicamenteux, le groupe a dressé une liste de questions que les patients pourraient poser. Une analyse de l'environnement et un examen des analyses d'erreurs médicamenteuses ayant causé des dommages lors de transitions constituent la base de cette initiative de responsabilisation des patients. Les Cinq questions découlent de pratiques de sécurité des médicaments fondées sur les données probantes, notamment le bilan comparatif des médicaments (ISMP Canada 2016). L'outil a été testé dans divers secteurs de soins et des modifications y ont été apportées à l'aide du cycle de Shewhart (cycle PDSA; planifier, développer, contrôler, ajuster [Plan-Do-Study-Act]) et à partir des commentaires provenant d'enquêtes en ligne. Un modèle logique a été créé pour guider la mise en œuvre des Cinq questions.

Les Cinq questions ont été testées dans divers secteurs (soins primaires, soins de courte durée, soins de longue durée, soins à domicile), auprès d'une variété de professionnels (infirmières, infirmières praticiennes, médecins, dentistes et pharmaciens) et avec des patients. Les réactions ont permis de procéder à des améliorations. Les commentaires de PPSPC ont également été intégrés à la version finale.

L'idée, pour les Cinq questions, n'était pas de formuler des questions parfaites qui seraient toutes utilisées à chaque consultation. Il s'agissait plutôt d'un effort collectif pour favoriser un discours cohérent sur les besoins de chaque patient et famille.

Dans un sondage national en ligne auprès de patients et de prestataires de services de santé (n = 291), 85 % des patients se disent à l'aise de poser les Cinq questions à leur prestataire de services de santé, 75 % déclarent que les réponses aux Cing questions constituent un outil très utile pour les aider à comprendre leur médication et 84 % des prestataires de services se disent disposés à répondre aux Cinq questions (Watt et coll. 2018). Une des intervenantes qui ont participé au lancement des Cinq questions a raconté comment elle a perdu sa fille Martha, âgée de 22 ans, à la suite d'une erreur de médication. Maryann Murray du PPSPC a déclaré dans le Kelowna Daily Courier qu'avec ces Cinq questions les patients seraient mieux protégés :

Non seulement les gens doivent se sentir responsabilisés à propos de leurs soins de santé, mais le personnel médical doit savoir qu'il est de sa responsabilité de transmettre l'information. On ne dit pas seulement

aux gens qu'ils peuvent poser ces questions, on dit aux professionnels de la santé qu'ils doivent y répondre ... Au final, ces questions permettront d'éviter des préjudices et de sauver des vies. (Ubelacker 2016)

Pour améliorer la sécurité des médicaments, les patients doivent comprendre ce qu'ils prennent. Les Cinq questions constituent un outil efficace qui encadre la conversation entre patient et fournisseur en encourageant le partage d'informations. Des patients informés peuvent aider à prévenir ou à réduire les incidents liés aux médicaments.

Mise en œuvre des Cinq questions

La mise en œuvre des Cinq questions a pris de nombreuses formes. À ce jour, plus de 200 organisations de tous les secteurs des soins aux niveaux local, provincial, national et international ont officiellement adopté les Cinq questions. Grâce au soutien des partenaires, l'affiche a été traduite en 25 langues. Depuis le lancement de l'outil, en mars 2016, plus de 30 000 téléchargements ont été comptabilisés. Voir l'Annexe 1 (disponible sur: https://www. longwoods.com/content/26046) pour prendre connaissance des témoignages de patients, de prestataires et de dirigeants.

En juin 2016, l'outil des Cinq questions a été introduit au niveau international lors d'un événement, tenu en marge de la 69^e Assemblée mondiale de la santé, qui portait sur le défi global de la sécurité des médicaments pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins (CPSI 2016).

En consultation avec des patients et des fournisseurs de soins de santé, ISMP Canada a créé une vidéo pour promouvoir les Cinq questions et aider les patients à être autonomes dans le cadre de leurs soins de santé (ISMP Canada 2016). Cette vidéo a été visionnée plus de 6 000 fois.

Une campagne d'affichage numérique vise les patients dans quelque 200 salles d'attente très fréquentées en Ontario (75 %), en Alberta et en Colombie-Britannique (20 %) et au Québec (5 %). Chaque année, environ cinq millions de patients découvrent les Cinq questions à un point de service, dans la salle d'attente de leur clinique. Cette forme d'engagement accrocheuse est ainsi exposée plus de 32 millions de fois par année.

En mai 2018, l'Association des pharmaciens du Canada a organisé un webinaire sur les partenariats avec les patients sur la sécurité des médicaments. Les 116 participants y ont pris connaissance d'idées pratiques pour promouvoir la participation des patients dans leur pratique quotidienne. Les résultats d'un sondage rapide effectué pendant le webinaire indiquent que 68 % des participants avaient recours aux Cinq questions, alors que 32 % n'en avaient jamais entendu parler ou ne l'avaient jamais utilisé auparavant. Après le webinaire, les participants interrogés se sont montrés disposés à utiliser les Cinq questions dans leur pratique (moyenne : 4,77 fortement d'accord) (Canadian Pharmacists Association 2018).

La Semaine nationale de la sécurité des patients a servi à la promotion des Cinq questions en 2017 et en 2018, en élaborant une série de balados PATIENT, des jeux-questionnaires sur les Cinq questions et en organisant un concours de phrases accrocheuses pour aider les patients à se souvenir des questions. On a aussi pensé à des procédés mnémotechniques pour les mots clés Changements, Continuer, Usage correct, Surveiller et Suivi.

L'Institut pour la sécurité des patients du Manitoba a mis au point un module sur la sécurité des médicaments destiné aux élèves de 11° année, lequel s'inscrit dans le cadre du programme provincial Pour un mode de vie actif et sain. Les Cinq questions sont abordées dans la leçon 1 sur l'alcool et les autres drogues (Manitoba Institute for Patient Safety s. d.).

Les erreurs de médication sont une source de préjudices évitables, en particulier pour les personnes âgées fragilisées. Le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées a mis sur pied le concours Frailty Matters Innovation Showcase pour mettre en lumière les nouvelles approches en matière de soins pour les personnes âgées fragilisées. Les Cinq questions y ont été reconnues comme l'une des 30 principales innovations présentées à la conférence de 2018 (Canadian Frailty Network 2018).

L'adoption des Cinq questions peut également être attribué aux efforts locaux, tels que ceux des défenseurs de la sécurité des patients, Meredith et Barton Ottoson, de Davidson, en Saskatchewan. Ils se sont donné pour mission de diffuser largement les affiches. Aujourd'hui, si vous passez par Davidson, vous trouverez les affiches non seulement dans les hôpitaux, les centres de santé, les pharmacies et les cabinets de médecin, mais également dans les vitrines de la quincaillerie, des stations-service, des restaurants et d'autres commerces de la région.

Meredith explique ce que signifie pour elle les Cinq questions :

Les Cinq questions permettent aux patients d'agir. Elles confirment que la santé est importante à tout âge. Il est important de comprendre les traitements et les médicaments proposés pour nous aider à prendre de meilleures décisions en matière de soins de santé. Les patients en tant que partenaires et les pouvoirs partagés constituent une courbe d'apprentissage pour nous tous. Nous pouvons y arriver! (communication personnelle avec Meredith Ottoson)

Utilisation des Cinq questions pour réduire l'usage des opioïdes

Un des objectifs du Plan d'action sur l'utilisation sécuritaire des médicaments portait sur l'utilisation sécuritaire des opioïdes. La prescription d'opioïdes pour soulager la douleur a considérablement augmenté, avec des conséquences graves et inattendues. Les patients opérés sont quatre fois plus susceptibles de recevoir des opioïdes à la sortie de l'hôpital que ceux qui n'ont pas subi de chirurgie.

Une revue systématique de la littérature sur l'utilisation d'opioïdes après le congé chez les patients postopératoires a révélé que ces patients utilisent beaucoup moins d'opioïdes pendant la période postopératoire que ce qui leur est prescrit. Par manque de conscientisation concernant l'élimination appropriée des médicaments non utilisés, il y a dans certains domiciles des restes d'opioïdes qui peuvent être utilisés de manière inappropriée par le patient ou d'autres personnes. L'étude préconise l'éducation des fournisseurs et des directives cliniques qui donnent des conseils sur la prescription d'opioïdes en consultation externe (Feinberg et coll. 2018).

Une étude récente sur des patients postopératoires (Brat et coll. 2018) a montré que chaque semaine supplémentaire de renouvellement de prescription d'opioïdes est associée à une augmentation significative du mauvais usage d'opioïdes chez les patients n'ayant jamais eu recours aux opioïdes. L'étude a également révélé ce qui suit :

- Jusqu'à 10 % des patients n'ayant jamais eu recours aux opioïdes et qui ont reçu une ordonnance d'opioïde postopératoire ont encore besoin, un an après la chirurgie, d'un opioïde pour contrôler la douleur.
- L'utilisation prolongée d'opioïdes après une opération est associée à une morbidité accrue et à une baisse de la qualité de vie

Au cours des 10 dernières années, le taux d'hospitalisation pour intoxication liée aux opioïdes a augmenté de 53 %. Le groupe d'âge le plus touché est celui des 15 à 24 ans (CIHI 2018b). Selon le Centre de toxicomanie et de santé mentale (s. d.), un adolescent ontarien sur 10 a essayé un opioïde à des fins récréatives; dans 60 % des cas, l'opioïde venait du domicile.

Le feuillet sur la sécurité des opioïdes (version modifiée des Cinq questions) présenté à l'Annexe 2 (disponible sur: https://www.longwoods.com/content/26046) a été élaboré conjointement avec des patients pour faire face à la crise des opioïdes. Il fournit les réponses aux Cinq questions pour les patients qui prennent des opioïdes après une chirurgie. Cette ressource a été développée en collaboration avec plusieurs organisations de santé (voir les Remerciements), conformément aux directives les plus récentes et à la pratique recommandée. Depuis son lancement lors de la campagne Prescrire des opioïdes avec soin, en mars 2018, le feuillet a été téléchargé plus de 4 500 fois.

Une étude menée à l'hôpital général de North York sous la direction du Dr Sanjho Srikandarajah a démontré que le document avait un impact sur l'éducation des patients et sur les pratiques en matière de prescription.

L'objectif principal de l'étude était de déterminer l'effet des ordonnances normalisées et de l'éducation des patients sur la quantité d'opioïdes prescrits et utilisés par les patients à leur congé après une appendicectomie ou une cholécystectomie laparoscopique.

L'étude de l'hôpital général de North York a été menée entre avril et juin 2017. Au cours de cette période, 2 672 comprimés d'opioïdes ont été prescrits à 127 patients. Ces patients ont déclaré ne prendre que 458 des pilules prescrites, soit 17 %, laissant ainsi 2 314 comprimés non utilisés, ou 83 %, en trois mois (Feinberg et coll. 2019).

Ces données ont été prises en compte dans la création d'une ordonnance électronique normalisée fondée sur les données probantes (diminuant le nombre de pilules prescrites, avec une limite par défaut de 20 comprimés) et dans la production d'une brochure d'information à l'intention des patients (une version modifiée intitulée « Les opioïdes pour la douleur après une chirurgie d'un jour: réponses à vos questions »). Avec les nouvelles interventions en place, des patients ont ensuite été recrutés pour évaluer l'efficacité de la nouvelle initiative de prescription et d'éducation au moyen du même sondage que dans l'étude précédente. Cette enquête a été menée entre novembre 2017 et janvier 2018. Au cours de cette période, 1 490 comprimés d'opioïdes en moins ont été prescrits (une diminution de 56 %). En projetant ces résultats sur une année, il y aurait 11 000 comprimés d'opioïdes en moins prescrits dans un seul établissement et plusieurs milliers de comprimés d'opioïdes non utilisés ne seraient plus disponibles pour une consommation potentiellement inappropriée. Après l'introduction du feuillet d'information destiné aux patients et après l'intervention visant à normaliser les quantités prescrites d'opioïdes, le pourcentage de patients ayant reçu des informations sur les opioïdes a été multiplié par cinq, passant de 8,5 à 44 %, et le nombre moyen de pilules consommées a diminué de 45 %, soit de 3,6 à 2, sans changement significatif des scores de douleur rapportés par les patients.

Les résultats de cette étude (Feinberg et coll. 2019) ont été présentés par le Dr Srikandarajah à plusieurs conférences internationales et nationales, notamment au Forum international de Glasgow (Écosse) en 2019. L'étude a reçu le prix Résumé de distinction 2018 remis lors de la conférence « Transformation qualité de la santé » en Ontario, le prix de recherche Richard-Knill et le prix du meilleur article sur la douleur chronique remis lors de la conférence annuelle de la Société canadienne des anesthésiologistes, en 2019.

Prochaines étapes : accroître la diffusion grâce aux partenariats

Pour porter cette approche éducative au niveau suivant, il faudra intégrer les Cinq questions dans les échanges quotidiens entre patients et prestataires de services de santé. L'objectif est de collaborer avec des partenaires déterminés à faire progresser la question de la sécurité des médicaments. Voici ce que nous envisageons:

Intégrer les résultats d'un projet de 18 mois sur l'amélioration de la sécurité coordonné par l'ICSP et lancé au printemps 2019. Les équipes se concentrent sur

- l'utilisation sécuritaire des médicaments et sur le bilan comparatif des médicaments au congé de l'hôpital. Les leçons apprises étayeront les prochains efforts d'application des connaissances, notamment l'intégration des Cinq questions aux révisions de la médication, aux déprescriptions et aux activités de participation des patients.
- Continuer à travailler avec les partenaires pour intégrer plus explicitement les Cinq questions aux déprescriptions, aux processus de bilan comparatif des médicaments, aux portails et autres technologies pour les patients ainsi qu'à d'autres initiatives relatives à la sécurité des médicaments.
- Collaborer avec des organisations du Canada afin de mettre à profit les Cinq questions pour développer des ressources spécialisées destinées aux patients. Par exemple, un feuillet à l'intention des patients afin de promouvoir la sécurité des opioïdes pour les douleurs à court terme et pour gérer la douleur après le retrait des dents de sagesse.
- Évaluer les Cinq questions grâce à des recherches effectuées par différentes équipes. Il s'agit là d'un mécanisme essentiel pour accéder aux prochaines étapes, notamment la diffusion et la durabilité de l'initiative des Cinq questions.
- Développer de nouvelles technologies pour aider les patients à accéder facilement aux informations sur les médicaments. Des applications telles que « My MedRec » aident les patients à garder une trace de leurs médicaments et les incitent à poser des questions et à prendre des notes.

Plus généralement, l'ICSP et ISMP Canada soutiennent l'OMS dans sa campagne mondiale de réduction des erreurs de médication. L'objectif du défi mondial « Les médicaments sans les méfaits » est de réduire, en cinq ans, 50 % des cas de préjudices graves et évitables liés aux médicaments.

En tant que collaborateur de l'OMS pour la sécurité et l'engagement des patients, l'ICSP coordonne la campagne « Les médicaments sans les méfaits » au Canada. La formule « Informez-vous. Vérifiez. Demandez. » vise à encourager les patients et les prestataires de services de santé à jouer un rôle actif dans l'usage des médicaments. La campagne aspire également à la solidarité mondiale et à l'action de la communauté internationale pour réduire les préjudices évitables liés aux médicaments (WHO 2017).

Au cours des cinq prochaines années, l'ICSP, en collaboration avec les patients et les partenaires, élaborera un plan de mise en œuvre, suivra et évaluera les progrès accomplis et travaillera en étroite collaboration avec l'OMS pour assurer la durabilité à long terme des stratégies mises en œuvre au cours de la campagne « Les médicaments sans les méfaits ».

Conclusion

Les organisations de santé qui adoptent les Cinq questions font preuve d'une saine culture de sécurité et d'une ouverture à la

participation des patients. Les patients et leurs familles affirment que les Cinq questions leur permettent d'engager une conversation au sujet des médicaments avec leurs fournisseurs de services de santé. Savoir être à l'écoute des patients et leur permettre de s'exprimer feront en sorte qu'ils disposent des connaissances nécessaires pour utiliser les médicaments en toute sécurité. La présence des Cinq questions dans tous les secteurs du système de santé permet de souligner l'importance et la complexité de l'utilisation sécuritaire des médicaments ainsi que le rôle central des patients et de leurs familles dans ce processus. HQ

Remerciements

Les Cinq questions sont le fruit d'une collaboration entre l'ICSP, ISMP Canada, le programme PPSPC, l'Association des pharmaciens du Canada et la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Y ont également contribué l'Hôpital général de North York, l'ICIS, le National Pain Centre (Université McMaster), le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Inforoute Santé du Canada, des conseils provinciaux sur la qualité des services de santé, des ministères provinciaux de la Santé, des autorité régionales de la santé, des ordres professionnels, des commissaires provinciaux à la protection de la vie privée, Santé Canada, Gestion de l'information sur la santé, l'Association médicale canadienne (AMC), l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), l'Association canadienne des individus retraités, des équipes Santé familiale, des centres de santé pédiatriques, des pharmacies, l'informatique de la santé, la Société canadienne des anesthésiologistes, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Agrément Canada, l'Association canadienne de protection médicale, University Health Network, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, l'Association des équipes Santé familiale de l'Ontario, l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario et l'ICES. Le développement de la ressource « Les opioïdes pour la douleur après la chirurgie: réponses à vos questions » est une collaboration entre le PPSPC, l'ICSP, l'Hôpital général de North York, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, le Réseau canadien

pour la déprescription, Choisir avec soin, l'ACMTS, l'AIIC, l'AMC, l'Association canadienne des chirurgiens généraux, l'Association canadienne d'orthopédie et ISMP Canada.

Références

Veuillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (pp. 63-64).

À propos des auteurs

Alice Watt, pharmacienne autorisée, B.Sc.Pharm., est spécialiste de la sécurité des médicaments à ISMP Canada. Elle a travaillé pendant une vingtaine d'années dans des établissements de soins communautaires et de courte durée et se consacre à l'engagement des patients et des praticiens de la santé dans des pratiques sécuritaires en matière de médication.

Maryann Murray est membre de Patients pour la sécurité des patients du Canada. Elle lutte pour un langage clair et des caractères lisibles sur les étiquettes des médicaments et pour la sécurité des patients dans les soins de santé, à domicile et à l'étranger.

Donna Herold est membre de Patients pour la sécurité des patients du Canada. Elle a été membre de l'équipe de travail et co-auteure du Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité.

Sylvia Hyland, pharmacienne autorisée, B.Sc.Pharm., ACPR, M.Sc. (bioéthique), est vice-présidente, responsable des opérations et de la protection des renseignements personnels à ISMP Canada. Dans le cadre de son travail, elle a participé à l'analyse des événements indésirables liés aux médicaments et a participé à des examens ciblés des systèmes d'utilisation des médicaments dans les soins de santé.

Carolyn Hoffman, inf. aut., B.Sc. inf., M.Sc. inf., est présidente et chef de la direction d'ISMP Canada. Elle a une expérience de cadre dans les opérations hospitalières, le gouvernement provincial, la réglementation des soins infirmiers et l'amélioration de la qualité dans les soins de santé, le tout axé sur la sécurité des patients.

Mike Cass, inf. aut., est gestionnaire principal de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Il dirige actuellement une initiative de collaboration en matière d'amélioration de la sécurité des médicaments dans les organisations de soins de courte durée pour les personnes âgées fragilisées.

Adresse pour correspondance : Alice Watt, pharmacienne autorisée, spécialiste de la sécurité des médicaments, ISMP Canada; téléphone: 416-733-3131 poste 250; courriel: alice.watt@ismpcanada.ca.

Accelerating Post-Surgical Best Practices Using Enhanced Recovery After Surgery

Carla Williams, Claude Laflamme and Brian Penner

Abstract

Patients undergoing surgery today experience longer hospital stays and more complications because evidence-based practices in the areas of nutrition, activity, opioid-sparing analgesia, hydration and overall best practices are not consistently applied or used. There is also emerging evidence that supporting patients and families to become engaged in their perioperative care improves outcomes. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) helps patients be more prepared for surgery and recover more quickly by bringing patients, healthcare providers and health systems together and creating tools and resources that are based on the most up-to-date evidence. The goal of Enhanced Recovery Canada is to support the uptake of these best practices across Canada, improving patient outcomes and experiences.

rs. Lee awaits colon cancer surgery. Her healthcare/surgery team works with her to identify her concerns and to tailor support through evidencebased pathways to help her prepare mentally and physically (e.g., optimizing her diet, activity and medical conditions), which help ease her worry. She uses a customized tablet-based Enhanced Recovery app to track her symptoms and to know when to eat and drink at all times on her surgical journey. After surgery, she knows what to expect and is ready to move and eat the very same day. She has less nausea and

pain than she expected. Mrs. Lee is discharged from hospital only 4 days post-surgery. She continues to use her Enhanced Recovery app and has regular follow-ups, which alleviate her anxiety. Six weeks later, she says she feels ready to start chemotherapy. The surgery team tracks her symptoms, uses appropriate pain and symptom control to optimize her recovery and encourages her to move, avoiding the muscle wasting, weakness and frailty that are a consequence of immobilization.

This scenario is a far cry from the present state in Canada. In reality, Mrs. Lee suffered terribly from anxiety and a lack of empowerment. Her pre-surgical period was rife with inconsistent patient information and optimization strategies. She stayed 10 days in hospital and waited 4 weeks for results. Her doctor was equally upset by the gaps in care and unnecessary costs that she felt she was unable to change. The health authority recognized the value of adopting evidence-based practices but had difficulty spreading the implementation of best practices and scaling them up without first addressing buy-in among stakeholders.

Enhanced Recovery After Surgery

Ensuring the best outcomes for Mrs. Lee and patients like her led to Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). ERAS consists of evidence-based care pathways "designed to achieve early recovery after surgical procedures by maintaining preoperative organ function and reducing the profound stress response following surgery" (Melynk et al. 2011). ERAS had its beginnings in Europe and is a comprehensive, multidisciplinary approach to the care of the surgical patient (ERAS® Society n.d.; Gustafsson et al. 2013). The program is improving health and safety outcomes for patients. Evidence indicates that implementing ERAS best practices reduces post-operative readmissions and visits to the emergency department but perhaps more significantly, implementation of ERAS best practices reduces length of stay and costs (Thanh et al. 2016).

Enhanced Recovery Canada (ERC) is a project of the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) that had its origin in a national surgical care safety strategy as part of CPSI's Integrated Patient Safety Action Plan. An action defined within that plan was to "identify new or emerging best practices in surgical care/surgical care safety, and once identified, develop a plan to disseminate and implement across the country." All roads lead to a bundle of evidence-based practices referred to as Enhanced Recovery After Surgery. Although pockets of implementation were identified across Canada, it was acknowledged that greater outcomes could be achieved if these best practices were implemented more broadly.

Although implementation of these best practices is evolving in several provinces, to date, widespread application in Canada has been limited. ERC builds upon the efforts of the ERAS® Society and is committed to disseminating and supporting implementation of these best practices across the country. Rooted in quality improvement, ERAS follows the patient journey by taking a broader look at both the continuum of surgical care and the outcomes of care. With support from 24 partner organizations from across the country, ERC is leading the drive to improve surgical safety across the country and helping to disseminate enhanced recovery principles.

ERC's vision is to help surgery patients get better faster. Several actions are employed to achieve this. Knowledge users, patients, clinicians and healthcare systems act and talk to each other differently. Patients are engaged partners from diagnosis to recovery. They receive clear information on what to expect and how they can contribute to their care. Their concerns are addressed in a consistent, systematic and timely fashion. Healthcare practitioners across disciplines apply evidencebased care in a collaborative, supportive environment to optimize delivery and patient outcomes. The ERC program consists of evidence-based, surgery-specific clinical pathways with complementary patient engagement resources and a strategy for dissemination and implementation. The ERC clinical pathways focus on nutrition, mobilization, hydration, pain and symptom control and other surgical best practices (e.g., prevention of surgical site infections). Because patients receive the right care at the right time, health systems in every Canadian province and territory benefit from a shorter length of stay, lower costs, fewer complications and improved access to care (Lee et al. 2015; Thanh et al. 2016). Additionally, patients' perception that they play a major role within a collaborative ERAS team will improve patient experience and facilitate earlier recovery (Gillis et al. 2017).

Enhanced Recovery Canada

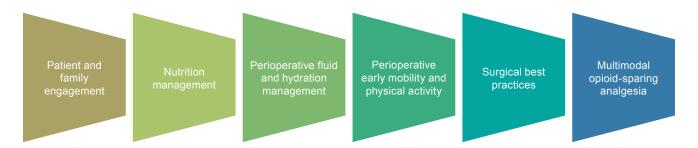
ERC began informally in January 2017 at a meeting convened by CPSI to make the acceleration of enhanced recovery strategies a priority. ERC is a volunteer group of passionate physicians, nurses, patients and allied healthcare providers who agreed to work together to spread ERAS across the country. Twenty-four organizations were invited to attend the face-to-face meeting, including representatives from Patients for Patient Safety Canada, the Royal College of Physician and Surgeons of Canada, Canada Health Infoway, various surgical specialties (Canadian Association of General Surgeons, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and Canadian Anesthesiologists' Society), provincial quality councils and other health organizations (Operating Room Nurses Association of Canada, Dietitians of Canada, Canadian Physiotherapy Association and Canadian Society of Hospital Pharmacists).

An interdisciplinary team was formed to foster the momentum needed to move this work forward. A project charter was developed, and a governance committee was formed with input from stakeholders and partners. The governance committee, which is chaired by Dr. Claude Laflamme, the medical director of quality and patient safety at Sunnybrook Health Sciences Centre in Toronto, meets monthly.

More than 40 healthcare professionals, including surgeons, anesthesiologists, nurses, physiotherapists, dietitians and patients from 10 provinces, the Northwest Territories and Yukon, are invested in ERC. Supporting the core ERAS principles (Figure 1), they contribute to one of five clinical pathway working groups and/or the patient engagement working group. Members develop the resources, identify evaluation metrics and develop knowledge tools to support teams with ERC implementation. Stakeholders, identified through their involvement with local enhanced recovery programs, serve as site-based champions and leaders for change and implement the pathways. They are the early adopters, encouraging others to follow their lead.

The first clinical pathway ERC addressed is colorectal surgery, mainly because, historically, it has the strongest evidence of efficacy and uptake. ERC chose six core principles for colorectal surgeries: patient and family engagement, nutrition, early mobilization, perioperative fluid management, multimodal pain management and evidence-based surgical best practices (Figure 1). These core principles encompass the most important actions supporting enhanced recovery and can be more broadly applied to other surgery types.

FIGURE 1. **Core principles of Enhanced Recovery After Surgery**



The bundling of guidelines for enhanced surgical recovery is the foundation of ERC. ERC recognizes that surgery is part of a continuum of patient care from presentation to primary care, initial diagnosis, surgical treatment, rehabilitative care and ongoing assessment and that the care team includes the patient, the family and a variety of health professionals coordinating their efforts to optimize patient experiences and outcomes.

Healthcare organizations often include "improved patient care" as either an explicit or implicit part of their vision. This goal is embraced by surgical professional organizations and other health professional schools as well as by patient safety agencies and provincial quality improvement organizations. ERC is aligned with this vision, linking the goals and activities of healthcare team members to improve the patient's journey and health outcome. The complexity of surgical care demands the skill, commitment and collaboration of an interprofessional team throughout the perioperative period.

ERC enhances and enables the uptake of evidence-based practices in surgery by bringing patients, healthcare providers, healthcare administrators and other stakeholders together with processes and knowledge to improve health outcomes. With patients as partners, ERC has set the following objectives:

- Develop evidence-based care pathways (structured multidisciplinary care plans that detail the essential steps in patient care) and resources for colorectal, gynecologic, orthopedic, obstetric, cardiac and other surgeries.
- Implement and evaluate uptake and impact of the care
- Disseminate care pathways, strategies and tools to promote uptake in all provinces and territories.
- Support teams with local implementation strategy through enrollment in CPSI's national Safety Improvement Project.

Figure 2 outlines ERC's vision which includes objectives, stakeholders, strategies for success and impact and benefits.

Approach: Knowledge Mobilization

ERC provides a clearinghouse for knowledge tools, such as clinical pathways, standardized order sets, a data collection manual and patient optimization tools. These are freely available to any facilities wanting to implement ERC best practices for colorectal surgeries. To further support implementation for teams that have not yet adopted ERAS best practices, CPSI launched a small-scale 18-month national ERC safety improvement project in April 2019. It builds on knowledge of enhanced recovery programs and tools to allow for knowledge mobilization in surgery more broadly and greater permeation of and access to a variety of patients and sites. Additionally, CPSI is developing a knowledge translation toolkit that, along with the ERC clinical pathways and patient optimization resources, will be valuable in supporting local healthcare teams with knowledge mobilization.

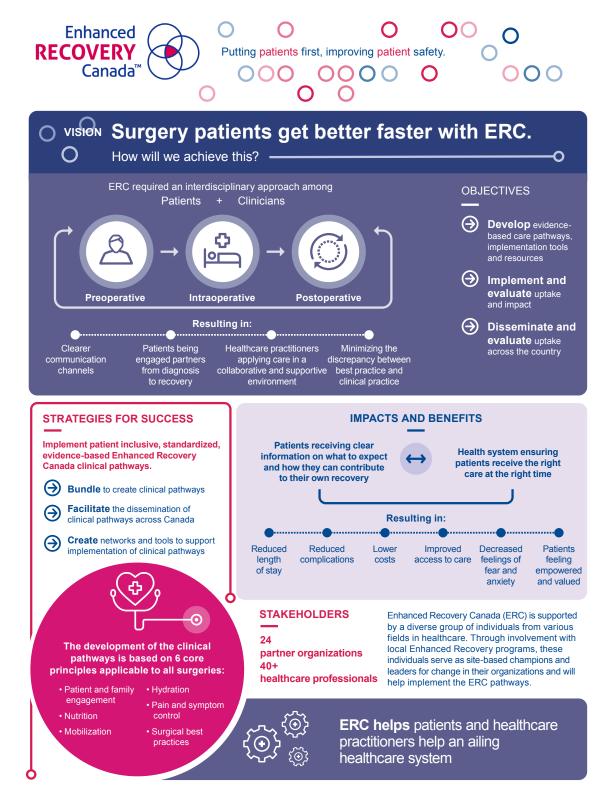
Consultation with Patient Safety Experts

Patients and provincial healthcare and quality organizations from Alberta, Saskatchewan, Ontario, Quebec and Newfoundland have participated in developing ERC and have adopted an evidence-based patient engagement framework and guiding principles to support and direct ongoing work (Gillis et al. 2017). ERC partners include industry and a wide variety of organizations, such as the Health Standards Organization and the Royal College of Physicians and Surgeons, which support mobilization of the pathways and tools through the development of standards for education and accreditation.

Next Steps

The ERC project started with the development of clinical pathways and resources to support patients having colorectal surgeries. Over time, ERC will extend to orthopedic, gynecologic and obstetric, cardiac and other surgeries.

FIGURE 2. **Enhanced Recovery Canada's vision**



Conclusion

ERC is invested in patients' participation and engagement – building on and embracing the power and capacity of patients in all their diversity. With its many stakeholders, ERC will make a positive impact on outcomes. Patients will feel more involved and empowered and better able to contribute to their health and surgical journey. Healthcare professionals are enabled to provide the care they know makes a difference and have the tools and strategies to support this. Patients, healthcare providers and leaders and the healthcare system benefit because when best practice is adopted, patients get out of hospital sooner and have fewer complications and readmissions, resulting in decreased costs and increased access for other patients. ERC is becoming the standard for surgical care in Canada and will contribute internationally by building on capacity and connections. HQ

Acknowledgements

The authors would like to thank members of the ERC governance team and other surgical experts who contributed to this paper: Melinda Baum, Leah Gramlich, Erin Ballah, Debbie Watson, Franco Carli, Gregg Nelson, Phillipe Richebe and Gabriele Baldini.

References

ERAS® Society. n.d. About the ERAS Society. Retrieved July 9, 2019. http://erassociety.org/about/history.

Gillis, C., M. Gill, N. Marlett, G. MacKean, K. GermAnn, L. Gilmour et al. 2017. Patients as Partners in Enhanced Recovery After Surgery: A Qualitative Patient-Led Study. BMJ Open 7: e017002. doi:10.1136/ bmjopen-2017-017002.

Gustafsson, U.O., M.J. Scott, W. Schwenk, N. Demartines, D. Roulin, N. Francis et al.; Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society, for Perioperative Care; European Society for Clinical Nutrition and Metabolism; International Association for Surgical Metabolism and Nutrition. 2013. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations. World Journal of Surgery 37(2): 259-84. doi:10.1007/s00268-012-1772-0.

Lee, L., J. Mata, G.A. Ghitulescu, M. Boutros, P. Carlebois, B. Stein et al. 2015. Cost-Effectiveness of Enhanced Recovery versus Conventional Perioperative Management for Colorectal Surgery. Annals of Surgery 262(6): 1026-33. doi:10.1097/SLA.000000000001019.

Melynk, M., R.G. Casey, P. Black and A.J. Kouaris. 2011. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocols: Time to Change Practice? Canadian Urological Association Journal 5(5): 342-48. doi:10.5489/

Thanh, N.X., A.W. Chuck, T. Wasylak, J. Lawrence, P. Faris, O. Ljungqvist et al. 2016. An Economic Evaluation of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Multisite Implementation Program for Colorectal Surgery in Alberta. Canadian Journal of Surgery 59(6): 415–21. doi:10.1503/cjs.006716.

About the Authors

Carla Williams is a registered nurse and senior program manager at the Canadian Patient Safety Institute.

Claude Laflamme is the medical director of quality and patient safety in the Department of Anesthesia at Sunnybrook Health Sciences Centre.

Brian Penner is a member of Patients for Patient Safety Canada.

Correspondence may be directed to: Carla Williams, Senior Program Manager, Canadian Patient Safety Institute, 10025 - 102A Avenue, Suite 1400, Edmonton, AB T5J 2Z2; telephone: 709-685-8254; e-mail: cwilliams@cpsi-icsp.ca.

Accélérer l'adoption des meilleures pratiques postopératoires au moyen de la récupération améliorée après chirurgie

Carla Williams, Claude Laflamme et Brian Penner

Résumé

De nos jours, les patients opérés sont gardés plus longtemps à l'hôpital et sont plus susceptibles de connaître des complications, car on n'applique pas de façon systématique les pratiques fondées sur les données probantes dans les domaines de la nutrition, de l'activité physique, de l'effet d'épargne des opioïdes ou de l'hydratation, ni les meilleures pratiques en général. De plus en plus de données montrent que le fait d'aider les patients et leur famille à participer aux soins périopératoires améliore les résultats. La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) aide les patients à mieux se préparer à la chirurgie et à récupérer plus rapidement en réunissant les patients, les prestataires de services de santé et les systèmes de santé et en créant des outils et ressources fondés sur les données probantes les plus à jour. Le programme Récupération optimisée Canada a pour objectif de favoriser l'adoption de ces pratiques exemplaires partout au Canada, afin d'améliorer les résultats et l'expérience des patients.

me Lee se prépare à une chirurgie pour le cancer du côlon. L'équipe de chirurgie travaille avec elle pour identifier ses préoccupations et adapter ■ son soutien grâce à des procédures fondées sur les données probantes afin de l'aider mentalement et physiquement (par exemple, en optimisant son alimentation, son activité physique et son état médical), ce qui l'aidera à calmer ses inquiétudes. Mme Lee utilise une application personnalisée sur tablette pour suivre ses symptômes et savoir quand manger et boire tout au long du parcours chirurgical. Après l'opération, elle sait à quoi s'attendre et elle est prête à bouger et à manger le jour même. Elle a moins de nausées et de douleurs qu'elle ne l'imaginait. Quatre jours seulement après l'opération, Mme Lee sort de l'hôpital. Elle continue d'utiliser son application de récupération améliorée et a des suivis réguliers, ce qui atténue son anxiété. Six semaines plus tard, elle se sent prête à commencer une chimiothérapie. L'équipe de chirurgie assure le suivi et emploie les contrôles appropriés pour la douleur et les symptômes afin d'optimiser sa récupération. De plus, on l'encourage à bouger, pour éviter l'atrophie musculaire, la faiblesse et la fragilité qui résultent de l'immobilisation.

Ce scénario est loin de la situation actuelle au Canada. En réalité, Mme Lee a terriblement souffert d'anxiété et d'un manque de contrôle. La période préopératoire a été parsemée d'informations et de stratégies d'optimisation incohérentes. Elle est restée pendant 10 jours à l'hôpital et a attendu quatre semaines pour obtenir les résultats. Son médecin était également déconcertée par les lacunes dans les soins et les coûts inutiles qu'elle estimait incapable de corriger. Les autorités sanitaires reconnaissent l'importance d'adopter des pratiques fondées sur les données probantes, mais elles ont du mal à diffuser les meilleures pratiques sans d'abord chercher à obtenir l'adhésion des parties concernées.

Récupération améliorée après chirurgie

La quête des meilleurs résultats pour Mme Lee ou autres patients a mené à la création de protocoles pour une récupération améliorée après chirurgie (RAAC). La RAAC est un cheminement clinique fondé sur les données probantes et « conçu pour permettre un rétablissement précoce après une intervention chirurgicale, et ce, en maintenant la fonction préopératoire des organes et en réduisant la réponse de stress marqué après une intervention chirurgicale » (Melynk et al. 2011). La RAAC est née en Europe et constitue une approche globale et multidisciplinaire des soins du patient en chirurgie (ERAS® Society s. d.; Gustafsson et coll. 2013). Le programme améliore les résultats en matière de santé et de sécurité pour les patients. Les données indiquent que la mise en œuvre des meilleures pratiques de RAAC permet de réduire les réadmissions postopératoires et les consultations au service des urgences, mais surtout la mise en œuvre des meilleures pratiques de RAAC permet de réduire la durée des séjours et les coûts (Thanh et coll. 2016).

Le projet de Récupération optimisée Canada (ROC), de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), découle d'une stratégie nationale de sécurité des soins chirurgicaux dans le cadre du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients. Une des actions définies dans ce plan était d'« identifier les meilleures pratiques nouvelles ou émergentes en matière de sécurité des soins chirurgicaux et, une fois identifiées, d'élaborer un plan de diffusion et de mise en œuvre au pays ». Toutes les avenues mènent à un ensemble de pratiques fondées sur les données qu'on nomme « récupération améliorée après chirurgie ». Bien que certains lieux de mise en œuvre aient été identifiés au Canada, on reconnaît que si ces pratiques exemplaires étaient davantage mises en œuvre, on obtiendrait de meilleurs résultats.

Bien que la mise en œuvre de ces pratiques exemplaires évolue dans plusieurs provinces, leur application généralisée au Canada demeure limitée. Le projet ROC s'appuie sur les travaux de la Société ERAS® et s'engage à diffuser la mise en œuvre des meilleures pratiques à travers le pays. Ancré dans le principe d'amélioration de la qualité, la RAAC suit le cheminement du patient en considérant le continuum des soins chirurgicaux et les résultats cliniques. Grâce au soutien de 24 organisations partenaires au pays, ROC dirige la campagne visant à améliorer la sécurité des chirurgies au pays et aide à diffuser les principes de la récupération améliorée.

La vision de ROC consiste à aider les patients ayant subi une chirurgie à se rétablir plus rapidement. Plusieurs actions contribuent à y parvenir. En effet, les responsables, les patients, les cliniciens et les systèmes de santé interagissent différemment. Les patients sont des partenaires actifs à toutes les étapes, du diagnostic à la récupération. Ils reçoivent des informations claires sur ce qui les attend et sur la façon de contribuer à leurs soins. Leurs préoccupations sont traitées de manière cohérente,

systématique et rapide. Les professionnels de la santé de toutes les disciplines offrent des soins fondés sur les données probantes, et ce, dans un environnement collaboratif propice à l'optimisation des résultats pour les patients. Le programme de ROC comprend les cheminements cliniques spécifiques à une chirurgie, qu'accompagnent des ressources de participation des patients et une stratégie de diffusion et de mise en œuvre. Les cheminements cliniques proposés par ROC portent sur la nutrition, la mobilisation, l'hydratation, le contrôle de la douleur et des symptômes ainsi que d'autres pratiques chirurgicales exemplaires (par exemple, la prévention des infections du champ opératoire). Puisque que les patients reçoivent les soins adéquats au bon moment, les systèmes de santé de chaque province et territoire canadiens bénéficient de durées de séjour plus courtes, de coûts moindres, de moins de complications et d'un meilleur accès aux soins (Lee et coll. 2015; Thanh et coll. 2016). De plus, le rôle des patients au sein d'une équipe de RAAC enrichit leur expérience et accélère leur rétablissement (Gillis et coll. 2017).

Récupération optimisée Canada

Le projet de ROC a débuté de manière officieuse en janvier 2017 lors d'une réunion convoquée par l'ICSP pour accélérer l'adoption des stratégies de rétablissement améliorées. Le projet réunit un groupe de bénévoles composé de médecins, d'infirmières, de patients et de prestataires de services de santé qui ont accepté de travailler ensemble pour diffuser la RAAC dans l'ensemble du pays. Vingt-quatre organisations ont été invitées à assister à la réunion, dont des représentants de Patients pour la sécurité des patients du Canada, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, d'Inforoute Santé du Canada, de diverses associations de chirurgiens (Association canadienne des chirurgiens généraux, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et Société canadienne des anesthésiologistes), des conseils provinciaux de la qualité et d'autres organismes de santé (Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada, Diététistes du Canada, Association canadienne de physiothérapie et Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux).

Une équipe interdisciplinaire a été formée pour donner l'élan nécessaire à l'avancement de ce travail. Une charte de projet a été élaborée et un comité de gouvernance a été formé avec la participation des intervenants et des partenaires. Le comité de gouvernance, présidé par le Dr Claude Laflamme, directeur médical de la sécurité des patients et de la qualité au centre des sciences de la santé Sunnybrook à Toronto, se réunit à tous les mois.

Plus d'une quarantaine de professionnels de la santé, dont des chirurgiens, des anesthésiologistes, des infirmières, des physiothérapeutes, des diététistes et des patients de 10 provinces, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon, sont investis dans le projet de ROC. S'appuyant sur les principes de base du système de RAAC (Figure 1), ils contribuent à l'un des cinq groupes de travail sur les cheminements cliniques ou au groupe de travail sur l'engagement des patients. Les membres développent les ressources, identifient des mesures d'évaluation et développent des outils pour aider les équipes à mettre en œuvre le projet de ROC. Les partenaires, identifiés grâce à leur implication dans les programmes locaux de récupération améliorée, servent de champions locaux pour la mise en œuvre des cheminements cliniques. Ils sont les premiers à adopter les principes de ROC et encouragent les autres à suivre l'exemple.

Le premier cheminement clinique abordé par ROC concerne la chirurgie colorectale, principalement parce qu'on y trouve les données les plus solides en matière d'efficacité et d'adoption. Pour le projet de ROC, on a choisi six principes de base en matière de chirurgie colorectale : engagement du patient et de sa famille, nutrition, mobilité précoce, gestion périopératoire des liquides, gestion multimodale de la douleur et meilleures pratiques chirurgicales fondées sur les données probantes (Figure 1). Ces principes englobent les principales actions pour une récupération optimisée et peuvent s'appliquer à d'autres types de chirurgie.

Le regroupement de lignes directrices visant à améliorer la récupération après une chirurgie constitue le fondement même du projet de ROC. Ce projet reconnaît que la chirurgie fait partie du continuum des soins, allant de la consultation aux soins primaires, en passant par le diagnostic initial, le traitement chirurgical, les soins de réadaptation et l'évaluation continue. On reconnaît, de plus, que l'équipe de soins inclut le patient, la famille et divers professionnels de la santé qui coordonnent leurs efforts pour optimiser l'expérience thérapeutique et les résultats cliniques.

Les organisations de soins de santé incluent souvent, de façon explicite ou implicite, le principe d'« amélioration des soins aux patients » dans leur vision. Cet objectif est adopté par les organisations professionnelles de chirurgiens et d'autres écoles de professionnels de la santé, ainsi que par les agences pour la sécurité des patients et les organismes provinciaux d'amélioration de la qualité. Le projet de ROC partage cette vision, en liant les objectifs et les activités des membres des équipes de soins de santé afin d'améliorer le cheminement et les résultats cliniques. La complexité des soins chirurgicaux exige

les compétences, l'engagement et la collaboration d'une équipe interprofessionnelle tout au long de la période périopératoire.

Le projet de ROC favorise l'adoption de pratiques chirurgicales fondées sur les données probantes en mettant en relation patients, prestataires de soins de santé, administrateurs et autres parties prenantes, avec des processus et des connaissances qui permettent d'améliorer les résultats cliniques. Avec les patients comme partenaires, la ROC vise les objectifs suivants :

- Développer des cheminements cliniques fondés sur les données probantes (c'est-à-dire des plans structurés de soins multidisciplinaires qui détaillent les étapes essentielles des soins) et des ressources pour les chirurgies colorectales, gynécologiques, orthopédiques, obstétriques, cardiaques et autres.
- Mettre en œuvre et évaluer l'utilisation et l'impact des cheminements cliniques.
- Diffuser les cheminements cliniques, stratégies et outils pour promouvoir l'adoption dans les provinces et territoires.
- Soutenir les équipes dans les stratégies locales de mise en œuvre en sollicitant leur adhésion au projet national d'amélioration de la sécurité de l'ICSP.

La Figure 2 présente la vision de ROC de même que les objectifs, partenaires, stratégies, impacts et avantages.

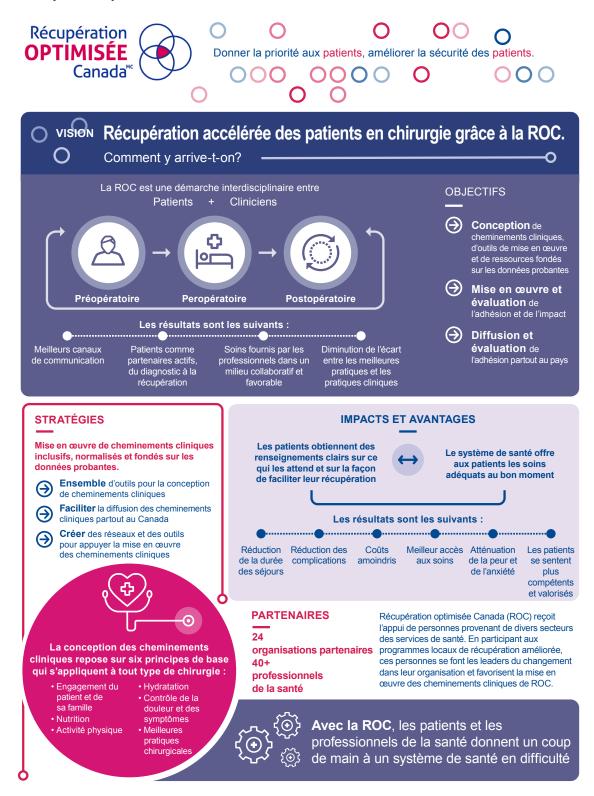
Mobilisation des connaissances

Le projet de ROC propose un centre d'échange d'informations, tels que des cheminements cliniques, un ensemble de modèles d'ordonnances, un guide pour la collecte de données ainsi que des outils d'optimisation des patients. Ces outils sont disponibles gratuitement pour tout établissements souhaitant mettre en œuvre les meilleures pratiques de ROC en matière de chirurgies colorectales. Afin de soutenir davantage la mise en œuvre chez les équipes qui n'ont pas encore adopté les meilleures pratiques de RAAC, l'ICSP a lancé, en avril 2019, un projet national d'amélioration de la sécurité d'une durée de 18 mois.

FIGURE 1. Principes de base de la récupération améliorée après chirurgie



FIGURE 2. Vision de Récupération optimisée Canada



Ce projet met à profit les connaissances tirées de programmes et d'outils de récupération améliorés afin d'accroître la mobilisation des connaissances et de permettre un meilleur accès en chirurgie à une diversité de patients et d'établissements. De plus, l'ICSP travaille au développement d'une boîte à outils pour l'application des connaissances qui, de pair avec les cheminements cliniques et les ressources d'optimisation des patients, sera utile pour aider les équipes locales de soins de santé à mobiliser les connaissances.

Consultation auprès de spécialistes de la sécurité des patients

Les patients et les organismes provinciaux de services de santé et de la qualité des soins en Alberta, en Saskatchewan, en Ontario, au Québec et à Terre-Neuve ont participé à l'élaboration de ROC et ont adopté un cadre de participation des patients fondé sur les données probantes et sur des principes directeurs afin de soutenir et de diriger les travaux en cours (Gillis et coll. 2017). Les partenaires de ROC incluent l'industrie et une grande variété d'organisations, telles que l'Organisation de normes en santé et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui soutiennent la mobilisation des cheminements cliniques et des outils grâce à l'élaboration de normes pour la formation et l'accréditation.

Prochaines étapes

Le projet de ROC a débuté avec le développement de cheminements cliniques et de ressources pour aider les patients subissant une chirurgie colorectale. Avec le temps, la ROC s'étendra aux chirurgies orthopédiques, gynécologiques et obstétriques, cardiaques et autres.

Conclusion

Le projet de ROC s'investit dans la participation et l'engagement des patients, en s'appuyant sur les possibilités et la capacité des patients dans toute leur diversité. Fort de ses nombreux partenaires, la ROC aura un impact positif sur les résultats

cliniques. Les patients se sentiront plus impliqués et responsabilisés et seront davantage en mesure de contribuer à leur santé et à leur parcours chirurgical. Les professionnels de la santé sont en mesure de prodiguer les soins le plus adéquats et disposent des outils et stratégies pour y arriver. Les patients, les prestataires de services de santé, les responsables ainsi que le système de santé en tirent profit car, une fois les meilleures pratiques adoptées, les patients quittent l'hôpital plus tôt et présentent moins de complications et de réadmissions, ce qui entraîne une réduction des coûts et un accès accru aux services pour les autres patients. La ROC deviendra de plus en plus la norme en matière de soins chirurgicaux au Canada et apportera sa contribution au niveau international en renforçant ses capacités et ses réseaux. HQ

Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier l'équipe de gouvernance de ROC ainsi que les autres chirurgiens spécialistes qui ont contribué à cet article : Melinda Baum, Leah Gramlich, Erin Ballah, Debbie Watson, Franco Carli, Gregg Nelson, Phillipe Richebe et Gabriele Baldini.

Références

Veuillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (p. 76).

À propos des auteurs

Carla Williams est infirmière autorisée et gestionnaire principale de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Claude Laflamme est directeur médical de la sécurité des patients et de la qualité à l'unité des soins anesthésiques au centre des sciences de la santé Sunnybrook.

Brian Penner est membre de Patients pour la sécurité des patients du Canada.

Adresse pour correspondance : Carla Williams, gestionnaire principale de programme, Institut canadien pour la sécurité des patients, 10025 – 102A Avenue, bureau 1400, Edmonton, AB T5J 2Z2; téléphone: 709-685-8254; courriel: cwilliams@cpsi-icsp.ca.

Patient Safety Culture Bundle for CEOs and Senior Leaders

Markirit Armutlu, Donna Davis, Alain Doucet, Annette Down, Dale Schierbeck and Polly Stevens

Abstract

Senior healthcare leaders are the difference makers as key influencers in ushering in an organizational culture committed to patient safety. Although leaders at all levels are champions of transformation, leaders at the "top" have a unique opportunity - and a responsibility - to foster a culture that supports an organization on its journey to zero harm.

Through a literature review of more than 60 resources and validation with thought leaders, national and provincial partners have developed a patient safety culture bundle for CEOs and senior healthcare leaders. The bundle is based on a set of evidence-based practices that must be applied collectively to establish and sustain a culture of quality and safety in order to deliver safe care.

Introduction

Patient safety is a public health problem in Canada resulting in up to one death in 100 admissions (Baker et al. 2004), significant harm in every 18 admissions (CIHI and CPSI 2016) and costs of about \$400 million per year for acute care alone (Etchells et al. 2012). These numbers underscore the need for Canadian healthcare leaders to maintain and enhance their focus on patient safety. Notwithstanding the fact that most organizations across the health system have committed to patient safety, safety incidents and patient harm are still part of the reality of care in Canada. Although millions of dollars

have been invested, more than a decade later we are still talking about the need to reduce harmful incidents.

In 2014, the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) brought together key partners in Canadian healthcare and established the National Patient Safety Consortium to drive a shared action plan for safer healthcare. Four areas of focus were identified (surgical safety, medication safety, homecare safety and infection prevention and control); cross-cutting these priorities was a need for more and better-aligned education around patient safety as a foundational improvement. A roundtable on patient safety education was held with key stakeholders in January 2015 to define needs and develop a patient safety education action plan.

Following the roundtable, a working group of partners was brought together, co-led by the Canadian College of Health Leaders and HealthCare CAN, to work on three actions: establishing a core group of partners committed to patient safety leadership education; carrying out an environmental scan to advance work in this area; and facilitating the spread of knowledge and skills for health leaders, drawing on successful programs and competency frameworks to increase leadership abilities and accountability in patient safety.

The consensus of stakeholders and partners in this work was that true patient safety is difficult to achieve in the absence of positive, accountable and enabling organizational cultures. This herculean task requires leadership - leaders who both "walk the talk" and enable others to do the same. Establishing a patient safety culture is especially important at the senior leadership level and among board trustees as well. What was getting in their way? Senior leaders themselves needed "education" that provided not only awareness but a standardized framework - not a patchwork of resources - that provided the knowledge, skills and attitudes they could easily follow to champion meaningful change. At the intersection of all of this would be a culture change, enabled by transformational leadership.

Transformational leadership is integral to most system and culture change facing healthcare organizations. It is a requirement for effecting psychologically safe work environments; it is key to fostering innovation and research; it is essential to cultures of inclusion and equity; and it is most vital to a culture of person-centred care. The intent was not to create a cumbersome and monolithic silo of learning with a scope that would limit its pragmatic adoption but rather to recognize that leaders have many transformational priorities that require their leadership. The goal was to develop something that was simple and pragmatic that leaders could use to engage their teams in a larger dialogue. Although leaders may ultimately be accountable, culture belongs to all and patient safety is the responsibility of everyone.

Methods

Rather than reinvent the wheel, the working group built on the well-researched work of highly regarded and credible organizations, groups and thought leaders. Over 60 resources were systematically reviewed to identify core areas of alignment.

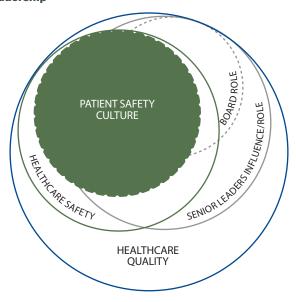
One such resource was Free from Harm (2015), representing the work of an expert panel convened by the US National Patient Safety Foundation (2015) to assess progress in patient safety in the 15 years since the To Err Is Human report was published (Institute of Medicine 2000). The report provides strategic recommendations for advancing patient safety improvements through the next decade. It noted that there has been a failure to make substantial, measurable, system-wide strides in improving patient safety. This work also provided the impetus for adoption of the following principles within the patient safety culture bundle for CEOs and senior healthcare leaders:

- 1. Quality is composed of the following six dimensions: safe, effective, patient-centred, timely, efficient and equitable (Institute of Medicine 2000).
- 2. Healthcare safety is the most significant part of achieving healthcare quality.
- 3. Improved safety culture is not just a means to an end but a key variable for, and arguably the most significant means to, improving patient safety.

- 4. Senior healthcare leaders and boards have an overlooked but very significant role and influence in achieving a patient safety culture.
- 5. Patients and families are partners in building a patient safety culture.

Figure 1 depicts the relationships among these concepts.

FIGURE 1. Key relationships related to quality, patient safety and leadership



The Free from Harm report also noted:

While tools for developing a safety culture are available, a common set of best practices is needed. One can envision the development of a "culture bundle" analogous to the bundle of interventions that drastically reduced ventilator-associated pneumonia. Such a culture bundle would include evidencebased strategies that leadership and teams across an organization could implement to drive meaningful culture change (National Patient Safety Foundation 2015: 12).

Inspired by this challenge, the working group established the following goals:

- 1. Define patient safety culture.
- 2. Determine what senior leaders need to know to advance a patient safety culture (e.g., key concepts and knowledge areas).

3. Develop a clear, concise and evidence-based checklist or bundle of key elements senior leaders need to do (and oversee) to advance a patient safety culture.

Defining Patient Safety Culture

Sammer et al. (2010: 156) noted that "patient safety culture is a complex phenomenon that is not clearly understood by hospital leaders, thus making it difficult to operationalize." Various other definitions of a safety culture were identified in our review:

- An integrated pattern of individual and organizational behaviour based on shared beliefs and values that continuously seeks to minimize patient harm, which may result from the processes of care delivery (Kizer 1999)
- A combination of attitudes and behaviours that best manages the inevitable dangers created when humans, who are inherently fallible, work in extraordinarily complex environments (Leonard and Frankel 2012: 3)
- Individual and group values, attitudes, perceptions, competencies and patterns of behaviour that determine the commitment to, and the style and proficiency of, an organization's health and safety management (National Patient Safety Foundation 2015: xii)
- Shared perceptions on the extent to which the organization values and rewards safety relative to other competing priorities as demonstrated through organizational policies and leader behaviour (safety climate) (Singer and Vogus 2013: 374)
- People are not merely encouraged to work toward change; they take action when it is needed. Action is needed to work toward change; inaction in the face of safety problems is taboo, and eventually, the pressure comes from all directions - from peers as well as leaders (Institute for Healthcare Improvement n.d.)

The definition adopted as the most concise was "shared values, attitudes, and patterns of behaviour regarding safety that become embedded over time" (Singer and Vogus 2013: 374).

What Senior Leaders Need to Know to Advance Patient Safety Culture

Given their critical governance and oversight roles in healthcare organizations, "boards and leaders need sufficient education in the fundamentals of safety science to foster culture efforts" (National Patient Safety Foundation 2015: 13). In addition to understanding the rationale for a focus on patient safety and the concept and importance of patient safety culture, the environmental scan revealed the following as important topics for board and senior leader education:

- Front-line leadership/distributed leadership
- High reliability/resilience
- Implementation science

- Industry-wide standardization/alignment
- Just culture
- Patient and family engagement
- Patient safety measurement
- Physician leadership
- Psychological safety
- Safety science
- Staff engagement
- Staff safety/health
- Teamwork/communication

Appendix 1 (available at: https://www.longwoods.com/ content/26044) provides a summary of each of these concepts.

What Senior Leaders Need to Do to Advance Patient Safety Culture

Building on best practices for knowledge translation, the working group recognized that "leaders need practical, tactical strategies to actually change culture" (National Patient Safety Foundation 2015: 13). It has been suggested that the "intractable nature of errors in healthcare may be the result of a de-emphasized and/or piecemeal approach to safety culture" (Singer and Vogus 2013: 37), further emphasizing the need for a concise "bundle" of interventions. In patient safety, a "bundle" is a set of evidence-based practices that must all be applied in order to reliably deliver good care.

The environmental scan yielded a large number of potential interventions for improving patient safety culture, and there was considerable agreement across experts on potential best practices. However, the Singer and Vogus (2013) three-part model provided the "scaffold" on which to articulate the 13 practical intervention areas identified in the review.

Box 1 summarizes these intervention areas and provides a few key items within each that would be required. The question mark at the end of each bullet is intended to queue the reader to assess whether the element is in place. Appendix 2 (available at: https://www.longwoods.com/content/26044) shows all elements of the bundle formatted to fit on one page.

Consultation and Validation

Canadian academics, CEOs, senior leaders and board thought leaders have validated the bundle. Over the course of eight months, the bundle was shared with a sample of leaders and patient representatives (Patients for Patient Safety Canada) to ascertain first impressions and areas of opportunity. The feedback was overwhelmingly positive, and the one-page format resonated with leaders and patient representatives. The comprehensive nature of the bundle was found to be appealing, as was the focus on senior leaders. Areas of opportunity were noted and incorporated into the bundle, such as ensuring the prominent role of physicians, reordering elements in each column so that they appear in logical sequence and using easy to understand terminology.

Patient safety culture bundle elements

Organizational priority setting, leadership practices that motivate the pursuit of safety:

- 1. Organizational priority
 - · Board educated, engaged, accountable, prioritizes patient safety?
 - Safety/quality vision, strategy, plan, goals (with input from patients, families, staff, physicians)?*
 - Safety/quality resources/infrastructure?
- 2. CEO/senior leadership behaviours
 - · Relentless communication about safety/quality vision, stories, results?
 - Regular/daily interaction with care settings/units, staff, physicians, patients and families?*
 - · Model key values (e.g., honesty, fairness, transparency, openness, learning, respect, humanity, inclusiveness, person-centredness)?
- 3. Human resources
 - Leaders/staff/physicians engaged, clear expectations/incentives for quality/safety?
 - "Just culture" program/protocol?
 - Disruptive behaviour protocol?
 - Staff and physician safety (physical/psychological/burnout); safe environment program?
- 4. Health information/technology/devices
 - E-health records support safety (e.g., decision support, alerts, monitoring)?
 - Technology/devices support safety (e.g., human factors, traceability)?
- 5. Healthcare system alignment
 - Community/industry-wide collaborations?
 - Align with national/international standards (e.g., accreditation, regulatory, professional, industry)?

Enacting

Front-line actions that improve patient safety:

- 6. Care settings and managers
 - Integrated unit/setting-based safety practices (e.g., daily briefings, visual management, local problem solving)?
 - Managers/physician leaders foster psychological safety (speaking up)?
- 7. Care processes
 - Standardized work/care processes where appropriate?
 - Communications/patient hand-off protocols (e.g., between shifts/units, across care continuum)?
- 8. Patient and family engagement/co-production of care
 - · Patients/families partners in all aspects of care (e.g., planning, decision-making, family presence policy, rounds, access to health record/test results)?*
 - Patients/families partners involved in local safety/quality initiatives?*
 - · Disclosure and apology protocols?*
- 9. Situational awareness/resilience
 - Processes for real-time/early detection of safety risks and patient deterioration (by staff/patients/families/physicians)?*
 - Protocols for escalation of care concerns (by staff/patients/families/physicians)?*

Learning practices that reinforce safe behaviours:

- 10. Educational/capacity building
 - Leaders/staff/physicians trained in safety and improvement science, teamwork, communication?
 - · Team-based training, drills?
- 11. Incident reporting/management/analysis
 - Effective risk/incident reporting system for events related to patients/families and staff/physicians (e.g., near misses, never events, mortality/morbidity reviews)?*
 - Structured processes for responding to and learning from safety events/critical incidents (e.g., systems analysis, patient/family/staff/physician involvement and support)?*
- 12. Safety/quality measurement/reporting
 - Regular measurement of safety culture; patient/family complaints; and staff/physician engagement (by unit/setting and organization)?*
 - Retrospective/prospective safety and quality processes and outcome measures?
 - Regular/transparent reporting of safety/quality plan results?
- 13. Operational improvements
 - Structured methods, infrastructure to improve reliability, streamline operations (e.g., PDSA, LEAN, human factors engineering, prospective risk analysis)?

PDSA = Plan-Do-Study-Act.*Denotes areas where patient and family engagement is particularly important.

Several local chapters of the Canadian College of Health Leaders had conversations about the bundle; feedback was positive and reinforced the need for clear terminology and resources to support bundle implementation. A not-for-profit organization also facilitated two local conversations with seniorlevel healthcare administrators on the bundle. The feedback from these sessions reflected a strong belief that supply chain traceability through the use of global standards is a key enabler of patient safety.

The bundle was publicly unveiled at the Alberta Quality Summit (October 2017), which was webcast nationally. Feedback on the bundle was positive, with participants saying that it reinforced the roles of CEOs and senior leaders to advance a safety culture and that incorporating patients and families across all bundle elements was of paramount importance.

Since its release, the bundle has been shared at conferences within Canada and abroad, where it has received positive feedback to facilitate widespread distribution and dialogue.

Patient and Family Engagement

Donna Davis, a member of Patients for Patient Safety Canada, provides this perspective on the patient voice and the culture bundle:

One only has to think about who has the most to lose when healthcare isn't safe to recognize and agree that it is crucial for the patient voice to be front and centre in any patient safety initiative. There is rich, first-hand knowledge that comes from the experience of patients. While there is a move to include the patient voice and perspective in organizational design, governance and policy making as well as engagement in their own healthcare, too often there is an initial "reach-out" to patients and families that is lost in the day-to-day business of patient safety. To make a real, sustained difference in patient safety and the reduction of harm in healthcare, patients need to be true partners in patient safety endeavours such as the culture bundle for CEOs and senior leaders. The success of the culture bundle will depend on the senior leaders ensuring that the patient voice is sought out as a critical component of the elements listed in Box 1. We, the patients who have the most to lose, are ready for the change from passive recipients of healthcare provided to us to involved partners in healthcare provided with us. Together, we can do better and keep "every patient safe."

Next Steps

In July 2016, CPSI launched the SHIFT to Safety initiative with the acknowledgement that patient safety and quality improvement efforts need to be directed at all facets of the healthcare system, including healthcare leaders, in order to help Canadians stay safe in a clinical environment. SHIFT to Safety is the source for patient safety information in Canada for members of the public, healthcare providers and healthcare leaders. This national database of essential information and advice helps the user navigate the healthcare system and advocate for patient safety. SHIFT to Safety aims to help:

- Patients and their families shift to advocate for their healthcare safety,
- Healthcare providers shift to prioritize safety when caring for patients, and
- Leaders in healthcare organizations shift to create a positive patient safety culture.

SHIFTtosafety.com includes extensive resources designed to reduce avoidable harm and improve care, including the culture bundle for CEOs and senior leaders. The intent is for healthcare organizations to actively use the bundle as a resource to guide their quality and patient safety activities.

Organizations such as the Nova Scotia Health Authority have started mapping the bundle to Accreditation Canada/ Health Standards Organization standards and required organizational practices and have further identified measurable indicators for each element of the bundle. This is viewed as a very practical and exemplary use of the bundle that effectively integrates an evaluation component. The approach further demonstrates the alignment of the bundle to safety culture surveys, patient experience surveys and worklife survey tools. These and Accreditation Canada criteria can be used to evaluate the various components of the bundle.

Furthermore, the current revisions of the Health Standards Organization's standard set for leadership will see the integration of the bundle into the Accreditation Canada guidelines for healthcare leadership teams. In addition, the components of the bundle will be mapped to the LEADS in a caring environment framework. The LEADS framework provides a comprehensive approach to leadership development and promotes a common understanding of systems transformation through collaboration (LEADS Canada 2006).

The CPSI Safety Competencies Framework is being updated to include the role of leadership in patient safety across all six domains of the framework. The revised framework will refer to the culture bundle as a tool that can guide curriculum development in patient safety (CPSI 2009, CPSI 2016).

Finally, work is being completed to amass supporting tools and resources to the bundle. These resources will be freely accessible directly through the bundle via live links at http:// www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Patient-Safety-Culture-Bundle/Pages/default.aspx.

In advancing the culture bundle, we recognize Singer and Vogue (2013: 387), who reported:

Not all interventions will be useful and appropriate in all settings (a potentially important explanation for the mixed findings observed for many interventions). The ability to discover interventions that can work within an organization's existing culture relies on, and is an underappreciated aspect of, leadership. It requires understanding the fundamental mechanisms through which the intervention is expected to achieve change and reconciling these to the basic shared beliefs and assumptions held by organizational members. This implication is consistent with studies that have explained previous failures to spread improvement interventions as a result of leaders' failures to fundamentally change the motivational structure of the work.

Conclusion

Patient harm in healthcare continues to be a serious public health concern, and efforts to improve patient safety have progressed at a rate that is much slower than expected. Patient harm is "the most important common issue in healthcare" (WHO 2018). The major reason for the lack of progress is the failure of senior leaders to implement holistic strategies to improve patient safety culture. Drawing inspiration from the National Patient Safety Foundation Free from Harm report (2015), our working group identified a robust model for patient safety culture and developed a concise, one-page bundle of interventions drawn from experts in patient safety, healthcare leadership and improvement.

Healthcare and its health leaders are grappling with a host of issues and overlapping priorities competing for attention and resources. Whether we're talking about workplace wellness and psychological well-being, Indigenous health, cybersecurity, technology and innovation or changes in policy and funding models, all are rooted in a culture change that is enabled and enacted by senior leaders. And most, if not all, of these issues impact patient safety, which is why they are all captured at some level in the bundle.

To realize healthcare transformation, building a patient-centred culture remains front and centre in the minds of most health leaders. To achieve results, health leaders are encouraged to use the patient safety culture bundle for CEOs and senior leaders, as well as various other toolkits and frameworks, such as the LEADS framework. Leaders must learn to collapse or flip the "iceberg of ignorance" (Yoshida 1989) and engage all – patients and families and everyone throughout the system and their organizations, from top to bottom - in crucial conversations as "bundled" together in the patient safety culture bundle for CEOs and senior leaders and foster a culture of patient safety that serves all. HQ

References

Baker, G.R., P.G. Norton, V. Flintoft, R. Blais, A. Brown, J. Cox et al. 2004. The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events among Hospital Patients in Canada. CMAJ 170(11): 1678–86. doi:10.1053/cmaj.1040498.

Canadian Institute for Health Information (CIHI) and Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2016, October. *Measuring Patient Harm in Canadian Hospitals*. Ottawa, ON: CIHI. Retrieved July 11, 2019. https://secure.cihi.ca/free_products/cihi_cpsi_hospital_harm_en.pdf.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2009, August. The Safety Competencies Framework: Enhancing Patient Safety across the Health Professions. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 11, 2019. https:// www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/safetyCompetencies/ Documents/Safety%20Competencies.pdf>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2016. Report on the Integration of the Safety Competencies Framework into Health Professions Education Programs in Canada. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 11, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Integration- of-Safety-Competencies-Framework/Documents/Report%20on%20 the%20Integration%20of%20the%20Safety%20Competencies%20 Framework.pdf>.

Etchells, E., N. Mittmann, M. Koo, M. Baker, M. Krahn, K. Shojania et al. 2012. The Economics of Patient Safety in Acute Care: Technical Report. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute. Retrieved July 11, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/ Research/commissionedResearch/EconomicsofPatientSafety/ Documents/Economics%20of%20Patient%20Safety%20-%20 Acute%20Care%20-%20Final%20Report.pdf>.

Frankel, A., C. Haraden, F. Federico and J. Lenoci-Edwards. 2017. A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare.

Institute for Healthcare Improvement. n.d. Develop a Culture of Safety. Retrieved July 11, 2019. http://www.ihi.org/resources/Pages/ Changes/DevelopaCultureofSafety.aspx>.

Institute of Medicine. 2000. To Err Is Human: Building A Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press.

Kizer, K. 1999. Large System Change and a Culture of Safety. In A. Scheffler and L.A. Zipperer, eds., Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care. Chicago, IL: National Patient Safety Foundation.

LEADS Canada. 2006. The LEADS Booklet. Branches of Knowledge: Comprehensive Articles on Leadership. Ottawa, ON: Canadian College of Health Leaders.

Leonard, M. and A. Frankel. 2012, May. How Can Leaders Influence a Safety Culture? London, UK: The Health Foundation. Retrieved July 9, 2019. https://www.health.org.uk/sites/default/files/ HowCanLeadersInfluenceASafetyCulture.pdf>.

National Patient Safety Foundation. 2015. Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human. Boston, MA: Author. Retrieved July 11, 2019. http://www.ihi.org/resources/ Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>.

Sammer, C.E., K. Lykens, K.P. Singh, D.A. Mains and N.A. Lackan. 2010. What Is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. Journal of Nursing Scholarship 42(2): 156-65. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x.

Singer, S.J. and T.J. Vogus. 2013. Reducing Hospital Errors: Interventions that Build Safety Culture. Annual Review of Public Health 34: 373–96. doi:10.1146/annurev-publhealth-031912-114439.

Yoshida, S. 1989. Quality Improvement and TQC Management at Calsonic in Japan and Overseas. Mexico. Paper prepared for the Second International Quality Symposium in Mexico.

World Health Organization (WHO). 2018. Patient Safety. Retrieved July 11, 2019. https://www.who.int/patientsafety/en/.

About the Authors

Markirit Armutlu, BSc OT, MSc Bio-Ethics, CHE (Certified Health Executive), is a senior program manager with the Canadian Patient Safety Institute. Markirit has national and international experience in healthcare leadership, quality improvement, patient safety and education.

Donna Davis, LPN, is a member and former co-chair of Patients for Patient Safety Canada. Donna has worked as a nurse for some 40 years; she has extensive knowledge of gaps in patient safety and a keen awareness of where improvements can be made.

Alain Doucet, B.Com, MBA, is president and CEO of the Canadian College of Health Leaders. As a leader and senior manager of projects, people and relationships, he excels at crafting narrative and building high-connectivity relationships and a big-picture solutions mindset.

Annette Down, MHSA, CHE, is the director, quality improvement and risk, of Lakeridge Health; she previously worked with the Health Insurance Reciprocal of Canada. Annette is passionate about improving the patient experience and enabling a safe environment for patients and staff.

Dale Schierbeck, BA (Hons), MA, is the vice-president, learning and development, for HealthCare CAN, where he leads its innovative, online professional development division, CHA Learning. He is a senior health leader with a passion for the development of others and is a certified training and development professional (CTDP) with over 25 years of experience.

Polly Stevens, MHSc, is the vice-president, healthcare risk management, of the Health Insurance Reciprocal of Canada and adjunct faculty at the University of Toronto. She has over 30 years of healthcare experience, including leadership roles in clinical program delivery, quality improvement, patient safety and risk management.

Correspondence may be directed to: Markirit Armutlu, Canadian Patient Safety Institute; phone: 613-668-2887; e-mail: marmutlu@cpsi-icsp.ca.

Ensemble de ressources à l'intention des directeurs généraux (DG) et des cadres supérieurs pour favoriser une culture propice à la sécurité des patients

Markirit Armutlu, Donna Davis, Alain Doucet, Annette Down, Dale Schierbeck et Polly Stevens

Résumé

Les cadres supérieurs du secteur de la santé sont les principaux acteurs du changement et influenceurs pour mettre en place une culture organisationnelle propice à la sécurité des patients. Bien que les cadres à tout niveau puissent agir comme champions du changement, ce sont les plus hauts dirigeants qui ont la possibilité - et la responsabilité - de promouvoir une culture organisationnelle qui vise l'absence de préjudice.

Grâce à une revue de la littérature de plus d'une soixantaine de sources et suite à une validation auprès de leaders éclairés, des partenaires nationaux et provinciaux ont mis au point un ensemble de ressources pour favoriser une culture de la sécurité des patients, à l'intention des DG et des hauts responsables des services de santé. L'ensemble se base sur des pratiques fondées sur les donnée probantes, lesquelles doivent être appliquées collectivement afin d'établir et de maintenir une culture de la qualité et de la sécurité des soins.

Introduction

La sécurité des patients est un problème de santé publique au Canada, responsable d'un décès sur 100 admissions (Baker et coll. 2004), de préjudices sévères sur 18 admissions (CIHI et CPSI 2016) et d'environ 400 millions de dollars par an seulement pour les soins de courte durée (Etchells et coll. 2012). Ces chiffres montrent l'importance, pour les cadres de la santé, de mettre davantage l'accent sur la sécurité des patients. Malgré le fait que la plupart des organisations du système de santé se sont engagées envers la sécurité, les incidents liés à la sécurité et les préjudices subis par les patients font toujours partie de la réalité des soins au Canada. Bien que des millions de dollars aient été investis, nous continuons, une dizaine d'années plus tard, de constater le besoin de réduire le nombre d'incidents préjudiciables.

En 2014, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a réuni des partenaires clés du secteur des services de santé au Canada et a créé le Consortium national sur la sécurité des patients afin de définir un plan d'action commun visant à améliorer la sécurité des soins de santé. Quatre domaines d'intervention ont été identifiés (sécurité des soins chirurgicaux, sécurité des médicaments, sécurité des soins à domicile ainsi que prévention et contrôle des infections). La formation en matière de sécurité des patients constitue un changement fondamental qui surplombe ces quatre priorités. Une table ronde a été organisée avec les principaux intervenants en janvier 2015 afin de définir les besoins et d'élaborer un plan de formation en matière de sécurité des patients.

Suite à cette table ronde, un groupe de travail composé de partenaires a été réuni sous la codirection du Collège canadien des leaders en santé et de SoinsSantéCAN afin d'entreprendre trois activités : établir un groupe de base de partenaires voués à la formation des cadres en matière de sécurité des patients, effectuer une analyse de l'environnement pour faire avancer les travaux dans ce domaine et faciliter la diffusion des connaissances et des compétences auprès des dirigeants, en s'appuyant notamment sur des programmes et des cadres de compétences visant à accroître les capacités de leadership et la responsabilisation en matière de sécurité des patients.

Dans ce travail, les partenaires ont convenu qu'une véritable sécurité des patients était difficile à atteindre en l'absence d'une culture organisationnelle positive, responsable et habilitante. Cette tâche herculéenne nécessite un leadership qui joint le geste à la parole et qui entraîne les autres à suivre l'exemple. L'instauration d'une culture de la sécurité des patients est particulièrement importante chez les cadres supérieurs et les membres des conseils d'administration. Or, les hauts responsables ont eux-mêmes besoin d'une « formation » qui leur donne non seulement une prise de conscience, mais également un cadre normalisé - et non une mosaïque de ressources - pour acquérir les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires à la promotion de véritables changements. Au cœur de tout cela, il y a le changement de culture organisationnelle, rendu possible grâce au leadership transformationnel.

Le leadership transformationnel est le moteur de la plupart des changements du système et de la culture dans les organismes de santé. Ce type de leadership est essentiel pour créer des environnements de travail psychologiquement sains, pour favoriser l'innovation et la recherche, pour mettre en place une culture d'inclusion et d'équité ainsi que pour adopter une culture de soins centrés sur la personne. Il ne s'agit pas de créer un silo d'apprentissage lourd et monolithique avec une portée qui limiterait son adoption, mais plutôt de reconnaître que les leaders font face à de nombreuses priorités de transformation. L'objectif était de développer un plan simple et pragmatique que les dirigeants pourraient utiliser pour engager leurs équipes dans un dialogue. Bien que les dirigeants soient éventuellement tenus responsables, la culture est l'affaire de tous et la sécurité des patients est la responsabilité de chacun.

Méthode

Plutôt que de réinventer la roue, le groupe de travail s'est fondé sur le travail bien documenté d'organisations, de groupes et de leaders reconnus et crédibles. Plus d'une soixantaine de sources ont été systématiquement examinées afin d'identifier les principaux domaines d'alignement.

Une de ces sources est le rapport Free from Harm (2015) qui présente les travaux d'un groupe d'experts réuni par la National Patient Safety Foundation (2015) pour évaluer les progrès réalisés en matière de sécurité des patients au cours des 15 années écoulées depuis la publication du rapport To Err Is Human (Institute of Medicine 2000). Ce rapport fournit des recommandations stratégiques pour favoriser les améliorations en matière de sécurité des patients au cours de la prochaine décennie. On y indique que les efforts d'amélioration de la sécurité des patients ont guère

progressé à l'échelle du système. Le rapport a également mené à l'adoption des principes suivants, dans le cadre de l'ensemble de ressources à l'intention des DG et des cadres supérieurs pour favoriser une culture propice à la sécurité des patients :

- 1. La qualité comprend les six aspects suivants : soins sécuritaires, efficaces, axés sur les patients, opportuns, efficients et équitables (Institute of Medicine 2000).
- 2. La sécurité des soins est la partie la plus importante pour l'amélioration de la qualité des services de santé.
- 3. L'amélioration de la culture de la sécurité n'est pas simplement un moyen d'atteindre un but, mais sans doute le moyen le plus important d'améliorer la sécurité des patients.
- 4. Les hauts responsables et les conseils d'administration ont un rôle et une influence peut-être négligés, mais très importants pour la mise en place d'une culture de la sécurité des patients.
- 5. Les patients et familles sont des partenaires pour créer une culture de la sécurité des patients.

La Figure 1 décrit la relation entre ces concepts.

FIGURE 1. Relations entre qualité, sécurité des patients et leadership



Le rapport *Free from Harm* fait également le constat suivant :

Bien qu'il existe déjà des outils pour développer une culture de la sécurité, il est nécessaire de les regrouper dans un ensemble commun de meilleures pratiques.

On peut envisager le développement d'un ensemble de pratiques analogue à l'ensemble d'interventions qui a permis de réduire considérablement les cas de pneumonie associée à la ventilation mécanique. Un tel ensemble inclurait des stratégies fondées sur les données probantes que les dirigeants et les équipes d'une organisation de santé pourraient mettre en œuvre afin de favoriser le changement de culture (National Patient Safety Foundation 2015: 12).

Inspiré par ce défi, le groupe de travail a déterminé les objectifs suivants:

- 1. Définir ce qu'est une culture propice à la sécurité des patients.
- 2. Déterminer ce que les cadres supérieurs doivent savoir pour promouvoir une telle culture (par exemple, les concepts clés et les domaines de connaissances).
- 3. Élaborer une liste de contrôle ou un ensemble d'éléments clairs, concis et fondés sur les données probantes, que les cadres supérieurs doivent mettre en œuvre (et superviser) pour favoriser une culture propice à la sécurité des patients.

Définir la culture de la sécurité des patients

Sammer et coll. (2010: 156) indiquent que « la culture de la sécurité des patients est un phénomène complexe qui n'est pas clairement compris par les dirigeants des hôpitaux, ce qui en rend difficile l'opérationnalisation ». Dans le cadre de notre revue, nous avons répertorié plusieurs autres définitions d'une culture de la sécurité, que voici :

- Un modèle intégré de comportements individuels et organisationnels fondés sur des convictions et valeurs partagées, qui cherche continuellement à minimiser les préjudices subis par les patients, lesquels peuvent résulter des processus de prestation des soins (Kizer 1999)
- Une combinaison d'attitudes et de comportements qui permettent de gérer les dangers inévitables qui surviennent lorsque des êtres humains, intrinsèquement faillibles, travaillent dans des environnements extrêmement complexes (Leonard et Frankel 2012: 3)
- Valeurs, attitudes, perceptions, compétences et schémas de comportements individuels et de groupe qui déterminent l'engagement, le style et les compétences de la gestion de la santé et de la sécurité dans un organisme (National Patient Safety Foundation 2015: xii)
- Perceptions communes sur la mesure dans laquelle l'organisation valorise et récompense la sécurité par rapport à d'autres priorités concurrentes, comme le démontrent les politiques de l'organisation et le comportement des dirigeants (climat de sécurité) (Singer et Vogus 2013: 374)

Les gens ne sont pas simplement encouragés à œuvrer pour le changement, ils agissent quand c'est nécessaire. Il faut agir pour œuvrer en faveur du changement. L'inaction face aux problèmes de sécurité est un sujet tabou, et éventuellement, la pression vient de toutes parts : des pairs comme des leaders (Institute for Healthcare Improvement s. d.).

La définition adoptée par le groupe de travail est aussi la plus concise : « valeurs, attitudes et modèles de comportement communs en matière de sécurité, qui s'enracinent avec le temps » (Singer et Vogus 2013: 374).

Ce que les cadres supérieurs doivent savoir pour promouvoir une culture de la sécurité des

Compte tenu de leurs rôles en matière de gouvernance et de surveillance dans les organisations de santé, « les conseils d'administration et les cadres supérieurs doivent recevoir une formation suffisante quant aux principes fondamentaux de la science de la sécurité, et ce, afin de favoriser les efforts d'instauration d'une culture souhaitée » (National Patient Safety Foundation 2015: 13). En plus de comprendre les raisons pour lesquelles il est important d'aborder les questions liées à la culture et à la sécurité des patients, l'analyse de l'environnement effectuée par le groupe de travail montre que la formation des membres des conseils d'administration et des cadres supérieurs doit porter sur les sujets suivants :

- Leadership de première ligne/leadership partagé
- Fiabilité et résilience élevées
- Science de l'application
- Normalisation/harmonisation à l'échelle de l'industrie
- Une culture équitable
- Mobilisation des patients et des familles
- Mesure de la sécurité des patients
- Leadership des médecins
- Sécurité psychologique
- Science de la sécurité
- Mobilisation du personnel
- Santé et sécurité du personnel
- Travail d'équipe et communication

L'Annexe 1 (disponible sur: https://www.longwoods.com/ content/26044) présente un résumé de chacun de ces concepts.

Ce que les cadres supérieurs doivent faire pour promouvoir une culture de la sécurité des patients

S'appuyant sur les meilleures pratiques en matière d'application des connaissances, le groupe de travail a reconnu le « besoin de doter les dirigeants de stratégies tactiques et pratiques pour réellement changer la culture » (National Patient Safety Foundation 2015: 13). On a suggéré que « la nature intraitable des erreurs dans les services de santé pourrait être le résultat d'une approche insatisfaisante ou fragmentaire de la culture de la sécurité » (Singer et Vogus 2013: 37). Cela souligne encore une fois le besoins d'un « ensemble » concis d'interventions. En matière de sécurité des patients, on entend par « ensemble » le regroupement de pratiques fondées sur les données probantes qui doivent toutes être appliquées afin de fournir des soins de qualité.

L'analyse de l'environnement a donné lieu à un grand nombre d'interventions potentielles pour améliorer la culture de la sécurité des patients. À ce sujet, les experts se sont mis d'accord sur les meilleures pratiques potentielles. Cependant, le modèle à trois volets de Singer et Vogus (2013) a fourni le « substrat » sur lequel s'articulent les 13 domaines d'intervention pratiques identifiés au cours de la revue.

Le Box 1 résume ces domaines d'intervention et présente quelques éléments clés pour chacun d'eux. Le point d'interrogation à la fin de chaque puce a pour but de stimuler le lecteur à se questionner pour savoir si l'élément est présent dans un contexte donnée. L'Annexe 2 (disponible sur: https://www. longwoods.com/content/26044) montre tous les éléments formatés sur une seule page.

Consultation et validation

L'ensemble a été validé par des universitaires canadiens, des DG, des hauts dirigeants et des membres de conseils d'administration. Pendant huit mois, l'ensemble a été distribué à un échantillon de dirigeants et de représentants de patients (Patients pour la sécurité des patients du Canada) afin de connaître les premières impressions et les possibilités d'amélioration. Les réactions ont été extrêmement positives et le format d'une page a trouvé écho auprès des dirigeants et des représentants des patients. On a trouvé intéressant l'aspect exhaustif de l'ensemble, de même que l'accent mis sur les hauts dirigeants. Des améliorations ont été intégrées à l'ensemble, tels que le rôle de premier plan des médecins, la réorganisation des éléments dans chaque colonne afin qu'ils apparaissent dans un ordre logique et l'adoption d'une terminologie facile à comprendre.

Plusieurs sections locales du Collège canadien des leaders en santé ont discuté de l'ensemble. Les réactions ont été positives et ont renforcé le besoin d'une terminologie claire et de ressources pour soutenir la mise en œuvre de l'ensemble. Un organisme à but non lucratif a également facilité deux discussions locales avec des cadres supérieurs d'organismes de santé. Les réactions de ces séances ont fait ressortir la conviction profonde que la traçabilité de la chaîne d'approvisionnement, au moyen de normes internationales, était un des facteurs clés de la sécurité

L'ensemble a été dévoilé publiquement lors d'un colloque sur la qualité en Alberta (octobre 2017), qui a été diffusé sur le web à l'échelle nationale. Les réactions sur l'ensemble ont été positives. Les participants ont indiqué que cela renforçait le rôle des DG

et des cadres supérieurs dans la promotion d'une culture de la sécurité et que l'intégration des patients et des familles dans tous les éléments de l'ensemble était d'une importance primordiale.

Depuis son lancement, l'ensemble a été diffusé lors de colloques au Canada et à l'étranger, où il a reçu des commentaires positifs quant à sa diffusion à plus grande échelle.

Mobilisation des patients et des familles

Donna Davis, membre de Patients pour la sécurité des patients du Canada, précise le point de vue des patients sur l'ensemble :

Pensez-y: qui a le plus à perdre si on omet de reconnaître qu'il est crucial que les patients aient voix au chapitre de toute initiative en faveur de la sécurité des patients? L'expérience des patients est riche en connaissances de première main. Quand on cherche à inclure la voix des patients dans la conception, la gouvernance et l'élaboration des politiques d'une organisation, trop souvent le « contact » initial avec les patients et familles se perd éventuellement dans la routine du travail. Pour un impact réel et durable, les patients doivent être de véritables partenaires dans les efforts visant la sécurité des patients, tels que l'ensemble destiné aux DG et aux cadres supérieurs. Le succès de cet ensemble dépendra de la volonté des hauts responsables de veiller à ce que la voix des patients soit considérée comme un élément essentiel pour chacun des éléments du Box 1. Ce sont nous, les patients, qui avons le plus à perdre. Et nous sommes prêts à passer de bénéficiaires passifs à partenaires impliqués dans les services de santé. Ensemble, nous pouvons faire mieux et assurer la sécurité de chaque patient.

Prochaines étapes

En juillet 2016, l'ICSP a lancé l'initiative Virez en mode sécurité, reconnaissant que les efforts en matière de sécurité des patients et d'amélioration de la qualité doivent être axés sur tous les aspects du système de services de santé, notamment les leaders, pour assurer la sécurité des Canadiens dans un environnement clinique. Virez en mode sécurité est la source d'informations en matière de la sécurité des patients au Canada pour le grand public, les leaders et les fournisseurs de services de santé. Cette base de données nationale contenant des informations et des conseils essentiels aide l'utilisateur à naviguer dans le système de santé et à défendre la sécurité des patients. Virez en mode sécurité vise à aider :

- les patients et leurs familles à prendre une part active dans la sécurité des soins qu'ils reçoivent
- les professionnels de la santé à placer la sécurité au premier rang de leurs priorités lorsqu'ils soignent les patients
- les dirigeants des organisations de soins de santé à instaurer une culture positive axée sur la sécurité des patients

BOX 1.

Éléments de l'ensemble pour une culture de la sécurité des patients

Renforcement de la capacité

Priorisation à l'échelle de l'organisation, pratiques de leadership qui suscitent la volonté d'améliorer la sécurité :

- - Conseil d'administration renseigné, engagé et imputable qui priorise la sécurité?
 - Vision, stratégie, plan, objectifs en matière de sécurité/qualité (avec la contribution des patients, des familles, du personnel, des médecins)?*
 - Ressources/infrastructure au soutien de la sécurité/qualité?
- 2. Attitudes de leaders du DG/des cadres supérieurs
 - Communication constante sur la vision, les expériences, les résultats en matière de sécurité/qualité?
 - Interaction régulière/journalière avec les unités/milieux de soins, le personnel, les médecins, les patients et les familles?*
 - Modèle de valeurs clés (p. ex. intégrité, équité, transparence, ouverture, apprentissage, respect, humanité, intégration, soins centrés sur la personne)?
- 3. Ressources humaines
 - Membres de la direction/du personnel et du corps médical engagés; attentes/incitatifs en matière de sécurité/qualité?
 - Protocole/programme de « culture équitable »?
 - Protocole de gestion des comportements indésirés?
 - Sécurité du personnel et des médecins (physique/psychologique/épuisement); programme d'environnement sécuritaire?
- 4. Information sur la santé/technologie/appareils
 - Dossiers médicaux électroniques au soutien de la sécurité (p. ex. soutien à la prise de décision, alertes, surveillance)?
 - Technologie/appareils au soutien de la sécurité (p. ex. facteurs humains, traçabilité)?
- 5. Harmonisation du système de santé
 - Collaborations à l'échelle de la communauté/de l'industrie?
 - Harmonisation avec les normes nationales/internationales (p. ex. normes d'agrément, réglementaires, professionnelles, de l'industrie)?

Exécution

Actions au niveau de la première ligne qui améliorent la sécurité des patients :

- 6. Milieux de soins et gestionnaires
 - Pratiques intégrées axées sur la sécurité dans les unités/milieux de soins (p. ex. breffages quotidiens, gestion visuelle, résolution de problèmes localement)?
 - Gestionnaires/leaders médicaux qui soutiennent la sécurité psychologique (encouragement à s'exprimer)?
- 7. Processus de soins
 - Processus de travail/de soins uniformisés lorsque c'est approprié?
 - · Protocoles de communication/de prise en charge de patients (p. ex. aux changements de quarts/entre les différentes unités dans le continuum de soins)?
- 8. Engagement des patients et des familles/coopération dans la prestation de soins
 - Partenaires de patients/familles dans tous les aspects des soins (p. ex. planification, prise de décision, politique sur la présence des familles, rondes, accès au dossier médical/aux résultats de test)?*
 - Patients/familles participant aux initiatives locales axées sur la sécurité/qualité?*
 - Protocoles de divulgation et d'excuse?*
- 9. Résilience/conscience situationnelle
 - Processus de dépistage précoce/en temps réel des risques liés à la sécurité et de la détérioration de l'état d'un patient (par le personnel/les patients/les familles/les médecins)?*
 - Protocoles dans le cas d'inquiétudes grandissantes relativement aux soins (par le personnel/les patients/les familles/les médecins)?*

Apprentissage

Pratiques d'apprentissage qui renforcent les comportements sécuritaires :

- 10. Éducation/renforcement de la capacité
 - Membres de la direction/du personnel et du corps médical formés en sécurité et en science de l'amélioration, travail d'équipe, communication?
 - Formation basée sur le travail d'équipe, exercices de pratique?
- 11. Déclaration/gestion/analyse des incidents
 - · Système de déclaration des risques/incidents efficace au regard des événements touchant les patients/les familles et le personnel/les médecins (p. ex. l'examen des quasi-incidents, des événements qui ne devraient jamais arriver, des cas de mortalité/de morbidité/?*
 - Processus structurés pour réagir aux événements liés à la sécurité/aux incidents critiques et pour en tirer des lecons (p. ex. l'analyse des systèmes, la participation des patients/des familles/du personnel/des médecins ainsi que leur soutien)?*
- 12. Évaluation de la qualité/sécurité et compte rendu
 - Évaluation de la culture de sécurité sur une base régulière; plaintes des patients/familles; et engagement du personnel infirmier/médical (par unité/milieu de soins et à l'échelle de l'organisation)?*
 - Processus de qualité/sécurité rétrospectifs et prospectifs, et mesure des résultats?
 - Rapports réguliers et transparents sur les résultats obtenus des stratégies liées à la sécurité/la qualité?
- 13. Améliorations opérationnelles
 - Méthodes structurées, infrastructure pour accroître la fiabilité, opérations facilitées (p. ex. cycle PDSA, méthode LEAN, ingénierie des facteurs humains, analyse prospective des risques)?

PDSA = planifier, développer, contrôler, ajuster (Plan-Do-Study-Act).*Points pour lesquels l'engagement des patients et familles sont particulièrement importants.

Le site web Virez en mode sécurité (SHIFTtosafety.com) comprend de nombreuses ressources conçues pour réduire les préjudices évitables et améliorer les soins, notamment avec l'ensemble pour une culture de sécurité destiné aux DG et aux cadres supérieurs. L'objectif est que les organisations de santé utilisent activement cet ensemble comme ressource pour guider leurs activités en matière de qualité des soins et de sécurité des patients.

Certains organismes, tels que la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, ont commencé à associer l'ensemble aux normes et aux pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada et par l'Organisation de normes en santé. Ces organismes ont également défini des indicateurs mesurables pour chacun des éléments de l'ensemble. Cette utilisation très pratique et exemplaire intègre efficacement un élément d'évaluation audit ensemble. Cette approche en démontre encore une fois la pertinence pour les enquêtes sur la culture de sécurité, pour les sondages sur l'expérience des patients ainsi que pour les outils d'enquête sur la vie au travail. Ces critères et ceux d'Agrément Canada peuvent être employés pour évaluer les différentes éléments de l'ensemble.

Par ailleurs, la révision actuelle, par l'Organisation de normes en santé, de ses normes pour le leadership considérera l'intégration de l'ensemble dans les lignes directrices d'Agrément Canada à l'intention des équipes de direction des services de santé. De plus, les éléments de l'ensemble seront mis en correspondance avec le cadre LEADS. Ce cadre fournit une approche globale du développement du leadership et favorise une compréhension commune de la transformation des systèmes grâce à la collaboration (LEADS Canada 2006).

Le cadre de compétences en matière de sécurité de l'ICSP subit actuellement une mise à jour afin d'inclure le rôle du leadership en matière de sécurité des patients dans les six domaines du cadre. Le cadre révisé présentera l'ensemble pour une culture de sécurité comme un outil pour orienter l'élaboration d'un programme de formation en matière de sécurité des patients (CPSI 2009, 2016).

Enfin, des travaux sont en cours pour rassembler des outils et des ressources d'appui. Ces ressources seront gratuitement accessibles au moyen de liens directs à l'adresse https://www. patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/patient-safetyculture-bundle/pages/default.aspx.

En présentant cet ensemble pour une culture de sécurité, nous reconnaissons le travail de Singer et Vogue (2013: 387), qui s'expriment comme suit :

Toute intervention n'est pas nécessairement utile ou appropriée dans tout contexte (c'est peut-être là une des principales explications des résultats mitigés observés pour de nombreuses interventions). La capacité de découvrir des interventions qui fonctionnent au sein

de la culture d'une organisation dépend du leadership. Il faut comprendre les mécanismes fondamentaux qui permettent à l'intervention d'apporter le changement et inclure ces mécanismes aux convictions et hypothèses partagées par les membres de l'organisation. Ce principe fait écho aux études qui expliquent l'échec d'initiatives en matière de propagation d'interventions d'amélioration comme une conséquence de l'incapacité des dirigeants à effectuer un changement fondamental de la structure de motivation au travail.

Conclusion

Les préjudices subis par les patients dans les soins de santé posent un grave problème de santé publique et les efforts visant à améliorer la sécurité des patients progressent à un rythme beaucoup plus lent que prévu. Les préjudices subis par les patients constituent « le problème le plus important en matière de santé » (WHO 2018). L'absence de progrès s'explique principalement par l'incapacité des hauts responsables à mettre en œuvre des stratégies globales pour améliorer la culture de la sécurité des patients. S'inspirant du rapport Free from Harm de la National Patient Safety Foundation (2015), notre groupe de travail a identifié un modèle pour une culture de la sécurité des patients et a développé un ensemble d'interventions concis, qui met à profit le travail de spécialistes de la sécurité des patients, du leadership et de l'amélioration des services de santé.

Les responsables du secteur de la santé sont aux prises avec une multitude de problèmes et de priorités qui se font concurrence pour l'attention et les ressources. Qu'il s'agisse de mieux-être et de bien-être psychologique en milieu de travail, de santé des Autochtones, de cybersécurité, de technologie, d'innovation ou de changements de politiques et de modèles de financement : tous ces aspects s'enracinent dans un changement de culture mis en œuvre par les cadres supérieurs. Ces problèmes ont pratiquement tous une incidence sur la sécurité des patients. C'est pourquoi ils sont pris en compte, à un certain degré, dans l'ensemble pour une culture de la sécurité.

Pour réussir la transformation des services de santé, la plupart des leaders de la santé reconnaissent l'importance d'instaurer une culture centrée sur le patient. À cette fin, nous incitons les responsables de la santé à utiliser l'ensemble pour une culture de la sécurité des patients ainsi que divers autres outils et cadres de travail, tels que le cadre LEADS. Les dirigeants doivent apprendre à faire fondre « l'iceberg de l'ignorance » (Yoshida 1989) et impliquer tous - patients, familles ainsi que tous les acteurs du système et leurs organisations - dans des discussions sur l'ensemble de ressources à l'intention des DG et des cadres supérieurs pour une culture propice à la sécurité des patients, et ce, à la faveur du bien-être collectif. HQ

Références

Veuillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (p. 87–88).

À propos des auteurs

Markirit Armutlu, B.Sc. (ergothérapie), M.Sc. (bioéthique), LCS (Leader certifié en santé), est gestionnaire principale de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Elle possède une expérience nationale et internationale en gestion des soins de santé ainsi qu'en éducation en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients.

Donna Davis, I.A.I, est membre et ancienne coprésidente de Patients pour la sécurité des patients au Canada. Elle a travaillé comme infirmière pendant une quarantaine d'années. Elle a une connaissance approfondie des lacunes en matière de sécurité des patients et une conscience aiguë des améliorations qui peuvent être apportées.

Alain Doucet, B.A. (communication), MBA, est président et chef de la direction du Collège canadien des leaders en santé. En tant que leader et gestionnaire principal de projets, de personnes ou de relations, il excelle dans la création de récits, dans l'établissement de relations fructueuses et dans la recherche de solutions d'ensemble.

Annette Down, M.Sc. (administration des services de santé), CHE, est directrice, Amélioration de la qualité et Risques, à Lakeridge Health. Auparavant, elle a travaillé pour Health Insurance Reciprocal of Canada. Elle s'intéresse à l'amélioration de l'expérience des patients et à la création d'un environnement sécurisé pour les patients et le personnel.

Dale Schierbeck, B.A. (avec mention), M.A., est vice-président, Formation et perfectionnement, de SoinsSantéCAN, où il dirige la division de perfectionnement professionnel en ligne. Formation ACS. Il est un professionnel certifié en formation et développement qui possède plus de 25 ans d'expérience.

Polly Stevens, M.Sc. (sciences de la santé), est vice-présidente, Gestion des risques liés aux soins de santé, chez Health Insurance Reciprocal of Canada et professeure associée à l'Université de Toronto. Elle a plus d'une trentaine d'années d'expérience dans le secteur des services de santé, notamment des postes de direction dans la prestation de programmes cliniques, l'amélioration de la qualité, la sécurité des patients et la gestion des risques.

Adresse pour correspondance: Markirit Armutlu, Institut canadien pour la sécurité des patients; téléphone : 613-668-2887; courriel: marmutlu@cpsi-icsp.ca.

Commentary: We Must Look at Multiple Perspectives

Scott W. Livingstone

ealthcare is a complex and often high-risk environment. All health systems strive to improve safety and quality but often experience less than favourable results when it comes to reducing harm. Over the past few decades, many strategies have emerged to make care safer: checklists, bundles, root cause analysis and process improvements, to name a few. Although these may have some impact, harm continues to occur. Significant planning and deployment of safety strategies are not achieving the desired or sustained results (IHPME 2015). What is missing?

In the complex adaptive environment that is healthcare, we must look at multiple perspectives. This includes acknowledging that patient safety and staff and physician safety are not separate strategies and that patient, staff and physician safety are not mutually exclusive. A safe environment is safe for all.

Safety is traditionally defined as the condition of being safe from undergoing or causing hurt, injury or loss. In the Saskatchewan Health Authority, our core value of safety commits us not only to physical safety but also to psychological, social, cultural and environmental safety, every day, for everyone. This broader inclusion of different types of safety is intended to represent a culture in which the totality of safety is the highest priority – one that progresses beyond traditional views of safety being tied exclusively to physical harm. "Caregivers cannot meet the challenge of making healthcare safe for patients unless they

feel safe and valued, and find purpose in their work that brings joy and meaning to their lives" (Lucien Leape Institute 2013).

If our patients, staff and physicians do not feel psychologically or culturally safe, they will continue to experience harm. Psychological safety has been shown to underpin much of how a culture is shaped in an organization. Without it, patients and staff may fear speaking up when they see an unsafe situation. When our patients, staff and physicians feel culturally safe, free of discrimination, their beliefs and decisions are respected and they feel safer in their environment.

To be physically safe, a climate of psychological and cultural safety needs to exist. Most organizations have significant amounts of data on physical harm to patients and staff but very little about psychological safety. It is not typical to see psychological safety show up in reporting; however, factors such as burnout, resiliency, sick time, turnover and/or lack of engagement may signify a lack of psychological safety.

Through internal discussions with staff, physicians and safety teams and external discussions with unions, the Ministry of Labour Relations and Workplace Safety and our safety association, we see themes emerge that help us understand the factors contributing to patient and staff injuries:

policies/procedures: too many, hard to understand, hard to apply

- training/education: hard to access (budget and schedule), hard to apply, lack of consistency
- people: staff issues (burnout, fatigue, turnover), lack of psychological safety (blame and judgment), security issues, service pressures, system flow pressures
- equipment/materials: purchasing issues, too many changes, maintenance issues
- accountability/leadership: leaders don't have capacity; accountabilities are not enforced; focus on reactive, not proactive, approaches to safety
- environment: uncontrolled/uncontrollable environments, infrastructure issues

The themes show the complexity and range of issues competing for the time and energy of staff. These issues speak to social and environmental safety, and in order to address these factors, we need to change the culture and the systems that contribute to their existence.

Every organization seeks to advance a culture of safety and continuous improvement. Understanding the underlying issues is just the beginning. Fostering an environment that is psychologically and culturally safe will enable our organization to be collaborative, compassionate, respectful and accountable. Although we will continue to use the valuable tools available - the checklists and bundles - we recognize that in order to achieve safety for all, we must now address all factors of safety that extend beyond physical safety. Culture is key. HQ

References

Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto (IHPME). 2015, November 9. Beyond the Quick Fix: Strategies for Improving Patient Safety. Toronto: Author. Retrieved September 2018. https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2015/11/ Beyond-the-Quick-Fix-Baker-2015.pdf>.

Lucien Leape Institute. 2013. Through the Eyes of the Workforce: Creating Joy, Meaning, and Safer Health Care. Boston, MA: National Patient Safety Institute. Retrieved September 2018. http://www.ihi.org/ resources/Pages/Publications/Through-the-Eyes-of-the-Workforce-Creating-Joy-Meaning-and-Safer-Health-Care.aspx>.

About the Author

Scott W. Livingstone is the first CEO of the newly created Saskatchewan Health Authority (SHA). The SHA is the single biggest public sector employer in Saskatchewan history and one of the largest healthcare organizations in Canada. A pharmacist by training, Livingstone has dedicated his career to providing executive leadership that builds strong organizational culture focused on patients and families and continuous quality improvement.

Commentaire: apprendre à tenir compte de multiples perspectives

Scott W. Livingstone

e domaine des soins de santé est un environnement complexe et souvent à haut risque. Tous les systèmes de santé s'efforcent d'améliorer la sécurité et la qualité, mais ils obtiennent souvent des résultats plutôt décevants dans la réduction du nombre de préjudices.

Ces dernières décennies, plusieurs stratégies ont vu le jour pour rendre les soins plus sécuritaires : listes de contrôle, ensembles de ressources, analyse des causes profondes et amélioration des processus, pour n'en nommer que quelquesunes. Bien que cela puisse avoir un certain impact, des préjudices continuent de se produire. Les stratégies de sécurité mises en œuvre n'atteignent pas les résultats désirés ou sur une base durable (IHPME 2015). Qu'est-ce qui cloche?

Dans l'environnement complexe et adaptatif qu'est celui de la santé, il faut tenir compte de multiples perspectives. Il faut notamment reconnaître que la sécurité des patients ainsi que celle du personnel ou des médecins n'appartiennent pas à des sphères distinctes ni ne s'excluent mutuellement. Un environnement dit sécuritaire doit l'être pour tous.

La sécurité est traditionnellement définie comme un état où on est à l'abri de subir ou de causer douleur, blessure ou perte. Mais pour l'Autorité sanitaire de la Saskatchewan (SHA), la sécurité est notre valeur fondamentale; aussi nous engageonsnous non seulement à assurer la sécurité physique, mais aussi la sécurité psychologique, sociale, culturelle et environnementale,

en tout temps et pour tous. Cette définition élargie aux différents types de sécurité vise à véhiculer une culture où tous les aspects de la sécurité revêtent une priorité absolue - une culture qui va au-delà de la vision traditionnelle selon laquelle la sécurité est liée exclusivement aux blessures physiques. « Les soignants ne pourront relever le défi de rendre les soins de santé sécuritaires pour les patients que s'ils se sentent eux-mêmes en sécurité et valorisés, et s'ils trouvent dans leur travail un but qui apporte de la joie et donne un sens à leur vie » (Lucien Leape Institute 2013).

Si les patients, le personnel et les médecins ne se sentent pas en sécurité psychologiquement ou culturellement, il y aura encore des préjudices. Il a été démontré que la sécurité psychologique était en grande partie responsable de la façon dont la culture se façonne dans une organisation. Sans ce sentiment de sécurité, les patients et le personnel peuvent s'abstenir de signaler une situation dangereuse. Lorsque les patients, le personnel et les médecins se sentent en sécurité sur le plan culturel - sans discrimination - leurs convictions et leurs décisions sont respectées et ils se sentent plus en sécurité dans leur environnement.

Pour assurer la sécurité physique, il faut mettre en place un climat de sécurité psychologique et culturelle. La plupart des organisations disposent de données quant aux blessures physiques subies par les patients ou le personnel, mais très peu en ce qui concerne la sécurité psychologique. Il est plutôt rare que la sécurité psychologique soit mentionnée dans les rapports, mais des facteurs comme l'épuisement professionnel, la résilience, les congés de maladie, le roulement de personnel et/ou le manque d'engagement peuvent traduire un manque de sécurité psychologique.

Suite aux discussions avec le personnel, les médecins, les équipes de sécurité, les syndicats, le ministère des Relations et de la Sécurité en milieu de travail et notre association pour la sécurité, nous avons dégagé des thèmes qui aident à comprendre les facteurs contribuant aux blessures des patients et du personnel:

- politiques/procédures : trop nombreuses, difficiles à comprendre, difficiles à appliquer
- formation/éducation : difficile d'accès (budget et calendrier), difficile à appliquer, manque de cohérence
- les personnes : problèmes de personnel (épuisement professionnel, fatigue, roulement de personnel), manque de sécurité psychologique (blâme et jugement), problèmes de sécurité, pressions dues au service ou à l'achalandage du système
- équipement/matériel : problèmes d'achat, trop de changements, problèmes d'entretien
- responsabilisation/leadership: les leaders n'ont pas la capacité nécessaire; pas de suivi quant à la reddition de compte; accent mis sur des approches réactives, et non proactives, en matière de sécurité
- environnement : environnements non contrôlés/non contrôlables, problèmes d'infrastructure

Ces thèmes illustrent la complexité et l'éventail des problèmes qui rivalisent pour attirer le temps et l'énergie du personnel. Ces problèmes ont trait à la sécurité sociale et environnementale et pour tenir compte de ces facteurs, il faut changer la culture et les systèmes qui contribuent à leur existence.

Chaque organisation aspire à promouvoir une culture de sécurité et d'amélioration continue. Une meilleure compréhension des problèmes sous-jacents n'est que le début. Favoriser le développement d'un environnement sécuritaire sur les plans psychologique et culturel permettra à notre organisme d'être axé sur la collaboration, la compassion, le respect et la reddition de compte. Bien que nous continuerons d'utiliser les outils disponibles – listes de contrôle et ensembles de ressources – nous sommes conscients que pour assurer la sécurité de tous, nous devons maintenant tenir compte de facteurs de sécurité qui vont au-delà de la seule sécurité physique. Une bonne culture organisationnelle en est la clé. HQ

Références

Veuillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (p. 97).

À propos de l'auteur

Scott W. Livingstone est le premier chef de la direction de l'Autorité sanitaire de la Saskatchewan (SHA) nouvellement créée. La SHA est le plus important employeur du secteur public de la Saskatchewan et l'un des plus importants organismes de soins de santé au Canada. Pharmacien de formation, M. Livingstone a consacré, tout au long de sa carrière, son leadership pour mettre en place de fortes cultures organisationnelles axées sur les patients et leurs familles de même que sur l'amélioration continue de la qualité.

Homecare Safety Virtual Quality Improvement Collaboratives

Wayne Miller, Maaike Asselbergs, Jeanne Bank, Mike Cass, Virginia Flintoft and Nadine Henningsen

Abstract

With Canada's aging population, innovations in technology and changes in patient preferences regarding where they receive care, there is a growing reliance on homecare services. Professionals in the homecare sector want to provide the best care possible for their clients, whereas homecare organizations look to foster a greater patient safety culture. The Canadian Patient Safety Institute and the Canadian Home Care Association conducted two learning collaboratives aimed at increasing quality improvement capability in homecare settings. Teams from across the country have increased their capacity and capability to engage patients and families, mitigate and prevent harm from homecare safety incidents such as falls and specifically address issues such as improving interprofessional collaboration, teamwork and communication.

Background

Homecare is a fundamental part of our healthcare system and has the potential to impact patient outcomes and healthcare sustainability. At some point in their lives, many Canadians will find themselves either giving or receiving homecare. Within an integrated healthcare system, homecare provides essential services that encompass health promotion and teaching, curative intervention, end-of-life care, rehabilitation, support and maintenance, social adaptation and integration

and support for the family caregiver. Homecare is a priority for all Canadians - for patients and their carers, for healthcare providers and for governments (CHCA et al. 2016).

Homecare is an extremely diverse and unstandardized sector, in terms of its patient population, services offered and geographic coverage. Providing safe care in an unpredictable and/or inconsistent home setting poses unique challenges that require the engagement and active involvement of professional care providers, clients and family caregivers.

The Safety at Home homecare study examined adverse events in the home and provided recommendations on how to make care safer (Doran et al. 2013). Dr. Diane Doran, co-lead Dr. Régis Blais and their team spent 2 years examining administrative databases and reviewing charts across the country that showed that the reported rate of adverse events in Canadian homecare clients was 10 to 13% over a period of 1 year (Doran et al. 2013). If their findings were extrapolated to reflect the over one million homecare recipients in Canada, this could mean that approximately 130,000 Canadians experienced an adverse event during the study period (Doran et al. 2013). The authors found that half of these adverse events were preventable. Given the large number of Canadians being served by the homecare sector every day, improvements in its quality of care have the potential to make significant contributions to improving overall healthcare performance.

Addressing Adverse Events in Homecare

The Canadian Patient Safety Institute (CPSI) recognizes the importance of providing safe and effective care in the home setting. Between the fall of 2015 and the spring of 2018, CPSI and the CHCA partnered with a variety of organizations and homecare agencies to offer two different learning collaboratives referred to as Wave 1 and Wave 2. These learning collaboratives were modelled after the Institute for Healthcare Improvement (IHI) virtual learning program – the IHI collaborative model (for more information, see Appendix 1; available at: https://www.longwoods.com/content/26042) (IHI 2003). Both Wave 1 and Wave 2 were structured virtual learning programs that addressed quality improvement and patient safety practices.

In November 2015 Wave 1 was launched and was a partner-ship between CPSI, CHCA and the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). In Wave 1 all participating teams focused on fall prevention (KD Consulting 2016). The year-long Wave 1 collaborative engaged five homecare organizations with the broad goal of reducing falls in the homecare setting. All teams participated in interactive learning sessions, outcome measurement, coaching and group quality improvement discussions. The primary change drivers were a combination of foundational education on the key principles of quality improvement and intensive one-on-one coaching. Each team had a patient or family member who was directly involved as a patient or family advisor on each team.

In February 2017, CPSI and CHCA introduced Wave 2 of the collaborative with the goal of further enhancing quality improvement within the Canadian homecare sector and increasing the capacity of homecare organizations to engage in future patient safety work. Seven homecare teams completed the Wave 2 collaborative, which concluded in February 2018. The improvement collaborative included education sessions on theories of quality improvement, homecare and patient safety, interprofessional collaboration, the management of effective teams, measuring and obtaining data for improvement, patient and family engagement, project charters, quality improvement tools and run charts. Teams completed a patient safety pilot project on a topic chosen by their organization and were supported by coaches from CPSI and CHCA throughout the collaborative (for more information, see Appendix 2; available at: https://www.longwoods. com/content/26042).

Methodology

For the safety projects, each organization had an executive sponsor, who maintained a connection between the project team and the organization's leadership. The teams were composed of a lead (or two co-leads), a data management person and two other team members. Each team had weekly

meetings with a coach from CPSI or CHCA, who helped guide teams through the different phases of the pilot projects. Project topics were selected by each organization, based on its needs and priorities. Selecting the topic for the pilot project was a change from the Wave 1 collaborative, where all organizations worked on fall prevention. The aim of having organizations select their own topics was to lead to better organizational engagement and a greater impact on clients.

Formal evaluations were prepared for both Wave 1 (KD Consulting 2016) and Wave 2 (Lennika Consulting Inc. 2018) of the virtual quality improvement collaboratives. Wave 1 was evaluated through key informant interviews and observations of the final collaborative event held in March 2016. Semi-structured interviews were conducted with participating teams and the team involved in implementing the collaborative (steering committee, coaches, external consultants, etc.), both at two points during the collaborative. In addition to the in-depth qualitative methodology, key documents, event recordings and outcome data were reviewed to look for patterns and variations. The information contributed to telling the story of each team's journey in the collaborative and gave insight into successes and challenges. A brief case study for each participating organization was compiled based on the data collected through interviews, observations and document reviews.

According to Yin (2003), a case study design should be considered when: (a) the focus of the study is to answer "how" and "why" questions; (b) the intention is not to manipulate but to understand the behaviour of those involved in the study; and (c) you want to cover contextual conditions because you believe they are relevant to the study. This process sewed together the richness of individual team stories, experiences and outcomes in order to capture a bigger picture of the value and full impact of the collaborative.

A "realist evaluation framework" (Pawson and Tilley 1997) was undertaken to find out how the outcome of the collaborative was shaped, enabled and constrained by the interactions between the context (the participant's organizational setting and external constraints) and the mechanisms (the stakeholders' ideas about how the change will be achieved through this approach) (Greenhalgh et al. 2009). This approach helps develop and improve the content and targeting of future programs.

The evaluation of the Wave 2 collaborative included a survey of all participants, key information interviews and a review of the resources and materials used during the collaborative. The evaluation focused on the quality of the educational content, participant satisfaction and the impact of the collaborative on the participants, the homecare organizations involved and the care of their clients. The main elements of the evaluation framework included descriptive information about

the organizations involved and the pilot projects they undertook, information regarding their level of engagement with the Wave 2 process and the impacts of the collaborative on both client outcomes and the safety culture of the organizations. A data collection strategy was developed to obtain information on each element of the framework.

Patient Engagement

Engaging patients and families in fall risk assessment and prevention was one of the goals identified for the Wave 1 collaborative. Patient engagement was not just about consultation but also about early and direct involvement in conversations about improvement so that solutions are derived from actual experience versus perceived notions of health providers and leaders. Participating teams were encouraged to identify a patient or patient carer as an advisor to participate as an active team member. This was the first time many of the organizations had involved a patient and family advisor (PFA) in a quality improvement initiative. For most of the teams, the independent evaluator found that patient and family engagement was a positive experience.

Many of the PFAs struggled with the virtual Internetbased nature of the learning sessions because of a lack of experience with technology or issues of access in their home environment. Going forward, it was recognized that a more structured approach, including training and resources for teams, patients and families, was required so that PFAs could take full advantage of the opportunity. Recommendations to better support the PFAs included an orientation to healthcare delivery processes, the philosophy of quality improvement and expectations of the role.

One of the learning sessions during the Wave 2 collaborative focused on patient and family engagement from theory to the front line. However, it was still difficult to truly capture and embed the patient/client voice in the improvement projects. One of the recommendations from the Wave 2 evaluation was for more focus on greater involvement from patient or carer, while recognizing that such relationships take time and can be difficult for short-term projects.

Outcomes

Wave 1 fall prevention collaborative

Each of the five teams participating in Wave 1 had unique contexts and circumstances that impacted their quality improvement journey. A key component of the coaching was to ensure that the support provided to teams addressed their unique needs and allowed them to move at their own pace. Although some teams were able to define and reach laudable improvement goals, for others, the development of their baselines was most valuable. The collaborative provided teams with the impetus and momentum they needed to

look at their data and apply change strategies and systematic data analysis to engage front-line staff and address gaps

The collaborative assisted teams in meeting fall-related required organizational practices for accreditation. It also reinforced the national homecare safety priority articulated in Better Home Care in Canada: A National Action Plan, released by CHCA, the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Nurses Association in 2016, which stated that supporting the principles of patient- and family-centred care can be a key mechanism for improvement in these areas in the future (CHCA et al. 2016). The Wave 1 approach was an effective method for connecting teams across the country, assisting organizations with identifying areas for improvement and developing reproducible measurement strategies.

Organizations involved in the quality improvement collaborative experienced the following value from their participation:

- Identified local issues and larger system barriers to reducing preventable harm in the home
- Shed light on current understanding of and assumptions about care delivery processes, staff knowledge and patient education resources
- Engaged system partners (contract providers) in accessing relevant data and collaborative care planning
- Implemented small changes that resulted in big
- Involved patients and families in practical and meaningful ways
- Achieved a better understanding of the time and resources needed to sustain change and the important role of senior leadership to make this happen
- Empowered front-line staff and brought awareness to their role in creating and sustaining change

Homecare is not delivered in a bricks-and-mortar building and as such brings its own unique set of nuances in terms of context and mobilizing teams toward improvement goals. Using the realist framework, the evaluation of Wave 1 looked at content, intended mechanism and outcome. The evaluation findings reflect the following:

- During the relatively short duration of Wave 1, the collaborative was able to help teams show a reduction in falls in small pilot samples of their client populations. The teams were able to sustain the improvements and create active plans for spread.
- The collaborative was successful in helping organizations identify areas for improvement, scope their aim statements, identify measurement requirements and choose tailored

- change strategies. Many teams said that being part of the collaborative gave them the momentum they needed to get the very important work of reducing falls started.
- Satisfaction with different components of the collaborative program varied, but, overall, teams were happy to have participated and felt it had been a valuable endeavour for their organizations.
- The collaborative was successful in drawing attention to the benefits of engaging clients and families for quality improvement. Each team engaged patient advisors in their project; however, the experience was variable given the nature of the program, and some felt the role and purpose of patient engagement needed more clarity and structure to be effective.
- Pre-collaborative readiness assessments may be useful in determining varying starting points and availability of data for all teams to avoid assumptions that may cause delays.
- Ensuring that teams understand that identifying emergent learning opportunities may be just as important as defining and meeting loftier improvement goals.
- A more structured approach to the collaborative could include resources such as a guidebook or training materials for teams and interventions to address the barriers to the patient's and the family's greater participation.

Based on Wave 1 feedback, key improvement suggestions for the Wave 2 rollout included the development of a change package (Box 1) to centrally share best practices with new teams and increased training and resources related to effective client and family engagement in quality improvement.

BOX 1.

Change package

- A suggested approach for the future might be to create a "change package," which can be updated over time with participating teams.
- This could help new teams select priority focus areas and get ideas for tests of change.
- The package could also include a menu of potential improvements, strategies, specific validated tools and outcome measures that any team could begin piloting.

See Appendix 1 for a summary of the Wave 1 participants and their goals and outcomes.

Wave 2 collaborative

Wave 2 of the homecare safety improvement collaborative was a structured learning program that facilitated collaboration and knowledge application to address common homecare safety issues. The collaborative involved education sessions on topics relevant to quality improvement in the homecare sector and the completion of a patient safety pilot project. The entire collaborative was delivered virtually through online sessions, teleconferences and online chatrooms. It ran from February 15, 2017, to February 21, 2018. Optional coaching was offered for up to an additional 6 months to interested teams.

Over the first half of the collaborative, the educational sessions were delivered by topic experts on roughly a biweekly basis. Following the presentations, participants would conduct a post-learning online huddle to discuss their learnings and questions. Coaches would immediately respond to questions posted on the Share Hub site, where collaborative materials were housed. In the Wave 2 evaluation, the quality of the coaching received an average score of 5.78, presentation an average score of 5.95 and other resource material a score of 5.61 on average (all on a scale of 1 to 7, with 7 being the highest rating). See Box 2 for a list of the strengths and challenges identified in the evaluation.

Strengths and challenges of Wave 2 collaborative

Strengths

- Access to quality improvement tools
- Seeing other quality improvement approaches in action
- Access to coaching expertise
- The quality of the expert presenters
- Ability to focus on completing a single project
- Opportunity to work as teams
- Opportunity to get feedback from peers across the country
- Allowing the teams to select their own pilot project ideas
- Ability to leverage/use collaborative resources going forward

Challenges

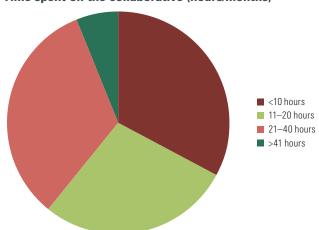
- Balancing other work priorities
- Insufficient time/time pressures
- Insufficient involvement from some executive sponsors
- Inadequate early planning and preparations by teams
- Difficulties defining a project idea/aim statement
- The need for more time for individual presentations at the final meeting
- Difficulties using and navigating the share information hub
- Data are not used enough in the homecare sector

Participants in Wave 1 included the Canadian Red Cross-Cornwall, Saint Elizabeth Health Care, Winnipeg Regional Health Authority, VHA Home Health Care and Eastern Health Authority (NL). Seven homecare organizations completed the Wave 2 collaborative: Beacon Community Services (BC), Care at Home Services (BC), CBI Health Group (Canada-wide), Central West Local Health Integration Network Home and Community Care Access Centre (ON), Nova Scotia Health Authority (NS), Vancouver Island Health Authority (BC) and VHA Home HealthCare (ON). Spectrum Health (ON) began the collaborative but ended its involvement early in the process due to competing organizational priorities.

The safety projects focused on a wide array of client populations and care requirements, including client-centred dementia care, infection surveillance and management of central and peripheral lines, reducing the negative impacts from repeat patient falls and improving documented interventions for reported falls. See Appendix 2 for a summary of the homecare organizations participating in Wave 2 and their safety projects.

The Wave 2 collaborative was generally seen as working well and an improvement on the Wave 1 initiative. In terms of the amount of time participants spent on the Wave 2 collaborative, 33% reported less than 10 hours per month, 28% reported 11 to 20 hours per month, 33% spent 21 to 40 hours and 6% spent more than 40 hours (Figure 1). Some 72% of participants rated the amount of time they spent on the collaborative as "about the right amount of time," with 22% feeling they spent too little time and the remaining 6% reporting that they spent too much time on the initiative.

FIGURE 1. Time spent on the collaborative (hours/months)



The Wave 2 collaborative was designed to encourage both interprofessional collaboration within teams and learning across teams. The expert presentations addressed the topics of interpersonal collaboration and the creation of effective teams. Teams in the collaborative were provided with several opportunities to present their pilot projects to all participants at various stages, to receive feedback and learn about the work being conducted by other teams. Most participants were quite positive in their overall assessment of the collaborative, with one participant noting, "It was a positive experience which led to improvement for the team and organization."

Access to quality improvement tools, methodology and seeing other quality improvement approaches in action were identified as positive impacts by several participants. One participated noted that "the coaching provided a level of consult/expertise

that would not have been available/accessible to our organization otherwise." Another participant remarked on being "inspired by many of the guest speakers and their work."

When asked to rate their personal satisfaction with the collaborative overall, 87.5% of respondents scored 5 or above (on a scale of 1 to 7, with 7 being the highest rating), with an average score of 5.46. Most participants noted that the collaborative would help them in meeting future accreditation standards. Some 50% of respondents said they would participate, again, and 73% of respondents said they would recommend that their organization participate in a similar initiative in the future.

Conclusion

Key aspects of the collaboratives, including the quality of the coaching, the quality of the expert speakers and the level of intra-team and across-team learning, were viewed positively by participants. The Wave 2 collaborative was generally seen as an improvement over the Wave 1 initiative. Allowing teams to select their own area of safety priority was a strength of Wave 2.

Recommendations to be considered in a subsequent Wave include: engaging executive sponsors more in the process; including up to three in-person meetings to improve the connection with and between teams and coaches; greater involvement of patients and family representatives; more work around identifying topics and current capacity for the proposed work before the start of the collaborative; and expanding the length of the collaborative to 18 months to complete projects.

CPSI and CHCA will continue to champion safe care in the home setting and provide service providers with the presentation content and resources created through the homecare safety improvement collaboratives as a stand-alone resource for homecare organizations interested in enhancing their quality improvement and patient safety capacity. HQ

References

Canadian Home Care Association (CHCA), College of Family Physicians of Canada and Canadian Nurses Association. 2016, October. Better Home Care in Canada: A National Action Plan. Retrieved July 9, 2019 https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/ $better-home-care-in-canada_a-national-action-plan-copy.pdf?la=en\&thered a constant of the co$ hash=D7C8B69F4E0B000F74CE372D6DAFCA9D198ADD39>.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2017, February 15. Eight Canadian Home Care Organizations Pioneering Home Care Safety Improvement. Retrieved July 9, 2019. http://www. patientsafetyinstitute.ca/en/NewsAlerts/News/newsReleases/Pages/ Eight-Canadian-home-care-organizations-pioneering-home-caresafety-improvement.aspx>.

Doran, D.M., R. Blais, M.B. Harrison, J.P. Hirdes, G.R. Baker, A. Lang et al. 2013. Safety at Home: A Pan-Canadian Home Care Safety Study. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute. Retrieved July 9, 2019. http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/ Research/commissionedResearch/SafetyatHome/Documents/ Safety%20At%20Home%20Care.pdf>.

Greenhalgh, T., C. Humphrey, J. Hughes, F. Macfarlane, C. Butler and R. Pawson. 2009. How Do You Modernize a Health Service? A Realist Evaluation of Whole-Scale Transformation in London. Milbank Quarterly 87(2): 391–416. doi:10.1111/j.1468-0009.2009.00562.x.

Institute for Healthcare Improvement (IHI). 2003. The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. IHI Innovation Series White Paper. Boston, MA: Author. Retrieved July 9, 2019. http://www.ihi.org/resources/ Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborative ModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx>.

KD Consulting. 2016. Final Evaluation Report: CPSI Virtual Quality Improvement Collaborative in the Home Care Sector. London, ON: Author.

Lennika Consulting Inc. 2018. An Evaluation of the Virtual Homecare Safety Improvement Wave 2 Collaborative.

Pawson, R. and N. Tilley. 1997. Realist Evaluation. London, UK: Sage. Yin, R.K. 2003. Case Study Research: Design and Methods (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

About the Authors

Wayne Miller, BPE, BEd, MSc, is senior program manager of the Canadian Patient Safety Institute and the primary lead for homecare safety initiatives.

Maaike Asselbergs is a member of Patients for Patient Safety Canada. Maaike was a member of the Home Care Safety Action Group of the National Patient Safety Consortium.

Jeanne Bank is project lead of the Home Care Knowledge Network, Canadian Home Care Association. Jeanne has project/ program manager experience with a focus on health, safety and social policy areas and is a standards professional at national and international levels.

Mike Cass is senior program manager of the Canadian Patient Safety Institute and has led national-level safety improvement projects and quality improvement collaboratives in medication safety and fall prevention and quality improvement in homecare.

Virginia Flintoft, BN, MSc, is senior program manager at the University of Toronto's Institute for Health Policy, Management and Evaluation. As manager of the Canadian Patient Safety Institute's Central Measurement Team, Virginia is the measurement and evaluation expert, contributing to many quality improvement initiatives.

Nadine Henningsen is chief executive officer of the Canadian Home Care Association. As CEO, Nadine leads a dynamic association dedicated to advancing excellence in homecare through leadership, awareness, advocacy and knowledge.

Correspondence may be directed to: Wayne Miller, Senior Program Manager, Canadian Patient Safety Institute; phone: 709-730-0864; e-mail: wmiller@cpsi-icsp.ca.

Projets collaboratifs virtuels pour l'amélioration de la qualité des soins à domicile

Wayne Miller, Maaike Asselbergs, Jeanne Bank, Mike Cass, Virginia Flintoft et Nadine Henningsen

Résumé

Avec le vieillissement de la population canadienne, les innovations technologiques et les préférences des patients quant au lieu où ils obtiennent des soins, on a de plus en plus recours aux services de soins à domicile. Les professionnels du secteur des soins à domicile souhaitent fournir les meilleurs soins possibles à leurs clients, tandis que les organisations de services à domicile cherchent à promouvoir une culture de la sécurité des patients. L'Institut canadien pour la sécurité des patients et l'Association canadienne de soins et services à domicile ont organisé deux projets d'apprentissage visant à accroître la capacité d'amélioration de la qualité dans les soins à domicile. Partout au pays, des équipes ont renforcé leur capacité à mobiliser les patients et leurs familles, à atténuer et à prévenir les incidents liés aux soins à domicile, tels que les chutes, et à s'attaquer à des problèmes tels que l'amélioration des collaborations interprofessionnelles, du travail d'équipe et de la communication.

Les soins à domicile constituent un élément fondamental du système de santé et peuvent avoir une incidence sur les résultats pour les patients ou sur la durabilité des services de santé. Tôt ou tard, de nombreux Canadiens se verront donner ou recevoir des soins à domicile. Dans un système de santé intégré, les soins à domicile comprennent la promotion de la santé, l'éducation,

les interventions curatives, les soins de fin de vie, la réadaptation, le soutien et la maintenance, l'adaptation et l'intégration sociales ainsi que le soutien aux proches aidants. Les services à domicile constituent une priorité pour tous les Canadiens : les patients, les proches aidants, les fournisseurs de soins de santé et les gouvernements (CHCA et coll. 2016).

Les soins à domicile constituent un secteur extrêmement diversifié et non normalisé, notamment pour ce qui est des populations de patients, des services offerts et de l'étendue géographique. Fournir des soins sécuritaires dans un environnement familial imprévisible ou incohérent pose des défis uniques qui nécessitent l'engagement et la participation active des prestataires de soins professionnels, des clients et des proches aidants.

Une étude sur la sécurité des soins à domicile s'est penchée sur les événements indésirables qui surviennent à domicile et présente des recommandations sur la manière de rendre les soins plus sécuritaires (Doran et coll. 2013). Les Drs Diane Doran et Régis Blais, ainsi que leur équipe, ont passé deux ans à examiner des bases de données administratives et des dossiers médicaux dans tout le pays. Ces données montrent que le taux d'événements indésirables signalés dans le contexte des soins à domicile au Canada était de 10 à 13 % sur une période d'une année (Doran et coll. 2013). Si on rapporte ces chiffres au million de bénéficiaires de services à domicile au Canada,

environ 130 000 Canadiens auraient subi un événement indésirable au cours de la période de l'étude (Doran et coll. 2013). Les auteurs ont constaté que la moitié de ces événements indésirables étaient évitables. Étant donné le nombre important de Canadiens desservis quotidiennement par le secteur des soins à domicile, une amélioration de la qualité de ce type de soins pourrait contribuer grandement à l'amélioration du rendement global des services de santé.

Aborder la question des événements indésirables dans les services à domiciles

L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) reconnaît l'importance de fournir des soins sécuritaires et efficaces à domicile. Entre l'automne 2015 et le printemps 2018, l'ICSP et l'ACSSD se sont associés à diverses organisations et agences de soins à domicile pour mener deux projets collaboratifs d'apprentissage, désignés sous les noms de premier et deuxième volet. Ces collaborations ont été modelées sur le programme d'apprentissage virtuel de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) (pour plus d'informations, voir l'Annexe 1; disponible sur: https://www.longwoods.com/ content/26042) (IHI 2003). Les premier et deuxième volets étaient des programmes d'apprentissage virtuel structurés qui abordaient les pratiques d'amélioration de la qualité et de sécurité des patients.

Le premier volet a été lancé en novembre 2015. Il s'agissait d'un partenariat entre l'ICSP, l'ACSSD et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). Toutes les équipes participantes se sont concentrées sur la prévention des chutes (KD Consulting 2016). Cinq organisations de soins à domicile ont été mobilisées dans le but de réduire le nombre de chutes à domicile. Toutes les équipes ont participé à des séances d'apprentissage interactives, à la mesure des résultats, à l'encadrement et à des discussions sur l'amélioration de la qualité. Les principaux moteurs de changement étaient une combinaison d'éducation de base sur les principes d'amélioration de la qualité et un accompagnement individuel intensif. Chaque équipe comptait sur un patient ou un membre de la famille qui était directement impliqué en tant que conseiller.

En février 2017, l'ICSP et l'ACSSD ont lancé le deuxième volet du projet collaboratif dans le but d'améliorer davantage la qualité des soins à domicile et d'accroître la capacité des organisations de services à domicile d'œuvrer à la sécurité des patients. Sept équipes de soins à domicile ont participé au deuxième volet du projet, qui a pris fin en février 2018. Cette collaboration comprenait des séances de formation sur les sujets suivants : théories de l'amélioration de la qualité, sécurité des soins à domicile et des patients, collaboration interprofessionnelle, gestion d'équipes efficaces, mesures et obtention des données d'amélioration, engagement des patients et familles, chartes

de projet, outils d'amélioration de la qualité et graphiques de séquence. Par ailleurs, les équipes menaient un projet pilote sur un thème choisi par leur organisation et bénéficiaient d'un accompagnement de la part de de l'ICSP et de l'ACSSD tout au long de la collaboration (pour plus d'informations, voir l'Annexe 2; disponible sur: https://www.longwoods.com/ content/26042).

Méthodologie

Pour ces projets, chaque organisation comptait sur un gestionnaire qui agissait comme promoteur de projet en assurant le lien entre l'équipe et les dirigeants de l'organisation. Les équipes étaient composées d'un responsable (ou deux coresponsables), d'un responsable de la gestion des données et de deux autres membres. Les équipes se réunissaient chaque semaine avec un accompagnateur de l'ICSP ou de l'ACSSD, qui les guidait dans les étapes du projet pilote. Les thèmes des projets ont été choisis par les organisations en fonction des besoins et priorités. La possibilité de choisir un thème constituait un changement par rapport au premier volet, où tous les organismes travaillaient sur la question de la prévention des chutes. L'idée derrière la possibilité de choisir un thème était de favoriser l'engagement organisationnel et d'avoir un plus grand impact sur la clientèle.

Des évaluations formelles ont été prévues pour le premier volet (KD Consulting 2016) et pour le deuxième volet (Lennika Consulting Inc. 2018). Le premier volet a été évalué au moyen d'entretiens avec des informateurs clés et d'observations lors du dernier événement de la collaboration, en mars 2016. Des entrevues semi-structurées ont été menées auprès des équipes participantes et de l'équipe responsable de la mise en œuvre de la collaboration (comité de pilotage, accompagnateurs, consultants externes, etc.). Ces entrevues ont été menées à deux reprises au cours du projet. Outre la méthodologie qualitative approfondie, des documents clés, des enregistrements d'événements et des données sur les résultats ont été examinés pour déceler les tendances et les variations. Ces informations ont contribué à illustrer le parcours de chaque équipe et à donner un aperçu des succès et défis rencontrés. Une brève étude de cas pour chaque organisation participante a été compilée à partir des données recueillies lors des entretiens, des observations et de l'analyses des documents.

Selon Yin (2003), le modèle d'étude de cas doit être envisagé lorsque : (a) l'objet de l'étude est de répondre aux questions « comment » et « pourquoi »; (b) l'intention n'est pas de manipuler mais de comprendre le comportement des personnes impliquées dans l'étude; et (c) on s'intéresse aux conditions contextuelles parce qu'elles semblent pertinentes pour l'étude. Ce processus a permis de dégager la richesse du parcours, de l'expérience et des résultats des équipes, brossant ainsi un tableau plus complet de la valeur et de l'impact de la collaboration.

Un « cadre d'évaluation réaliste » (Pawson et Tilley 1997) a été mis en place pour déterminer comment les résultats de la collaboration étaient influencé par l'interaction entre le contexte (le cadre organisationnel des participants et les contraintes externes) et les mécanismes (le point de vue des partenaires sur la mise en œuvre du changement grâce à cette approche) (Greenhalgh et coll. 2009). Cette approche permet de développer et d'améliorer le contenu et le ciblage d'éventuels programmes.

L'évaluation du deuxième volet comprenait un sondage auprès de tous les participants, des entretiens avec des informateurs clés et un examen des ressources et du matériel utilisés. L'évaluation a porté sur la qualité du contenu éducatif, la satisfaction des participants ainsi que l'impact du projet sur les participants, sur les organisations de soins à domicile et sur les soins prodigués à la clientèle. Les principaux éléments du cadre d'évaluation comprenaient des renseignements descriptifs sur les organisations et les projets pilotes qu'elles avaient entrepris, de l'information quant à leur degré d'engagement et quant aux impacts de la collaboration sur les résultats des clients et sur la culture de sécurité des organisations. Une stratégie de collecte de données a été élaborée pour obtenir des informations sur chacun des éléments du cadre d'évaluation.

Engagement des patients

Faire participer les patients et leurs familles à l'évaluation et à la prévention des risques de chute était un des objectifs du premier volet de la collaboration. L'engagement des patients ne concernait pas seulement la consultation, mais aussi la participation précoce et directe aux discussions sur l'amélioration, de sorte que les solutions découlent de l'expérience réelle et non en fonction de notions perçues par les dirigeants ou les prestataires de services de santé. On incitait les équipes à nommer un patient ou proche aidant comme conseiller et comme participant actif. C'était la première fois que de nombreuses organisations impliquaient un conseiller patient ou proche aidant dans une initiative d'amélioration de la qualité. L'évaluateur indépendant a constaté que la participation des patients et familles était une expérience positive pour la plupart des équipes.

Nombre de conseillers patients ou proches aidants ont eu du mal avec l'interface virtuelle en raison d'un manque d'expérience en matière de technologie ou de problèmes d'accès. On reconnaît qu'une approche plus structurée, comprenant de la formation et des ressources pour les équipes, les patients et les familles, serait nécessaire pour que les conseillers patients ou proches aidants puissent tirer pleinement parti de cette occasion. Les recommandations visant à mieux soutenir les conseillers patients ou proches aidants comprennent des séances d'orientation sur les processus de prestation des services de santé, sur la philosophie d'amélioration de la qualité et sur les attentes envers leur rôle.

Une des séances d'apprentissage du deuxième volet portait sur l'engagement des patients et familles, et ce, de la théorie au travail de terrain. Cependant, il demeure difficile de véritablement capter et intégrer la voix des patients dans les projets d'amélioration. Une des recommandations retenues du deuxième volet est de mettre davantage l'accent sur une plus grande implication des patients ou proches aidants, tout en reconnaissant que de telles relations prennent du temps et peuvent être difficiles dans le cadre de projets à court terme.

Résultats

Premier volet collaboratif : prévention des chutes

Les contextes et circonstances de chacune des cinq équipes participant au premier volet étaient distincts et cela a eu une incidence sur leur parcours d'amélioration de la qualité. Un élément clé de l'accompagnement consistait à s'assurer que le soutien fourni aux équipes répondait à leurs besoins spécifiques et leur permettait de progresser à leur propre rythme. Bien que certaines équipes aient été en mesure de définir et d'atteindre des objectifs d'amélioration louables, pour d'autres, le développement des bases de référence a été très précieux. La collaboration a fourni aux équipes l'élan et la dynamique nécessaires pour examiner leurs données et appliquer des stratégies de changement et une analyse systématique des données afin de mobiliser le personnel de première ligne et de combler les lacunes de la pratique.

La collaboration a aidé les équipes à se conformer aux pratiques organisationnelles requises en matière de prévention des chutes, et ce, pour obtenir l'agrément. La collaboration appuyait également la priorité nationale en matière de sécurité des soins à domicile énoncée dans le Plan national pour de meilleurs soins à domicile, publié en 2016 par l'ACSSD, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Cette priorité stipule que l'appui des principes de soins centrés sur les patients et familles est un mécanisme clé pour l'amélioration dans ces domaines (CHCA et coll. 2016). L'approche empruntée pour le premier volet constitue une méthode efficace pour relier les équipes d'un bout à l'autre du pays, en aidant les organisations à identifier les domaines propices à l'amélioration et à développer des stratégies de mesure reproductibles.

Les organisations ayant participé à l'expérience du projet collaboratif ont obtenu les résultats suivants :

- Identification des enjeux locaux et des barrières du système qui posent obstacle à la réduction des préjudices évitables
- Nouvel éclairage sur la compréhension des processus de prestation des soins, des connaissances du personnel et des ressources éducationnelles offertes aux patients

- Participation des partenaires du système (prestataires de services) à la cueillette des données pertinentes et à la planification des soins
- Mise en œuvre de petits changements qui ont eu un impact majeur
- Participation concrète et active des patients et familles au projet
- Meilleure compréhension du temps et des ressources nécessaires pour soutenir le changement et constatation de l'importance du rôle des cadres supérieurs dans l'atteinte de résultats
- Mobilisation du personnel de première ligne dans l'instauration d'un climat de changement durable

Les soins à domicile ne sont pas dispensés dans un établissement officiel et, du fait même, comportent des nuances particulières en matière de contexte et de mobilisation des équipes pour atteindre les objectifs d'amélioration. Pour l'évaluation du premier volet, le cadre réaliste utilisé a permis d'évaluer le contenu, les mécanismes prévus et les résultats. Les conclusions de l'évaluation amènent les points suivants :

- Pendant la durée relativement courte du premier volet, le groupe de collaboration a été en mesure d'aider les équipes à réduire le nombre de chutes auprès de petits échantillons pilotes de leur clientèle. Les équipes ont pu maintenir ces améliorations et créer des plans actifs de diffusion.
- La collaboration est parvenue à aider les organisations à identifier les domaines à améliorer, à définir leurs objectifs, à identifier les exigences en matière de mesure et à choisir des stratégies de changement adaptées. Plusieurs équipes ont déclaré que leur participation à la collaboration leur avait donné l'élan nécessaire pour commencer le travail de réduction des chutes.
- La satisfaction à l'égard des différentes composantes du programme de collaboration variait, mais dans l'ensemble, les équipes étaient heureuses d'y avoir participé et estimaient qu'il s'agissait là d'un effort précieux pour leur organisation.
- La collaboration a réussi à attirer l'attention sur les avantages d'une participation des patients et familles aux efforts d'amélioration de la qualité. Chaque équipe a impliqué des patients conseillers dans le projet, toutefois l'expérience a été différente d'une équipe à l'autre, principalement en raison de la nature du programme. Certains participants estimaient qu'il faudrait préciser et mieux structurer le rôle et l'objectif visés pour la participation des patients.
- L'évaluation de l'état de préparation préalable à la collaboration est utile pour avoir un aperçu des différentes situations de départ et pour documenter la disponibilité

- des données, et ce, afin d'éviter les hypothèses qui pourraient entraîner des retards.
- S'assurer que les équipes comprennent qu'il est tout aussi important d'identifier les occasions d'apprentissage émergentes que de définir et d'atteindre des objectifs d'amélioration plus ambitieux.
- Une approche plus structurée pourrait inclure des ressources telles qu'un guide ou du matériel de formation pour les équipes et pourrait prévoir des interventions visant à éliminer les obstacles à une plus grande participation des patients et des familles.

À la lumière des commentaires obtenus sur le premier volet, les suggestions d'amélioration pour le deuxième volet comprenaient l'élaboration d'une trousse pour le changement visant à partager les meilleures pratiques avec les nouvelles équipes (Box 1). Les suggestions portaient également sur l'accroissement de la formation et des ressources pour favoriser un engagement réel de la part des patients et familles.

BOX 1.

Trousse pour le changement

- Il a été suggéré de mettre au point, pour les équipes participantes, une « trousse pour le changement » qui serait régulièrement mise à jour.
- Cela aiderait les nouvelles équipes à choisir les domaines prioritaires et à trouver des idées pour tester les changements.
- La trousse pourrait inclure des listes d'améliorations potentielles, des stratégies, des outils validés et des mesures de résultats que toute équipe pourrait appliquer.

L'Annexe 1 présente la liste des participants ainsi que leurs objectifs et les résultats obtenus.

Deuxième volet collaboratif

Le deuxième volet collaboratif pour l'amélioration de la sécurité des soins à domicile consistait en un programme d'apprentissage structuré pour faciliter la collaboration et l'application des connaissances afin de résoudre les problèmes de sécurité liés aux soins à domicile. Il y a eu des séances d'éducation portant sur des sujets liés à l'amélioration de la qualité dans le secteur des soins à domicile et sur la réalisation d'un projet pilote en matière de sécurité des patients. L'ensemble de la collaboration s'est déroulé virtuellement au moyen de sessions en ligne, de téléconférences et de salons de discussion en ligne. Ce volet s'est déroulé du 15 février 2017 au 21 février 2018. Un accompagnement facultatif était offert aux équipes intéressées pour une période supplémentaire de six mois.

Durant la première moitié de la collaboration, les sessions de formation ont été animées par des experts à tous les quinze jours environ. Après ces présentations, les participants organisaient une réunion en ligne pour discuter de leur apprentissage

et formuler leurs questions. Les accompagnateurs répondaient immédiatement aux questions postées sur le centre de partage où était hébergé le matériel de collaboration. Dans l'évaluation du deuxième volet, la qualité de l'accompagnement a reçu une note moyenne de 5,78, la présentation, une note moyenne de 5,95, et les autres sources de matériel, une note de 5,61 (le tout sur une échelle de 1 à 7, 7 étant la note la plus élevée). Voir le Box 2 pour une liste des forces et des défis identifiés au cours de l'évaluation.

BOX 2.

Forces et défis du deuxième volet de collaboration

Forces

- Accès aux outils d'amélioration de la qualité
- Voir d'autres approches d'amélioration de la qualité à l'œuvre
- Accès à l'expertise en accompagnement
- La qualité des présentateurs experts
- Capacité à se concentrer sur la réalisation d'un projet
- Possibilité de travailler en équipe
- Possibilité d'obtenir des commentaires de ses pairs à travers le pays
- Permettre aux équipes de choisir leurs propres thèmes pour les
- Capacité à exploiter des ressources collaboratives

Défis

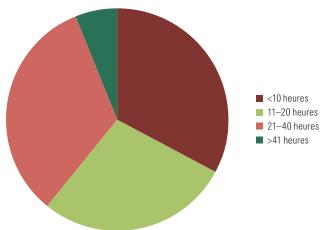
- Trouver l'équilibre en fonction des autres priorités de travail
- Pressions ou manque de temps
- Implication insuffisante de la part de certains promoteurs de projet
- Planification et préparation initiales inadéquates de la part
- Difficultés à définir une idée de projet ou un énoncé des objectifs
- Accorder plus de temps aux présentations individuelles lors de la réunion finale
- Difficultés d'utilisation du centre de partage d'informations
- On n'utilise pas suffisamment les données dans le secteur des soins à domicile

Les participants au premier volet comprenaient la Croix-Rouge canadienne (Cornwall), Saint Elizabeth Health Care, l'Office régional de la santé de Winnipeg, VHA Home HealthCare et Eastern Health Authority (T.-N.). Quant au deuxième volet, sept organisations de soins à domicile y ont participé : Beacon Community Services (C.-B.), Care at Home Services (C.-B.), Groupe santé CBI (pancanadien), Centre d'accès aux soins à domicile et en milieu communautaires du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Ouest (ON), Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (N.-É.), Vancouver Island Health Authority (C.-B.) et VHA Home HealthCare (ON). L'organisation Spectrum Health (ON) a commencé le projet de collaboration mais a rapidement mis fin à sa participation en raison de priorités organisationnelles contradictoires.

Les projets ciblaient un large éventail de type des clientèle et d'exigences en matière de soins, notamment les soins axés sur les clients pour les personnes atteintes de démence, la surveillance des infections et la gestion des perfusions centrales et périphériques, la réduction de l'impact négatif des chutes répétées et l'amélioration de la documentation pour les interventions en cas de chutes signalées. L'Annexe 2 présente une liste des organisations de soins à domicile et de leur projet dans le cadre du deuxième volet.

Le deuxième volet collaboratif a été perçu, dans l'ensemble, comme une réussite et une progression par rapport au premier volet. Pour ce qui est du temps consacré au deuxième volet du projet collaboratif, 33 % des participants ont déclaré y avoir dédié moins de 10 heures par mois, 28 %, de 11 à 20 heures par mois, 33 %, de 21 à 40 heures et 6 %, plus de 40 heures (Figure 1). Environ 72 % des participants ont indiqué avoir alloué « le temps adéquat » au projet, 22 % estiment y avoir dédié trop peu de temps et les 6 % restants déclarent avoir consacré trop de temps à l'initiative.

FIGURE 1. Temps consacré au projet collaboratif (heures/mois)



Le deuxième volet a été conçu pour encourager la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes et l'apprentissage entre elles. Les présentations des experts ont porté sur les thèmes de la collaboration interpersonnelle et de la création d'équipes efficaces. Les équipes ont eu maintes occasions de présenter diverses étapes de leurs projets pilotes à tous les participants, de recevoir des commentaires et de se familiariser avec le travail réalisé par les autres équipes. La plupart des participants se sont montré plutôt positifs dans leur évaluation globale de la collaboration. Un des participants a indiqué que « c'était une expérience positive qui a mené à des améliorations tant pour l'équipe que pour l'organisation ».

Plusieurs participants ont indiqué, comme impacts positifs, l'accès aux outils et à la méthodologie d'amélioration de la qualité ainsi que l'observation des autres démarches d'amélioration de la qualité. Un des participants a déclaré que

« l'accompagnement offrait un niveau de consultation et d'expertise qui n'aurait pas été habituellement accessible dans notre organisation ». Un autre participant s'est dit « inspiré par les nombreux conférenciers invités et leur travail ».

Quant au taux de satisfaction à l'égard de la collaboration dans son ensemble, 87,5 % des répondants ont accordé une note supérieure ou égale à 5 (sur une échelle de 1 à 7, 7 étant la note la plus élevée), pour une note moyenne de 5,46. La plupart des participants ont indiqué que cette collaboration les aiderait à se conformer à d'éventuelles normes d'agrément. Quelque 50 % des répondants ont indiqué qu'ils participeraient à nouveau à ce type de projet et 73 % ont indiqué qu'ils recommanderaient à leur organisation de participer à une initiative du genre.

Conclusion

Les participants ont vu de manière positive les aspects clés des projets collaboratifs, notamment la qualité de l'accompagnement, la qualité des conférenciers experts et le niveau d'apprentissage intra-équipe et inter-équipe. Le deuxième volet a été généralement perçu comme une amélioration par rapport au premier volet. Permettre aux équipes de choisir leur propre domaine de sécurité constitue l'une des forces du deuxième volet.

Les recommandations à prendre en compte pour d'éventuels projets sont, notamment, les suivantes : impliquer davantage les promoteurs de projet dans le processus, prévoir jusqu'à trois réunions pour favoriser la connexion entre les équipes et avec les accompagnateurs, favoriser davantage l'implication des patients et des familles, consacrer plus de travail, avant le début de la collaboration, pour l'identification des thèmes et pour mieux connaître l'état des capacités face au projet proposé et, finalement, étendre la durée de la collaboration à 18 mois pour permettre d'achever les projets.

L'ICSP et l'ACSSD continueront à œuvrer pour rendre les soins à domicile plus sécuritaires et proposeront aux fournisseurs de services le contenu et les ressources créées dans le cadre de ces projets afin d'aider les organisations de soins à domicile qui souhaitent accroître leurs capacités d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. HQ

Références

Veuillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (pp. 104–105).

A propos des auteurs

Wayne Miller, B.Ens., B.Sc. (éducation), M.Sc., est gestionnaire principal de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients et responsables d'initiatives pour la sécurité des soins à domicile.

Maaike Asselbergs est membre de Patients pour la sécurité des patients au Canada. Elle a été membre du groupe de travail sur la sécurité des soins à domicile dans le cadre du Consortium national sur la sécurité des patients.

Jeanne Bank dirige le projet « Réseau de savoir » à l'Association canadienne des soins et services à domicile. Elle a de l'expérience en gestion de projets et de programmes portant sur la santé, la sécurité et les politiques sociales. Elle est spécialiste des normes aux niveaux national et international.

Mike Cass est gestionnaire principal de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Il a dirigé des projets nationaux d'amélioration de la sécurité ainsi que des collaborations en matière d'amélioration de la sécurité des médicaments, de prévention des chutes et d'amélioration de la qualité des soins à domiciles.

Virginia Flintoft, B.Sc.inf., M.Sc., est gestionnaire principale de programme à l'Institut d'évaluation, de gestion et de politiques en santé (Université de Toronto). En tant que spécialiste des mesures et de l'évaluation et gestionnaire de l'équipe responsable des mesures à l'Institut canadien pour la sécurité des patients, elle participe à de nombreuses initiatives pour l'amélioration de la qualité.

Nadine Henningsen est directrice générale de l'Association canadienne des soins et services à domicile. À ce titre, elle dirige une association dynamique qui se consacre à l'excellence des soins à domicile au moyen du leadership, de la sensibilisation, de la représentation et du savoir.

Adresse pour correspondance: Wayne Miller, gestionnaire principal de programme, Institut canadien pour la sécurité des patients; téléphone : 709-730-0864; courriel : wmiller@cpsi-icsp.ca.

Commentary: Patient Safety in the Home

Shirlee Sharkey and Helene Lacroix

n 2018, SE Health (formerly Saint Elizabeth Health Care) delivered care and support to more than 500,000 people when and where they needed it. We delivered many of these health services to Canadians in their own homes, supporting independent living and freeing up hospital beds for acute care needs. As care in one's home becomes more commonplace, it is critical that Canadians know they are safe.

In addition to knowing that effective care is being delivered to facilitate health and wellness, it is imperative that Canadians have the safest homecare experience possible. So far, most patient safety work has focused on facility-based settings such as hospitals and long-term care homes. There is an ongoing need to not only translate and adapt these learnings but also to further develop our own understanding of and approaches to enhancing patient safety in the home.

There are unique safety risks for providers, patients and family caregivers in the home setting, including physical, environmental and social factors. Unlike institutional environments that are highly regulated and controlled, the home is the domain of the patient - it reflects the diverse ways people live and may not always be optimally designed for the delivery of healthcare. Patient safety in the home therefore requires us to work collaboratively with patients and their families to identify, manage and minimize risks as much as possible.

As part of its Home Care Safety Roundtable Action Plan, the Canadian Patient Safety Institute commissioned

researchers from SE Health to conduct an environmental scan for available resources that improve communication between interdisciplinary healthcare providers and organizations involved in transitioning patients into and out of homecare. This list of more than 50 forms, communication guides, information technology systems and software is available from the SE Research Centre.

Tools aside, the critical first step is to ensure a safe system of care in the home environment. The first line of safety is supporting the proficiency of the patient and the family to effectively manage the health condition at home. This is enabled by the next line of safety: the workforce that interacts with patients every day. The world of human factors tells us that people's personalities, actions, skills and competencies are variable and susceptible to error, especially in poorly designed workplaces. This holds true in every industry, and since we cannot change the human condition, we have to change the conditions under which humans work.

We have to be willing and determined to cultivate a system with multiple layers of defense - many safety nets, if you will. In addition to investing in education and training (which improves an individual's competency), we can use standardized tools, such as the International Resident Assessment Instrument (InterRAI), to reduce variability in care planning and to monitor outcomes. We also have to commit to continually reviewing professional practice and organizational

culture to identify preconditions for error and intervene before an adverse event occurs.

If we take these actions, we will lay a solid foundation for a "just culture of patient safety" and learning in homecare. What does that look like? It's a culture in which we move beyond incident reporting to proactively seek out and understand the factors that contribute to both risk and safety in the uncontrolled home environment and then devise strategies to address these factors at all levels of care and in all interactions. It's also about moving beyond blame, beyond the current reflexive response of punitive investigations of adverse events. It's about reaching outside the healthcare box and embracing systems thinking and design as a response to adverse events.

Over the past decade, the homecare sector has made strides in many of these areas. We must be relentless in continuing this focus, but we cannot do it alone. Health system support and ongoing collaboration with patients and families are required to optimize safety in the environments in which we live and work. There is no finish line when it comes to patient safety. Like high-quality and person-centred care, it's an ongoing journey.

We know how to do better and safer work in hospitals and long-term care facilities, and we can do the same at home. HQ

About the Authors

Shirlee Sharkey, BA, BScN, MHSc, CHE, ICD.D, is the chief executive officer of SE Health, a national social enterprise bringing excellence and innovation to homecare, seniors living and family caregiving. She is a member of the Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine, and serves on numerous boards including the CD Howe Institute and University Health Network.

Helene Lacroix, RN, BScN, MSc, is the vice president of clinical innovation at SE Health. Throughout her career she has worked to elevate quality and safety in healthcare and played an active role in spreading best practices on a national scale. She was part of the research team that led a landmark pan-Canadian homecare safety study.

Commentaire : la sécurité des patients à domicile

Shirlee Sharkey et Helene Lacroix

n 2018, l'organisme de santé SE Health (anciennement Saint Elizabeth Health Care) a fourni des services à plus de 500 000 personnes au moment et à l'endroit où elles en avaient besoin. Plusieurs de ces services de santé ont été fournis à domicile, préservant ainsi l'autonomie des usagers tout en libérant des lits d'hôpitaux pour d'autres besoins en soins de courte durée. Avec de plus en plus de soins fournis à domicile, il est essentiel que les Canadiens se sentent en sécurité.

En plus de soins efficaces fournis pour faciliter la santé et le mieux-être, il est impératif que les Canadiens bénéficient des soins à domicile les plus sécuritaires possible. Jusqu'à présent, la plupart des efforts pour améliorer la sécurité des patients ont plutôt concerné les établissements comme les hôpitaux et les centres de soins de longue durée. Maintenant, il faut non seulement intégrer et adapter ces apprentissages, mais également développer nos démarches et notre perception du problème dans le but d'améliorer la sécurité des patients dans le contexte des soins à domicile.

Les soins à domicile comportent leur propre lot de risques pour les prestataires, les patients et les proches aidants. Ces risques concernent des facteurs physiques, environnementaux et sociaux. Contrairement aux environnements institutionnels fortement réglementés et contrôlés, le lieu de résidence est le domaine du patient – il véhicule la façon de vivre des personnes et n'est pas toujours conçu pour une prestation optimale des services de santé. La sécurité des patients à la maison exige donc un travail en collaboration avec les patients et leurs familles pour identifier, gérer et minimiser les risques autant que possible.

Dans le cadre du Plan d'action de la table ronde sur la sécurité des soins à domicile, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a chargé des chercheurs de SE Health de procéder à une analyse de l'environnement pour recenser les ressources disponibles susceptibles d'améliorer la communication entre les prestataires de services de santé interdisciplinaires et les organisations responsables des transitions pour les patients requérant des soins à domicile. Cette liste de plus de 50 formulaires, guides de communication, systèmes informatiques et logiciels est disponible auprès du Centre de recherche de SE Health.

Au-delà des outils, la première étape essentielle est d'assurer un système de soins sécuritaire adapté à l'environnement du domicile. Le premier pas en matière de sécurité est d'assurer au patient et à sa famille un soutien pour la gestion de l'état de santé à la maison. Cette étape est effectuée par le biais d'interactions quotidiennes du personnel avec les patients. La réalité des facteurs humains nous apprend que la personnalité des gens, leurs actions, leurs qualifications et leurs compétences varient beaucoup et peuvent devenir des sources d'erreurs, tout particulièrement dans les lieux de travail moins bien adaptés. C'est vrai pour tous les secteurs, et puisque nous ne pouvons pas changer la condition humaine, nous devons modifier les conditions dans lesquelles les humains travaillent.

Il faut avoir la volonté et la détermination de mettre en place un système qui comporte plusieurs niveaux de défense – de nombreux filets de sécurité, si vous préférez. En plus d'investir dans l'éducation et la formation (ce qui améliore les compétences d'un individu), il est possible d'employer des outils normalisés, tels que le système international d'évaluation des résidents (InterRAI), pour réduire la variabilité dans la planification des soins et surveiller les résultats. Il faut également s'engager à réexaminer régulièrement les pratiques professionnelles et la culture organisationnelle afin d'identifier les conditions préalables à l'erreur et d'intervenir avant qu'un événement indésirable ne se produise.

Si nous adoptons ces mesures, nous jetterons les bases d'une « culture équitable » en matière de sécurité des patients et d'apprentissage dans la prestation des soins à domicile. Comment cela se traduit-il dans la pratique? Cela devient une culture où nous allons au-delà de la simple déclaration d'incidents, où nous détectons et cherchons à comprendre de manière proactive les facteurs pouvant contribuer aux risques et à la sécurité dans un environnement domestique non contrôlé, puis élaborer des stratégies pour tenir compte de ces facteurs à tous les niveaux de soins et dans toutes les interactions. Il faut aussi passer outre le blâme, l'automatisme des réponses actuelles comportant des pratiques punitives suite aux événements indésirables. L'idée est de sortir des sentiers battus dans le domaine des soins de santé en adoptant un système pensé et conçu en fonction de la prévention des événements indésirables.

Au cours des 10 dernières années, le secteur des soins de santé à domicile a progressé dans bon nombre de ces domaines. Il faut poursuivre cet objectif, mais nous ne pouvons y arriver seuls. Le soutien du système de santé et la collaboration continue avec les patients et leurs familles sont nécessaires pour optimiser la sécurité dans les environnements où nous évoluons et travaillons. Il n'y a pas de ligne d'arrivée en ce qui concerne la sécurité des patients. Tout comme les soins de haute qualité axés sur la personne, c'est une démarche qui n'arrête jamais.

Nous savons comment mieux effectuer notre travail de façon sécuritaire dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, et nous pouvons faire la même chose à la maison. HQ

Au sujet des auteures

Shirlee Sharkey, B.A., B.Sc.inf., M.Sc., CHE, LLD (honorifique), est directrice générale de SE Health, une entreprise sociale nationale apportant excellence et innovation aux personnes âgées et aux familles dans les soins à domicile. Elle est membre du Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir et siège à de nombreux autres conseils, dont ceux de l'Institut CD Howe et University Health Network.

Helene Lacroix, I.A., B.Sc.inf., M.Sc., est vice-présidente à l'innovation clinique chez SE Health. Au cours de sa carrière, elle a œuvré pour améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé et a joué un rôle actif dans la diffusion de meilleures pratiques à l'échelle nationale. Elle faisait partie de l'équipe de recherche qui a dirigé une étude pancanadienne sur la sécurité des soins à domicile

Measuring and Monitoring Healthcare-Associated Infections: A Canadian Collaboration to Better Understand the Magnitude of the Problem

Anne MacLaurin, Kanchana Amaratunga, Chantal Couris, Charles Frenette, Riccarda Galioto, Gerry Hansen, Jennifer Happe, Kim Neudorf, Linda Pelude, Caroline Quach and Suzanne Rhodenizer Rose

Abstract

Patients should never have to worry about getting an infection while in hospital. Yet every year, many hospitalized Canadians continue to acquire an infection during their hospital stay and experience increased morbidity and mortality as a result of these healthcare-associated infections (HAIs) (PHAC 2019b).

Measuring and monitoring HAIs provide key data to better understand the magnitude of the problem. In Canada, there are inconsistencies in the use of standardized HAI case definitions and surveillance practices. These inconsistencies make it difficult to provide benchmarks and set targets to help reduce the rate of HAIs in Canadian hospitals.

Introduction

Healthcare-associated infections (HAIs), or infections acquired in a healthcare setting, are the most frequently reported adverse events in healthcare delivery worldwide. Each year, hundreds of millions of patients are affected by HAIs, leading to significant morbidity and mortality and financial cost to healthcare systems (WHO n.d.).

HAIs account for a large proportion of patient safety incidents in Canada. Every year, it is estimated that 220,000 Canadian patients (approximately one in nine) will develop an infection during their stay in hospital. Complicating the problem is the fact that many HAIs are caused by antimicrobial-resistant organisms (AROs), which make them difficult to

treat. Although progress has been made to prevent and control ARO-related HAIs, much work remains to be done. Globally and in Canada, the steps taken to mitigate antimicrobial resistance (AMR) are relatively limited. The Public Health Agency of Canada (PHAC) estimates that approximately 2% of patients admitted to large, academic Canadian hospitals will have acquired an infection with an ARO during the course of their hospital stay (Mitchell et al. 2019) and that at any given time, 3-10% of patients who are hospitalized in Canada will either be infected or be a carrier of an ARO (Martin et al. 2019).

However, it is important to note that the statistics quoted above are based on data collected from convenience samples of Canadian acute-care hospitals. The inconsistencies in defining, measuring and reporting HAIs make it difficult to determine the magnitude of HAIs and AROs across the country.

Challenges with Measurement and Surveillance in Canada

Determining the scope of the problem is the necessary first step to formulating an effective infection prevention and control response to HAIs. Surveillance is "the ongoing, systematic collection, analysis, and interpretation of health data ... integrated with the timely dissemination of these data to those who need to know" (Centers for Disease Control 1986). Strengthening surveillance is critical as it is the basis to inform strategies, monitor the effectiveness of interventions and detect new trends and threats (WHO 2014).

Not all acute care hospitals participate in the Canadian Nosocomial Infections Surveillance Program (CNISP) making it difficult to benchmark, establish national rates, set targets to reduce the rate of HAIs and compare interventions to reduce them. This problem is amplified in long-term care (LTC) settings where routine national HAI surveillance is not conducted. The approach to defining, detecting and measuring HAIs between and within Canada's provinces and territories is inconsistent. Specifically, HAI case definitions and protocols vary across the provinces, resulting in different numerators and denominators (Xia et al. 2019). For example, a 2016 Prince Edward Island infection prevention and control report stated that they would not compare rates of methicillinresistant Staphylococcus aureus (MRSA) (colonization/infection) and Clostridium difficile infection to other provinces due to the diversity of data collection methodology (Health PEI 2017). Appendix 1 (available at: https://www.longwoods.com/ content/26040) provides excerpts of MRSA surveillance protocols as an example of the inconsistencies in defining both the numerator (cases of MRSA) and the denominator (population included in the study) across two provinces and one territory.

The multiple surveillance systems across the country require integration and coordination to reduce the gaps and inconsistencies on current assessments of HAIs and AROs. Having an integrated information system for data entry, collection and reporting allows for real-time feedback and analysis. It is essential that healthcare facilities use standardized surveillance definitions, protocols and methodologies to ensure that HAI and ARO rates in all provinces and territories can be compared, national benchmarks can be established and reduction targets can be set based on data received from facilities of similar size, type and setting. When outcome surveillance is done in parallel with process surveillance, benefits of measures and interventions can be inferred.

The results from Quebec's Institut national de santé publique (INSPQ) provide evidence of success promoted by the implementation of province-wide surveillance. The mission of the INSPQ, established in 1998, is to support Quebec's Minister of Health and Social Services, regional public health authorities and health and social services institutions in carrying out their public health responsibilities by offering expertise and specialized laboratory and screening services. An INSPQ report indicates that the rate of healthcare-associated MRSA bloodstream infections for 89 reporting healthcare facilities in Quebec has steadily declined from 0.29 per 10,000 patient days in 2012-13 to a rate of 0.14 per 10,000 patient days in 2016–17 (INSPQ 2017a). Similarly, the incidence of healthcare-associated C. difficileassociated diarrhea has declined over 3 years consecutively for the 95 healthcare facilities reporting (INSPQ 2017b).

Standardizing the Measurement and Surveillance of HAIs in Canada

In November 2014, the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) and PHAC hosted a national infection prevention and control summit. More than 40 participants came together with the goal of advancing infection prevention and control practices and reducing HAIs in Canada. There was overwhelming consensus from stakeholders, including federal, provincial and territorial representatives, that consistency in the measurement and surveillance of HAIs is urgently needed to reduce the incidence and burden of preventable infections (CPSI 2015). An action plan was created and collaborative partnerships were developed to improve the consistency of surveillance practices in acute and LTC settings across the country. The following key actions were identified in the plan:

- The identification of standard infection surveillance definitions for HAIs for both acute and LTC
- Widespread adoption and application of these definitions across Canada
- The establishment of a pan-Canadian repository to collect, analyze and report HAIs (CPSI 2015)

Progress on the Canadian Action Plan on Standardized HAI Surveillance Definitions

Standardized HAI surveillance definitions

Infection Prevention and Control Canada (IPAC Canada), the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada (AMMI Canada) and CPSI led a committee to establish and implement standardized healthcare infection surveillance definitions for HAIs in acute care and LTC. The adoption and application of these pan-Canadian definitions will impact how infections are defined, measured and reported and ultimately should help reduce HAIs. Work is now being undertaken by these organizations in conjunction with the CNISP, Canadian Institute for Health Information (CIHI) and PHAC to identify options for the pan-Canadian collection, analysis and reporting of HAI and AMR.

Acute care

All Canadian acute care settings should adopt the CNISP acute care HAI surveillance definitions. CNISP is a collaborative effort of the Canadian Hospital Epidemiology Committee, a subcommittee of AMMI Canada and PHAC. One of the objectives of CNISP is to provide rates and trends of HAIs (including AROs) in Canadian acute care hospitals, thus enabling comparison of rates (benchmarks), and to provide data that can be used in the development of national guidelines and policies related to HAIs and AROs. At present, 73 sentinel acute care hospitals from 10 provinces and one territory participate in the CNISP network.

Established in 1994, CNISP produces acute care surveillance definitions annually, but not all acute care hospitals in Canada use these definitions. To promote pan-Canadian use of CNISP definitions, an acute care subcommittee was led by IPAC Canada to identify barriers to using CNISP definitions in Canadian acute care hospitals. The CNISP definitions were distributed to IPAC members, and a roundtable discussion was hosted by members of the acute care subcommittee. Participants of the roundtable discussion were members of the IPAC Surveillance and Applied Epidemiology Interest Group. Participants were a mixture of front-line infection control practitioners and epidemiologists. Some participants were affiliated with CNISP hospitals, but most were not. The roundtable discussion aided in the identification of the following perceived issues:

- Protocols were thought by roundtable participants to be accessible only to hospitals participating in CNISP. Since the roundtable, CNISP has worked with IPAC Canada, AMMI Canada and CPSI to ensure that their protocols are posted and available to the public.
- Participation in CNISP is limited. Participation in CNISP is currently limited by the funding dedicated to the program; therefore, some hospitals that had applied to participate in CNISP were unable to due to a lack of available funding. In order to improve representativeness, CNISP has been able to recruit additional Canadian acutecare hospitals to participate in the CNISP network
- The protocols are unclear or lack detail in some places. Some non-CNISP hospitals reported attempts to follow the CNISP definitions but found that some details were unclear, such as timelines (hours versus calendar days) and infection attributions (hospital versus healthcare associated). In these situations, non-CNISP hospitals look to other case definitions to address these perceived gaps, which creates the potential for deviation from the original definition and protocols.
- Non-CNISP hospitals lack the infrastructure to use CNISP definitions. Facilities that are not part of CNISP must create their own database to record and track their surveillance data. As surveillance definitions change, the information collected in a database must also change. Local electronic databases cannot always be easily updated in response to changes to the CNISP criteria.
- The timing between the release of the protocols and expected implementation is too short. The CNISP protocols are released in the late fall, and implementation is expected by January. As described above, local implementation of changes is challenging, especially under time constraints.
- The conditions covered under the CNISP program are limited. Participants in the roundtable discussion voiced

the need to perform surveillance on additional conditions not covered by CNISP (e.g., urinary tract infections, surgical site infections, pneumonia and skin infections). Despite the desire to expand the surveillance program, CNISP is limited by the funding of the program.

These barriers were shared with CNISP for consideration. CNISP has reviewed the concerns and has taken action to alleviate issues and barriers where feasible. For the most part, resolution of the issues identified by participants in the roundtable discussion is limited by funding and infrastructure. The concerns described by the roundtable participants emphasize the need to build on the existing national HAI surveillance conducted by CNISP by providing the secretarial, epidemiological, and infrastructure support necessary to support standardized data collection, analysis and reporting.

The 2018 CNISP HAI surveillance protocols have been published on the CPSI, IPAC Canada and AMMI websites (PHAC 2019a). These protocols include HAI surveillance case definitions for the following:

- C. difficile infection
- MRSA and methicillin-susceptible S. aureus (MSSA) bloodstream infections
- Vancomycin-resistant enterococci bloodstream infections
- Carbapenemase-producing organisms
- Central line-associated bloodstream infections in intensive
- Surgical site infections following hip and knee arthroplasty
- Healthcare-acquired cerebrospinal fluid shunt-associated
- Surgical site infections following pediatric cardiac surgery

In addition to this, CNISP protocols are updated annually and any areas of concern or ambiguity are discussed and rectified. Work is currently under way to strategically recruit additional hospital sites in order to achieve more nationally representative data.

Long-term care

As in acute care, use of LTC definitions is inconsistent. All Canadian LTC settings should adopt the IPAC Canada LTC surveillance definitions (Happe et al. 2017). These definitions were prepared by a committee made up of members from IPAC Canada's Surveillance and Applied Epidemiology Interest Group, Long Term Care Interest Group, and Network of Networks Interest Group and the Association des infirmières en prévention des infections (AIPI). The committee reviewed and made amendments to the most recent LTC infection case definitions published by the Society for Healthcare Epidemiology of America (Stone et al. 2012) for use in Canada.

The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee guideline development methodology was used to revise the definitions (Umscheid et al. 2010). Changes were determined by consensus between working group members and reviewed by content experts, including infectious disease physicians, epidemiologists, infection control professionals and public health officials. Happe et al. (2017) published the LTC surveillance definitions for the following:

- Respiratory tract infections
- Urinary tract infections
- Skin, soft tissue and mucosal infections
- Gastrointestinal tract infections

Pan-Canadian measurement and surveillance

Recognizing the current gaps in measurement and surveil-lance and the multiple organizations working on measurement, surveillance and reporting of HAIs, CPSI and CIHI convened a "Day of Discovery" in February 2017, when AMMI Canada, IPAC Canada and PHAC, including CNISP, came together to better understand the role each organization has in collecting, measuring, monitoring and reporting HAIs. Stemming from this deeper understanding, each organization has made a commitment to work together, leveraging each other's strengths and capabilities to advance the goal of a national surveillance strategy for HAIs and AROs.

Overview of Surveillance Programs Worldwide

It is hoped that Canada will follow the lead of all other industrialized countries and create a country-wide surveillance network. The CDC, National Healthcare Safety Network (NHSN) is the US's most widely used HAI tracking system. NHSN provides facilities, states, regions, and the nation with data needed to identify problem areas, measure progress of prevention efforts, and ultimately eliminate HAIs. Beginning decades ago with 300 hospitals, NHSN now serves over approximately 25,000 medical facilities tracking HAIs. Current participants include acute care hospitals, long-term acute care hospitals, psychiatric hospitals, rehabilitation hospitals, outpatient dialysis centres, ambulatory surgery centres, and nursing homes, with hospitals and dialysis facilities representing the majority of facilities reporting data (Centers for Disease Control and Prevention n.d.)

Public Health England (PHE) monitors the numbers of certain infections that occur in healthcare settings through routine surveillance programs and advises on how to prevent and control infection in establishments such as hospitals, care homes and schools. PHE's national surveillance program collects data on bacteremia, Gram-negative bacteria, C. difficile infection, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa,

Klebsiella species, *S. aureus* (MRSA and MSSA) and surgical site infection (Public Health England 2018).

The Healthcare-Associated Infections Surveillance Network (HAI-Net) is a European network for the surveillance of HAIs. The network is coordinated by the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). The main priorities of HAI-Net are the coordination of the European point prevalence survey of HAIs and antimicrobial use in acute care hospitals, the European surveillance of surgical site infections, the European surveillance of HAIs in intensive care units and the repeated prevalence surveys of HAIs and antimicrobial use in European LTC facilities. HAI-Net lists 23 national and regional systems for the surveillance of HAIs within the European Union (European Centre for Disease Prevention and Control n.d.)

Most members of the general public ... expect that leaders and providers of patient services will ... do whatever is necessary to prevent infectious organisms from reaching the patient.

Patient and Family Engagement

Contemporary healthcare frameworks consider patient- and family-partnered healthcare to be fundamental. There are varying degrees of patient and family partnership. Select members of the general public, including patients, patient advocates and patient advisors, have an avid interest in national healthcare trends, policies, politics and economics. Others have a keen interest in shaping local improvements in their communities and healthcare facilities, and there are those interested in what is happening at the point of care. These highly engaged members of the public seek data to influence change and lobby for improvement to protect themselves, those they care about and the public. They desire transparency and accountability using Canadian-made numbers.

Most members of the general public do not want to be burdened with detailed statistics (Popescu et al. 2016). However, they expect that professionals charged with the responsibility of knowing the infection rates for their facility, province or territory have accurate data readily available, are transparent with the information and are accountable for their response to the data. They expect that leaders and providers of patient services will act on the information and do whatever is necessary to prevent infectious organisms from reaching the patient. Acquiring an infection in a healthcare facility should not be the "new normal." Acquiring an ARO infection is a travesty of healthcare.

HAIs are a patient safety issue. Yet data connected to HAIs are not captured in public critical incident reports (Government of Saskatchewan Ministry of Health 2018).

Therefore, most healthcare consumers are unaware of the risks that lurk in hospitals and LTC facilities. It is estimated that up to 70% of HAIs are preventable (Umscheid et al. 2011). As patient partnerships increase, providers can expect that patients and families will become more active in hand hygiene and device disinfection and overtly participate in disinfecting their immediate healthcare environment. Reducing HAIs involves commitment at all levels, including the patient. A robust surveillance system has the capacity to enhance patient safety through responsive infection prevention and control process improvements and mitigation of risk.

Next Steps

To help ensure the consistency of surveillance practices, work is under way to disseminate the definitions, engage provincial/territorial health authorities and healthcare organizations to adopt the acute care and LTC definitions and establish a national network for surveillance of HAI using the proposed common definitions as well as surveillance methodologies for case-finding for HAIs. IPAC Canada, AMMI Canada and CPSI are committed to working with provincial, territorial and national jurisdictions to promote the widespread adoption of these case definitions.

Robust surveillance data and information are essential for improving our understanding of the burden of illness. Through the collaboration and partnerships formed around this important topic, significant progress has been made. However, support from all levels of government is required to make the goal of a truly national surveillance strategy for HAIs and AROs a reality.

Through the collaborative effort of CPSI, CIHI, AMMI Canada, IPAC Canada and PHAC, a policy paper is under development to update and inform the provinces, territories and other stakeholders regarding the work done on the standardized surveillance case definitions and to outline recommendations for data collection and reporting of surveillance data going forward. The paper will include a summary of surveillance practices, incorporating what organizations are currently collecting and reporting, as well as recommendations for the future collection and reporting of HAI surveillance data. Following the publication of this paper, the partners intend to host a roundtable meeting with federal, provincial and territorial decision-makers, where it is hoped that consensus can be achieved for adoption of the acute and LTC surveillance definitions. The partners will then work with the decision-makers to develop an action plan focused on the steps required for the implementation of the surveillance definitions and solutions for the collection, analysis and reporting of HAIs.

Conclusion

To ensure that HAI surveillance data are standardized and consistent across the country, federal, provincial and territorial government adoption and application of the standardized surveillance case definitions stemming from the Infection Prevention and Control Action Plan are imperative. Furthermore, federal, provincial and territorial government support, collaboration and investment are required to achieve the goal of pan-Canadian surveillance network for HAIs and AMR.

With the pan-Canadian adoption and application of these definitions, we can help ensure a consistent approach to how infections are defined, measured and reported. As a result, this will help advance our overall goal of reducing these infections. Support is required from senior leaders and policy and decision-makers in endorsing, promoting and using these surveillance case definitions within their jurisdiction, facility and/or network. HQ

References

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2015, July. An Infection Prevention and Control Action Plan. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 10, 2019. http://www.patientsafetyinstitute.ca/ en/About/PatientSafetyForwardWith4/Documents/Infection%20 Prevention%20and%20Control%20%28IPAC%29%20 Action%20Plan.pdf>.

Centers for Disease Control and Prevention. n.d. About NHSN. Retrieved August 22, 2019. https://www.cdc.gov/nhsn/about-nhsn/ index.html>.

Centers for Disease Control. 1986. Comprehensive Plan for Epidemiologic Surveillance: Centers for Disease Control, August 1986. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control.

European Centre for Disease Prevention and Control. n.d. Healthcare-Associated Infections Surveillance Network (HAI-Net): About the Network. Retrieved August 22, 2019. https://ecdc.europa.eu/en/about-us/ networks/disease-networks-and-laboratory-networks/hai-net-about>.

Government of British Columbia. 2019. Surveillance Protocol for Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in BC Acute Care Facilities. Retrieved August 23, 2019. .

Government of Manitoba. 2018. Surveillance Definitions for MRSA, VRE and CPE. Retrieved August 23, 2019. https://www.gov.mb.ca/ health/publichealth/cdc/docs/ipc/aro_definitions.pdf>.

Government of Nunavut. 2019. Nunavut Department of Health's Communicable Disease Manual. Retrieved August 22, 2019. https:// gov.nu.ca/sites/default/files/communicable_diseases_manual_update_ jan_2019_0.pdf>.

Government of Saskatchewan Ministry of Health. 2018. Annual Report for 2017–18. Regina, SK: Author. Retrieved July 10, 2019. http://publications.gov.sk.ca/documents/15/107666-2017- 18HealthAnnualReport.pdf>.

Happe, J., F. Stoll, L. Biluk, K. Cargill, A. Cuff, G. Cerkowniak et al. 2017. Surveillance Definitions of Infections in Canadian Long-Term Care Facilities. Canadian Journal of Infection Control Fall(Suppl.): 10-17.

Health PEI. 2017, March. Infection Prevention and Control Surveillance Data Summary 2016. Charlottetown, PEI: Author. Retrieved July 10, 2019. https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/ publications/infection_prevention_and_control_program_2016_ report_final_4.pdf>.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 2017a. Clostridium difficile-Associated Diarrhea Surveillance Results: 2016-2017. Retrieved July 10, 2019. https://www.inspq.qc.ca/en/ nosocomial-infections/spin-cdad/surveillance-results-2016-2017>.

Institut national de santé publique Québec (INSPQ). 2017b. Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA) Bloodstream Infections Surveillance Results: 2015-2016. Retrieved July 10, 2019. https://www.inspq.qc.ca/en/nosocomial-infections/spin-mrsa/ surveillance-results-2016-2017>.

Martin, P., C. Abou, V. William, K. Bush, M. Dyck, Z. Hirji et al. 2019. Prevalence of Antibiotic-Resistant Organisms in Canadian Hospitals. Comparison of Point-Prevalence Survey Results from 2010, 2012, and 2016. Infection Control and Hospital Epidemiology 40(1): 53-59. doi:10.1017/ice.2018.279.

Mitchell R, G. Taylor, W. Rudnick, S. Alexandre, K. Bush, L. Forrester et al. 2019. Trends in Health Care-Associated Infections in Acute Care Hospitals in Canada: An Analysis of Repeated Point-Prevalence Surveys. CMAJ191 (36): E981–88. doi:10.1503/cmaj.190361.

Popescu, I., K. Neudorf and S.N. Kossey. 2016. Engaging Patients in Antimicrobial Resistance and Stewardship. International Journal of Health Governance 21(3): 180-93. doi:10.1108/IJHG-02-2016-0008.

Public Health England (PHE). 2018. Healthcare Associated Infections (HCAI): Guidance, Data and Analysis. Retrieved August 22, 2019. https://www.gov.uk/government/collections/healthcare-associated- infections-hcai-guidance-data-and-analysis>.

Public Health Agency of Canada (PHAC). 2019a. 2018 CNISP HAI Surveillance Case Definitions. Retrieved July 10, 2019. .

Public Health Agency of Canada (PHAC). 2019b. Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program (CNISP): Summary Report of Healthcare Associated Infection (HAI), Antimicrobial Resistance (AMR) and Antimicrobial Use (AMU) Surveillance Data from January 1, 2013 to December 31, 2017. Retrieved August 26, 2019.

Stone, N.D., M.S. Ashraf, J. Calder, C. Crnich, K. Crossley, P.J. Drinka et al.; Society for Healthcare Epidemiology Long-Term Care Special Interest Group. 2012. Surveillance Definitions of Infections in Long-Term Care Facilities: Revisiting the McGeer Criteria. Infection Control and Hospital Epidemiology 33(10): 965–77. doi:10.1086/667743.

Umscheid, C.A., R.K. Agarwal and P.J. Brennan; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2010. Updating the Guideline Development Methodology of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). American Journal of Infection Control 38(4): 264-73. doi:10.1016/j.ajic.2009.12.005.

Umscheid, C.A., M.D. Mitchell, J.A. Doshi, R. Agarwal, K. Williams and P.J. Brennan. 2011. Estimating the Proportion of Healthcare-Associated Infections that Are Reasonably Preventable and the Related Mortality and Costs. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 32(2): 101-14. doi:10.1086/657912.

World Health Organization (WHO). 2014. Antimicrobial Resistance: Global Report on Surveillance 2014. Retrieved July 10, 2019. https:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112642/9789241564 748_eng.pdf;jsessionid=CAA7D34C2973E32F2A191A65BC98D5 DA?sequence=1>.

World Health Organization (WHO). n.d. Healthcare-Associated Infections Fact Sheet. Retrieved July 10, 2019. https://www.who.int/ gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf>.

Xia, Y., M. Tunis, C. Frenette, K. Katz, K. Amaratunga, S. Rhodenizer Rose et al. 2019. Epidemiology of Clostridium difficile Infection in Canada: A Six-Year Review of Provincial Surveillance Data. Canada Communicable Disease Report 45(7/8): 191–211.

About the Authors

Anne MacLaurin, BScN, MN, is senior program manager at the Canadian Patient Safety Institute. Anne is responsible for advancing patient safety through supporting national and regional partnerships and coordinating initiatives, including CPSI's infection prevention and control national strategy.

Kanchana Amaratunga, MD, MPH, FRCPC, is the public health medical advisor at the Public Health Agency of Canada and a lecturer at the University of Ottawa/The Ottawa Hospital. Dr. Amaratunga is an infectious diseases and internal medicine physician; her work at PHAC focuses on hospital-acquired infections, including Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program data.

Chantal Couris, Msc, PhD, a Manager at the Canadian Institute for Health Information. Chantal leads the Indicator Research and Development team at CIHI and is passionate about improving health system performance.

Charles Frenette, MD, is the medical director of infection prevention and control at McGill University Health Centre, chairs the AMMI Canada Hospital Epidemiology Committee and is a member of the Government of Canada's Expert Advisory Group on Antimicrobial Resistance.

Riccarda Galioto, BA, is the executive director of AMMI Canada, the national specialty association that represents physicians, clinical microbiologists and researchers specializing in the fields of medical microbiology and infectious diseases.

Gerry Hansen, BA, is the executive director of IPAC Canada, a national, multidisciplinary, voluntary association of infection prevention and control professionals with 21 chapters across the country dedicated to the health of Canadians by promoting excellence in the practice of infection prevention and control.

Jennifer Happe, BSc, MSc, is a director of IPAC Canada and chair of the IPAC Canada Surveillance and Applied Epidemiology Interest Group. Jennifer is an infection control professional with Alberta Health Services.

Kim Neudorf, BScN, has been a patient champion with Patients for Patient Safety Canada since 2009. Her areas of interest include patient safety, patient engagement, infection prevention and control and antimicrobial stewardship. Kim recently co-authored a paper that provides an overview of patient advisors' perspectives on the state of antimicrobial resistance and stewardship in Canada.

Linda Pelude, MSc, is a senior epidemiologist with the Public Health Agency of Canada and is responsible for the analysis of Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program data.

Caroline Quach, MD, MSc, FRCPC, FSHEA, is the past president of AMMI Canada. Caroline is a pediatric infectious diseases consultant, medical microbiologist and professor in the Department of Microbiology, Infectious Diseases and Immunology at the Université de Montréal. Her research focuses on preventing infections from the hospital to community, particularly for vulnerable populations.

Suzanne Rhodenizer Rose, RN, BScN, MHS, CIC, is provincial director of medical device reprocessing for the Nova Scotia

Health Authority and past president of IPAC Canada. Suzanne has taken a leadership role to improve the practice of infection prevention and control, including provincial surveillance, best practice guidelines and policy, and fostering a high level of competency for infection control professionals.

Correspondence may be directed to: Anne MacLaurin, Canadian Patient Safety Institute; phone: 902-315-3877; e-mail: amaclaurin@cpsi-icsp.ca.

Mesure et surveillance des infections associées aux soins de santé : collaboration canadienne pour mieux comprendre l'ampleur du problème

Anne MacLaurin, Kanchana Amaratunga, Chantal Couris, Charles Frenette, Riccarda Galioto, Gerry Hansen, Jennifer Happe, Kim Neudorf, Linda Pelude, Caroline Quach et Suzanne Rhodenizer Rose

Résumé

Jamais un patient ne devrait avoir à craindre une infection pendant son séjour à l'hôpital. Pourtant, chaque année, de nombreux Canadiens hospitalisés contractent une infection pendant leur séjour et il y a un accroissement des taux de morbidité et de mortalité en raison de telles infections (PHAC 2019b).

La mesure et la surveillance des infections associées aux soins de santé (IASS) fournissent des données essentielles pour mieux comprendre l'ampleur du problème. Au Canada, il y a incohérence entre l'utilisation des normes de définitions de cas et les pratiques de surveillance des IASS. En raison de cette incohérence, il est difficile de prévoir des points de repère et des cibles pour aider à réduire le taux d'IASS dans les hôpitaux canadiens.

Introduction

Les infections associées aux soins de santé (IASS), ou infections contractées dans un établissement de santé, constituent l'effet indésirable le plus fréquemment rapporté dans le monde. Chaque année, des centaines de millions de patients contractent une IASS, ce qui entraîne un fort taux de morbidité et de mortalité ainsi que des coûts pour les systèmes de santé (WHO s. d.).

Les IASS représentent une proportion importante des incidents liés à la sécurité des patients au Canada. Chaque année, on estime que 220 000 patients (environ un sur neuf)

développent une infection durant leur séjour à l'hôpital. À cela s'ajoute le fait que de nombreuses IASS sont causées par des organismes résistants aux antimicrobiens (ORA), ce qui complique les traitements. Bien que des progrès aient été réalisés pour prévenir et maîtriser les IASS liés aux ORA, il reste encore beaucoup à faire. À l'échelle mondiale et au Canada, les mesures prises pour atténuer la résistance aux antimicrobiens (RAM) sont relativement limitées. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) estime qu'environ 2 % des patients admis dans les grands hôpitaux universitaires canadiens contractent une infection par un ORA au cours de leur séjour (Mitchell et coll. 2019) et qu'à tout moment, de 3 à 10 % des patients hospitalisés au Canada seront soit infectés, soit porteurs d'un ORA (Martin et coll. 2019).

Cependant, il est important de noter que les statistiques citées ci-dessus se basent sur des données recueillies auprès d'échantillons de commodité dans des hôpitaux de soins de courte durée au Canada. Il est difficile de déterminer au pays l'ampleur des IASS et des ORA en raison d'une incohérence entre les définitions, les mesures et la déclaration des IASS.

Défis liés à la mesure et à la surveillance

La première étape pour une prévention et un contrôle efficaces des IASS consiste à déterminer l'étendue du problème. La surveillance comprend « la collecte, l'analyse et l'interprétation systématiques des données sur la santé, de pair avec la diffusion de ces données en temps opportun à ceux qui doivent savoir » (Centers for Disease Control 1986). Le renforcement de la surveillance est essentiel car elle sert à informer les stratégies, à suivre l'efficacité des interventions et à détecter les tendances et les nouvelles menaces (WHO 2014).

Ce ne sont pas tous les hôpitaux de soins de courte durée qui participent au Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN), ce qui rend difficile les points de comparaison, l'établissement de taux nationaux, l'établissement d'objectifs de réduction des taux d'IASS ou la comparaison des interventions visant à les réduire. Ce problème est encore plus accentué dans les établissements de soins de longue durée (SLD), où il n'y a pas de surveillance de routine nationale quant aux IASS. L'approche utilisée pour définir, détecter et mesurer les IASS dans les provinces et territoires du Canada est incohérente. Plus précisément, les définitions de cas et les protocoles relatifs aux IASS varient d'une province à l'autre, ce qui entraîne une différence des numérateurs et des dénominateurs (Xia et coll. 2019). Par exemple, un rapport de 2016 sur la prévention et le contrôle des infections à l'Île-du-Prince-Édouard précise qu'il ne compare pas les taux de Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) (colonisation/infection) ou d'infection à Clostridium difficile à ceux des autres provinces en raison de la diversité des méthodes de collecte de données (Health PEI 2017). L'Annexe 1 (disponible sur : https://www.longwoods.com/ content/26040) présente des extraits de protocoles de surveillance du SARM pour illustrer les incohérences dans la définition du numérateur (cas de SARM) et du dénominateur (population incluse dans l'étude) entre deux provinces et un territoire.

Pour réduire les écarts et les incohérences dans l'évaluation des IASS et des ORA, il faut intégrer et coordonner les multiples systèmes de surveillance au pays. Disposer d'un système d'information intégré pour la saisie, la collecte et la communication des données permet un retour d'information et une analyse en temps réel. Il est essentiel que les établissements de santé utilisent des définitions, des protocoles et des méthodologies de surveillance normalisés pour permettre la comparaison des taux d'IASS et d'ORA entre les provinces et les territoires, pour permettre l'établissement de points de référence nationaux ainsi que la fixation d'objectifs de réduction à partir de données fournies par des établissements similaires. Il est possible de constater l'avantage des mesures et des interventions, si la surveillance des résultats s'effectue parallèlement à une surveillance des processus.

Les résultats de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) témoignent du succès de la mise en place d'une surveillance à l'échelle de la province. L'INSPQ, créé en 1998, a pour mission de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements de santé et de services sociaux dans l'exercice de leurs responsabilités, en rendant disponible une expertise et des services spécialisés de laboratoire et de dépistage. Un rapport de l'INSPQ indique que le taux de bactériémies nosocomiales à SARM déclaré dans 89 établissements de santé au Québec a régulièrement diminué, passant de 0,29 par 10 000 jours-présence en 2012-2013 à 0,14 par 10 000 jours-présence en 2016-2017 (INSPQ 2017a). De même, l'incidence des diarrhées à C. difficile associées aux soins de santé a diminué pendant trois années consécutives dans 95 établissements de santé (INSPQ 2017b).

Normalisation des mesures et de la surveillance des IASS au Canada

En novembre 2014, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et l'ASPC ont organisé un sommet national sur la prévention et le contrôle des infections. Plus de 40 participants se sont réunis dans le but de faire progresser les pratiques de prévention et de contrôle des infections et de réduire les IASS au Canada. Les intervenants, notamment les représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux, ont convenu qu'il était urgent d'assurer la cohérence des mesures et la surveillance des IASS afin de réduire l'incidence et le fardeau des infections évitables (CPSI 2015). Un plan d'action a été créé et des partenariats de collaboration ont été développés pour améliorer l'uniformité des pratiques de surveillance dans les établissements de soins de courte durée et de longue durée au pays. Le plan présente les actions suivantes :

- Normalisation des définitions en matière de surveillance des IASS, tant dans les soins de courte durée que les SLD
- Adoption et application à grande échelle de ces définitions partout au Canada
- Mise en place d'un dépôt pancanadien de données pour collecter, analyser et rapporter les IASS (CPSI 2015)

Progression du plan d'action national quant à la normalisation des définitions en matière de surveillance des IASS

Normalisation des définitions en matière de surveillance des IASS

Prévention et contrôle des infections Canada (PCI Canada), l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI Canada) et l'ICSP ont mis sur pied un comité chargé d'établir et de mettre en œuvre des définitions normalisées pour la surveillance des IASS dans les soins de courte durée et les SLD. L'adoption et l'application de ces définitions pancanadiennes auront une incidence sur la manière de définir, de mesurer et de signaler les IASS et devraient en définitive contribuer à en réduire l'incidence. Ces organismes collaborent actuellement avec le PCSIN, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et l'ASPC afin d'identifier les options pour la collecte, l'analyse et la déclaration des IASS et de la RAM à l'échelle canadienne.

Soins de courte durée

Tous les établissements de soins de courte durée au Canada devraient adopter les définitions du PCSIN pour la surveillance des IASS. Le PCSIN est une collaboration entre le Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers, un sous-comité d'AMMI Canada et l'ASPC. Un des objectifs du PCSIN est de faire connaître les taux et les tendances des IASS (y compris les ORA) dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada, permettant ainsi la comparaison des taux (points de repère) et l'accès à des données pouvant servir à l'élaboration de lignes directrices et de politiques nationales pour les IASS et les ORA. Actuellement, 73 hôpitaux sentinelles répartis dans 10 provinces et un territoire font partie du PCSIN.

Créé en 1994, le PCSIN produit chaque année des définitions pour la surveillance dans les soins de courte durée, mais les hôpitaux canadiens de soins de courte durée n'utilisent pas tous ces définitions. Afin de promouvoir l'utilisation pancanadienne des définitions du PCSIN, PCI Canada a dirigé un sous-comité afin d'identifier les obstacles à l'utilisation des définitions du PCSIN dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada. Les définitions du PCSIN ont été distribuées aux membres de PCI et une table ronde a été organisée par les membres du souscomité. Les participants à cette table ronde étaient des membres du groupe d'intérêt de la surveillance et de l'épidémiologie appliquée réuni par PCI. Y étaient présents des épidémiologistes et des praticiens de première ligne qui œuvrent dans le contrôle des infections. Certains participants étaient affiliés aux hôpitaux du PCSIN, mais la plupart ne l'étaient pas. La table ronde a aidé à identifier les problèmes suivants :

- Les participants aux tables rondes croyaient que les protocoles n'étaient accessibles qu'aux hôpitaux participant au PCSIN. Depuis lors, le PCSIN collabore avec PCI Canada, AMMI Canada et l'ICSP pour s'assurer que les protocoles soient affichés et mis à la disposition du public.
- La participation au PCSIN est limitée. La participation au PCSIN est actuellement limitée par le financement dédié au programme. Par conséquent, certains hôpitaux qui avaient demandé à participer n'ont pas pu le faire faute de fonds suffisants. Afin d'améliorer la représentativité, le PCSIN a recruté de nouveaux hôpitaux de soins de courte durée pour participer au réseau.
- Les protocoles ne sont pas clairs ou manquent de détails à certains endroits. Certains hôpitaux qui ne participent pas au PCSIN ont signalé avoir tenté de suivre les définitions mais ont trouvé que certains détails n'étaient pas clairs, tels que les échéanciers (heures ou jours civils) et l'attribution des infections (associés aux hôpitaux ou

- aux soins de santé). Dans ce type de situation, les hôpitaux se tournent vers d'autres définitions de cas pour remédier aux lacunes perçues, ce qui crée un risque d'écart par rapport à la définition et aux protocoles d'origine.
- Les hôpitaux qui ne participent pas au PCSIN n'ont pas l'infrastructure nécessaire pour utiliser les définitions du PCSIN. Les établissements hors du PCSIN doivent créer leur propre base de données pour colliger et assurer le suivi des données de surveillance. Si les définitions de surveillance changent, l'information recueillie dans la base de données doit aussi changer. Il n'est pas toujours facile de mettre à jour les bases de données électroniques locales en fonction des critères du PCSIN.
- Le délai entre la publication des protocoles et la mise en œuvre prévue est trop court. Les protocoles du PCSIN sont publiés à la fin de l'automne et leur mise en œuvre est prévue pour janvier. Comme décrit ci-dessus, la mise en œuvre locale des modifications est un défi, en particulier en raison des contraintes de temps.
- Les problèmes de santé couverts par le PCSIN sont limités. Les participants à la table ronde ont souligné la nécessité de surveiller certaines affections supplémentaires non couvertes par le PCSIN (par exemple, les infections des voies urinaires, les infections du champ opératoire, la pneumonie et les infections cutanées). Malgré le désir d'étendre le programme de surveillance, le PCSIN est limité par le financement.

Ces obstacles ont été communiqués au PCSIN pour examen. Le PCSIN a examiné ces préoccupations et pris des mesures pour atténuer les problèmes et les obstacles, dans la mesure du possible. Dans la plupart des cas, la résolution du problème identifié par les participants à la table ronde reste limitée aux questions de financement et d'infrastructure. Les préoccupations exprimées font voir le besoin de mettre à profit le programme de surveillance nationale des IASS en fournissant le soutien de secrétariat, d'épidémiologie et d'infrastructure nécessaire pour la collecte, l'analyse et la communication normalisées des données.

Les protocoles de 2018 préparés par le PCSIN pour la surveillance des IASS sont publiés sur les site web de l'ICSP, de PCI Canada et d'AMMI (PHAC 2019a). Ces protocoles comprennent des définition de cas pour les situations suivantes :

- Infections à *C. difficile*
- Infections du sang à SARM et S. aureus sensible à la méthicilline (SASM)
- Infections du sang à entérocoques résistants à la vancomycine
- Organismes producteurs de carbapénémases
- Infections du sang liées à un cathéter veineux central dans les unités de soins intensifs
- Infections du champ opératoire : arthroplasties de la hanche et du genou

- Infections des voies de dérivation du liquide céphalorachidien acquises en milieu de soins de santé
- Infections du champ opératoire pour les chirurgies cardiaques pédiatriques

Chaque année, les protocoles du PCSIN sont mis à jour et toute inquiétude ou ambiguïté est abordée et rectifiée. On travaille actuellement au recrutement stratégique de sites hospitaliers supplémentaires afin d'obtenir des données plus représentatives de la réalité nationale.

Soins de longue durée

Comme pour les soins de courte durée, l'utilisation des définitions est incohérente dans les SLD. Pourtant, tous les établissements canadiens de SLD devraient adopter les définitions de surveillance établies par PCI Canada (Happe et coll. 2017). Elles ont été préparées par un comité composé de membres du groupe d'intérêt sur la surveillance et l'épidémiologie appliquée de PCI Canada, du groupe d'intérêt sur les SLD, du groupe d'intérêt du réseau des réseaux et de l'Association des infirmières en prévention des infections (AIPI). Le comité a examiné et apporté des modifications aux définitions de cas d'infections dans le contexte des SLD publiées par la Society for Healthcare Epidemiology of America (Stone et coll. 2012) pour une utilisation au Canada. Cette révision a suivi la méthodologie d'élaboration de lignes directrices mise au point par le comité consultatif sur les pratiques de contrôle des infections des Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) (Umscheid et coll. 2010). Les modifications ont été déterminées par consensus entre les membres du groupe de travail puis examinées par des experts en la matière, notamment des médecins spécialistes des maladies infectieuses, des épidémiologistes, des professionnels du contrôle des infections et des responsables de la santé publique. Happe et coll. (2017) ont publié les définitions de la surveillance dans les SLD pour les situations suivantes :

- Infections des voies respiratoires
- Infections des voies urinaires
- Infections de la peau, des tissus mous et des muqueuses
- Infections du tube digestif

Mesure et surveillance pancanadiennes

Reconnaissant les lacunes actuelles en matière de mesure et de surveillance, et conscients que plusieurs organismes travaillent sur les questions de mesure, de surveillance et de déclaration des IASS, l'ICSP et l'ICIS ont organisé une « journée de découvertes », en février 2017, durant laquelle AMMI Canada, PCI Canada et l'ASPC, y compris le PCSIN, ont tenté de mieux comprendre le rôle de chaque organisation dans la collecte, la mesure, la surveillance et la déclaration des IASS. Forts de cette compréhension approfondie, les organisations se sont engagées

à collaborer entre elles, en tirant parti des forces et des capacités de chacune afin de faire progresser l'objectif d'une stratégie de surveillance nationale pour les IASS et les ORA.

Aperçu des programmes de surveillance dans le monde

On souhaite que le Canada suive l'exemple des autres pays industrialisés et crée un réseau de surveillance à l'échelle du pays. Le réseau national pour la sécurité des soins de santé (NHSN) des Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) est le système de suivi des IASS le plus utilisé aux É.-U. Le NHSN fournit aux établissements, aux États, aux régions et à la nation les données nécessaires pour identifier les zones à problème, mesurer les progrès des efforts de prévention et, à terme, éliminer les IASS. Ayant commencé avec 300 hôpitaux, il y a des dizaines d'années, le NHSN dessert maintenant environ 25 000 établissements de santé qui dépistent les IASS. Les participants comprennent des hôpitaux de soins de courte durée, des hôpitaux de SLD, des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux de réadaptation, des centres de dialyse ambulatoire, des centres de chirurgie ambulatoire et des foyers de soins infirmiers. Les hôpitaux et centres de dialyse représentent la majorité des établissements qui rapportent des données (Centers for Disease Control and Prevention s. d.).

Au moyen de programmes de surveillance de routine, Public Health England (PHE) surveille le nombre de certaines infections survenant dans les établissements de soins de santé et offre des conseils en matière de prévention et de contrôle des infections dans des établissements tels que les hôpitaux, les foyers de soins et les écoles. Le programme national de surveillance de PHE recueille des données sur les bactériémies, les bactéries à Gram négatif, les infections à C. difficile, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, le genre Klebsiella, S. aureus (SARM et SASM) ainsi que les infections des champs opératoires (Public Health England 2018).

Par ailleurs, il y a le réseau européen HAI-Net qui est un réseau de surveillance des IASS coordonné par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Les principales priorités de HAI-Net sont : la coordination de l'enquête européenne sur la prévalence ponctuelle des IASS et l'utilisation d'antimicrobiens dans les hôpitaux de soins de courte durée, la surveillance européenne des infections du champ opératoire, la surveillance européenne des IASS en unité de soins intensifs et les enquêtes régulières de prévalence des IASS et de l'utilisation d'antimicrobiens dans les établissements européens de SLD. Le réseau HAI-Net regroupe 23 systèmes nationaux et régionaux de surveillance des IASS dans l'Union européenne (European Centre for Disease Prevention and Control s. d.).

Engagement des patients et des familles

On considère, dans le cadre contemporain des soins de santé, que la participation des patients et familles aux soins

est fondamentale. Il existe divers degrés de partenariat avec les patients et familles. Parmi la population, des patients, des défenseurs des droits et des patients conseillers s'intéressent aux tendances, aux politiques et à l'économie des soins de santé à l'échelle nationale. D'autres s'intéressent aux améliorations dans leurs communautés et leurs établissements de santé, tandis que certains s'intéressent à ce qui se passe aux points d'intervention. Ces personnes engagées recherchent des données pour influencer le changement et font pression pour que des améliorations soient apportées afin de se protéger eux-mêmes ainsi que leurs proches et la population. Ils aspirent à la transparence et à la responsabilisation au moyen de données canadiennes.

La plupart des gens ne veulent pas être accablés de statistiques détaillées (Popescu et coll. 2016). Cependant, ils s'attendent à ce que les professionnels chargés de connaître les taux d'infection dans leur établissement, leur province ou leur territoire, disposent de données précises facilement accessibles, soient transparents quant aux informations et se montrent responsables dans leur réaction. La population s'attend à ce que les responsables et les fournisseurs de services de santé agissent en se basant sur les informations et fassent tout ce qui est nécessaire pour empêcher les organismes infectieux d'atteindre les patients. Acquérir une infection dans un établissement de santé ne devrait pas devenir la « nouvelle normalité ». Acquérir une infection ayant pour cause un ORA est, en fait, une aberration dans le contexte des soins de santé.

La plupart des gens ... s'attendent à ce que les responsables et les fournisseurs de services de santé ... fassent tout ce qui est nécessaire pour empêcher les organismes infectieux d'atteindre les patients.

Les IASS constituent un problème de sécurité pour les patients. Pourtant, les données liées aux IASS ne sont pas consignées dans les rapports d'incidents critiques publics (Government of Saskatchewan Ministry of Health 2018). Par conséquent, la plupart des personnes qui reçoivent des soins de santé ne sont pas conscients des risques qui existent dans les hôpitaux et les établissements de SLD. On estime que près de 70 % des IASS sont évitables (Umscheid et coll. 2011). Au fur et à mesure que les partenariats avec les patients se développent, les prestataires peuvent s'attendre à ce que les patients et familles deviennent plus actifs en matière d'hygiène des mains et de désinfection des appareils, et qu'ils participent ouvertement à la désinfection de leur milieu de soins immédiat. La réduction des IASS demande un engagement à tous les niveaux, notamment de la part des patients. Un système de surveillance robuste permet de renforcer la sécurité des patients en améliorant les

processus de prévention et de contrôle des infections et en atténuant les risques.

Prochaines étapes

Afin d'assurer la cohérence des pratiques de surveillance, des initiatives en cours visent à diffuser les définitions et à inciter les organismes de santé et les autorités sanitaires provinciales et territoriales à les adopter dans les soins de courte et de longue durée. Ces initiatives visent aussi la création d'un réseau national de surveillance des IASS au moyen des définitions communes proposées et des méthodologies de surveillance pour la recherche de cas d'IASS. PCI Canada, AMMI Canada et l'ICSP sont déterminés à collaborer avec les administrations provinciales, territoriales et nationales afin de promouvoir l'adoption généralisée de ces définitions de cas.

Des données et informations de surveillance robustes sont essentielles pour améliorer notre compréhension du fardeau de ce type d'infections. Grâce à la collaboration et aux partenariats, d'importants progrès ont été réalisés. Cependant, l'appui de tous les niveaux de gouvernement est nécessaire pour qu'une stratégie de surveillance des IASS et des ORA véritablement nationale devienne réalité.

L'ICSP, l'ICIS, AMMI Canada, PCI Canada et l'ASPC collaborent actuellement à la préparation d'un document de politique à l'intention des provinces, des territoires et des autres intervenants. Ce document présentera les travaux accomplis en matière de normalisation des définitions de cas de surveillance et formulera des recommandations pour la collecte et la déclaration des données de surveillance. Il comprendra également un résumé des pratiques de surveillance actuellement en place dans les organisations ainsi que des recommandations pour la collecte de données et la présentation de rapports en matière de surveillance des IASS. Après la publication du document, les partenaires ont l'intention d'organiser une table ronde avec des décideurs fédéraux, provinciaux et territoriaux dans l'optique d'atteindre un consensus sur l'adoption des définitions de surveillance dans le contexte des soins de courte et de longue durée. Les partenaires travailleront ensuite avec les décideurs pour élaborer un plan d'action axé sur les étapes nécessaires à la mise en œuvre des définitions de surveillance et des solutions pour la collecte, l'analyse et la production de rapports.

Conclusion

Pour que les données de surveillance des IASS soient normalisées et uniformes dans tout le pays, il est impératif que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux adoptent et appliquent les définitions de cas de surveillance normalisées qui découlent du Plan d'action pour la prévention et le contrôle des infections. De plus, le soutien, la collaboration et les investissements des gouvernements fédéral, provinciaux

et territoriaux seront nécessaires pour atteindre l'objectif d'un réseau de surveillance pancanadien pour les IASS et la RAM.

L'adoption et l'application pancanadiennes de ces définitions contribuera à assurer une approche cohérente de la définition, de la mesure et du signalement des infections. En conséquence, cela contribuera à faire progresser notre objectif global de réduction des infections. Les hauts dirigeants, les décideurs et les responsables des politiques doivent fournir un appui pour approuver, promouvoir et utiliser ces définitions de cas de surveillance dans leur territoire, leurs établissements et leurs réseaux. HQ

Références

Veuillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (pp. 120-21).

À propos des auteurs

Anne MacLaurin, B.Sc.inf., M.Sc.inf, est gestionnaire principale de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Elle est responsable de la promotion de la sécurité des patients en participant à des partenariats nationaux et régionaux et en coordonnant certaines initiatives, notamment la stratégie nationale de prévention et de contrôle des infections de l'ICSP.

Kanchana Amaratunga, M.D., M.Sc. (santé publique), FRCPC, est conseillère médicale en santé publique à l'Agence de la santé publique du Canada et conférencière à l'Université d'Ottawa/ Hôpital d'Ottawa. La Dre Amaratunga est infectiologue et spécialiste de la médecine interne. Son travail à l'ASPC porte sur les infections nosocomiales, notamment les données du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales.

Chantal Couris, M.Sc., Ph.D., est gestionnaire à l'Institut canadien d'information sur la santé. Elle y dirige l'équipe de recherche et de conception d'indicateurs et s'intéresse à l'amélioration du rendement du système de santé.

Charles Frenette, M.D., est directeur de prévention et contrôle des infections au Centre universitaire de santé McGill. Il préside le comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers (AMMI Canada) et fait partie du groupe consultatif d'experts sur la résistance aux antimicrobiens (gouvernement du Canada).

Riccarda Galioto, B.A., est directrice générale d'AMMI Canada, l'association nationale de spécialistes qui représente les médecins, les microbiologistes cliniciens et les chercheurs spécialisés dans les domaines de la microbiologie médicale et des maladies infectieuses.

Gerry Hansen, B.A., est directeur général de PCI Canada, une association multidisciplinaire et bénévole de professionnels de la prévention et du contrôle des infections, qui regroupe 21 sections réparties dans tout le pays et se consacre à la santé des Canadiens en promouvant l'excellence dans la prévention et le contrôle des infections.

Jennifer Happe, B.Sc., M.Sc., est membre du conseil d'administration de PCI Canada où elle préside le groupe d'intérêt sur la surveillance et l'épidémiologie appliquée. Elle est spécialiste de la prévention des infections à Alberta Health Services.

Kim Neudorf, B.Sc.inf., est membre de Patients pour la sécurité des patients du Canada depuis 2009. Ses domaines d'intérêt sont la sécurité des patients, la participation des patients, la prévention et le contrôle des infections ainsi que la gestion des antimicrobiens. Elle est coauteure d'un article qui présente le point de vue des patients conseillers sur l'état de la résistance aux antimicrobiens et leur gestion au Canada.

Linda Pelude, M.Sc., est épidémiologiste principale à l'Agence de la santé publique du Canada. Elle est responsable de l'analyse des données du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales.

Caroline Quach, M.D., M.Sc., FRCPC, FSHEA, est présidente sortante d'AMMI Canada. Elle est consultante en maladies infectieuses pédiatriques, microbiologiste médicale et professeure au Département de microbiologie, infectiologie et immunologie de l'Université de Montréal. Ses recherches portent sur la prévention des infections nosocomiales, en particulier dans les populations vulnérables.

Suzanne Rhodenizer Rose, inf. aut., B.Sc.inf, MHS, CIC, est directrice provinciale du retraitement des dispositifs médicaux pour la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse et ancienne présidente de PCI Canada. Elle a joué un rôle de premier plan dans l'amélioration de la prévention et du contrôle des infections, notamment par la surveillance provinciale, les lignes directrices et les politiques en matière de pratiques exemplaires ainsi que par la promotion d'un niveau de compétence élevé des professionnels du contrôle des infections.

Adresse pour correspondance: Anne MacLaurin, Institut canadien pour la sécurité des patients; téléphone : 902-315-3877; courriel: amaclaurin@cpsi-icsp.ca.

Patient Safety: Patient Involvement Matters

Linda Hughes

s the co-chair of Patients for Patient Safety Canada (PFPSC), I have had the opportunity to be a guest editor for this Special Issue of Healthcare Quarterly and, consequently, have reviewed and critiqued each article. I also was a patient partner in the National Patient Safety Consortium, the work of which is the basis for the articles in this issue.

Patient safety is a serious issue in Canada. In fact, unintended harm while receiving healthcare is the third leading cause of death in Canada (RiskAnalytica 2017). The papers in this issue describe initiatives that have the potential to and/or have contributed to reducing patient harm if implemented across our system and in such a way that patients and families are an integral part of the process.

The first paper, "National Patient Safety Consortium: Learning from Large-Scale Collaboration" (Kossey et al. 2020), highlights some of the key actions that emerged from this initiative, which was focused on collaborating with many partners, including patients, to improve patient safety in Canada. One of the key guiding principles of the Consortium was that patients and families were equal partners in this unprecedented collaboration. Patients were involved from the beginning of this initiative on the steering committee, the leads groups and the action teams of each project, as well as on the evaluation action team. One of the very important outcomes of this initiative from a patient's perspective is highlighted in the article:

"Many organizations did not have experience partnering with patient advisors and gained greater comfort and capacity for engaging patients and families in their own work and greater prioritization for empowering patients with the resources and tools to effect change themselves."

The second paper, "Patient Engagement in a Large-Scale Initiative: 'As Safe as Possible, as Soon as Possible'" (Kovacs Burns et al. 2020), illustrates how patients were meaningfully engaged in this initiative. Twenty-seven patients from PFPSC were engaged with over 270 leaders from government, hospital and health quality organizations. This article highlights the finding from the independent evaluation of the Consortium, which indicated that "[i]t leveraged the expertise and experience of partners (including patients and family representatives) across Canada to advance patient safety" (Vision & Results

The paper "Patient Safety Never Events: Cross-Canada Checkup" (Laeeque et al. 2020) addresses serious, high-risk events that cause harm to patients and that can be prevented when appropriate mechanisms are in place. Patients and family members were an integral part of the action team, which determined the final list of 15 never events. Going forward, patients and families must have a central role in developing and implementing strategies to reduce never events across the country. This would best happen at each site or region that is focusing on preventing never events.

"Empowering Patients to Start a Conversation: 5 Questions to Ask about Your Medications" (Herold et al. 2020) describes an initiative co-developed by patients and providers to improve communication about medications and address safety issues during transitions of care. The product, the "5 Questions to Ask about Your Medications" poster, empowers patients and their family members to ask questions about their medications and start a conversation with their healthcare provider, which, hopefully, will help prevent or reduce incidents of medication harm. The uptake of this product has been outstanding because the product is easy for the public to use and encourages very important safety discussions between patients and providers. This initiative is an example of the success that results when patients are involved from the beginning of the project and their advice and suggestions are incorporated into the design and implementation. Patients and families played a pivotal role in this process, which created a very successful patient safety product endorsed by more than 200 organizations at all levels of care locally and internationally. This product is useful and relevant to all citizens who may be taking medications.

Enhanced Recovery Canada (ERC) builds on the knowledge and capacity of patients to improve their surgical journey. The paper "Accelerating Post-Surgical Best Practices Using Enhanced Recovery After Surgery" (Williams et al. 2020) describes a process by which patients are engaged with healthcare providers to improve their outcomes and safety through the colorectal surgical experience. As ERC becomes the standard of surgical care in Canada, the involvement of patients and families in the development of clinical pathways for other types of surgeries will be essential to the success of the initiatives.

Donna Davis, a founding member of PFPSC, is quoted in the paper "Patient Safety Culture Bundle for CEOs and Senior Leaders" (Armutlu et al. 2020). She sums up the importance of the voice of patients and families when fostering a culture of safety within organizations: "While there is a move to include the patient voice and perspective in organizational design, governance and policy making as well as engagement in their own healthcare, too often there is an initial 'reach-out' to patients and families that is lost in the day-to-day business of patient safety. ... The success of the culture bundle will depend on the senior leaders ensuring that the patient voice is sought out as a critical component of the elements listed in Box 1."

The authors of the paper "Homecare Safety Virtual Improvement Collaboratives" (Miller et al. 2020) identify the desire to engage patients and families in their work. They also identify some of the challenges they met in doing so. Patient and family advisors struggled with the virtual Internet-based nature of the learning sessions. Some had no experience with the technology, whereas others had no access to the technology. In addition, the authors assert that patients need improved orientation to healthcare processes and quality improvement and the expectations of the role.

"Patients should never have to worry about getting an infection while in hospital." These are the first words of the abstract from the paper "Measuring and Monitoring Healthcare-Associated Infections: A Canadian Collaboration to Better Understand the Magnitude of the Problem" (MacLaurin et al. 2020). From a patient perspective, this paper is not so much about engaging patients in the burdensome world of detailed statistics but more about the public's expectations that infection rates are monitored, that the rates are transparent and reported and that there is action on the data to decrease infections. The authors rightly assert that "[a]cquiring an infection in a healthcare facility should not be the 'new normal."

Why Patient Involvement Matters

Patients were involved with each of the projects described in these papers. Each of the 27 patients who were involved was asked to provide feedback about their experiences and to provide recommendations for improvements in future endeavours where patients are involved.

All felt valued and welcomed and that this was worthwhile work that needed to continue in the implementation phase. Some were confused about the ownership of the project and needed clarification about who each member on the project was and how everyone was connected to the project. Some felt the focus did not seem to be of interest to our members and the public. Because of a lack of knowledge, some worried about how valuable their input was and indicated that there was an investment of a lot of time in order to "get up to speed." Some suggested that patients should be involved where they have the knowledge to contribute. All that being said, one member summed up the experience by saying "patient involvement was not an abstraction but a reality."

Moving forward, there are lessons to be learned about patient engagement from this work and these articles:

- 1. When the senior leaders of a project or organization invite and listen to patients and families, they send a clear message about the importance of engaging. This was the very clear message from the Canadian Patient Safety Institute when the Consortium was established with patients involved at the advisory and steering committee levels.
- Patients and families must be recognized as active participants and be given roles in identifying needs and proposing solutions as well as in the implementation and evaluation of initiatives. In these projects, patients were integral to the initiatives from the very beginning of the planning process and have many ideas about how to successfully move to the implementation phase and then evaluation. As a member of PFPSC remarked to me, patients will provide the staying power for patient safety initiatives because we are the ones who have the most to lose or gain by the initiative's success.

- Patients are the key to achieving long-term transformation of the healthcare system.
- 3. True patient engagement takes work. Patients must clearly understand their role, require background information that is accessible and easy to understand and be involved from the beginning. It is important to educate everyone involved in the project about the role of the patient and each other's roles. Attention to things such as promptly covering expenses such as parking, accommodation, childcare and travel so that patients are not out of pocket is crucial, as well as scheduling meetings at a time when patients can attend.
- 4. Although the issue of diversity of patient partners did not arise in these papers, it needs to be addressed. There is very little diversity in the patient partners who participated in these initiatives. Going forward, this is an issue that requires action. We need to find ways to involve and engage patients from the most vulnerable of our populations: the poor, Indigenous people and newcomers from different cultures. This is a big challenge that will require attention to many facets, including recruitment strategies, language barriers, settings of engagement, scheduling of meetings and financial assistance to become engaged. There needs to be more structural support to encourage the full participation of all who are served by our healthcare system.

It is important to note that the Consortium that gave rise to the initiatives described in these papers was a new approach to harnessing the power of the collective voices of over 50 organizations and 27 patients in the interest of improving patient safety in Canada. Building on this collaborative approach, PFPSC has established an alliance of 14 patient interest groups that are focused on patient safety. Together we hope to improve public awareness about the crisis we have in healthcare related to safety and help educate the public about actions to take to advocate for safer healthcare.

Despite the best efforts of everyone within our healthcare system, patient safety incidents remain alarmingly high. System-level transformation is required to improve safety. The initiatives described in these papers provide some ideas about how to achieve that transformation. Involvement of patients and interested citizens every step of the way is a critical success factor in that transformation. HQ

References

Armutlu, M., D. Davis, A. Doucet, A. Down, D. Schierbeck and P. Stevens. 2020. Patient Safety Culture Bundle for CEOs and Senior Leaders. Healthcare Quarterly 22(Special Issue): 82-88. doi:10.12927/ hcq.2020.26044.

Watt A., M. Murray, D. Herold, S. Hyland, C. Hoffman and M. Cass. 2020. Empowering Patients to Start a Conversation: 5 Questions to Ask about Your Medications. Healthcare Quarterly 22(Special Issue): 58-64. doi:10.12927/hcq.2020.26046.

Kossey, S., C. Power, L. Thomson, K. Morris, S. Maloney, L. Fairclough et al. 2020. National Patient Safety Consortium: Learning from Large-Scale Collaboration. Healthcare Quarterly 22(Special Issue): 10-18. doi:10.12927/hcq.2020.26050.

Kovacs Burns, K., D. Davis, I. Popescu, H. Laeeque, S. Kossey and R. Misfeldt. 2020. Patient Engagement in a Large-Scale Change Initiative: "As Safe as Possible, as Soon as Possible." Healthcare Quarterly 22(Special Issue): 27–33. doi:10.12927/hcq.2020.26049.

Laeeque, H., B. Farlow and S. Kossey. 2020. Patient Safety Never Events: Cross-Canada Checkup. *Healthcare Quarterly* 22(Special Issue): 46-51. doi:10.12927/hcq.2020.26047.

MacLaurin, A., K. Amaratunga, C. Couris, C. Frenette, R. Galioto, G. Hansen et al. 2020. Measuring and Monitoring Healthcare-Associated Infections: A Canadian Collaboration to Better Understand the Magnitude of the Problem. *Healthcare Quarterly* 22(Special Issue): 116–22. doi:10.12927/hcq.2020.26040.

Miller, W., M. Asselbergs, J. Bank, M. Cass, V. Flintoft and N. Henningsen. 2020. Homecare Safety Virtual Quality Improvement Collaboratives. Healthcare Quarterly 22(Special Issue): 100-105. doi:10.12927/hcq.2020.26042.

Patient Engagement Action Team. 2018, February. Engaging Patients in Patient Safety - A Canadian Guide. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute. Retrieved July 15, 2019. .

Patients for Patient Safety Canada (PFPSC). 2014. Five Years Later – What Has Been the Impact? Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute.

Prairie Research Associates. 2017. Independent Evaluation of the Canadian Patient Safety Institute (CPSI): Volume I – Final Report. Retrieved July 15, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/ About/Documents/2016%20CPSI%20Evaluation%20-%20Vol%20 1%20Final%20Report.pdf>.

RiskAnalytica. 2017, August. The Case for Investing in Patient Safety. Retrieved July 15, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/ About/Documents/The%20Case%20for%20Investing%20in%20 Patient%20Safety.pdf#search=third%20leading%20cause%20of%20 death>.

Vision & Results Inc. 2018, July. Evaluation of the National Patient Safety Consortium & Integrated Patient Safety Action Plan. Retrieved July 15, 2019. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/ Evaluation-National-Patient-Safety-Consortium/Documents/ National%20Consortium%20Executive%20Summary%202018. pdf#search=Vision%20and%20Results%202018>.

Williams, C., C. Laflamme and B. Penner. 2020. Accelerating Post-Surgical Best Practices Using Enhanced Recovery After Surgery. Healthcare Quarterly 22(Special Issue): 72-76. doi:10.12927/ hcq.2020.26045.

About the Author

Linda Hughes, BScN, MPA, is a retired nurse educator and administrator. She has been involved in the past on several healthcare boards. She is currently the co chair of Patients for Patient Safety Canada (PFPSC) and has been a member of the program since 2013. Linda was involved with the National Consortium as a patient participant in the development of the Five Questions to Ask about Your Medications. She lives in Winnipeg with her husband Wayne. Her two children, their spouses and her grandchildren also live in Winnipeg.

Sécurité des patients : importance de la participation des patients

Linda Hughes

n tant que coprésidente de Patients pour la sécurité des patients Canada (PPSPC), j'ai eu l'occasion de participer à la rédaction de ce numéro spécial de Healthcare Quarterly et, par conséquent, j'ai examiné et commenté chaque article. J'ai également été patient partenaire dans le cadre du Consortium national sur la sécurité des patients, dont le travail est à la base des articles du présent numéro.

La sécurité des patients est un enjeu d'importance au Canada. En fait, les préjudices involontaires causés par les soins de santé constituent la troisième cause de décès au Canada (RiskAnalytica 2017). Les articles de ce numéro présentent les initiatives susceptibles de contribuer, ou qui ont contribué, à réduire les préjudices subis par les patients si elles sont mises en œuvre dans le système, et de manière à ce que les patients et familles fassent partie intégrante du processus.

Le premier article, « Consortium national sur la sécurité des patients : les enseignements d'une collaboration à grande échelle » (Kossey et coll. 2020), met en évidence certaines des actions qui ont émergé de cette initiative, laquelle portait sur la collaboration avec de nombreux partenaires, y compris des patients, afin d'améliorer la sécurité des patients au Canada. Un des principes directeurs du Consortium était de considérer les patients et les familles comme des partenaires à part égale dans cette collaboration sans précédent. Les patients ont été impliqués dès le début dans le comité directeur, les groupes des leaders et les équipes de travail de chaque projet ainsi que

dans l'équipe d'évaluation. Un des résultats importants de l'initiative est présenté du point de vue du patient : « Plusieurs organismes n'avaient pas l'habitude de faire appel aux patients en tant que conseillers et ont acquis plus d'assurance dans l'implication des patients et de leurs familles à leurs propres travaux, favorisant une affectation des ressources et des outils nécessaires pour permettre aux patients d'apporter un éclairage sur certains changements ».

Le deuxième article, « Engagement des patients dans une initiative de changement à grande échelle : "aussi sécuritaire que possible, le plus rapidement possible" » (Kovacs Burns et coll. 2020), montre l'apport des patients à cette initiative. Vingt-sept patients de PPSPC ont collaboré avec plus de 270 dirigeants d'organisations gouvernementales, hospitalières et de la qualité des services santé. L'article met en évidence les conclusions de l'évaluation indépendante du Consortium, qui souligne qu'« elle a permis d'exploiter l'expertise et l'expérience des parties prenantes (y compris les patients et les membres de leur famille) au Canada pour faire progresser la sécurité des patients » (Vision & Results Inc. 2018).

L'article « La sécurité des patients et les événements qui ne devraient jamais arriver : examen pancanadien » (Laeeque et coll. 2020) traite des événements graves et à haut risque qui nuisent aux patients et pourraient être évités avec les mécanismes appropriés. Les patients et leurs familles ont fait partie intégrante de l'équipe de travail qui a déterminé la

liste finale de 15 événements qui ne devraient jamais arriver. Dorénavant, les patients et familles doivent jouer un rôle central dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies visant à réduire, partout au pays, le nombre d'événements qui ne devraient jamais arriver. Pour cela, chaque site ou région devrait se concentrer sur la prévention de tels événements.

L'article « Donner la parole aux patients : cinq questions à poser au sujet de vos médicaments » (Herold et coll. 2020) présente une initiative développée conjointement par les patients et les prestataires de services de santé afin d'améliorer la communication sur les médicaments et de résoudre les problèmes de sécurité lors de transitions de soins. L'affiche « 5 questions à poser à propos de vos médicaments » permet aux patients et aux membres de leur famille de poser des questions sur les médicaments et d'engager une conversation avec les prestataires de services de santé, ce qui, espérons-le, aidera à prévenir ou à réduire les préjudices causés par les médicaments. L'adoption de cet outil est remarquable, car il est facile à utiliser par le public et engage les patients et les prestataires de soins dans des discussions importantes en matière de sécurité. Cette initiative montre ce qu'on peut obtenir quand les patients sont impliqués dès le début d'un projet et que leurs conseils sont intégrés dans la conception et la mise en œuvre. Les patients et les familles ont joué un rôle central dans ce processus, qui a permis de créer un outil très efficace en matière de sécurité des patients, approuvé notamment par plus de 200 organisations à tous les niveaux de soins, à l'échelle locale et internationale. Cet outil est pratique et pertinent pour tous les citoyens qui prennent des médicaments.

Le programme Récupération optimisée Canada (ROC) s'appuie sur les connaissances et la capacité des patients d'améliorer leur parcours chirurgical. L'article « Accélérer l'adoption des meilleures pratiques postopératoires au moyen de la récupération améliorée après chirurgie » (Williams et coll. 2020) décrit un processus par lequel les patients s'engagent avec les prestataires de services de santé pour améliorer leurs résultats et leur sécurité dans le contexte d'une chirurgie colorectale. À mesure que le programme de ROC deviendra la norme en matière de soins chirurgicaux au Canada, de nouvelles initiatives bénéficieront aussi de la participation des patients et des familles à l'élaboration de cheminements cliniques pour d'autres types de chirurgies.

Donna Davis, membre fondateur du PPSPC, est citée dans l'article intitulé « Ensemble de ressources à l'intention des directeurs généraux (DG) et des cadres supérieurs pour favoriser une culture propice à la sécurité des patients » (Armutlu et coll. 2020). Elle résume l'importance de la voix des patients et des familles pour favoriser une culture de la sécurité au sein des organisations : « Quand on cherche à inclure la voix des patients dans la conception, la gouvernance et l'élaboration des politiques d'une organisation, trop souvent le « contact »

initial avec les patients et familles se perd éventuellement dans la routine du travail. Pour un impact réel et durable, les patients doivent être de véritables partenaires dans les efforts visant la sécurité des patients, tels que l'ensemble destiné aux cadres supérieurs. Le succès de cet ensemble dépendra de la volonté des hauts responsables de veiller à ce que la voix des patients soit considérée comme un élément essentiel pour chacun des éléments du Box 1 ».

Les auteurs de l'article « Projets collaboratifs virtuels pour l'amélioration de la qualité des soins à domicile » (Miller et coll. 2020) ont indiqué leur désir de faire participer les patients et familles à leur travail. Ils identifient également certains des défis qu'ils ont rencontrés en ce sens. Les conseillers patients ou proches aidants ont eu des difficultés avec l'aspect virtuel des séances d'apprentissage sur Internet. Certains n'avaient aucune expérience de la technologie, alors que d'autres y avaient difficilement accès. En outre, les auteurs affirment que les patients ont besoin d'une meilleure orientation quant aux processus de soins de santé et d'amélioration de la qualité, ainsi que des attentes relatives à leur rôle.

« Jamais un patient ne devrait avoir à craindre une infection pendant son séjour à l'hôpital. » C'est ainsi que s'ouvre le résumé de « Mesure et surveillance des infections associées aux soins de santé : collaboration canadienne pour mieux comprendre l'ampleur du problème » (MacLaurin et coll. 2020). Plutôt que de porter sur la participation des patients dans le monde complexe des statistiques, cet article traite davantage des attentes du public quant au suivi des taux d'infection, à la transparence et à la communication ainsi qu'aux mesures pour réduire les infections. À juste titre, les auteurs affirment qu'« acquérir une infection dans un établissement de santé ne devrait pas devenir la "nouvelle normalité" ».

En quoi la participation des patients est-elle importante?

Tous les projets décrits dans ces articles ont pu compter sur la participation de patients. Les 27 patients concernés ont été invités à donner leur avis sur l'expérience et à faire des recommandations pour améliorer d'éventuels projets impliquant la participation de patients.

Les patients se sont tous sentis valorisés et bien accueillis. Ils estiment qu'il s'agissait là d'un travail utile qu'il fallait poursuivre au cours de la phase de mise en œuvre. Certains se sont questionnés quant à leur sentiment d'appartenance au projet. Ils avaient besoin de clarifications sur le rôle des autres membres et sur leurs liens avec le projet. Certains ont estimé que la discussion ne semblait pas d'intérêt pour nos membres ou le grand public. En raison du manque de connaissances, d'autres se sont inquiétés de la valeur de leur contribution et ont indiqué qu'il fallait beaucoup de temps pour « se mettre au diapason ». Certains ont suggéré que les patients devraient être impliqués là où leurs connaissances pouvaient être utiles. Cela dit, un des membres a résumé l'expérience en disant que « la participation des patients n'était pas une abstraction, mais bien une réalité. »

Ce travail et les articles du présent numéro permettent de tirer des leçons de la participation des patients pour d'éventuels projets, dont les suivantes :

- 1. En invitant et en écoutant les patients et familles, les hauts responsables d'un projet ou d'une organisation envoient un message clair sur l'importance de leur participation. Tel était le message de l'Institut canadien pour la sécurité des patients en créant le Consortium où des patients siégeaient sur les comité consultatif et de direction.
- 2. Il importe de reconnaître les patients et familles comme participants à part entière et de leur attribuer un rôle dans l'identification des besoins et dans la proposition de solutions, de même que dans la mise en œuvre et l'évaluation des initiatives. Dans le cadre des projets qui nous intéressent ici, les patients ont été intégrés aux initiatives dès le début du processus de planification et ont eu de nombreuses idées pour la mise en œuvre et l'évaluation. Comme un membre du PPSPC me l'indiquait, les patients incarnent la persévérance dans les initiatives en matière de sécurité des patients, car ce sont eux qui ont le plus à perdre ou à gagner. Ils sont la clé de la transformation à long terme du système de santé.
- 3. Un véritable engagement des patients demande du travail. Les patients doivent clairement comprendre leur rôle, avoir en main des renseignements généraux faciles à comprendre et s'impliquer dès le début. Il est important d'informer toutes les personnes impliquées dans le projet du rôle des patients et de tous les autres membres. Il est aussi essentiel de veiller aux dépenses, telles que le stationnement, l'hébergement, la garde des enfants et les déplacements, afin que les patients ne se trouvent pas à court. Et il faut bien planifier les réunions pour que les patients puissent
- 4. Bien que la guestion de la diversité des patients partenaires ne soit pas abordée dans ces articles, il convient de la traiter. Il y a très peu de diversité parmi les patients qui ont participé à ces initiatives. Dorénavant, il faudra prendre des

mesures en ce sens. Il faut trouver moyens d'impliquer les patients des populations les plus vulnérables de la société : les plus démunis, les peuples autochtones et les nouveaux arrivants. C'est là un défi de taille qui comporte plusieurs facettes, notamment les stratégies de recrutement, les barrières linguistiques, les paramètres d'engagement, le calendrier des réunions et l'aide financière. Un soutien structurel supplémentaire sera nécessaire pour favoriser la pleine participation de tous les bénéficiaires du système de santé.

Il importe de noter que le Consortium à l'origine des initiatives décrites dans ces articles constituait une nouvelle approche pour exploiter la force collective de plus de 50 organisations et 27 patients dans le but d'améliorer la sécurité des patients au Canada. S'appuyant sur cette approche collaborative, le PPSPC constituait une alliance de 14 groupes d'intérêt centrés sur la sécurité des patients. Ensemble, nous espérons sensibiliser davantage le public à la crise du secteur de la santé en matière de sécurité et nous souhaitons éduquer le public sur les mesures à prendre pour plaider en faveur de soins de santé plus sécuritaires.

Malgré les efforts de tous les acteurs du système de santé, le nombre d'incidents liés à la sécurité des patients reste alarmant. Une transformation au niveau du système sera nécessaire pour améliorer la sécurité. Les initiatives décrites dans ces articles donnent quelques idées sur la façon de mener à bien cette transformation. L'implication de patients et de citoyens intéressés à chaque étape du processus est un facteur de succès pour cette transformation. HQ

Références

Veuillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (p. 131).

À propos de l'auteure

Linda Hughes, B.Sc.inf., M.A.P., est infirmière enseignante et administratrice à la retraite. Elle a siégé sur plusieurs conseils du secteur de la santé. Elle est actuellement coprésidente de Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC) dont elle est membre depuis 2013. Elle a été membre du Consortium national en tant que patiente participant à la création des Cinq questions à poser au sujet de vos médicaments. Elle habite à Winnipeg avec son mari, Wayne. Ses deux enfants, leurs conjoints et petits-enfants habitent également à Winnipeg.

This issue of *Healthcare Quarterly* was made possible through the support of:

