

## **La transparence et le changement de culture sont essentiels à la sécurité des patients**

### **Le Forum de l'innovation favorise une approche axée sur le patient**

Voyez le patient devant vous comme un individu, soignez-le au meilleur de vos capacités et excusez-vous rapidement si vous commettez une erreur.

Voilà un résumé de certains conseils axés sur le patient qui ont été fournis par une multitude de participants qui ont contribué à un examen complet de la sécurité des patients et à réduire le niveau de danger dans les hôpitaux lors du 4<sup>e</sup> forum sur invitation des Joint Centres of Transformative Health Care Innovation qui a eu lieu à l'hôpital de Markham-Stouffville.

Markham-Stouffville est un membre des joint centres, tout comme Mackenzie Health, l'hôpital Michael Garron, l'hôpital général de North York, le Centre régional de santé Southlake et le St. Joseph's Health Centre de Toronto.

Lors de la mise en contexte du forum, on a mentionné la révision de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* qui sera publiée au cours de l'été. Cette révision permettra d'augmenter la transparence pour le traitement des erreurs évitables dans les hôpitaux. On a également noté que Qualité des services de santé Ontario et l'Association des hôpitaux de l'Ontario ont collaboré pour appuyer la mise en œuvre de la nouvelle Loi et que Qualité des services de santé Ontario a un projet pilote de système de leçons tirées des incidents mettant en jeu la sécurité des patients de l'Ontario qui doit être utilisé en tant qu'outil pour les hôpitaux afin de partager les leçons tirées lors des examens des incidents critiques.

À titre de premier conférencier du forum, Chris Power, PDG de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, a offert un survol complet de l'état de la sécurité des patients au Canada à l'heure actuelle.

« Nous savons que malgré tous les efforts déployés, des erreurs sont commises en santé. Cependant, dans la plupart des cas, nous travaillons correctement », mentionne-t-elle. Cependant, Power a dit qu'un patient en soins de courte durée au Canada meurt à la suite d'un événement évitable toutes les 17 minutes, et que cette statistique n'a pas changé de manière importante au cours des dernières années.

Selon elle, qu'il soit possible ou non d'éliminer complètement de telles erreurs dépend de votre perspective. Même si les autres conférenciers de la réunion affirment que l'élimination totale des erreurs est impossible, il est possible d'en faire bien plus pour atténuer les dangers qu'elles peuvent causer.

Alors que les échecs de communication sont présentés comme la cause principale des erreurs évitables, la clé du changement de la situation dépend de la création d'une culture de sécurité et l'amélioration du travail d'équipe et des communications.

Power a ensuite discuté des travaux en cours à l'ICSP visant à trouver les « conditions gagnantes » pour l'amélioration de la sécurité des patients. Ces conditions incluent :

- Améliorer la fiabilité de la prise de décision humaine - un élément extrêmement sous-développé au Canada en raison de la tradition fortement intégrée d'autonomie clinique et de méfiance envers le travail normalisé.

- Créer un sens d'urgence quant à ce sujet – un sens qui, selon Power, « s'est atténué » au cours des dernières années.
- L'accès à des données fiables et détaillées qui seront utiles pour les cliniciens individuels.

Power a mentionné que le cadre accru de représentants des patients sophistiqués permettra « aux patients et au public de transformer le système de santé, car il n'en tient pas qu'à nous. »

C'était le thème récurrent de la discussion de groupe qui a suivi, comprenant des commentaires d'un membre du groupe, Diane McKenzie, conseillère pour les patients et la famille de St. Joseph's.

L'autre point d'intérêt majeur de la discussion de groupe fut la comparaison entre la gestion de la sécurité des patients dans les hôpitaux et la gestion de la sécurité dans les industries de l'aviation et de l'aérospatiale. Des réflexions ont été fournies par un l'ancien astronaute et médecin de service des urgences devenu PDG de Southlake, Dr Dave Williams, et Samuel Elfassy, directeur senior, Sécurité corporative et environnement, Air Canada.

La discussion de groupe a été dirigée par Dr Joshua Tepper, président et directeur général de Qualité des services de santé Ontario. La sécurité est une des six dimensions de la qualité qui définit un système de santé de haute qualité et motive le travail de Qualité des services de santé Ontario.

Elfassy a dit que changer la culture dans les hôpitaux nécessitera beaucoup de transparence, de données et de témoignages. Williams a évoqué la puissance des témoignages et les répercussions des erreurs médicales sur le personnel clinique lorsqu'il a parlé d'une situation récente où il a fondu en larmes lors des Rondes à Southlake en discutant d'un incident datant de plus de 30 ans.

Williams a noté que l'industrie de l'aviation est exposée à grande échelle à une terminologie et à une culture de sécurité qui commence à être acceptée par la médecine.

Alors que Williams et Power ont mis l'accent sur le besoin de normaliser les soins de santé, McKenzie a affirmé que les fournisseurs ont besoin de se concentrer sur les besoins individuels des patients.

La discussion s'est terminée avec un retour sur les soins axés sur le patient visant à améliorer la sécurité des patients et réduire les erreurs médicales.

« Nous promettons aux patients des soins de la plus haute qualité et nous allons créer de la confiance lorsque nous respecterons cette promesse », dit Tepper.