

Recherche évaluative de la Collaboration sur le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité

Institut canadien pour la sécurité des patients

Le 15 mai 2020

Auteurs

Joanne Goldman, Ph. D. | Scientifique

Leahora Rotteau, doctorante | Gestionnaire de programme

Centre d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients, Faculté de médecine, Université de Toronto

Financement

Ce projet a été financé par l'Institut canadien pour la sécurité des patients

Remerciements

Nous tenons à remercier l'Institut canadien pour la sécurité des patients (l'ICSP), le corps professoral, les accompagnateurs, le coordonnateur du programme, les organismes participants ainsi que leurs équipes pour leur participation à la deuxième collaboration sur le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité (CMSS). Ils nous ont tous grandement aidé à comprendre comment le CMSS pourrait être mis en œuvre dans les organismes de soins de santé canadiens. Nous remercions aussi tout particulièrement les membres des équipes du CMSS qui ont participé aux entrevues ou aux observations de cette recherche évaluative.

Maryanne D'Arpino	ICSP	Chef de projet
D ^r G. Ross Baker	Université de Toronto, IHPME	Chef des études
D ^{re} Lianne Jeffs	Sinai Health	Chef de l'évaluation
D ^{re} Jane Carthey	R.-U.	Membre du corps professoral
Sarah Garrett	R.-U.	Membre du corps professoral
Wayne Miller	ICSP	Accompagnateur et chef du CMSS
Virginia Flintoft	ICSP	Accompagnatrice
Anne MacLaurin	ICSP	Accompagnatrice
Alex Titeu	ICSP	Coordonnateur de programme
Maaïke Asselbergs	Patients pour la sécurité des patients du Canada	Membre du corps professoral

Organismes participants

Alberta Health Services
B.C. Interior Health Authority
Régie de santé de l'Est –
T.-N.-L.
Régie de la santé de la N.-É.
Saskatchewan Health Authority
William Osler Health System –
Ont.
Office régional de la santé de
Winnipeg

Table des matières

Sommaire.....	3
Méthodes.....	3
Principales conclusions.....	3
Conclusions et implications.....	4
Introduction.....	5
Méthodes.....	6
Échantillonnage.....	6
Collecte et analyse des données.....	6
Éthique.....	7
Conclusions.....	7
Collaboration d'apprentissage.....	7
Séances d'apprentissage.....	7
Encadrement et webinaires pour l'ensemble des équipes.....	8
Appels de toutes les équipes.....	9
Mise en œuvre du CMSS	
Enseignement du CMSS.....	9
Mise en œuvre du CMSS.....	11
L'expérience de la mise en œuvre du CMSS.....	13
Les équipes du CMSS.....	14
La diffusion du CMSS	
La diffusion non planifiée.....	16
Les efforts isolés et planifiés, individuels ou en équipe.....	17
Diffusion et étendue délibérées.....	18
Les défis posés par la diffusion.....	18
L'incidence du CMSS.....	19
Évolution de la réflexion sur la sécurité.....	19
L'engagement du personnel de santé.....	20
L'engagement du patient et de la famille.....	21
Processus de soins de santé et soins aux patients.....	21
Recommandations futures.....	23
Annexe A.....	25

Sommaire

Le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité (CMSS) comporte cinq dimensions et une série de questions clés, qui guident les utilisateurs vers une vision globale et conceptuelle de la sécurité. Ces cinq dimensions et les questions qui y sont associées portent sur : le préjudice passé, la fiabilité, la sensibilité aux opérations, l'anticipation et l'état de préparation ainsi que l'intégration et l'apprentissage. En octobre 2018, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (l'ICSP) a lancé un projet d'amélioration de la sécurité des patients sous la direction de Maryanne D'Arpino de l'ICSP (chef de projet) et du Dr G. Ross Baker de l'Université de Toronto (chef des études). Ce programme, une collaboration d'apprentissage avec un groupe d'experts et de mentors, visait à permettre la mise en œuvre du CMSS parmi 11 équipes de 7 provinces du Canada sur une période de 18 mois afin que chaque équipe élabore une approche plus globale de la sécurité et de la prestation de soins plus sécuritaires. Ce rapport présente les conclusions d'une étude d'évaluation financée par l'ICSP qui visait à examiner l'efficacité de cette Collaboration.

Méthodes

Cette étude a recouru à une approche qualitative fondée sur des méthodes d'entrevue, d'observation et de collecte de données documentaires. Des entrevues semi-structurées approfondies ont été menées avec les membres des équipes, des visites d'observation d'une journée ont été effectuées dans cinq sites, des observations de séances d'apprentissage ont été réalisées et des documents pertinents ont été recueillis. Trente-six membres d'équipes ont participé aux entrevues. Un total de 29 heures a été consacré aux visites de sites; en plus d'environ 33 heures à la séance d'apprentissage 3, au congrès de clôture et aux réunions virtuelles de toutes les équipes.

Principales conclusions

- Dans l'ensemble, les participants ont fait des commentaires positifs sur les séances d'apprentissage en présence. Ils ont particulièrement apprécié les présentateurs experts, les approches à volets multiples utilisées pour enseigner le CMSS et la structure créée pour l'apprentissage au sein des équipes participantes et entre elles.
- Si certains participants se sont sentis « dépassés » par la quantité de renseignements fournis lors de la première séance d'apprentissage, la majorité d'entre eux avaient une opinion positive du Cadre dès le début. La première séance d'apprentissage mettait en valeur la nécessité d'un changement de vision de la sécurité, passant de l'absence de préjudices à la présence de la sécurité, à une réflexion sur le changement de culture, et qu'il faudrait du temps pour comprendre et mettre en œuvre le CMSS.
- L'encadrement assuré par les gestionnaires principaux de l'ICSP [insérer] a joué un rôle clé dans la compréhension et la mise en œuvre du CMSS par les participants. Les accompagnateurs ont été réceptifs et accessibles entre les visites sur place. Ils ont fourni une formation et un soutien continu, et ont joué un rôle essentiel en fournissant la rétroaction nécessaire à la mise en œuvre continue du CMSS. Certains participants auraient souhaité un encadrement plus soutenu et plus de précisions sur les attentes en matière d'encadrement et de responsabilisation des équipes.
- Les membres des équipes ont utilisé une série de stratégies et de méthodes d'enseignement pour aider à mettre le CMSS en pratique. Il s'agissait notamment d'enseigner le Cadre à des groupes d'intervenants (prestataires de première ligne, cadres supérieurs, consultants en AQ, médecins, CA, p.ex.) et d'enseigner le Cadre en intégrant son vocabulaire dans la communication quotidienne et en l'utilisant pour discuter de questions spécifiques de sécurité ou de soins aux patients. Les membres des équipes ont pris certaines décisions sur la manière d'enseigner le Cadre aux groupes d'intervenants, en tenant compte de facteurs tels que la disponibilité, le nombre de personnes concernées, les rôles professionnels et le degré d'intérêt. Les perceptions divergeaient quant à l'efficacité de l'enseignement du CMSS, et à savoir s'il était nécessaire d'enseigner le Cadre en soi ou s'il suffisait d'enseigner et de mettre en œuvre des outils ou des processus inspirés du Cadre.
- Les équipes ont été invitées à se concentrer sur les stratégies de mise en œuvre du CMSS qui étaient spécifiques au contexte et qui permettaient d'intégrer le Cadre dans le travail clinique et administratif quotidien des unités ou des domaines ciblés. Les équipes ont donc utilisé diverses stratégies. Celles-ci comprenaient l'utilisation du CMSS pour orienter les procédures et activités suivantes : réunions de concertation sur la sécurité, procédures de soins de santé, incidents/rapports sur la sécurité; réunions; communication; initiatives axées sur les patients et les familles; et activités au niveau des conseils d'administration et des cadres supérieurs. Chaque stratégie a réussi à cibler différents intervenants et à apporter des changements de différentes façons.

- Les équipes du CMSS étaient composées de personnes possédant différents parcours professionnels et occupant des postes variés tant aux plans local et régional que provincial. Cette diversité a permis de partager de multiples perspectives et approches pour enseigner, mettre en œuvre et diffuser le CMSS. Cependant, la variabilité de l'engagement envers ce projet collaboratif et de la composition des équipes au cours des 18 mois ont constitué des défis. Seul un petit nombre d'équipes étaient représentées par des patients/familles et des membres de conseils d'administration, considérés comme une source précieuse de points de vue pour l'équipe et son travail. Les médecins ont été un groupe plus difficile à mobiliser.
- La majorité des participants étaient favorables à une plus grande diffusion du CMSS, mais les possibilités de diffusion au-delà de leur(s) site(s) de mise en œuvre étaient variables. Si un petit nombre d'équipes sont restées concentrées sur le site initial de mise en œuvre, les autres ont montré des degrés de diffusion variables : diffusion non planifiée; efforts individuels ou collectifs planifiés qui ont conduit à des îlots d'adoption dans l'organisation ou la région; efforts étendus planifiés et coordonnés pour diffuser le CMSS dans une organisation et une région. Parmi les défis de diffusion à surmonter, citons les ressources allouées limitées, l'incertitude quant au pouvoir d'influencer la diffusion, la nécessité d'un arrimage à des processus et des cadres plus larges et la restructuration organisationnelle et régionale des soins de santé.
- La majorité des participants ont fait état des effets positifs de la mise en œuvre du CMSS. Il s'agissait notamment de changements dans la façon de concevoir la sécurité, qui ont influencé les comportements et les pratiques; de l'engagement du personnel de santé dans la prévention, la détection et la gestion des problèmes de sécurité; de l'engagement des patients/résidents et des familles envers la sécurité; et de l'amélioration des processus de soins de santé et des soins aux patients.

Conclusions et implications

La Collaboration sur le CMSS a réussi à faire connaître le CMSS aux équipes et à les aider à mettre ce cadre en pratique dans leur contexte local. Les participants ont estimé que le projet du CMSS avait des retombées positives sur les connaissances et les comportements des groupes d'intervenants, ainsi que sur les processus de soins de santé et l'évolution de l'état de santé des patients. Ces conclusions soutiennent la poursuite de la formation professionnelle pour la mise en œuvre du CMSS; toutefois, ces efforts devraient porter sur les catalyseurs et les défis relevés dans le présent rapport afin d'assurer une diffusion plus systématique et plus globale dans les organismes de santé et les régions.

Introduction

En octobre 2018, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (l'ICSP) a lancé un projet d'amélioration de la sécurité des patients sous la direction de Maryanne D'Arpino de l'ICSP (chef de projet) et du Dr G. Ross Baker de l'Université de Toronto (chef des études). Ce programme, une collaboration d'apprentissage avec un groupe d'experts et de mentors, centrée sur le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité (le CMSS ou Cadre), s'est déroulé sur une période de 18 mois. Ce programme faisait suite à un projet de démonstration de 12 mois complété en avril 2018. Ces efforts s'inscrivent dans la stratégie de l'Institut canadien pour la sécurité des patients visant à élaborer de nouvelles approches et ressources pour sensibiliser à la sécurité et aider les dirigeants et le personnel de santé à réduire l'incidence des préjudices évitables et à accroître la sensibilisation à la sécurité. Bien qu'il y ait de plus en plus de données probantes sur l'ampleur des événements liés à la sécurité des patients au Canada et ailleurs, et malgré près de 20 ans d'investissement dans les stratégies de sécurité, les progrès réalisés en matière de réduction des préjudices ont été relativement modestes.

Le CMSS, élaboré au Royaume-Uni par Charles Vincent, Susan Burnett et Jane Carthey¹, rassemble des connaissances académiques et pratiques afin de fournir un cadre et une approche élargis de la mesure et de la surveillance de la sécurité. S'appuyant sur les meilleures pratiques observées dans le secteur des soins de santé et d'autres secteurs, le Cadre se compose de cinq dimensions et d'une série de questions clés qui guident les utilisateurs pour aborder de manière globale et conceptuelle un problème de sécurité des patients. Ces cinq dimensions et questions sont les suivantes :

1. **Préjudice passé** : Les soins du patient étaient-ils sécuritaires dans le passé?
2. **Fiabilité** : Nos systèmes et processus cliniques sont-ils fiables?
3. **Sensibilité aux opérations** : Les soins sont-ils sécuritaires aujourd'hui?
4. **Anticipation et état de préparation** : Les soins seront-ils sécuritaires à l'avenir?
5. **Intégration et apprentissage** : Réagissons-nous et faisons-nous des améliorations?

Le CMSS a été expérimenté au Royaume-Uni, et une série d'outils et de mesures de soutien visant à aider le personnel à apprendre et à appliquer le Cadre ont été mis au point et testés dans deux projets pilotes britanniques, et sont maintenant étendus au Canada. Ces initiatives visent à réorienter les efforts actuels de réduction des événements liés à la sécurité des patients, en passant d'une approche centrée sur les préjudices à un effort plus large visant à intégrer la sensibilisation à la sécurité et les pratiques de sécurité dans les équipes de première ligne, chez les dirigeants et les administrateurs.

La Collaboration canadienne sur le CMSS 2018-2020 était composée de 11 équipes de sept organismes, représentant sept provinces (voir annexe A). Ces équipes représentaient des programmes de soins de santé de courte durée (p. ex., médecine interne, soins d'urgence, santé mentale), de longue durée et virtuels. Chaque équipe a choisi ses membres parmi le personnel de première ligne, les consultants/spécialistes en éducation et en amélioration de la qualité, les gestionnaires et les dirigeants organisationnels et régionaux. Les équipes ont participé à trois séances d'apprentissage en présence (en octobre 2018, mars 2019 et octobre 2019) et à un congrès de clôture à Toronto (en mars 2020). Pendant les phases d'action entre chaque séance d'apprentissage, les équipes ont travaillé dans leur contexte local pour faire progresser la mise en œuvre du CMSS et élaborer une vision et une approche plus globales de la sécurité des patients. Deux accompagnateurs affectés à chaque équipe ont effectué des appels d'encadrement réguliers et deux à trois visites en personne pendant la durée de la Collaboration. Les équipes ont également participé à des réunions virtuelles rassemblant toutes les équipes pendant les phases d'action.

Les objectifs de la Collaboration sur le CMSS étaient les suivants :

1. Apprendre et appliquer le CMSS afin d'élaborer une approche plus globale de la sécurité des patients
2. Partager l'apprentissage et créer des réseaux avec des collègues de partout au Canada
3. Travailler avec le corps professoral et les accompagnateurs pour réussir la mise en œuvre du CMSS
4. Consulter, partager et adapter les connaissances, les outils et les ressources de pointe en matière de sécurité des patients au sein d'un réseau d'apprentissage
5. Améliorer l'approche de l'équipe en matière de sécurité des patients tout en prenant des mesures pour fournir des soins plus sécuritaires

¹ Vincent C., S. Burnett et J. Carthey, *The measurement and monitoring of safety in healthcare*, The Health Foundation, Londres, 2013.

Une étude d'évaluation a été commandée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients afin d'examiner les processus et les retombées de la Collaboration sur le CMSS. Cette étude a utilisé une approche de recherche qualitative pour comprendre les points de vue et les expériences des participants au CMSS et à la Collaboration.

Les principaux objectifs de cette étude étaient les suivants :

1. Examiner l'efficacité de la collaboration d'apprentissage pour enseigner le CMSS aux participants et guider leur mise en œuvre du MMSF; et
2. Examiner la mise en œuvre et la diffusion du CMSS dans les contextes des unités, des organismes et des régions.

Le présent rapport expose les résultats de cette étude. Ces résultats peuvent être utilisés pour inspirer de futures collaborations et initiatives d'apprentissage visant à étendre l'utilisation du CMSS, et ce, dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé au Canada.

Méthodes

Cette étude qualitative a fait appel à des méthodes d'observation, d'entrevue et de collecte de données documentaires. Nous avons procédé à l'observation de : 1) sites d'équipes choisis pour observer comment le CMSS était intégré et mis en œuvre par les équipes; 2) sessions d'apprentissage, congrès de clôture et appels à toutes les équipes pour observer les processus d'enseignement et d'apprentissage et les informations discutées et rapportées par les équipes. Nous avons mené des entrevues individuelles semi-structurées, ainsi qu'une entrevue en petit groupe, afin de connaître les perceptions et les expériences des membres des équipes en ce qui concerne l'apprentissage en collaboration et les expériences liées au CMSS. Nous avons recueilli des documents pertinents lors des séances d'apprentissage et des visites dans les établissements.

Échantillonnage

Six endroits avaient été choisis pour des visites d'observation afin d'obtenir un éventail de situations géographiques, d'établissements de soins de santé et de pratiques relatives au CMSS; seules cinq de ces visites ont été effectuées en raison de contraintes de temps. Les observations prévues de la séance d'apprentissage 3, du congrès de clôture et des appels à toutes les équipes ont été réalisées de novembre 2019 jusqu'à la fin. Tous les principaux membres des équipes (n=51) ont été invités à participer à un entretien au moment du recrutement (décembre 2019).

Collecte et analyse des données

Visites d'observation sur place : L'une des deux auteures a effectué chaque visite de site. Ces visites duraient chacune une journée et comportaient l'observation des unités et de l'organisation où le Cadre était mis en œuvre, des activités spécifiques où le Cadre était utilisé, telles que des caucus et des réunions, et d'autres activités connexes, telles que des réunions sur la qualité et la sécurité. Au cours de ces visites, les chercheurs ont eu des conversations avec les membres des équipes et d'autres personnes sur place au sujet du CMSS, et en deux endroits, ils ont mené les entrevues formelles en personne.

Entrevues : Le guide destiné aux entrevues comprenait des questions concernant les rôles professionnels des participants et leur rôle au sein du projet collaboratif du CMSS, leurs réactions, leur connaissance et leurs perceptions du CMSS, leurs perceptions de la collaboration d'apprentissage (p. ex., les séances d'apprentissage, l'accompagnement), leurs expériences de travail dans leurs équipes et dans la mise en œuvre du Cadre, ainsi que leurs réflexions sur son incidence et sa diffusion future. Les entrevues ont été menées par téléphone (n=29) ou en personne. Une première invitation à l'entrevue a été envoyée en décembre 2020, et environ deux courriels de suivi ont ensuite été envoyés à ceux qui n'avaient pas répondu à cette invitation. Les entrevues ont eu lieu de janvier à mars 2020. Elles duraient de 24 à 64 minutes (45 min en moyenne). Après obtention d'un consentement éclairé, les entrevues étaient enregistrées et transcrites textuellement.

Documents : Des documents ont été recueillis lors des observations sur place, de la séance d'apprentissage 3 et du congrès de clôture. Ces documents comprenaient du matériel pour les séances d'apprentissage (p. ex., des études universitaires, des ressources d'apprentissage), du matériel pour les équipes (p. ex., des trousseaux d'outils élaborées, des outils utilisés dans la mise en œuvre du CMSS), des photos de babillards servant aux caucus et des présentations PowerPoint des équipes.

Les données tirées des entrevues, des observations et des documents ont été analysées au moyen d'une méthode d'analyse de contenu dirigée, éclairée par les questions de recherche et les dimensions du CMSS.

Éthique

L'approbation éthique de cette étude a été obtenue auprès du comité d'éthique en recherche de l'Université de Toronto et des sites participants qui nécessitaient l'approbation d'un comité indépendant d'éthique en recherche.

Conclusions

Trente-six membres d'équipes ont participé aux entrevues; 33 d'entre elles étaient des entrevues individuelles et une entrevue a été menée avec trois membres d'une équipe en raison de contraintes de temps. Un total de 29 heures ont été consacrées aux visites de sites; en plus d'environ 33 heures à la séance d'apprentissage 3, au congrès de clôture et aux réunions virtuelles de toutes les équipes.

Collaboration d'apprentissage

Les activités d'apprentissage en collaboration comprenaient trois éléments principaux : des séances d'apprentissage en présence, un accompagnement par des visites en personne et des conférences téléphoniques, ainsi que des réunions virtuelles de toutes les équipes.

Séances d'apprentissage

Dans l'ensemble, les participants ont fourni des commentaires positifs sur les séances d'apprentissage en présence, en particulier sur les approches à volets multiples utilisées pour enseigner le CMSS et pour permettre l'apprentissage au sein des équipes et entre elles.

Les présentateurs des séances d'apprentissage ont été très appréciés pour le contenu qu'ils ont abordé et leur expertise en matière d'enseignement. L'enseignement du CMSS par la D^{re} Janet Carthey et Sarah Garrett - qui ont joué un rôle clé dans son élaboration et sa diffusion au Royaume-Uni - a contribué à la crédibilité de la Collaboration et a été hautement apprécié. Les participants ont fait remarquer qu'elles ont enseigné le CMSS de manière efficace en fournissant des explications sur chaque dimension et les questions qui y sont associées, en organisant des jeux de rôles et en partageant des récits de patients sur la sécurité des soins et des exemples de l'utilisation du Cadre. De nombreux participants ont également évoqué l'efficacité de l'apprentissage expérientiel en se rendant dans divers espaces communautaires pour mettre en pratique ce qu'ils avaient appris sur les risques liés à la sécurité. Les participants ont également apprécié que les séances d'apprentissage soient axées sur des outils tels que les huit types de préjudice et la matrice de maturité, qui ont enrichi leur propre compréhension de la sécurité et ont constitué des ressources précieuses que plusieurs ont utilisées sur leur lieu de travail, soit comme point de départ pour leur intervention en matière de sécurité, soit comme partie intégrante de leur enseignement et de leur utilisation du CMSS au fil du temps. Les participants ont précisé qu'ils avaient utilisé les ressources disponibles dans Sharepoint et qu'ils espéraient pouvoir continuer à y accéder.

Les participants ont apprécié l'espace accordé dans les séances d'apprentissage pour que les équipes puissent apprendre et travailler ensemble, loin des exigences quotidiennes de leur lieu de travail. Les activités en équipe ont permis l'interaction, la discussion et le progrès des équipes.

Les participants ont également souligné les avantages de travailler en réseau avec des équipes basées dans des environnements de soins de santé similaires ou différents, de partout au Canada, et de pouvoir en tirer des leçons. Ce partage entre les équipes a permis aux participants de savoir comment les autres équipes interprétaient et utilisaient le CMSS, ce qui a mis en lumière la diversité de son potentiel. Cet apprentissage entre les équipes s'est fait par le biais de discussions en petits groupes, d'un « marché » d'idées et d'initiatives, ainsi que de présentations par les équipes.

« C'est donc ce que j'ai préféré. J'ai adoré être en mesure de voir comment d'autres personnes l'appliquaient. C'est incroyable que nous ayons tous reçu la même formation lors de ces séances d'apprentissage et que nous en ayons tous fait un usage différent. Et je pense que c'est génial, car il y a tellement de façons différentes d'appliquer ce Cadre, et il n'y en a aucune qui soit meilleure que l'autre. Il s'agit simplement de se demander : Qu'est-ce que ça me dit au juste? Comment ça s'adresse à mon équipe, aux familles, aux clients que je sers pour que ça s'intègre dans notre système et nos processus? » (Entrevue n° 10, cadre supérieur)

« La chose la plus importante que j'ai retirée, quant à moi, c'est d'entendre quelque chose qu'une autre région avait fait ailleurs au pays; ce qui est bien, c'est que vous réunissez des gens de tout le pays et quand vous les regroupez,

tellement d'apprentissage peut se faire grâce à d'autres personnes. Je ne veux pas réinventer la roue, mais je sais que si quelqu'un fait quelque chose de vraiment bien, je veux juste en entendre parler et voir comment nous pouvons l'adapter à notre travail. » (Entrevue n° 12, cadre supérieur)

Les trois séances d'apprentissage ont été structurées de manière à permettre l'enseignement du CMSS, une compréhension plus approfondie de ses dimensions et un partage des expériences et des activités au fil du temps. De nombreux participants ont souligné la quantité « imposante » de renseignements fournis lors de la première séance d'apprentissage. Si certains ont eu du mal à donner un sens au CMSS, beaucoup se sont sentis à l'aise dès le début, en utilisant les termes suivants pour décrire leurs premières réactions : 'intuitif', 'logique', 'simple mais abstrait en même temps', 'j'ai aimé tout de suite'. Certains participants ont mentionné qu'ils aimaient le fait que le Cadre soit proactif plutôt que réactif et, bien que les concepts soient familiers pour plusieurs, le fait d'approfondir le Cadre et ses dimensions à travers les séances d'apprentissage a permis aux équipes d'apprécier à quel point il pourrait être pertinent pour leur site et pourrait encadrer ce qu'elles faisaient. La première séance d'apprentissage a permis de communiquer efficacement les messages clés relatifs au CMSS : la Collaboration a nécessité un changement de mentalité en matière de sécurité, notamment en passant de l'absence de préjugés à la présence de la sécurité - le préjudice passé étant l'une des cinq dimensions - et les équipes ont dû passer d'une orientation axée sur le projet à une réflexion sur le changement de culture, ce qui a obligé les membres des équipes à prendre du recul et à ne pas précipiter le processus d'apprentissage et de mise en œuvre.

« C'est un processus mental qui s'installe avec le temps et une compréhension de votre cheminement au cours de ce processus et de son fonctionnement. J'ai senti ce rouage dès la première séance d'apprentissage : « OK, nous devons réfléchir sous un angle différent », et c'était génial d'en parler avec les gens à notre table, notre propre équipe, et puis c'était tout aussi génial d'entendre ce que les autres équipes avaient à dire, comment elles essayaient de le traiter; en somme, je pense que c'était vraiment un bon point de départ. » (Entrevue n° 7, cadre supérieur)

Bien que les commentaires des participants sur les séances d'apprentissage aient été majoritairement positifs, certaines suggestions ont été faites pour les séances futures. Les équipes devaient décider quelles seraient les personnes qui participeraient aux séances d'apprentissage, et un participant a suggéré que la première séance pourrait peut-être se faire virtuellement pour réduire les ressources nécessaires. On s'est inquiété de la quantité d'apprentissage entre les équipes (p. ex., dans l'agenda libre, le partage des idées, l'examen des articles et la discussion), alors que les équipes elles-mêmes éprouaient des difficultés, et un enseignement et une rétroaction supplémentaires dirigés par des experts auraient été appréciés. Certains participants ont également fait remarquer que l'enseignement sur la durabilité ne correspondait pas à la préparation des équipes pour cette étape, et que le volet évaluation aurait dû être établi et communiqué dès le début de la Collaboration, en accordant plus d'attention à la clarification de la compréhension des détails pertinents (p. ex., le concept des principaux indicateurs).

Encadrement et webinaires pour l'ensemble des équipes

L'accompagnement professionnel lors des visites de sites et des téléconférences a joué un rôle clé dans la compréhension et la mise en œuvre du CMSS par les participants. Les participants ont senti que les visites sur place des accompagnateurs leur permettaient de mieux comprendre le contexte particulier de chaque équipe et donc de fournir un encadrement pertinent et constructif. Les participants ont perçu les accompagnateurs comme étant accessibles et réceptifs entre les visites sur place. Les participants ont déclaré qu'ils avaient pu partager leurs sentiments, leurs idées et leurs expériences avec les accompagnateurs et que ces derniers leur avaient apporté des réponses précieuses, qu'il s'agisse d'un soutien au début ou à certains stades où les équipes connaissaient des frustrations ou des difficultés au cours des 18 mois; de conseils à divers moments pour faire une pause et repenser une approche; ou d'un encouragement à continuer à aller de l'avant. Les accompagnateurs ont permis aux équipes de travailler en permanence à leur interprétation et à leur compréhension du CMSS et de réfléchir plus intensément ou différemment.

Lors des visites de sites, les accompagnateurs ont également eu une influence en enseignant aux personnes présentes sur les sites - des prestataires de soins de santé de première ligne aux équipes de direction des hôpitaux - et en facilitant les activités d'apprentissage, telles que des rondes sur le site pour repérer les problèmes de sécurité des patients et y réfléchir. La présence des accompagnateurs a envoyé un signal important aux prestataires de soins de santé et aux dirigeants des sites quant à la légitimité de l'initiative du CMSS, facilitant ainsi le travail des équipes sur le CMSS. Le déplacement des accompagnateurs entre les sites leur a permis de partager des expériences et des idées entre les équipes. On craignait que les membres des équipes ne soient pas en mesure d'encadrer les autres comme ils l'avaient été par les accompagnateurs de l'ICSP.

« Je pense que c'était vraiment bien d'avoir des accompagnateurs et d'avoir leurs appels, et aussi de les recevoir sur le site, parce qu'ils vous poussent vraiment à aller encore plus loin. Même si tout se passe bien, ils peuvent relever des oublis ou vous dire si vous avez interprété une des dimensions un peu différemment, par exemple. Ils peuvent vraiment vous pousser à aller de l'avant. » (Entrevue n° 24, gestionnaire)

« C'était très utile pour eux de venir, et je me souviens juste qu'ils en avaient parlé à tout notre personnel et qu'ils en avaient aussi parlé à tous nos résidents. Et je pense que c'était la première ou l'une des premières introductions que les résidents ont eu au Cadre. Je pense que c'était vraiment génial que les accompagnateurs se rendent là où les gens étaient le plus familiers avec le Cadre et le passent en revue avec les résidents. » (Entrevue n° 3, infirmière chef/enseignante)

Les quelques suggestions concernant le volet encadrement comprenaient davantage de séances d'accompagnement en personne, une plus grande clarté sur les rôles d'accompagnement et la responsabilité de l'équipe pour soutenir les progrès réalisés au fil du temps, et la reconnaissance du fait que la communication entre l'accompagnateur et un membre de l'équipe de chaque site peut avoir une influence sur la perception qu'ont les autres membres de l'équipe de l'accès à l'encadrement.

Appels de toutes les équipes

Les appels à toutes les équipes ont été perçus comme utiles pour assurer un contact régulier, permettre l'apprentissage sur des sujets variés et accroître la sensibilisation à ce que font les autres équipes. Les participants ont souligné qu'ils n'étaient pas toujours en mesure d'y assister, et qu'un petit nombre d'entre eux n'étaient pas aussi pertinents pour eux, en particulier la séance sur la diffusion, si les équipes n'en étaient pas encore à ce stade.

Mise en œuvre du CMSS

Enseignement du CMSS

Les membres des équipes étaient chargés d'informer les autres sur le CMSS afin de pouvoir le mettre en pratique. La diversité des membres des équipes a permis à chacun d'entre eux de parler du Cadre avec différents groupes au sein de l'organisation et du système de santé. Ces groupes allaient des prestataires de soins de santé de première ligne aux groupes de gestion ou d'amélioration de la qualité, en passant par les cadres supérieurs et les conseils d'administration, la formation étant dispensée au sein des unités cliniques et dans les régions. La confiance des membres des équipes envers le CMSS et donc leur aisance à utiliser son vocabulaire et à instruire les autres ont varié; bien que la plupart aient gagné en confiance avec le temps, il y avait toujours une certaine variabilité vers la fin de la Collaboration.

Les participants ont utilisé différentes stratégies pour enseigner le CMSS aux autres. Elles allaient de séances d'apprentissage formelles sur le Cadre ou ses dimensions à des discussions informelles sur le Cadre en utilisant son vocabulaire dans les interactions quotidiennes et les réunions de concertation. Certains participants ont dit craindre que les prestataires de soins de première ligne ne soient pas réceptifs à un « autre cadre » et que cette terminologie peu familière ne les interpelle pas. Ils ont donc utilisé d'autres approches, comme la formation axée sur les types de préjugés et l'adaptation de la terminologie du Cadre pour en optimiser la pertinence et l'accessibilité.

Les approches éducatives des participants ont également été influencées par le nombre d'apprenants ciblés. Par exemple, ceux des grandes unités cliniques ont dû relever le défi de former un plus grand nombre de personnel de première ligne, et chacun a donc pris des décisions sur la manière de le faire. Les stratégies ont consisté à se concentrer sur une dimension ou un type de préjudice à plusieurs reprises lors de caucus pendant une certaine période de temps ou à faire appel à des champions pour enseigner le Cadre en structurant le caucus autour de ses dimensions et de ses questions. Des groupes plus définis et plus petits, tels qu'un groupe de médecins, des conseils d'administration et des cadres supérieurs, pouvaient être informés sur le Cadre lors d'une séance d'apprentissage ou d'une réunion donnée. Dans un certain nombre d'équipes, les membres ont saisi l'occasion de parler du Cadre dans n'importe quelle réunion où le CMSS pouvait être mis à l'ordre du jour. Il pouvait s'agir d'un comité consultatif des résidents et des familles, d'un groupe de directeurs généraux ou de chefs de services, etc. Même s'il ne s'agissait que d'une brève présentation, elle était considérée comme une occasion de parler du Cadre et de le diffuser au-delà du contexte local. Les participants ont adapté leurs stratégies au fil du temps pour optimiser l'apprentissage, et ils ont décidé des personnes à cibler, par exemple en se concentrant sur les personnes ou les groupes les plus réceptifs à l'apprentissage ou à l'adoption du Cadre.

De nombreux participants ont parlé positivement de leur rôle dans l'enseignement et le partage du CMSS. Certains ont trouvé que cette responsabilité était difficile à assumer étant donné le grand nombre de personnes à cibler et les ressources limitées dont ils disposaient pour assurer la formation et permettre aux autres de participer à l'apprentissage. Quelques-uns se sont demandé si le Cadre pouvait être enseigné en peu de temps, craignant que l'efficacité de sa diffusion ne dépende d'un enseignement plus intensif comme celui que les équipes avaient reçu par le biais de la Collaboration. Toutefois, certains ont également eu l'impression que même si tout le monde n'avait pas nécessairement une connaissance explicite ou approfondie du Cadre, ceux qui la possédaient pouvaient néanmoins influencer les processus de soins de santé qui touchent tous les membres de l'organisation. Le tableau suivant met en évidence les approches éducatives utilisées.

Tableau 1 : Approches éducatives du CMSS

Approche éducative	Exemples
Enseignement du CMSS pendant une courte période propice	Le chef d'unité a eu de courtes discussions sur une ou plusieurs des dimensions avec de petits groupes de prestataires de soins de première ligne, généralement lors de caucus, afin de les préparer à de futurs caucus ou conversations autour du CMSS.
Présentation du CMSS lors d'une réunion planifiée	Présentation à des groupes comprenant des cadres supérieurs, des groupes de consultants en AQ, des directeurs ou des gestionnaires, des médecins. Une équipe a créé une présentation PowerPoint standard avec des messages clés.
Retraite officielle d'une demi-journée du CA sur le CMSS	Enseignement du CMSS à l'aide de présentations par les équipes du CMSS et un expert de l'U de T
Enseignement du CMSS par les accompagnateurs de l'ICSP	Les accompagnateurs de l'ICSP, lors de visites sur place, ont enseigné le CMSS au personnel de première ligne ou aux cadres supérieurs
Enseignement des concepts liés au CMSS	Les membres des équipes du CMSS ont enseigné aux prestataires de soins de première ligne les types de préjudices subis par les patients et ont créé des ressources basées sur des discussions en vue d'un apprentissage continu
Utilisation du CMSS pour résoudre les problèmes de soins aux patients	Un médecin a aidé un groupe de médecins à résoudre des problèmes de soins aux patients en utilisant le CMSS. La personne chargée de l'AQ a enseigné le CMSS au groupe d'AQ et a ensuite eu des discussions sur la manière de l'utiliser pour l'examen des déclarations d'incidents.
Intégration du vocabulaire du CMSS dans la communication quotidienne	Utilisation du vocabulaire du CMSS dans les conversations et les courriels. Affiche du CMSS placée en référence sur le mur lors de conversations sur l'unité.
Intégration du vocabulaire du CMSS dans les discussions sur la sécurité	Questions posées dans les caucus de sécurité concernant les dimensions du CMSS. Utilisation des préoccupations de sécurité en temps réel pour enseigner le CMSS. Catégorisation des préoccupations du personnel en fonction d'une dimension du CMSS. Affiche du CMSS placée en référence sur le mur lors de conversations en caucus de cadres supérieurs.

Voici des exemples de perceptions et d'expériences des participants concernant l'enseignement du Cadre :

« Même s'il semble très simple, c'est un cadre très complexe à expliquer, et essayer de le traduire à des personnes de différentes origines, de niveaux de compréhension et d'éducation différents, c'est un énorme défi, et je pense que si je n'avais pas participé à la collaboration d'apprentissage et pu l'entendre de la bouche des auteures et ainsi capter leur point de vue lorsqu'elles écrivaient le Cadre et y réfléchissaient, je ne pense pas que j'aurais pu le transmettre à qui que ce soit d'autre. » (Entrevue n° 30, consultant/spécialiste en AQ)

« Donc, pour revenir à votre première question, quand je l'ai utilisé avec un problème simple, ça s'est très bien passé. Quand je l'ai utilisé avec un problème plus complexe, sans solution évidente, ça ne s'est pas très bien passé. Mon plan est donc de continuer à l'appliquer à des problèmes mineurs plus spécifiques, et j'espère que nous atteindrons ce stade de réflexion où les gens commenceront à mieux comprendre le Cadre [...] nous pourrions alors nous attaquer à des problèmes plus importants en gardant le Cadre en tête. Mais, pour l'essentiel, dans toutes nos réunions, nos discussions, nous utilisons constamment le Cadre parce que nous essayons de changer les mentalités. » (Entrevue n° 26, clinicien)

« On a réalisé qu'on devait commencer par enseigner aux équipes les différents types de préjudices et leur en parler avant de pouvoir passer à autre chose. Donc, la première chose que nous avons faite à notre retour a été d'élaborer un plan pour ce faire, et nous avons passé 30, même 36 séances à parler de préjudices. Nous avons demandé aux membres des équipes de nous dire honnêtement quels étaient les exemples qu'ils avaient constatés. Et les conversations qui ont suivi ont été incroyables, parce que les gens ont eu de grandes prises de conscience, comme : 'Oh, je n'avais pas réalisé que c'était un préjudice'. » (Entrevue n° 10, cadre supérieur)

Mise en œuvre du CMSS

Les équipes ont été invitées à se concentrer sur les stratégies de mise en œuvre du CMSS qui étaient spécifiques au contexte et qui permettaient d'intégrer le Cadre dans le travail clinique et administratif quotidien des unités ou des zones ciblées. Par conséquent, les équipes ont eu recours à une série de stratégies de mise en œuvre (les caucus de sécurité étant les plus fréquents) pour faire participer les groupes d'intervenants, notamment le personnel de première ligne, les gestionnaires, les patients et les familles, ainsi que les cadres supérieurs. Les stratégies allaient de l'utilisation informelle du Cadre, en tant que point de vue sur la façon dont le personnel pense et agit en matière de sécurité, à des activités et des outils plus structurés orientant le travail clinique et administratif. Le tableau ci-dessous présente et décrit les stratégies appliquées pour soutenir la mise en œuvre du CMSS. Comme on peut le constater, la majorité des stratégies étaient ciblées sur des activités et des processus au sein d'une unité, un nombre plus restreint étant observé au niveau de l'organisation ou du conseil. Suite au tableau, vous trouverez un résumé des expériences des participants relativement à la mise en œuvre du CMSS.

Tableau 2 : Stratégies de mise en œuvre du CMSS

Stratégie de mise en œuvre	Principaux points
Caucus de sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie la plus couramment utilisée pour la mise en œuvre. • Des caucus organisés sur une base quotidienne ou hebdomadaire. • La structure des caucus variait selon les sites. Par exemple, certains utilisaient une série de questions tirées du CMSS pour guider la réunion et d'autres se basaient sur un système de requêtes qui étaient discutées en utilisant les dimensions et le vocabulaire du CMSS. Les caucus réagissaient aux facteurs du jour/de la semaine concernant le patient, le prestataire de soins, l'unité et l'organisation. • Les caucus étaient un lieu essentiel pour enseigner le Cadre et appliquer le vocabulaire du CMSS à des questions de sécurité fondées sur la pratique réelle. • Sur l'un des sites, un nouveau cadre a été élaboré, basé sur les huit types de préjudices enseignés lors de la Collaboration (physique, psychologique, déshumanisation, surtraitement, retard de diagnostic, traitement insuffisant, préjudice lors de la transition, déclin fonctionnel nosocomial), et le CMSS, pour orienter la concertation. • Les caucus visaient les prestataires de soins de première ligne, souvent un groupe multidisciplinaire. • Les caucus étaient menés par des gestionnaires et des infirmières en chef qui faisaient partie des équipes du CMSS, certains sites confiant aux infirmières en chef et aux prestataires de soins de première ligne la direction des caucus. • Les membres des équipes ont mentionné que ces caucus étaient soit nouveaux, soit qu'ils permettaient des types de conversations différents des caucus précédents (p. ex., des conversations plus détaillées, approfondies et structurées; voir la section sur l'incidence pour plus de détails).
Processus de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Certains participants ont dit utiliser le CMSS pour travailler sur des processus de soins de santé spécifiques, tels que l'évaluation du risque de suicide et les rapports tardifs des patients. • Cette utilisation du CMSS a été considérée comme nécessitant de la pratique au fil du temps, en commençant, de manière optimale, par un problème plus défini avant de l'utiliser pour des problèmes plus complexes.

Incidents/Déclarations portant sur la sécurité

- Utilisation du CMSS par les membres des équipes pour orienter les discussions individuelles ou en équipe sur les questions liées à la sécurité avec le personnel de première ligne, les gestionnaires ou les patients/résidents/familles.
- Utilisation du CMSS par les consultants en AQ pour étayer les processus formels d'enquête sur les incidents (p. ex., débriefage après une chute, selon le CMSS).
- Utilisation du CMSS pour classer les déclarations portant sur la sécurité à l'échelle de l'organisation.

Tableau 2 : Stratégies de mise en œuvre du CMSS (suite)

Stratégie de mise en œuvre	Principaux points
Réunions	<ul style="list-style-type: none"> • Les membres des équipes du CMSS ont utilisé les dimensions du CMSS dans différents types de réunions (p. ex., réunions sur la sécurité et la qualité, rondes matinales, réunions de direction). • Le CMSS était utilisé de manière formelle, lors d'une réunion sur un congé sans risque, par exemple, où il était revu au début puis utilisé pour orienter les discussions tout au long de la journée. • Le CMSS était utilisé de manière informelle, les membres des équipes utilisant ses dimensions pour guider leurs questions et commentaires pendant les réunions et utilisant ses termes pendant la réunion.
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • Diverses approches de communication étaient utilisées pour mettre en œuvre le CMSS, allant des conversations en tête-à-tête aux campagnes dans les médias sociaux. • Des efforts étaient déployés pour faire participer le personnel de première ligne à des conversations sur les problèmes de sécurité, tel qu'un événement ayant réuni le personnel de première ligne et les gestionnaires pour discuter de la sécurité en utilisant les dimensions du CMSS et les questions y afférentes. • Une campagne a été menée dans les médias sociaux pour encourager le personnel et les résidents à partager « Qu'est-ce qui fait que vous vous sentez en sécurité? » • Certains ont dit utiliser le vocabulaire du Cadre chaque fois qu'ils en avaient l'occasion, par exemple, dans les communications par courriel et les conversations quotidiennes avec le personnel de première ligne.
Initiatives centrées sur le patient et la famille	<ul style="list-style-type: none"> • Les équipes ont utilisé diverses stratégies pour faire participer les patients/ résidents et les familles à la mise en œuvre du CMSS. Parmi celles-ci, citons : <ul style="list-style-type: none"> - La conférence annuelle sur les soins avec les résidents et les familles ayant utilisé le Cadre a guidé la partie de la conversation sur la sécurité. - Le personnel a utilisé le CMSS pour encadrer les conversations avec les patients sur la sécurité (p. ex., « qu'est-ce qui fait que vous vous sentez en sécurité? ») et a apporté des réponses aux problèmes de sécurité. - Les dirigeants qui visitaient les patients utilisaient le CMSS pour guider leurs conversations avec eux. - Dans certains sites, les patients/résidents/familles pouvaient soit écouter, soit participer aux caucus de sécurité.
Activités au niveau du conseil d'administration et de la haute direction	<ul style="list-style-type: none"> • Le CMSS a permis d'étayer les rapports adressés à la direction de l'hôpital sur les incidents liés à la sécurité. • Des rondes de sécurité des dirigeants guidées par le Cadre. • Intégration du vocabulaire du CMSS dans les rassemblements de dirigeants. • Le CMSS a alimenté les rapports du CA sur l'état de la sécurité et de la qualité. • Les membres du CA ont utilisé le savoir-faire du CMSS pour guider les réunions du comité sur la qualité et la sécurité et réfléchir aux questions, cibles et mesures appropriées pour évaluer la sécurité.

L'expérience de la mise en œuvre du CMSS

Les participants ont décrit la participation aux séances d'apprentissage collaboratif et à l'encadrement comme étant essentielle à la réussite de la mise en œuvre. La mise en place de la Collaboration sur une période de 18 mois a permis de disposer du temps nécessaire pour apprendre, discuter, partager et mettre en œuvre le Cadre dans les sites ciblés initialement, ainsi que de le diffuser plus largement dans le cas de certaines équipes. Beaucoup ont évoqué le temps nécessaire pour abandonner la notion de projet et saisir comment ils allaient intégrer le Cadre dans la pratique pour soutenir un changement plus vaste de la culture de la sécurité. Comme l'a fait remarquer un participant, il s'agit d'un « changement de mentalité »; on ne saurait « trop insister sur le défi que ça représente » étant donné qu'il s'agit d'un « changement de paradigme » (Entrevue n° 27 - consultant/spécialiste en AQ). La continuité et la répétition des termes et des activités du CMSS ont été nécessaires tout au long du calendrier de mise en œuvre pour intégrer efficacement le Cadre dans la pratique quotidienne. Le délai de 18 mois a permis d'alléger les pressions liées à la nécessité de mettre en place immédiatement de nouveaux processus, en offrant la possibilité d'appliquer de manière réfléchie la matrice de maturité et de concevoir des approches de la sécurité spécifiques au contexte.

« J'ai trouvé intéressant que ce soit une collaboration de 18 mois [...] Je me suis dit, oui, c'est long. Mais avec le recul, je peux comprendre maintenant pourquoi il faut ça, environ 18 mois, pour vraiment se faire une idée, trouver comment on va le mettre en œuvre et travailler avec lui [...] Le temps nous a vraiment été utile. C'était probablement l'une des clés. » (Entrevue n° 29, cadre supérieur)

« La répétabilité, c'est quand on regarde au moins la définition, la définition de la qualité, surtout dans la fabrication. Cette faculté de pouvoir répéter encore et encore, et d'avoir cette conversation. Et utiliser ça, pour moi, c'était utiliser ce vocabulaire encore et encore, et utiliser la matrice de maturité; en bout de ligne, c'est ce qui a permis d'y arriver. » (Entrevue n° 30, consultant/spécialiste en AQ)

Les participants ont discuté des dimensions du CMSS qui, selon eux, soit les touchaient et étaient faciles à intégrer dans la pratique, soit étaient plus difficiles à mettre en œuvre. Dans l'ensemble, le préjudice passé a été largement considéré comme bien maîtrisé par les équipes, et l'intégration et l'apprentissage ont été perçus comme un défi en raison du temps et des ressources limités pour s'y consacrer. Les perceptions étaient plus partagées quant à la facilité ou à la difficulté de traiter les autres domaines. Par exemple, les participants de certains milieux, tels que les établissements de soins actifs, ont eu tendance à se percevoir comme pratiquant déjà l'anticipation et l'état de préparation. D'autres ont estimé que les nouveaux caucus avaient contribué à encourager une nouvelle approche de l'anticipation et de l'état de préparation, en permettant au personnel de première ligne d'utiliser leurs « *sens d'araignée* » pour anticiper les changements potentiels d'état ou les besoins de mieux soigner leurs patients. Toutefois, d'autres ont noté que l'anticipation et l'état de préparation aux problématiques de sécurité plus importantes ou à plus long terme étaient plus difficiles. Les domaines de la fiabilité et de la sensibilité aux opérations ont également démontré une variabilité dans les descriptions des participants quant à leurs capacités à les transposer dans la pratique.

Les participants ont formulé des commentaires sur le temps et l'engagement requis pour la Collaboration et la mise en œuvre du CMSS. Se consacrer à ce travail continu a représenté un défi pour la plupart d'entre eux, étant donné les priorités concurrentes de l'équipe de mise en œuvre et de tous les intervenants, en particulier du personnel de première ligne.

« Les infirmières sont à court de temps, extrêmement occupées et leur temps est précieux. Donc, si je les gardais 15 ou 20 minutes, si je le faisais chaque jour et que je les voyais à chaque quart de travail, oui, je pense que ça avancerait relativement vite. Mais mon temps est parfois limité par des réunions et tout le reste, des priorités concurrentes. Donc si je n'y mettais pas le maximum de temps, ça ne pourrait tout simplement pas se faire. » (Entrevue n° 32, gestionnaire)

De nombreux participants ont décrit le défi que représente l'engagement des prestataires de soins de première ligne, qui ne veulent plus d'une activité d'AQ perçue comme une autre exigence de gestion ou comme une charge de travail supplémentaire. L'intégration du CMSS dans le travail quotidien du personnel de première ligne, et non l'ajout de travail, a été considérée comme une approche optimale pour les efforts de mise en œuvre.

« Je ne vous demande pas de me dire, pendant les 20 minutes dont je dispose, je vais revoir le Cadre du MMS, je vous dis que lorsque vous ferez votre vérification, utilisez le Cadre pour le faire. » (Entrevue n° 32, gestionnaire)

Les participants se sont également demandé comment mettre en œuvre « un autre » cadre d'AQ parmi les processus et les pratiques d'AQ actuels qui pourraient ne pas « cadrer » avec le CMSS (p. ex., les exigences actuelles en matière de déclaration axées sur les préjudices passés ou les réunions de concertation fondées sur les principes LEAN) ou au sein d'une organisation ou d'un système encore empreint des approches traditionnelles de la sécurité des patients.

« [...] l'événement se présente comme un préjudice passé et quelqu'un se rend sur place sans avoir compris ça, donc, nous ajoutons un nouveau type de soutien. Mais ce n'est pas ce qu'il faut faire; il s'agit seulement d'une réaction à un préjudice passé. Ce soutien n'empêchera pas non plus que le même préjudice se reproduise. C'est un faux sentiment de sécurité. Je pense donc qu'avec le Cadre, nous leur avons ouvert les yeux, mais nous n'avons pas changé la façon dont nous hiérarchisons les risques [...] » (Entrevue n° 7, cadre supérieur)

« Mais en tant qu'organisation, je pense que ce doit être plus large [...] pour que ça réussisse, ça ne peut pas se limiter à un ou deux domaines. Et le ministère doit aussi être de la partie, car son vocabulaire pour les événements ou les incidents critiques est différent du nôtre. Et donc si nous voulons nous concentrer sur ce Cadre et sur les données qu'ils nous demandent, ça ne correspond tout simplement pas [...] Si je parle d'un incident critique avec le service des urgences, ils n'ont aucune idée de ce dont je parle, si je leur apporte l'une de ces informations. » (Entrevue n° 4, cadre supérieur)

Enfin, les participants ont décrit diverses expériences de soutien par des cadres supérieurs ou des dirigeants. Il y a eu de nombreux exemples de cadres délégués et d'autres leaders très motivés qui ont apporté le soutien, la visibilité et les ressources nécessaires pour mettre le Cadre en pratique. Des niveaux élevés de soutien de la haute direction ont été reconnus comme l'un des facteurs les plus importants pour réussir la mise en œuvre. Dans les cas où le soutien était limité ou inexistant, les équipes ont senti qu'elles avaient moins de possibilités d'intégrer et de diffuser systématiquement le CMSS et d'assurer sa pérennité. En outre, une certaine pression a été perçue pour que les dirigeants obtiennent des résultats, bien qu'il ait fallu du temps pour observer ces changements, et même dans ce cas, de nombreux effets peuvent ne pas être mesurables, ce qui tend à être valorisé.

« Lorsque nous avons commencé, notre PDG et les autres dirigeants étaient très motivés et voulaient réussir ce projet, il était donc très facile de faire ces choses avec du soutien [...] l'engagement du personnel dans ce travail était formidable, et le soutien du haut vers le bas était vraiment bon. Le fait, aussi, que l'équipe de direction ne s'est pas trop immiscée dans le travail et a permis qu'il soit dirigé par le personnel des unités, je pense que c'était vraiment important. » (Entrevue n° 12, cadre supérieur)

De nombreux participants ont décrit les changements et la restructuration au niveau de l'unité, de l'organisme ou de la région/province qui ont eu lieu pendant les 18 mois de la Collaboration sur le CMSS. La rotation du personnel a nécessité une formation continue des nouveaux employés sur les processus liés au CMSS. Des changements, comme ceux qui sont survenus à la direction ou dans une région, ont amené de nouvelles personnes, qui n'étaient pas nécessairement au courant de l'existence de la Collaboration et de l'implication des équipes dans l'initiative, et des changements plus généraux ont engendré plusieurs priorités concurrentes et des changements et flux constants.

Les équipes du CMSS

Les équipes du CMSS étaient composées de gens ayant des expériences professionnelles et des fonctions variées aux niveaux local, régional et provincial. Cette diversité d'antécédents, de compétences et de rôles a permis le partage de différents points de vue et moyens pour enseigner, mettre en œuvre et diffuser le CMSS. Cependant, il y avait aussi des défis d'équipe, surtout en raison de la variabilité de l'engagement envers la Collaboration, compte tenu du temps qu'elle exige et des changements au sein des équipes en 18 mois. La composition des équipes a permis d'adopter différentes approches pour mettre en œuvre le CMSS. Par exemple, de nombreuses personnes issues d'un même contexte clinique ont permis à une équipe engagée de mettre en œuvre le Cadre de manière ciblée. Des personnes issues de différents milieux dans l'unité, l'organisme et la région ont permis une diffusion dans différents lieux. Chaque approche offrait des possibilités et dépendait d'une communication et d'une collaboration efficaces entre les membres des équipes et d'une compréhension du contexte de chacun, qui variait d'une équipe à l'autre.

« Je crois que ça dépend vraiment de qui fait partie de l'équipe. On a été chanceux ici d'avoir différentes perspectives dans l'équipe. La confiance était là pour qu'on puisse évoluer en apprenant les uns des autres. Je crois que c'est notre cas [...] nous avons eu de la chance que ça se produise. Je conçois donc que ça ne puisse se produire dans d'autres équipes, surtout si elles couvrent une zone plus vaste et ne travaillent pas au même endroit. » (Entrevue n° 7, cadre supérieur)

Nous soulignons ci-dessous certaines catégories de membres et leurs rôles importants au sein des équipes.

Les membres des équipes interagissent régulièrement avec les prestataires de soins de première ligne : Les membres des équipes qui avaient des interactions régulières avec les prestataires de soins de première ligne et des responsabilités envers eux, tels que les infirmières et les gestionnaires des services cliniques, étaient considérés comme jouant un rôle essentiel dans la mise en œuvre du Cadre. Les équipes qui n'avaient pas une telle personne dans leur équipe en raison de changements de personnel, ont parlé du défi que représente cette absence dans le soutien à la mise en œuvre du Cadre. Les personnes qui ont été perçues comme efficaces dans ce rôle - rôle particulièrement pertinent pour réussir les caucus - étaient celles qui avaient de solides connaissances et une grande confiance dans l'enseignement et l'utilisation du Cadre. Ces leaders, éducateurs et gestionnaires des services cliniques ont joué un rôle important dans l'enseignement, le déploiement et le renforcement des pratiques liées aux CMSS.

« Nous avons une responsable des soins vraiment extraordinaire... qui avait aussi... [une] compréhension et une approche pratique très similaires avec son personnel. Donc, la même chose. Elle était là pour promouvoir le modèle, en parler et l'utiliser partout où elle le pouvait. Ces deux personnes (la responsable des soins et ...) ... ont en quelque sorte propagé le modèle sur le site, ont fait beaucoup de travail d'accompagnement, puis ont formé leur personnel. » (Entrevue n° 30, consultant/spécialiste en AQ)

Les consultants/spécialistes de la qualité et de la sécurité : Les personnes chargées de la qualité et de la sécurité ont joué un rôle de soutien important au sein des équipes du CMSS, bien que leur participation ait varié en raison de la restructuration qui a eu lieu au cours de la Collaboration ainsi que de la variabilité de l'étendue de leurs rôles, qu'elles agissent au plan organisationnel ou régional. Le Cadre avait tendance à trouver un écho auprès des personnes jouant un rôle en matière de qualité et de sécurité, ce qui les a aidées à mettre le Cadre en pratique. Dans certains cas, ces personnes avaient plus de souplesse pour soutenir le travail du projet. Ces personnes n'ont pas seulement soutenu des initiatives locales, elles ont également utilisé le Cadre dans leurs tâches professionnelles individuelles. Dans certains cas, elles ont aussi transmis les enseignements tirés de la Collaboration à leur propre groupe d'AQ et ont pu avoir une incidence sur leurs activités, telles que la déclaration des incidents et les rondes de la direction. Cependant, elles étaient limitées dans leur capacité à guider les efforts dans la région. Un participant a fait remarquer qu'un groupe régional d'AQ serait plus à même de diffuser le Cadre dans une région.

Les cadres supérieurs : Les membres des équipes qui occupaient des postes de direction dans l'organisme, la région ou la province ont joué un rôle essentiel dans la formation des équipes et dans l'enseignement et la promotion du Cadre au sein de la direction. Ils ont reconnu qu'il leur incombait de « créer le bon environnement » pour que les équipes puissent faire leur travail au niveau local, d'informer les leaders de la Collaboration et d'assurer leur supervision.

« Je crois que notre plus grand défi était d'avoir autant de gens avec des compréhensions et des perspectives différentes sur la sécurité. Nous avons donc dû aller enseigner le modèle, et nous avons eu une responsable des soins vraiment fantastique, qui faisait partie de notre équipe de base et qui s'est investie, et elle était bien au courant des étapes. Elle a également eu une influence considérable. Selon moi, ils la respectaient vraiment pour sa pratique et son accessibilité au personnel. » (Entrevue n° 30, consultant/spécialiste en AQ)

Cependant, les personnes occupant ces postes de direction n'avaient pas toutes le sentiment de disposer d'un environnement propice à ce travail. Les équipes qui ne comprenaient pas de cadre responsable et engagé ont éprouvé plus de difficultés à mettre en œuvre et à diffuser le CMSS.

Les médecins : L'engagement des médecins envers la Collaboration et ses équipes allait de l'absence d'engagement à un médecin profondément engagé et leader du CMSS, en passant par des médecins qui étaient favorables et informés mais non activement investis. Les contraintes à leur engagement étaient qu'ils ne recevaient pas de compensation financière pour le temps passé aux séances d'apprentissage, qu'ils n'étaient pas toujours présents et qu'ils disposaient de peu de temps pour assister aux réunions d'équipe. Dans un site, un membre de l'équipe de médecins a assisté aux séances d'apprentissage et a effectivement présenté le Cadre au groupe de médecins et dirigé son utilisation pour un certain nombre de questions de qualité; et dans un autre site, un médecin a intégré le CMSS dans le travail de sécurité d'un réseau clinique qu'il dirige après avoir pris connaissance du Cadre grâce à un consultant en AQ de la région. Dans les unités où les médecins jouaient un rôle important dans la prestation des soins aux patients, les participants ont noté que la participation et le soutien des médecins étaient essentiels à ce travail.

« Nous avons aussi un médecin chef - mais elle est très peu présente. J'ai une excellente relation de travail avec elle, alors si je dois aller la voir, je peux le faire, même si elle n'a pas participé autant que je l'aurais souhaité. Mais quand j'ai besoin d'elle, elle est là pour me soutenir. » (Entrevue n° 29, cadre supérieur)

Les représentants des patients et les membres des conseils d'administration des services de santé : Quelques équipes comptaient des représentants des patients ou des membres du CA. Ces personnes apportaient des points de vue uniques. Par exemple, les membres du CA ont pu voir comment les équipes utilisaient le CMSS et transmettre leurs connaissances à ce sujet au CA pour leur travail sur l'amélioration de la qualité. La représentante des patients a apporté un point de vue unique aux discussions de l'équipe sur la sécurité et sur la manière dont elle pourrait utiliser le CMSS. Un participant a noté à quel point il était utile d'entendre ses réflexions sur les idées présentées et sur ce qu'elle aurait souhaité voir mis en place sur le site de l'équipe. Un membre du conseil d'administration a fait le commentaire suivant :

« Les équipes ont en fait exprimé qu'il était bon pour nous d'être là à cet égard. Je pense qu'il a également été très bénéfique pour mon collègue et moi de voir ce qu'ils font sur le terrain, où le travail se déroule réellement et ça nous a été bénéfique en tant que membres du conseil d'administration. Comme je l'ai dit, ça a vraiment changé ma façon de voir les objectifs, les mesures et le travail futur. Je pense donc qu'il y a eu réciprocité. » (Entrevue n° 15, cadre supérieur)

La rotation des membres des équipes, qu'elle soit due à des personnes quittant leur poste au sein de l'organisme ou passant à un nouveau poste, a constitué un défi majeur pour de nombreuses équipes, en particulier lorsque cette personne jouait un rôle clé dans la mise en œuvre au jour le jour, par exemple en menant des caucus ou en dirigeant l'initiative. La perte de membres a constitué un défi pour la poursuite du processus de mise en œuvre, en particulier lorsque seuls un ou deux membres de l'équipe étaient présents tout au long des 18 mois. L'ajout de nouveaux membres en cours de route a également constitué un défi, car ils devaient « rattraper leur retard ». Dans un petit nombre de cas, le passage à un nouveau poste a permis de diffuser le CMSS dans un domaine et un contexte différents. Il a également été question des personnes qui n'étaient pas représentées dans cette Collaboration, comme les groupes régionaux de qualité et de sécurité, le personnel de première ligne et les prestataires de soins de santé qui ne sont généralement pas représentés dans ces forums, comme les aides-soignants.

La diffusion du CMSS

Comme le précise la section sur la mise en œuvre du CMSS, les équipes ont varié selon que leurs stratégies de mise en œuvre dans l'organisation étaient axées sur une seule unité ou sur plusieurs domaines (p. ex., la direction générale en plus de l'unité).

La majorité des participants se sont montrés enthousiastes et favorables à la diffusion du CMSS au-delà des zones cibles initiales, bien qu'il y ait eu des variations dans leur perception des ressources et de la phase de diffusion adéquate du Cadre. Un petit nombre d'équipes ont continué à se concentrer sur leurs sites de mise en œuvre initiaux. Les autres équipes ont connu des niveaux de diffusion variables : 1) une diffusion non planifiée menant à des îlots d'adoption dans les organismes ou les régions; 2) des efforts planifiés, individuels ou en équipe, pour adapter le CMSS à d'autres contextes ou processus; et 3) des efforts planifiés et coordonnés de grande envergure pour diffuser ou étendre le Cadre à l'échelle d'un organisme ou d'une région. Le nombre d'équipes était réparti de façon relativement égale dans chacune des catégories ci-dessus, à l'exception de la dernière catégorie, celle de la réalisation d'une diffusion planifiée, qui comprenait un plus grand nombre d'équipes.

Pour les équipes qui avaient commencé à réfléchir à la diffusion, les séances consacrées à la diffusion et à la généralisation, dispensées lors de la troisième séance d'apprentissage et de deux des webinaires mensuels pour toutes les équipes, ont été considérées comme précieuses pour fournir des stratégies de diffusion du Cadre.

La diffusion non planifiée

Le bouche-à-oreille et les déclarations d'intérêt, ainsi que les changements de poste des membres des équipes, ont conduit à la diffusion non planifiée des activités ou des outils associés au CMSS. Par exemple, une équipe a rapporté que son plan initial était de mettre en place le babillard et le caucus de sécurité et de se regrouper avec les aides-soignants et les équipes d'infirmières, mais elle a vite réalisé que d'autres équipes étaient intéressées et bénéficieraient d'initiatives similaires et a donc pris la décision d'élargir la portée de leur mise en œuvre.

On l'a essayé [dans une unité] au début, mais plus les gens s'y intéressaient, plus on a voulu continuer. Ça s'est finalement répandu dans tout le site parce que le personnel travaillait à toutes les unités et en parlait à leurs collègues [...] Puis le site a décidé de l'instaurer partout. » (Entrevue n° 16, gestionnaire)

De même, dans d'autres sites, les responsables d'unités autres que l'unité cible ont été informés du babillard et du caucus de sécurité du CMSS et ont exprimé leur intérêt à les reproduire dans leurs propres unités. En outre, les participants ont indiqué avoir concentré leurs efforts de sensibilisation au CMSS, par exemple auprès des hauts responsables, sur ceux qui manifestaient de l'intérêt et étaient donc plus susceptibles d'adopter le CMSS.

Certains sites ont également fait état d'une diffusion imprévue lorsqu'un membre de l'équipe changeait de poste au sein de l'organisme ou de la région. Par exemple, dans un site, un membre de l'équipe a quitté son poste dans l'unité ciblée et a assumé un poste de responsable dans une autre unité. Elle a donc apporté sa connaissance du CMSS et son expérience de la mise en œuvre des caucus de sécurité dans le nouveau contexte, et y a initié le même processus de caucus. Cependant, dans les situations où les personnes qui reproduisaient les caucus n'avaient pas de formation formelle en la matière ou que des personnes mettaient en œuvre les caucus de sécurité sans le soutien d'une équipe du CMSS, il était plus difficile de mettre en œuvre le Cadre et ses processus afférents.

Les efforts isolés et planifiés, individuels ou en équipe

Il y a eu des exemples d'efforts isolés et délibérés pour diffuser le CMSS ou le processus et les outils élaborés par le biais de la mise en œuvre du CMSS. Dans de nombreux cas, ces efforts de diffusion ont été dirigés par les consultants/spécialistes en AQ participant à la Collaboration sur le CMSS, qui occupaient des postes régionaux ou organisationnels, et donc bien placés pour réfléchir à la manière dont le CMSS pourrait être utilisé dans d'autres contextes ou processus au-delà de l'unité locale.

« Nous avons donc repris le modèle de l'équipe des infirmières auxiliaires autorisées et on commence maintenant à le transposer dans d'autres domaines, mais en utilisant cette question [les soins sont-ils sécuritaires aujourd'hui?...] C'est une question qui fait réfléchir et qui rompt avec la culture existante. Parmi toutes les choses que j'ai retirées du Cadre, c'est accrocheur, mais c'est une bonne phrase. » (Entrevue n° 19, cadre supérieur)

Par exemple, un membre de l'équipe régionale d'AQ du CMSS a veillé à ce que tous les consultants en AQ soient informés du CMSS et aient la confiance nécessaire pour l'utiliser. Les consultants ont été encouragés à partager ou à enseigner le Cadre à différents groupes, et si un groupe était intéressé à utiliser le Cadre, ils étaient en mesure de soutenir sa mise en œuvre dans un nouveau contexte, tel que le mentionne la citation ci-dessous. À la suite de cet effort, un groupe de soins cliniques a exprimé son intérêt pour le Cadre et l'utilise maintenant pour structurer ses mesures de sécurité.

« [Le responsable opérationnel] aimerait s'assurer qu'il y ait suffisamment de compétences au sein de notre équipe chargée de la qualité pour que si un directeur de programme venait voir quelqu'un, parce que nous avons différentes personnes attachées à différents domaines en tant que consultants en qualité [...] si on leur présentait le Cadre et qu'ils voulaient l'adopter, alors nous aurions la capacité, au sein de notre équipe, de le partager, de les former et de commencer à changer leur façon de penser. » (Entrevue n° 13, consultant/spécialiste en AQ)

Bien que les consultants/spécialistes en AQ aient joué un rôle dans ce type de diffusion, d'autres personnes ont également joué un rôle, comme un médecin dans un contexte donné et un cadre supérieur dans un autre contexte. Malgré que ces efforts mettent en évidence le potentiel du Cadre à s'adapter à divers contextes et à fournir une approche à un certain nombre de processus cliniques et de sécurité différents, on s'est inquiété du fait que ces types d'efforts aient abouti à une approche fragmentaire de la diffusion du Cadre. Un consultant en AQ a décrit la diffusion comme 'des petits îlots se formant partout'. « Je n'ai pas l'impression que l'un d'entre eux soit super évolué... c'est encore un cheminement. » (Entrevue n° 9, consultant/spécialiste en AQ) Pour une incidence plus significative, des efforts plus délibérés de diffusion et de déploiement ont été jugés nécessaires.

Diffusion et étendue délibérées

Environ la moitié des équipes en étaient au stade de la planification ou avaient déjà entrepris une diffusion délibérée et plus large du CMSS et des outils et processus afférents. Deux des sites de soins de longue durée ont discuté de la planification précoce ou du désir d'étendre le processus de caucus de sécurité du CMSS à des sites similaires avec lesquels ils avaient déjà des relations, comme le partage de personnel infirmier ou de consultants en AQ. De même, un cadre régional qui jouait le rôle de promoteur au sein de l'une des équipes avait commencé le processus de diffusion des caucus et autres activités liées au CMSS du site local à un autre site.

« Nous apportons [le CMSS] dans l'un des hôpitaux communautaires sous ma responsabilité. On commence donc à mettre en place le modèle dans cet hôpital de 80 lits, à partir du moment où vous passez la porte jusqu'au haut de l'échelle, dans tous les services de l'établissement, des infrastructures à la nourriture en passant par les soins [...] On intègre le modèle dans l'ensemble des opérations de ce petit hôpital. Ça devrait donc être un bon test du modèle : nous le faisons passer d'un petit programme à un hôpital de proximité et nous instaurons un modèle dans tous les services qui y sont fournis. » (Entrevue n° 19, cadre supérieur)

Dans deux autres sites, les caucus de sécurité quotidiens ont été largement déployés. Dans un site, le succès du caucus de sécurité quotidien dans l'unité participante a incité les responsables de la qualité et de la sécurité de l'organisme à entamer le processus de diffusion des caucus dans toutes les unités de cet établissement. Chaque unité a reçu une formation sur la manière d'organiser un caucus de sécurité à l'aide de babillards et d'un scénario normalisés. Une fois les caucus bien établis dans toute l'organisation, ils devaient servir de lieu d'enseignement du Cadre au personnel de première ligne. De même, dans un autre site, la mise en œuvre initiale d'un caucus de sécurité utilisant un nouveau modèle fondé sur les 8 types de préjudices et le CMSS a conduit à l'élaboration d'une trousse d'outils qui a été partagée avec d'autres gestionnaires au sein du même établissement de soins de longue durée et dans des établissements de toute la région afin de soutenir une mise en œuvre plus large des mêmes caucus de sécurité. La responsable de l'initiative de la trousse d'outils a encouragé les gestionnaires à l'adapter à leur propre contexte et à lui faire part de leurs commentaires afin qu'elle puisse réviser et améliorer la trousse en permanence.

« C'est vraiment stimulant de recevoir davantage de commentaires de différents milieux sur la façon dont ils l'intègrent et sur les choses que nous pouvons faire pour l'améliorer. Ce n'est donc jamais vraiment 'un document final'. Je veux toujours avoir des réactions de différents services et je serais très heureuse de l'essayer dans un autre milieu. Nous sommes tous maintenant en soins infirmiers, mais je pense qu'il serait également intéressant de l'essayer en dehors du milieu clinique. » (Entrevue n° 10, cadre supérieur)

Les défis posés par la diffusion

Les membres des équipes ont relevé un certain nombre de défis posés par la diffusion du CMSS.

Les ressources affectées : La quantité de temps et de ressources affectées nécessaires à l'intégration efficace du CMSS dans les unités participantes a été considérée comme un défi pour la diffusion du Cadre. Les participants ont souligné le temps nécessaire pour enseigner efficacement le Cadre au personnel de première ligne et pour apporter des changements à la culture de l'unité. Ils ont constaté que la participation à la Collaboration et l'encadrement fourni par l'ICSP ont contribué à la réussite de la mise en œuvre. L'extension de ce volume de temps et de ressources à l'ensemble d'une organisation ou d'une région a été considérée comme dépassant les capacités des équipes participantes. De nombreuses équipes ont eu du mal à consacrer des ressources à la mise en œuvre dans leurs propres unités et se sont interrogées sur leur capacité à diffuser également le Cadre.

Accent mis sur le CMSS par rapport aux outils/processus : Certains participants ont fait la distinction entre la diffusion du CMSS (c.-à-d. les changements dans la façon de concevoir la sécurité et dans la culture de la sécurité, l'enseignement du Cadre) et les outils/processus fondés sur le Cadre. Les opinions divergeaient quant à savoir si tout le monde, « de haut en bas et de bas en haut », devait recevoir une éducation formelle au sujet du Cadre pour qu'il soit mis en œuvre à grande échelle avec des changements significatifs ou s'il suffisait que les gens utilisent des outils et des processus qui étaient pertinents pour leur fonction particulière.

Pouvoir d'influencer la diffusion : Les participants ont décrit les défis à relever pour influencer les autres, allant des gens dans d'autres unités pour diriger des caucus au changement de mentalité des administrateurs et des décideurs.

Besoin de changements à plus grande échelle : Un manque d'harmonisation entre le CMSS et le vocabulaire, les processus et les cadres de l'organisation et du système a été perçu comme un obstacle à une adoption plus systématique du Cadre. Les participants ont souligné qu'ils pouvaient travailler sur des questions telles que la fiabilité dans leurs unités spécifiques, mais qu'ils ne pouvaient pas rendre compte de la fiabilité dans d'autres secteurs de l'organisation. D'autres participants ont signalé l'existence de multiples efforts d'amélioration avec l'utilisation de différents cadres, qui se concurrencent les uns les autres. Plusieurs ont décrit des divergences entre le CMSS et les processus de documentation et de déclaration courants fondés sur les préjudices passés dans les unités, les organisations et les systèmes. Ces facteurs ont rendu difficile la prise en compte systématique et la mise en œuvre à plus grande échelle du CMSS et de ses multiples dimensions.

« Eh bien, je pense que tout le monde doit avoir la possibilité d'apprendre ça, du CA à la première ligne. Mais ça va prendre un certain temps, parce que c'est un énorme changement de culture. Je pense aussi que le ministère doit l'adopter. Si les attentes diffèrent, comment faire pour maintenir quoi que ce soit? Si le ministère attend quelque chose de différent de nous, comment continuer à le faire alors qu'on nous dit de faire autre chose? Je pense donc qu'il faut que ce soit une initiative de tout le système. » (Entrevue n° 4, cadre supérieur)

L'incidence du CMSS

La majorité des participants ont jugé positives leurs expériences de mise en œuvre du CMSS et ont noté un certain nombre de façons dont le Cadre a eu une incidence sur les contextes locaux et, dans une moindre mesure, au plan de l'organisation ou du système. Les répercussions se sont manifestées par : a) des changements dans la façon de penser à la sécurité; b) l'engagement du personnel dans les efforts portés à la qualité et à la sécurité; c) l'engagement des patients/résidents et des familles dans les efforts de sécurité; et d) des améliorations dans les processus et les résultats des soins cliniques.

Évolution de la réflexion sur la sécurité

Les participants ont décrit des changements significatifs dans leur compréhension de la sécurité, passant d'une vision de la sécurité comme étant l'absence de préjudices à la présence de la sécurité.

« Oui, on a changé de façon de penser. Nous ne voulons pas que surviennent des préjudices, alors comment pouvons-nous adopter un autre point de vue - au lieu de toujours regarder les choses rétroactivement? Comment pouvons-nous envisager d'assurer la sécurité autour de nous, de sorte qu'en fait nous ne voyons pas de préjudices se produire ou que nous ne les subissons pas? » (Entrevue n° 20, cadre supérieur)

La compréhension de ce qui peut être considéré comme un problème de sécurité des patients s'est également élargie. La définition du préjudice s'est étendue au-delà du préjudice physique pour inclure de multiples types de préjudices, notamment des expériences telles que la déshumanisation et la solitude. Les participants ont échangé des exemples de déclarations et de discussions du personnel, non seulement sur les préjudices déjà survenus, mais aussi sur les signes avant-coureurs d'un problème qui pourrait surgir et nécessiter une surveillance continue. En outre, des choses qui auparavant auraient été considérées comme de simples irritants ou des entraves à l'exercice de la profession ont été reconceptualisées comme des problèmes de sécurité, ce qui a rendu plus urgente la recherche de solutions.

« Ça a créé de l'enthousiasme aussi, et je crois que ça a vraiment créé une certaine reconnaissance de ce qu'on traitait avant comme un irritant ou une sorte de problème. Les gens en sont vraiment venus à les considérer comme des problèmes de sécurité, ce qui a constitué un changement. C'est un changement de mentalité. Et un changement important dans la façon de penser. » (Entrevue n° 27, consultant/spécialiste en AQ)

« Ce n'est pas nouveau, comme si on créait un nouveau paradigme de la sécurité, mais c'est s'assurer que nous y pensons de manière globale et que nous n'oublions pas certains éléments majeurs, que nous ne sommes pas seulement hypercentrés sur ce qui s'est passé hier. » (Entrevue n° 16, gestionnaire)

L'attention portée aux différents domaines du Cadre a permis d'élargir le point de vue des intervenants sur la manière de comprendre et de traiter les préoccupations et les événements liés à la sécurité. Les participants ont partagé des exemples sur la façon dont le Cadre leur permettait d'aborder l'analyse d'un incident de différentes manières. Par exemple, le fait de déplacer l'attention du préjudice passé vers la dimension de la fiabilité dans les enquêtes sur les événements liés à la sécurité a permis aux chefs d'unité ou aux consultants en AQ de demander au personnel de première ligne de déterminer les processus qui auraient dû empêcher un événement de se produire; cette approche a amené le personnel à réfléchir à des solutions potentielles pour garantir que l'incident ne se reproduirait pas. Dans un autre exemple, un chef d'unité a noté un incident où il a pris connaissance de deux formes différentes de consignation de données par des infirmières provenant de différentes unités et de la discussion qui s'en est suivie en utilisant le CMSS :

« Nous avons eu une longue discussion ce matin sur ce qui aurait pu faire défaut avec deux formes de consignation de données, sur les gens qui ont la responsabilité de les faire et sur la façon dont on échange les notes de nos infirmières. On a parcouru ces domaines, et c'était un excellent exemple à suivre. » (Entrevue n° 8, infirmière chef/enseignante)

Ces changements dans les discussions sur la sécurité se produisaient également chez les hauts dirigeants, comme dans le cas d'une équipe qui avait intégré le Cadre dans les caucus des hauts dirigeants :

« Et nous le faisons chaque matin et lorsque nous faisons un tour de table, tout le monde parle des problèmes de l'unité et donc, nous avons intégré tout le vocabulaire, nous avons donné à chaque personne de l'équipe une feuille qui décrit la trajectoire à travers les pétales du Cadre et pose des questions, et lorsque chacun se prononce, c'est pour parler des risques dans son unité et de tous ces éléments. » (Entrevue n° 12, cadre supérieur)

Le fait de travailler avec le CMSS a amené de nombreux participants, notamment des gestionnaires, des directeurs, des consultants en AQ et des membres de CA, à avoir une compréhension plus nuancée des types d'informations qui peuvent être recueillies afin de parvenir à une compréhension plus globale des processus et des résultats en matière de sécurité.

« Ça m'a appris que la mesure se réfère aux paramètres et aux données, aux vérifications et au comptage, alors que la surveillance se réfère au questionnement, à l'observation, à l'écoute, à l'attention portée aux perceptions des gens. L'une des grandes révélations pour moi est que dans le passé, on se fixait des objectifs, on les surveillait et on se posait des questions lorsqu'ils n'étaient pas atteints et alors, ça peut vraiment vous donner un faux sentiment de sécurité lorsque vous atteignez ces objectifs. » (Entrevue n° 15, cadre supérieur)

La formation entourant le CMSS a permis d'attirer l'attention des participants sur une dimension particulière qu'ils avaient souvent tendance à négliger. Par exemple, certains ont dit qu'ils étaient plus sensibles au fonctionnement maintenant que le CMSS validait cette façon de penser, au lieu de toujours regarder les « données concrètes », et ça leur faisait réaliser que dans le passé, ils avaient tendance à avoir une approche plus réactive. D'autres ont fait remarquer que la dimension de la fiabilité offrait une nouvelle façon de penser au travail d'amélioration ou qu'ils appréciaient désormais davantage des processus qu'ils faisaient habituellement de façon routinière, mais dont l'importance pour la fiabilité était désormais reconnue. Beaucoup ont observé qu'on négligeait souvent l'intégration et l'apprentissage et qu'on les poussait maintenant à y accorder une plus grande attention.

L'engagement du personnel de santé

La participation aux caucus de sécurité du CMSS, qui aident le personnel de première ligne de nombreuses professions différentes à apprendre et à appliquer le CMSS, a été considérée comme une stratégie clé pour renforcer l'engagement du personnel de première ligne envers les mesures de sécurité et de qualité. Les participants ont noté une augmentation du nombre de membres du personnel qui remplissaient des requêtes, partageaient plus rapidement leurs préoccupations en matière de sécurité et en discutaient sur le champ. Une infirmière chef a senti que les infirmières de son unité démontraient une meilleure compréhension des raisons pour lesquelles la déclaration des incidents et le fait de parler des problèmes de sécurité sont importants pour la sécurité générale du personnel et des patients/résidents.

« Elles ne se contentent pas d'exécuter leurs tâches [...] maintenant, elles s'engagent plus activement dans une réflexion, comme: 'Oh, cela pourrait poser problème, peut-être que nous devrions en parler.' » (Entrevue n° 14, gestionnaire)

Lorsque des préoccupations ou des événements liés à la sécurité étaient signalés, on passait du simple signalement à la réflexion sur la façon de les prévenir à l'avenir.

« OK, tout le monde est dans la salle, parlons-en maintenant et trouvons un plan. Et [l'infirmière chef] a dit que ça arrive bien plus souvent maintenant qu'auparavant. Et ça les a sensibilisés et a attiré leur attention sur le fait qu'il faut s'occuper des problèmes tout de suite. Il ne faut pas s'attendre à ce que quelqu'un d'autre vienne le faire pour nous. » (Entrevue n° 13, consultant/spécialiste en AQ)

Certains participants ont décrit des conversations plus approfondies, plus ouvertes et plus collaboratives sur la sécurité dans leur milieu, vu que le Cadre a permis aux dirigeants de poser des questions et aux prestataires de première ligne de mieux comprendre la sécurité des patients et d'utiliser un langage commun pour s'engager et en parler.

« Il axe la discussion sur la sécurité des patients, il peut vraiment minimiser les conflits ou les questions qui stagnent parce que les gens s'entêtent dans leur position. Quand on utilise un cadre de sécurité des patients, je trouve que ça apaise les gens [...] Ça les ouvre davantage à considérer différents points de vue [...] Il ne s'agit pas de votre opinion personnelle, mais de la sécurité des patients. Comme tout le monde ici veut que les patients soient en sécurité, ça fait sortir les gens de leur tour ou de leur silo et je trouve que ça stimule les discussions constructives. » (Entrevue n° 26, clinicien)

« Et je pense que la conversation a été très utile. C'est intéressant en fin de parcours, même si certains jours, j'ai l'impression que nous n'avons presque rien accompli parce que c'est difficile à voir sur papier. Je le vois tous les jours - lorsque je parle avec les gens, lorsque je me promène, lorsque nous avons des discussions au sein de l'équipe de direction ou lorsque nous avons des discussions dans les réunions du personnel avec le personnel de première ligne - que le langage et la conversation ont changé. » (Entrevue n° 12, cadre supérieur)

Le personnel a également commencé à s'approprier davantage les efforts déployés pour répondre aux préoccupations en matière de sécurité. Dans certaines unités, les responsables ont encouragé les prestataires de soins de première ligne à diriger les caucus. Dans toutes les équipes, cette approche visait à accroître la responsabilité et l'appropriation du personnel de première ligne. Par exemple, si un prestataire de soins de première ligne identifiait un problème de chutes chez un résident d'un établissement de soins de longue durée, ce prestataire était encouragé à trouver une solution et à l'appliquer, comme l'obtention de chaussettes antidérapantes pour le résident.

« Donc, de mon point de vue ou de ce que je peux voir, ça donne en quelque sorte au personnel le pouvoir de prendre l'initiative lorsqu'il observe [...] ou participe à quelque chose qu'il croit ne pas être nécessairement sécuritaire et ce qu'il peut faire pour résoudre ça en équipe. Il s'agit donc, bien sûr, de renforcer l'esprit d'équipe et de donner à ses membres le sentiment qu'ils peuvent s'exprimer et participer. » (Entrevue n° 14, gestionnaire)

L'engagement du patient et de la famille

Certains participants ont fait état d'une participation accrue des patients/résidents et des familles aux discussions sur la sécurité. Une meilleure compréhension de la sécurité a permis aux équipes de reconnaître l'importance d'intégrer le point de vue des patients/résidents sur ce qui les fait se sentir en sécurité dans l'amélioration de la sécurité. Le Cadre a été considéré comme une structure permettant d'avoir de meilleures conversations et de poser un plus grand nombre de questions.

« Il y a des secteurs où nous utilisons très bien la voix des patients, et d'autres où je pense que nous pouvons faire mieux, et je pense donc qu'il est vraiment essentiel de changer ça pour considérer les patients comme des partenaires. » (Entrevue n° 29, cadre supérieur)

« Ils sont passés d'un modèle rétrospectif à un modèle prospectif, et ils ont vraiment fait participer les clients, les patients, au modèle. » (Entrevue n° 19, cadre supérieur)

Les différentes approches de mise en œuvre (p. ex., les caucus, la communication, les réunions avec les représentants des patients et des familles) ont fourni différents lieux pour partager et intensifier les perspectives des patients/résidents et des familles dans les unités locales. Par exemple, dans un établissement de soins de longue durée, les aides-soignants ont été encouragés à demander régulièrement à leurs résidents ce qui faisait qu'ils se sentaient en sécurité et à le rapporter aux caucus de sécurité. Dans un autre site hospitalier, le membre de l'équipe du CMSS qui occupait un poste de direction a commencé à approcher les patients pour les interroger sur les soins qu'ils reçoivent.

Processus de soins de santé et soins aux patients

Les participants ont estimé que leur travail lié au CMSS avait des répercussions sur les processus de soins et les soins aux patients. Dans certains cas, les participants ont pu relever des mesures indiquant des changements dans les comportements et les résultats, tels que la réduction du nombre de blessures du personnel, des préjudices causés aux résidents, des événements liés à la sécurité et de l'ampleur des préjudices, ainsi que de l'utilisation de médicaments tels que des antipsychotiques.

Dans de nombreux cas, les participants ont décrit des améliorations des processus de soins ayant une incidence sur les résultats cliniques et la sécurité. Il a été noté que ces répercussions étaient plus difficiles à quantifier, soit en raison des limites des données disponibles, des effets largement répandus ou de la faible occurrence des préjudices évités. Par exemple, les caucus ont permis des discussions plus approfondies sur les questions de sécurité et les détails liés aux patients/résidents et aux familles (p. ex., les besoins en matière de soins, les problèmes de médicaments), les questions liées à l'unité (p. ex., les problèmes d'équipement, les visiteurs de l'unité ce jour-là) et les questions liées à l'hôpital ou à l'ensemble du système (p. ex., le changement d'étiquetage des médicaments, le processus hospitalier), qui ont enrichi les soins quotidiens aux patients de multiples façons. Ces caucus, et le partage d'informations, ont eu une incidence sur le comportement des prestataires de soins et des dirigeants. Par exemple, dans une unité, les caucus ont suscité une discussion sur un problème lié à l'administration d'un médicament, ce qui a amené le responsable à faire un rapport au fabricant qui, à son tour, a répondu à cette préoccupation et a changé l'emballage, améliorant ainsi le processus d'administration de ce médicament.

Les participants ont évoqué l'utilisation du CMSS pour travailler sur des processus de soins spécifiques. Par exemple, dans un site, l'équipe avait utilisé le Cadre pour étayer une initiative sur l'évaluation des risques de suicide, en attirant l'attention sur des détails tels que l'intégration et l'apprentissage pour s'assurer que les infirmières mettaient en œuvre les processus avec précision et recevaient le soutien nécessaire. Dans un autre site, le groupe de médecins a utilisé le

CMSS pour résoudre le problème posé par les rapports, tels que les résultats de tests de laboratoire ou d'imagerie diagnostique, qui revenaient après le départ du médecin qui les avait demandés. En utilisant le CMSS pour guider son travail, l'équipe a créé un nouveau processus pour assurer un suivi fiable des rapports tardifs. Cette intervention a entraîné une amélioration du taux de réponse aux résultats qui peuvent être préjudiciables aux patients et une plus grande satisfaction des patients grâce au suivi des soins fournis. Ce même groupe a également utilisé le CMSS pour guider les débriefages et les réflexions en suivant des codes fictifs, ce qui a permis d'accroître la confiance et la compétence du personnel en matière de soins aux patients. Les résultats de ces activités étaient plus difficiles à mesurer étant donné la rareté des codes réels.

« La majorité des participants ont trouvé que le CMSS, la Collaboration et le travail d'équipe avaient eu des retombées positives aux différents niveaux décrits ci-dessus. Bien que ces retombées ne puissent pas toujours être mesurées, elles ont été perçues comme existantes et significatives.

Et c'est ce qui m'a le plus impressionné. Qu'il y ait ou non quelque chose - et il y a des éléments mesurables dans certains des travaux que nous avons effectués - pour moi, il s'agit moins de ces éléments mesurables que de la façon dont la conversation a changé et a modifié une partie de l'objectif. Je suis difficile à convaincre parfois, mais là, je suis assez convaincu. » (Entrevue n° 12, cadre supérieur)

Recommandations futures

Cette recherche évaluative a démontré que la Collaboration sur le CMSS a réussi à faire connaître le CMSS aux équipes et à les accompagner dans la mise en œuvre du Cadre dans leur contexte local. Les participants ont perçu le travail réalisé autour du CMSS comme ayant des incidences positives sur les connaissances et les comportements des différents groupes d'intervenants, ainsi que sur les processus de soins de santé et les résultats pour les patients. À la lumière des conclusions présentées, il est opportun de poursuivre sur la lancée actuelle. Les recommandations suivantes visent à la fois les échéanciers à long terme et les exigences actuelles du système de santé compte tenu de la pandémie de COVID-19 :

- L'adoption du CMSS nécessite un investissement dans l'éducation des personnes qui ont l'engagement, l'autorité et les ressources nécessaires pour soutenir le changement sur leur lieu de travail. Cela pourrait se faire par le biais d'une nouvelle collaboration d'apprentissage qui utilise des séances virtuelles ou un mélange de séances virtuelles et présentielles.
- L'encadrement est essentiel pour permettre aux individus et aux équipes de mettre le Cadre en œuvre. Il est nécessaire d'envisager différents modèles d'encadrement pour favoriser une diffusion plus large du CMSS. La mise en place d'accompagnateurs locaux, y compris certains participants à la Collaboration, permettrait d'intensifier l'encadrement. Ce dernier pourrait également être effectué de manière virtuelle. Les accompagnateurs pourraient être formés pour mener des activités au niveau de la province ou de la région.
- Continuer à soutenir l'apprentissage entre les équipes et les provinces étant donné la variabilité de l'utilisation du CMSS et l'importance d'apprendre les uns des autres. On pourrait lancer une série de cours virtuels utilisant certaines des ressources/outils des séances d'apprentissage et s'appuyant sur des exemples locaux de la Collaboration.
- Cibler différents groupes de professionnels (p. ex., les médecins) et d'intervenants (p. ex., les réseaux d'AQ, les cadres supérieurs, les conseils d'administration) pour favoriser une plus grande diffusion, en tenant compte des facteurs particuliers nécessaires pour optimiser leur participation et leur soutien au travail entourant le CMSS à tous les niveaux d'une organisation, d'une région et d'une province. Cela pourrait idéalement se faire en partenariat avec des groupes tels que les autorités sanitaires régionales ou les conseils de qualité.
- Les équipes ont utilisé diverses stratégies d'enseignement et de mise en œuvre du CMSS, démontrant ainsi les possibilités d'adapter le CMSS à divers groupes d'intervenants et de contextes. Une attention et des recherches complémentaires sur ces diverses approches d'enseignement et de mise en œuvre sont nécessaires pour soutenir l'adaptabilité du Cadre tout en assurant sa mise en œuvre rigoureuse.
- Continuer à recueillir et à compiler les effets/résultats, mesurables ou non, du travail consacré au CMSS afin de favoriser l'adoption du Cadre. Une ressource qui cernerait divers paramètres, à la fois quantitatifs et qualitatifs, pourrait alors être mise au point.

Les recommandations ci-dessus pourraient toutes être mises en œuvre par une combinaison d'approches virtuelles et présentielles, selon les circonstances. La création des outils et des ressources décrits ci-dessus (p. ex., les ressources de mesure, les exemples locaux, les adaptations du Cadre pour différents publics) se ferait en collaboration avec les équipes du CMSS. Étant donné qu'il est impératif d'élaborer une stratégie pour faire face à la pandémie actuelle de COVID-19, nous formulons ici des recommandations plus spécifiques :

- Comme le démontre ce rapport, le CMSS peut être utilisé pour traiter un large éventail de problématiques liées à la qualité et à la sécurité. Il est donc judicieux de s'en inspirer pour orienter les activités dans des secteurs prioritaires, tels que le contrôle des infections, la distanciation physique, la reprise des activités médicales, les soins virtuels, etc. De même, étant donné l'éventail de stratégies utilisées pour cibler différents intervenants et niveaux d'activité (p. ex., les caucus de première ligne, les réunions de direction, les processus cliniques), il soutiendrait tout aussi bien les différents services des organismes de soins de santé nécessitant une attention particulière en matière de qualité et de sécurité (p. ex., les caucus, le dépistage, les politiques régionales, etc.).
- L'enseignement et l'encadrement présentiels et virtuels de la Collaboration ont été des facteurs clés de son succès. Compte tenu des demandes actuelles en matière de services de santé et des restrictions liées au travail, aux déplacements et à la communication au quotidien, les ressources d'enseignement et d'encadrement pourraient être adaptées pour répondre aux possibilités et aux besoins actuels (p. ex., ressources pédagogiques d'une page, encadrement virtuel disponible au besoin, partage rapide des succès et des obstacles liés à l'utilisation du CMSS, webinaires liés à la COVID, etc.). Cet enseignement et cet encadrement seraient également adaptés à des groupes spécifiques (p. ex., les gestionnaires, les consultants en AQ, les cadres supérieurs, les médecins).

- L'apprentissage entre les équipes a été très apprécié au sein de la Collaboration. La création de possibilités d'apprentissage entre les équipes du CMSS à travers le pays favoriserait un partage rapide des réussites et des défis liés à l'utilisation du CMSS pour les secteurs prioritaires liés à la COVID-19.
- Un suivi avec les équipes de la Collaboration sur le CMSS pour recueillir des données supplémentaires sur leur utilisation du CMSS avec le début de la planification et de la réponse à la COVID-19 fournirait des informations précieuses pour ce travail. Ces personnes qui ont particulièrement bien réussi la mise en œuvre du CMSS pendant la Collaboration auraient l'expertise nécessaire pour guider l'utilisation du CMSS dans les soins de longue durée, les urgences et les soins virtuels, tous essentiels aux interventions liées à la COVID-19. Un partenariat continu avec ces personnes serait une priorité pour renforcer l'expertise locale et nationale.
- Il est essentiel de continuer à mettre l'accent sur le partenariat avec les patients. Ce point est particulièrement pertinent compte tenu des défis actuels, notamment le nombre limité de visiteurs dans les établissements de santé et de soins de longue durée et les obstacles à la communication entre les prestataires de soins et les patients (p. ex., le port d'équipement de protection individuelle, les limites imposées aux interactions en personne, etc.).

Annexe A

Les équipes de la Collaboration sur le CMSS

Alberta Health Services – Zone de Calgary pour personnes âgées

Alberta Health Services – Zone nord pour personnes âgées

Alberta Health Services – Zone sud

B.C. Interior Health Authority

Office régional de la santé de Winnipeg

Office régional de la santé de Winnipeg

Régie de santé de l'Est – T.-N.-L.

Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse

William Osler Health System – Ont.

Autorité sanitaire de la Saskatchewan

Autorité sanitaire de la Saskatchewan

Prince of Peace – Milieu de soutien

Centre de soins de santé d'Edson –

Unité de soins de longue durée

Centre de santé de Cardston – Unité de soins de longue durée

Hôpital Royal Inland – Unités de chirurgie générale

Hôpital de Saint-Boniface – Programme de sciences cardiaques – Le laboratoire de sondage intracardiaque, ainsi que l'unité de soins coronariens de courte durée

Hôpital Victoria – Unité de soins subaigus
Suivi des patients à distance

Hôpital de Colchester – Service des urgences

Hôpital général d'Etobicoke – Médecine interne générale

Hôpital général de Regina – Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adultes

Yorkton and District Nursing Home – Soins de longue durée