



Évaluation des activités de l'Institut canadien pour la sécurité des patients de 2013-2014 à 2016-2017

Document préparé par le
Bureau de l'audit et de l'évaluation
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du
Canada

Version traduite. En cas de divergence entre le présent texte et le texte anglais, la version anglaise a préséance.

Août 2017

Le Bureau de l'audit et de l'évaluation de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada tient à remercier toutes les personnes qui ont consacré leur temps et offert leur contribution à la présente évaluation. En particulier, le Bureau de l'audit et de l'évaluation remercie le cabinet-conseil Prairie Research Associates, qui a dirigé l'évaluation par les bénéficiaires des activités de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP).



Table des matières

Sommaire.....	iv
1.0 But de l'évaluation.....	1
2.0 Description du programme.....	1
2.1 Contexte du programme.....	1
2.2 Profil de l'ICSP.....	1
2.3 Description du programme.....	3
2.4 Harmonisation du programme et ressources.....	4
3.0 Description de l'évaluation.....	5
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation.....	5
3.2 Limites et stratégies d'atténuation.....	6
4.0 Constatations.....	7
4.1 Pertinence : Enjeu n° 1 – Nécessité continue du programme.....	7
4.2 Pertinence : Enjeu n° 2 – Harmonisation avec les priorités du gouvernement des autres intervenants.....	11
4.3 Pertinence : Enjeu n° 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral.....	16
4.4 Rendement : Enjeu n° 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité).....	22
4.5 Rendement : Enjeu n° 5 – Démonstration d'économie et d'efficience.....	59
5.0 Conclusions.....	74
5.1 Conclusions relatives à la pertinence.....	74
5.2 Conclusions relatives au rendement.....	76
6.0 Recommandations.....	79
Annexe 1 – Activités de l'ICSP.....	80
Annexe 2 – Modèle logique.....	86
Annexe 3 – Description de l'évaluation.....	87
Annexe 4 – Principales activités et réponse aux évaluations précédentes.....	90

Liste des tableaux

Tableau 1 : Ressources du programme (\$).....	5
Tableau 2 : Mesures de la sécurité des patients de l'ICIS par année	9
Tableau 3 : Taux de consensus au sein des répondants à l'enquête : harmonisation et réactivité.....	13
Tableau 4 : Taux de consensus au sein des répondants à l'enquête : valeur du travail de l'ICSP	19
Tableau 5 : Valeur unique perçue de l'ICSP	20
Tableau 6 : Portée des produits, des séances d'apprentissage et des événements de l'ICSP	29
Tableau 7 : Connaissance de certains programmes, ressources et événements de l'ICSP chez les répondants à l'enquête.....	31
Tableau 8 : Changements mentionnés par les répondants à l'enquête en ce qui concerne la sensibilisation et la connaissance à l'égard des questions liées à la sécurité des patients en raison de leur participation à des programmes de formation de l'ICSP ou de la lecture de ses rapports de recherche	33
Tableau 9 : Indicateurs de la coordination renforcée du système	36
Tableau 10 : Données sur la conformité — Pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada relatives à la culture de sécurité	40
Tableau 11 : Interventions liées à Soins de santé plus sécuritaires maintenant! mises en place et déclarations de changements des pratiques	44
Tableau 12 : Répondants qui ont signalé des changements des pratiques, des politiques ou des procédures à la suite de leur participation aux programmes de formation ou aux événements de l'ICSP	46
Tableau 13 : Données sur la conformité — Pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada relativement aux pratiques organisationnelles.....	46
Tableau 14 : POR d'Agrément Canada qui citent les ressources de l'ICSP.....	52
Tableau 15 : Points de vue des répondants à l'enquête sur l'incidence de programmes et de ressources spécifiques de l'ICSP sur la sécurité des patients au sein de leur organisation.....	58
Tableau 16 : Progrès du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients en décembre 2016	92

Liste des acronymes

ACESI	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
AHS	Alberta Health Services
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ASPIRE	Programme Promouvoir la sécurité des patients dans la formation des résidents
AVAQ	année de vie ajustée en fonction de la qualité
CAQSSP	Collaboration de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients
CCCSP	Cours canadien pour les coordonnateurs de la sécurité des patients
CEI	Étude canadienne sur les événements indésirables
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
EIME	événements iatrogènes médicamenteux évitables
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
GEAQSP	Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients
HIROC	Healthcare Insurance Reciprocal of Canada
HRE	Hôpital régional d'Edmundston
HSM	Hôpital St. Michael
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ICSP	Institut canadien pour la sécurité des patients
IHI	Institute for Healthcare Innovation
IPC	infection des plaies chirurgicales
ISMP	Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada
LPRCQS	<i>Loi de 2002 sur la protection des renseignements concernant la qualité des soins</i>
MIPS	Manitoba Institute for Patient Safety
MSP	mesure de la sécurité des patients
MSSLD	Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OHA	Ontario Hospital Association
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAISP	Plan d'action intégré sur la sécurité des patients
PCI	Prévention et contrôle des infections Canada
PESP	Programme d'éducation en sécurité des patients
POR	pratiques organisationnelles requises
PPSPC	Patients pour la sécurité des patients du Canada
QSSO	Qualité des services de santé Ontario
RNMH	Ratio normalisé de mortalité hospitalière
SNSP	Semaine nationale de la sécurité des patients
SSPSM	Soins de santé plus sécuritaires maintenant!
TEV	Thrombo-embolie veineuse

Sommaire

La présente évaluation porte sur les activités de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) pour la période de 2013-2014 à 2016-2017. L'évaluation a été réalisée afin de répondre aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la *Politique sur les résultats* (2016) du Conseil du Trésor du Canada.

But et portée de l'évaluation

L'ICSP a retenu les services de Prairie Research Associates Inc., une firme d'évaluation indépendante, pour procéder à l'évaluation des activités menées dans le cadre de l'accord de contribution actuel avec Santé Canada, qui couvre la période allant de 2013-2014 à 2017-2018. L'évaluation aborde les enjeux et les questions liées à la pertinence et à la nécessité continue de l'ICSP en tant qu'organisme tiers national consacré à l'amélioration de la sécurité des patients au Canada, son efficacité à atteindre ses objectifs et les résultats attendus ainsi que l'efficacité et l'économie entourant son fonctionnement. Bien que l'évaluation met principalement l'accent sur les activités menées dans le cadre de l'accord de contribution, elle examine aussi les progrès relatifs aux résultats des activités réalisées avant le 31 mars 2013.

L'évaluation s'appuie sur de nombreuses sources de données : une analyse documentaire, des documents et des données administratives, des données liées à l'analyse du rendement, des entrevues avec des informateurs clés, une enquête auprès des intervenants de l'ICSP et trois études de cas détaillées.

Description du programme

L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) est un organisme sans but lucratif fondé par Santé Canada qui a pour mission d'« inspirer une amélioration extraordinaire de la sécurité des patients et de la qualité¹ ». Depuis sa fondation, en décembre 2003, l'ICSP collabore avec des intervenants de tout le système de santé, afin de promouvoir la sécurité des patients au Canada. Parmi ses activités, on compte la création, la synthèse et la transposition de connaissances; le renforcement des compétences; l'établissement et le renforcement des liens avec les intervenants du système de la santé; et la mise à profit du travail d'autres organismes afin d'optimiser l'utilisation des rares ressources au chapitre de la promotion de la sécurité des patients au Canada.

CONCLUSIONS – PERTINENCE

Besoin continu

La présente évaluation a permis de confirmer le besoin continu de s'occuper de la sécurité des patients au Canada. Les rapports récents sur les progrès en matière de sécurité des patients au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni ont mené à la conclusion que leurs systèmes respectifs n'ont pas beaucoup progressé en matière de sécurité des patients en raison de la complexité du problème. Les taux persistants de préjudices justifient que l'accent soit mis de façon continue sur la sécurité des patients au sein du système de soins de santé du Canada.

Plus de dix ans après que la sécurité des patients a commencé à devenir une préoccupation importante au sein du système de soins de santé canadien, les données disponibles montrent que la sécurité des patients ne s'est pas beaucoup améliorée, ce qui signifie qu'il y a un besoin continu de traiter cet enjeu.

Même si l'on ressent toujours le besoin de mettre en place une organisation nationale en matière de sécurité des patients, le rôle que cette organisation devrait jouer dans le milieu actuel est moins évident. Au cours de la dernière décennie, l'ICPS a comblé un besoin essentiel ressenti au sein du système de santé canadien en transmettant des connaissances et en favorisant la sensibilisation sur les questions de sécurité des patients et en fournissant une gamme de ressources, de stratégies et d'outils diversifiés fondés sur des données probantes qui peuvent être utilisés par les organisations de soins de santé sur les plans clinique et administratif afin de traiter les questions liées à la sécurité des patients. La disponibilité de ces outils et ressources est particulièrement importante pour les plus petites organisations et administrations, qui disposent de ressources limitées.

Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Les priorités de l'ICSP sont harmonisées avec celles du gouvernement fédéral, et les autres intervenants estiment généralement qu'elles s'harmonisent bien avec les leurs. La plupart des intervenants croient que l'ICSP s'est adapté de façon efficace aux circonstances et aux besoins changeants et que ses activités comblent les lacunes et les besoins dans le domaine de la sécurité des patients, mais on a soulevé des préoccupations selon lesquelles l'ICSP a besoin d'une orientation stratégique précise afin de guider ses efforts.

Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le mandat et les activités de l'ICSP sont cohérents avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral, et, plus particulièrement, avec le mandat de Santé Canada

en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé*. L'ICSP répond aux attentes qu'a Santé Canada envers les organisations de santé pancanadiennes en ce qui a trait à la coordination et à la direction de la collaboration pancanadienne.

En tant qu'organisation nationale qui a pour mandat de jouer un rôle de chef de file au chapitre du renforcement de la culture de la sécurité des patients et de l'amélioration de la qualité du système de santé canadien, l'ICSP est bien placé pour faire valoir que la sécurité des patients est importante et devrait être élevée au rang de priorité au sein du système. Ce mandat est renforcé par un appui important des intervenants en faveur de la pérennité d'une organisation nationale consacrée particulièrement à la sécurité des patients.

Les intervenants perçoivent la valeur unique de l'ICSP de différentes façons : sa position de point central de soutien pancanadien en matière d'appui des efforts visant à améliorer la sécurité des patients, sa capacité à rassembler les experts et les intervenants de partout au pays afin qu'ils collaborent sur des priorités communes, et son rôle de bureau central au chapitre des ressources, des outils et des pratiques exemplaires fondés sur des données probantes en matière de sécurité des patients. Certains intervenants croient que l'ICSP a eu de la difficulté à trouver un rôle précis pour son organisation au sein du domaine de la sécurité des patients.

CONCLUSIONS – RENDEMENT

Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Les données probantes disponibles dans le cadre de l'évaluation montrent que des progrès ont été réalisés concernant les résultats immédiats et intermédiaires attendus de l'ICSP.

- L'ICSP a contribué à augmenter la base de données probantes afin d'améliorer la sécurité des patients, principalement en élaborant des outils et des ressources qui reposent sur les données probantes de la recherche nationale et internationale, et les intervenants reconnaissent et apprécient grandement ce travail. Certains intervenants ont fait valoir que l'ICSP pourrait contribuer davantage à la base de données probantes en mettant plus l'accent sur la mesure et l'évaluation rigoureuse, notamment l'évaluation de ses propres produits et interventions.
- Les efforts de l'ICSP ont mené à l'élaboration de programmes en sécurité des patients fondés sur des données probantes. L'intégration des Compétences liées à la sécurité des patients dans le cadre éducatif de CanMEDS du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada a connu un grand succès. Dans le cadre du plan d'action intégré sur la sécurité des patients (PAISP), on travaille actuellement avec de nombreux

intervenants et partenaires afin de mettre en pratique les priorités déterminées par les experts et énoncées dans le plan d'action sur la sécurité des patients.

- Les efforts de l'ICSP ont permis de réaliser d'importantes percées au chapitre de la sensibilisation et du savoir en matière de sécurité des patients chez les intervenants. La plupart des personnes qui ont répondu au sondage et qui ont utilisé ou mis en place des programmes ou des ressources spécifiques de l'ICSP, participé aux programmes de formation de l'ICSP ou lu les rapports de recherche de l'ICSP ont mentionné que cela leur a permis d'être plus sensibilisés sur les questions liées à la sécurité des patients et d'en savoir davantage, que ce soit sur le plan personnel ou sur le plan de l'ensemble de l'organisation.
- En dirigeant la mise en place du Consortium national sur la sécurité des patients et en élaborant le PAISP, l'ICSP a renforcé la coordination du système. Ces efforts ont uni un vaste éventail d'intervenants en faisant progresser un programme commun en matière de sécurité des patients tout en mettant l'accent sur les lacunes et en évitant le chevauchement des efforts.
- Au cours de la dernière décennie, les changements législatifs et stratégiques liés à la sécurité des patients ont laissé entendre que le Canada est en train de se tourner vers une culture plus positive en ce qui concerne la sécurité des patients. La plupart des intervenants croient que cela s'est produit en partie en raison des efforts de l'ICSP, même si nombre d'entre eux ont souligné que le changement de culture est un long processus et qu'il est difficile d'en évaluer la mesure et l'attribution.
- Les organisations de soins de santé canadiennes ont mis en place des pratiques favorables à la sécurité des patients pour donner suite aux activités de l'ICSP, et on estime que 88 % des établissements de soins actifs admissibles et 26 % des établissements de soins de longue durée au Canada ont participé à l'initiative *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (SSPSM).
- On a réalisé des progrès au chapitre de la surveillance et de la reddition de comptes officielles en matière de sécurité des patients au Canada. De nombreuses personnes qui ont répondu à l'enquête ont mentionné avoir utilisé les ressources de l'ICSP, comme le Cadre canadien d'analyse des incidents, afin d'apporter des changements à leur approche de gestion de la sécurité des patients. La collaboration entre l'ICSP et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dans le cadre de l'élaboration de la mesure des préjudices à l'hôpital est perçue comme un grand pas en avant.
- On constate qu'il y a des politiques, des normes et des exigences liées aux associations professionnelles et aux organismes d'agrément fondées sur les données probantes en matière de sécurité des patients. Plus particulièrement, on a largement utilisé et adopté les Compétences liées à la sécurité des patients et

les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation, et plus d'un tiers des pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada font des renvois aux ressources de l'ICSP.

- L'ICSP a été l'un des premiers au Canada à défendre et à appuyer la participation des patients et des familles à l'amélioration des soins de santé au Canada et à l'échelle internationale par l'intermédiaire de son appui à l'initiative Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC) ainsi qu'à d'autres activités liées à l'engagement des patients. La portée de la participation des patients et des familles dans le système de soins de santé et les effets de cette participation sur les résultats liés à la sécurité des patients n'ont pas été mesurés ou évalués de façon rigoureuse.

À long terme, on s'attend à ce que les activités de l'ICSP contribuent à l'amélioration de la sécurité des patients au Canada. Même si aucune preuve ne permet d'établir de façon objective que la sécurité des patients s'est améliorée au Canada depuis la mise en place de l'ICSP, la plupart des intervenants croient que les activités de l'ICSP ont contribué à l'améliorer. Certains font valoir que, sans l'ICSP, la sécurité des patients au Canada pourrait s'être détériorée au lieu de rester stable — particulièrement dans le contexte des innovations technologiques et médicales continues, auxquelles s'ajoutent la complexité croissante du système de soins de santé et les pressions financières sur celui-ci.

Démonstration d'économie et d'efficacité

L'ICSP a mené ses activités d'une manière économique pendant les trois années visées par l'évaluation. Il a pris des mesures afin de réduire au minimum le coût des intrants en éliminant un bureau et en diminuant la taille d'un autre, en augmentant le nombre de membres du personnel travaillant à distance et en administrant la rémunération du personnel, entre autres. Même si la contribution de Santé Canada constitue la principale source de financement de l'ICSP et que l'on prévoit qu'elle sera maintenue dans le futur, l'ICSP pourrait continuer d'envisager le recouvrement des coûts et d'autres façons d'augmenter ses revenus potentiels au moyen d'autres sources que Santé Canada. Il pourrait aussi élaborer un modèle d'établissement des prix exhaustif pour ses produits et services.

De même, l'ICSP a pris des mesures afin de fonctionner de manière efficace. Il a cherché à optimiser la quantité et la qualité de ses extrants au moyen des technologies du Web afin de communiquer des renseignements et de solliciter la participation des intervenants ainsi que pour tirer profit des contributions en nature des intervenants et des experts externes. Ces derniers ont été essentiels pour permettre à l'ICSP de mener ses activités et de concevoir des produits et services de qualité supérieure. Certains intervenants (ayant peu de points communs ou ne faisant pas l'objet d'un consensus) ont déterminé des domaines supplémentaires potentiels qui pourraient faire partie des activités futures de l'ICSP, mais d'autres ont soulevé des préoccupations selon

lesquelles l'ICSP est déjà surchargé, étant donné sa taille, et ont recommandé qu'il se concentre sur moins de priorités, mais qui sont mieux définies, afin d'obtenir un meilleur résultat. Parmi les autres propositions clés, on suggérait de prendre en considération de façon plus stratégique les partenariats et la collaboration, de mettre l'accent sur la définition des orientations futures en matière de sécurité des patients et d'accorder une plus grande attention à la mesure et à l'évaluation.

Les intervenants externes considèrent que les activités de l'ICSP ont permis à l'organisation et à d'autres d'optimiser considérablement leurs ressources. En outre, une analyse officielle et quantitative sur l'optimisation des ressources mettant l'accent sur les activités de l'ICSP relatives au bilan comparatif des médicaments montre que ces activités ont entraîné une optimisation des ressources donnant lieu à des économies beaucoup plus importantes que les dépenses nécessaires pour les soutenir. La mise en place du bilan comparatif des médicaments dans un établissement de soins actifs a entraîné des bénéfices nets positifs tout en évitant que l'on compromette le bien-être des patients en raison d'événements iatrogènes médicamenteux évitables.

Dans la mesure où les activités de l'ICSP ont accéléré l'adoption du bilan comparatif des médicaments au sein du système de soins de santé canadien et ont assuré la mise en œuvre conformément aux meilleures pratiques actuelles, l'ICSP a probablement optimisé davantage les ressources pour ses intervenants au chapitre de l'amélioration du bien-être des patients. Si l'on considère que toutes les interventions réalisées dans le cadre de SSPSM sont conformes aux meilleures pratiques actuelles, il est raisonnable de supposer qu'il en va de même de façon générale pour les activités de l'ICSP liées aux interventions réalisées dans le cadre de SSPSM.

RECOMMANDATIONS

Cinq recommandations à l'intention de l'ICSP découlent de l'évaluation des activités par les bénéficiaires et se trouvent sur le site Web de l'ICSP. Aucune recommandation n'a été formulée pour Santé Canada.

1.0 But de l'évaluation

L'évaluation avait pour objet de mesurer la pertinence et le rendement des activités de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) pour la période de 2013-2014 à 2016-2017.

2.0 Description du programme

2.1 Contexte du programme

L'évaluation aborde les enjeux et les questions liées à la pertinence et à la nécessité continue de l'ICSP en tant qu'organisme tiers national consacré à l'amélioration de la sécurité des patients au Canada, son efficacité à atteindre ses objectifs et les résultats attendus ainsi que l'efficacité et l'économie entourant son fonctionnement. Bien que l'évaluation met principalement l'accent sur les activités menées dans le cadre de l'accord de contribution, elle examine aussi les progrès relatifs aux résultats des activités réalisées avant le 31 mars 2013.

L'évaluation s'appuie sur de nombreuses sources de données : une analyse documentaire, des documents et des données administratives, des données liées à l'analyse du rendement, des rondes d'entrevue avec des informateurs clés, une enquête auprès d'intervenants de l'ICSP et trois études de cas détaillées. Le présent rapport présente les constatations tirées des sources d'information, des conclusions et des recommandations.

2.2 Profil de l'ICSP

L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) est un organisme sans but lucratif fondé par Santé Canada qui a pour mission d'« inspirer une amélioration extraordinaire de la sécurité des patients et de la qualité² ». Depuis sa fondation, en décembre 2003, l'ICSP collabore avec des intervenants de tout le système de santé afin de promouvoir la sécurité des patients au Canada. Parmi ses activités, on compte la création, la synthèse et la transposition de connaissances; le renforcement des compétences; l'établissement et le renforcement des liens avec les intervenants du système de la santé; et la mise à profit du travail d'autres organismes afin d'optimiser l'utilisation des rares ressources au chapitre de la promotion de la sécurité des patients au Canada.

En 2004, on a réalisé l'étude intitulée *Canadian Adverse Events (CAE)*, un examen à grande échelle sur la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens. L'étude CAE faisait suite à des études similaires entreprises à l'échelle internationale, à commencer par le rapport marquant *To Err is Human*³, dans lequel on estimait que les erreurs médicales évitables constituaient la huitième cause de mortalité aux États-Unis, plus

importante que les accidents de véhicule ou le cancer du seinⁱ. L'étude CAE définissait les événements indésirables comme [traduction] « des préjudices ou des complications indésirables dus à la prise en charge médicale, plutôt qu'à une maladie sous-jacente d'un patient, et qui entraîne la mort, une incapacité au moment où le patient quitte l'hôpital ou un séjour prolongé à l'hôpital⁴. » L'étude a permis de constater que des événements indésirables survenaient dans 7,5 % des admissions à l'hôpital et que, de ce nombre, 36,9 % étaient évitables. Même si le prolongement du séjour à l'hôpital ou la réadmission étaient les conséquences les plus fréquentes, dans 20,8 % des cas examinés, le patient est décédé.

L'étude CAE a été la première à fournir une preuve empirique de la prévalence des problèmes liés à la sécurité des patients au Canada. Pendant qu'elle était en cours, le Comité directeur national sur la sécurité des patients (le Comité) a rédigé un rapport exhaustif sur l'état de la sécurité des patients au Canada, dans lequel il admettait que les progrès réalisés en matière de sécurité des patients accusaient un important retard sur ceux de pays comparables, comme les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie (Comité directeur national sur la sécurité des patients, 2002). À la lumière de ces données probantes et en fonction des recommandations du Comité directeur national sur la sécurité des patients, Santé Canada a mis en place l'ICSP en 2003.

L'ICSP a été fondé pour favoriser [traduction] « une collaboration d'une ampleur sans précédent entre les secteurs de soins de santé à l'échelle locale, régionale, provinciale, territoriale et fédérale », collaboration que le Comité jugeait nécessaire afin d'encourager et de maintenir les changements au sein du système⁵. Le premier accord de financement de l'ICSP avec Santé Canada a été mis en place peu de temps après, en février 2004⁶. L'accord de financement actuellement en vigueur s'échelonne de 2013-2014 à 2017-2018. Le financement fédéral accordé à l'ICSP s'élevait à 7,76 millions de dollars en 2013-2014 et à 7,6 millions de dollars par année pour les années suivantes.

En tant qu'organisme national financé principalement par Santé Canada, l'ICSP a pour mission d'« inspirer une amélioration extraordinaire de la sécurité des patients et de la qualité⁷ ». Son mandat est de jouer un rôle de chef de file dans la mise en place d'une culture axée sur la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité au sein du système de soins de santé du Canada grâce à la coordination des secteurs, à la promotion des pratiques exemplaires et à des conseils sur les stratégies efficaces d'amélioration de la sécurité des patients⁸. Afin de s'acquitter de son mandat, l'ICSP collabore avec divers intervenants de partout au pays, notamment les gouvernements,

ⁱ Certains des ouvrages précurseurs sur la sécurité des patients ont été réalisés aux États-Unis, notamment le rapport phare intitulé *To Err is Human*. L'omniprésence du problème a été révélée dans d'autres études sur les systèmes de soins de santé de partout dans le monde, et la preuve croissante a poussé les décideurs à passer à l'acte. Au Royaume-Uni, la publication de *An Organisation with a Memory* (National Health Service, 2000) a influencé la réponse du National Health Service au défi associé à la sécurité des patients. En Australie, l'étude *Quality in Australian Health Care Study* (Wilson et coll., 1995) a mené à la formation du Australian Council for Safety and Quality in Healthcare en 2000.

des organisations du domaine des soins de santé, des prestataires de soins de santé et des groupes de patients, afin d'élaborer et de communiquer des produits et des services fondés sur des données probantes et de coordonner les efforts des intervenants au chapitre de la sécurité des patients.

Clients et intervenants clés

L'ICSP consulte un vaste éventail d'intervenants et collabore avec eux dans le cadre de ses activités pour atteindre ses résultats; parmi ces intervenants, on compte :

- les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux;
- les conseils provinciaux sur la qualité des services de santé;
- des organisations liées aux soins de santé dans l'ensemble du continuum de la prestation de soins de santé;
- des professionnels de la santé de première ligne;
- des chefs de file et des décideurs du domaine des soins de santé;
- des organisations pancanadiennes qui s'intéressent à la qualité des soins de santé;
- des écoles de médecine et d'autres écoles professionnelles en soins de santé;
- des associations professionnelles nationales;
- des associations nationales de spécialistes;
- des organisations internationales (p. ex. l'OMS);
- les patients et leur famille.

2.3 Description du programme

L'ICSP a recours à une combinaison de ressources financières, humaines et externes pour mener à bien diverses activités, notamment la création, la synthèse et la transposition de connaissances; le renforcement des compétences; l'établissement et le renforcement des liens avec les intervenants du système de la santé; et la mise à profit du travail d'autres organismes afin d'optimiser l'utilisation des rares ressources au chapitre de la promotion de la sécurité des patients au Canada.

Ces activités donnent lieu à quatre grandes catégories d'extrants : les interventions et les programmes, la formation, la recherche et les outils et les ressources. On attend de ces extrants les résultats à court terme suivants (c.-à-d. de un à trois ans suivant le début de la période actuelle de financement) :

- une base de plus en plus importante de données probantes visant à renforcer la sécurité des patients;
- l'élaboration et la prestation de programmes sur la sécurité des patients fondés sur des données probantes dans les disciplines liées à la santé;
- une amélioration de la sensibilisation et des connaissances sur la sécurité des patients au sein des prestataires de soins de santé, des patients et du grand public;

- le renforcement de la coordination du système en ce qui a trait à la sécurité des patients.

Dans un délai de trois à cinq ans, on s'attend à ce que ces résultats à court terme entraînent les résultats à moyen terme suivants:

- une culture plus positive en matière de sécurité des patients;
- des pratiques améliorées en matière de sécurité des patients;
- une surveillance et une reddition de comptes officielles relatives à la sécurité des patients;
- des politiques, des normes et des exigences de partenaires stratégiques fondées sur des données probantes en matière de sécurité des patients.

À la cinquième année de la période de financement (2018), on s'attend à ce que les activités de l'ICSP contribuent à ses résultats à long terme en matière d'amélioration de la sécurité des patients au Canada.

2.4 Harmonisation du programme et ressources

Les données financières du programme pour les exercices 2013-2014 à 2015-2016 sont présentées ci-dessous (tableau 1). L'ICSP est financé principalement par le gouvernement du Canada, qui fournit jusqu'à 38 160 000 \$ en financement pour soutenir le travail de l'ICSP, comme il est mentionné dans l'accord de contribution, en vigueur du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2018. Le financement de l'ICSP qui provient du fédéral est élevé et a représenté près de 97 % en 2015-2016. Le gouvernement du Canada a octroyé 22,4 millions de dollars à l'ICSP au cours des trois années qui font l'objet de la présente évaluation (veuillez consulter la section 4.5 pour de plus amples détails).

Tableau 1 : Ressources du programme (\$)

Revenus	2013–2014	2014–2015	2015–2016	Total
Contributions de Santé Canada	7 223 034	7 608 303	7 586 084	22 417 421 ^a
Autres revenus	846 181	613 509	223 512	1 683 202 ^b
Total des revenus	8 069 215	8 221 812	7 809 596	24 100 623
Dépenses	2012–2013	2013–2014	2014–2015	Total
Salaires et avantages sociaux	3 752 147	3 652 470	3 607 073	11 011 690
Dépenses liées au programme	2 259 751	2 687 320	2 575 917	7 522 988
Autres dépenses	2 188 253	2 018 356	1 494 192	5 700 801 ^c
Total des dépenses	8 200 151	8 358 146	7 677 182	24 235 479

Source : Documents financiers internes de l'ICSP

^a Santé Canada a fourni 7,76 millions de dollars en 2013-2014 et 7,6 millions de dollars au cours des exercices suivants mentionnés ci-dessus. L'ICSP a reporté 536 966 \$ des contributions reçues en 2013-2014 à l'exercice 2014-2015, et 528 663 \$ des contributions reçues en 2014-2015 à l'exercice 2015-2016. De même, il a transféré 542 579 \$ en revenu reporté à l'exercice 2016-2017 (les données financières de 2016-2017 n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du rapport).

^b Les autres revenus comprennent notamment le parrainage, les inscriptions, les intérêts ainsi que les ventes et les honoraires liés aux publications.

^c Les autres dépenses comprennent notamment les autres coûts d'exploitation, les services professionnels, la dépréciation, le conseil d'administration, les déplacements et les réunions et les (gains) pertes sur l'aliénation des actifs.

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

L'évaluation concernait la période d'avril 2013 à mars 2017 et comprenait un examen des activités de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), notamment la création, la synthèse et la transposition de connaissances, le renforcement des compétences, la mise à profit du travail d'autres organismes et le renforcement de liens. Les éléments d'évaluation étaient conformes à la *Politique sur les résultats* (2016) du Conseil du Trésor du Canada et tenaient compte des cinq éléments fondamentaux sous-jacents aux thèmes de la pertinence et du rendement.

Le Bureau de l'audit et de l'évaluation remercie le cabinet-conseil Prairie Research Associates, qui a dirigé l'évaluation des activités de l'ICSP menée par les bénéficiaires.

Afin de recueillir les données requises pour l'évaluation, on a employé diverses méthodes, notamment un examen des documents et des données, une revue de la littérature, des entrevues auprès d'informateurs clés, une enquête auprès des intervenants de l'ICSP et des études de cas. L'annexe 3 contient plus de détails sur les

méthodes de collecte et d'analyse de données. De plus, les données, issues des diverses sources susmentionnées, ont été soumises à la triangulation. Le recours à plusieurs sources de données et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

3.2 Limites et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont assujetties à des contraintes susceptibles d'avoir des répercussions sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions qui en découlent. Ce qui suit présente les restrictions avec lesquelles il a fallu composer lors de la mise en œuvre des méthodes sélectionnées pour les besoins de la présente évaluation. Les stratégies d'atténuation mises en œuvre pour que les résultats de l'évaluation puissent être utilisés en toute confiance pour orienter la planification des programmes et la prise de décisions y figurent également.

La restriction la plus importante concerne la difficulté à attribuer les résultats à l'ICSP. Dans de nombreuses évaluations, l'attribution constitue un défi fréquent, particulièrement en ce qui concerne les résultats à moyen et à long terme, étant donné qu'une multitude de facteurs peuvent influencer l'atteinte des résultats et qu'il n'est habituellement pas possible de concevoir des évaluations expérimentales ou rigoureuses (p. ex. des évaluations qui incluent des hypothèses). Même s'il est souvent possible d'isoler la mesure dans laquelle les activités ont produit des résultats immédiats, ceux auxquels on s'attend peu de temps après la mise en œuvre des activités, l'attribution des résultats devient beaucoup plus difficile au fil de l'enchaînement des résultats, car des facteurs externes sont susceptibles d'avoir des effets sur les résultats à moyen terme et les résultats finaux.

À la lumière de ce défi, l'analyse de la contribution nous a servi à tirer des conclusions sur la mesure dans laquelle les activités de l'ICSP ont contribué à l'atteinte des résultats à moyen et à long terme. Selon le Secrétariat de Conseil du Trésor du Canada, l'analyse de la contribution veut que « si un évaluateur peut confirmer une théorie du changement et expliquer les principaux facteurs déterminants externes, il est raisonnable de conclure que l'intervention en question a eu un effet⁹. » Dans le cadre de l'analyse de la contribution, on évalue si les activités ont été mises en œuvre comme prévu et si les résultats attendus ont été atteints et on tient compte de l'influence des facteurs externes.

Les méthodes de collecte de données utilisées dans le cadre de l'évaluation comportaient également un certain nombre de contraintes. Par exemple, la portée de la revue de la littérature était limitée en raison de contraintes de temps et de ressources, et la généralisabilité des conclusions de l'enquête, des entrevues avec les informateurs clés et des études de cas était limitée par une approche non aléatoire et non représentative de l'échantillonnage et par la possibilité de biais d'auto-sélection chez les répondants. Ces contraintes étaient atténuées par la triangulation; c'est-à-dire

l'utilisation des conclusions en association avec celles d'autres sources de données dans le but d'obtenir des résultats plus fiables.

Enfin, dans le cadre de l'examen des données, on a examiné les données contenues dans le système de mesure de la sécurité des patients (MSP), dans lequel l'ICSP a recueilli des renseignements sur environ 100 processus et indicateurs de résultats en ce qui concerne les interventions liées à l'initiative *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (SSPSM) depuis sa création en 2005, afin de déterminer leur potentiel de contribution à l'évaluation. L'examen a permis de constater que, même s'il serait en théorie possible d'analyser ces données au moyen de ces techniques afin de déterminer si, le cas échéant, les interventions pouvaient être associées de façon fiable aux améliorations, une telle analyse exigerait un temps considérable ainsi qu'une expertise médicale et statistique, et elle a donc été jugée hors de la portée de la présente évaluation.

4.0 Constatations

4.1 Pertinence : Enjeu n° 1 – Nécessité continue du programme

Plus de dix ans après que la sécurité des patients a commencé à devenir une préoccupation importante au sein du système de soins de santé canadien, les données disponibles montrent que la sécurité des patients ne s'est pas beaucoup améliorée, ce qui signifie qu'il y a un besoin continu de traiter cet enjeu.

Plus de dix ans après que l'étude canadienne sur les événements indésirables (CEI) a mis en lumière pour la première fois les questions liées à la sécurité des patients au Canada et a pressé les décideurs d'agir, la mesure dans laquelle le système de soins de santé canadien est plus sécuritaire pour les patients demeure incertaine. Un défi important concernant l'évaluation des progrès dans ce domaine — et qui ne touche pas que le Canada — est l'absence d'un indicateur unique ou d'une mesure générale de la sécurité des patients et le besoin qui en découle d'examiner les données relatives à un éventail de mesures relativement spécifiques concernant la sécurité des patientsⁱⁱ. Les données canadiennes disponibles donnent à penser que la sécurité des patients ne s'est pas considérablement améliorée :

- Une étude sur la sécurité des patients dans les hôpitaux pour enfants canadiens a révélé que, en 2008, 9,2 % des enfants hospitalisés avaient connu un événement indésirable et que 3,6 % d'entre eux avaient vécu un événement

ⁱⁱ La Agency for Healthcare Research and Quality aux États-Unis a élaboré un ensemble de 26 indicateurs liés à la sécurité des patients (Agency for Healthcare Research and Quality, 2006), et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) recueille actuellement des données comparables à l'échelle internationale en ce qui concerne cinq indicateurs liés à la sécurité des patients.

indésirable évitable¹⁰. En comparaison, 7,5 % des adultes hospitalisés ont vécu un événement indésirable, et 2,8 % des adultes ont vécu un événement indésirable évitable, selon l'étude CAE de 2004.

- Une étude canadienne récente examinant les événements indésirables lors de soins à domicile a permis de conclure que la prestation de soins de santé par l'intermédiaire de programmes de soins à domicile [traduction] « crée un préjudice indésirable pour les patients ¹¹ ». Plus particulièrement, l'étude a permis de constater un taux d'incidence annuel d'événements indésirables de 13,2 %, ce qui mène à la conclusion qu'un nombre important de patients soignés à domicile vivent des événements indésirables, dont le tiers était évitable.
- Le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH), qui mesure le nombre de décès à l'hôpital comparativement au nombre de décès attendus au fil du temps, est passé de 108 cas en 2010 à 95 en 2014¹². Même s'il s'agit indéniablement d'un résultat positif, le RNMH peut ne pas constituer une mesure sensible de la sécurité des patientsⁱⁱⁱ. Des indicateurs plus détaillés de la sécurité des patients déterminés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS - voir le tableau 2) ne montrent pas de tendance d'amélioration importante au fil du temps. Plus particulièrement, la sepsie et les chutes à l'hôpital, qui ont toutes deux été ciblées par le programme SSPSM, sont demeurées assez stables ou ont montré une légère tendance à la hausse.

ⁱⁱⁱ Les études publiées ont mené à des conclusions contradictoires. L'une des préoccupations principales est le pourcentage de décès évitables, qui peut être trop faible pour avoir une influence significative sur le RNMH (Goodacre, Campbell et Carter, 2013). Dans l'étude CAE, par exemple, seulement 0,0056, ou 0,5 %, des admissions à l'hôpital examinées ont connu un événement indésirable fatal et évitable (Baker et coll., 2004).

Tableau 2 : Mesures de la sécurité des patients de l'ICIS par année

Mesure	Définition	2010– 2011	2011– 2012	2012– 2013	2013– 2014	2014– 2015
Chutes au cours des 30 derniers jours en soins de longue durée	Nombre de résidents en soins de longue durée qui ont fait une chute au cours des 30 jours précédant la date de leur évaluation clinique trimestrielle.	14,40 %	14,60 %	14,40 %	14,90 %	15,30 %
Sepsie en milieu hospitalier	Taux de sepsie décelée après l'admission, normalisé à la moyenne nationale au moyen du rajustement en fonction du risque - la sepsie est une réaction inflammatoire systémique à une infection.	-	-	0,42 %	0,40 %	0,41 %
Traumatisme obstétrical (avec instrument)	Taux de traumatisme obstétrical (lacérations au troisième degré ou plus graves) lors d'un accouchement vaginal avec instrument.	17,90 %	18,00 %	18,90 %	18,90 %	18,30 %
Médicaments potentiellement inadéquats prescrits à des personnes âgées	Taux de personnes âgées qui ont pris un médicament considéré comme potentiellement inadéquat pour les personnes âgées en raison de leur inefficacité ou des risques élevés inutiles qu'il leur pose alors qu'une solution de rechange plus sécuritaire est disponible.	51,90 %	51,40 %	50,80 %	50,10 %	49,70 %
Détérioration de plaies de pression dans le cadre de soins de longue durée	Nombre de résidents en soins de longue durée dont les plaies de pression de stade 2 à 4 se sont détériorées depuis l'examen précédent.	2,80 %	2,90 %	2,90 %	3,00 %	3,10 %

Données de l'ICIS, Votre système de santé (ICIS, 2016c).

Les données disponibles de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) permettent de faire certaines comparaisons entre l'état de la sécurité des patients au Canada et celui dans le contexte international. Même si les renseignements relatifs à la santé sont recueillis et utilisés différemment dans chaque pays, les décideurs, les prestataires de soins de santé et le public peuvent se servir des comparaisons à l'échelle internationale afin d'établir les priorités en matière d'amélioration, d'établir des buts et d'encourager les intervenants à agir. Selon un rapport de l'ICIS de 2014 fondé sur les données de l'OCDE, le Canada se trouve sous la moyenne internationale pour cinq des six mesures en matière de sécurité des patients dans les établissements de soins actifs¹³. Même si ce résultat peut s'expliquer en partie par la déclaration au Canada des événements indésirables, il y a une nette place à amélioration. En outre, le taux de préjudice calculé par la Mesure des préjudices à l'hôpital, un projet de collaboration entre l'ICSP et l'ICIS visant à combler les lacunes en matière de renseignements relatifs à la sécurité des patients, est demeuré stable à 5,6 % entre 2012-2013 et 2014-2015¹⁴.

Par conséquent, dans l'ensemble, les données disponibles donnent à penser que la sécurité des patients devrait demeurer une préoccupation pour le système de soins de santé canadien. En fait, un récent rapport qui inclut des données probantes provenant de la littérature sur la sécurité des patients, d'experts en sécurité des patients à l'échelle internationale et au Canada et de chefs de file canadiens en soins de santé a conclu

que, même si on a fait quelques progrès, de nombreuses organisations de soins de santé au Canada n'ont toujours pas abordé de façon adéquate les questions relatives à la sécurité des patients¹⁵.

En outre, on reconnaît de plus en plus dans la littérature canadienne et internationale les obstacles qui se dressent au moment d'améliorer la sécurité des patients au moyen de la mise en place de nouvelles procédures cliniques. La quantité de travail nécessaire pour mettre en place une nouvelle procédure et sa valeur aux yeux de l'équipe influencent fortement le choix de déployer ou de maintenir des efforts¹⁶. Le simple fait de savoir qu'un ensemble de procédures peut être efficace ne suffit pas à déclencher le changement. La « disposition à changer » d'une organisation comprend un certain nombre de facteurs, notamment le temps et les ressources d'éducation disponibles, le renforcement de l'esprit d'équipe, la capacité d'adapter la charge de travail et de renforcer la collaboration interdisciplinaire — qui doivent être appuyés par des organismes de gouvernance et des administrateurs^{17,18}.

Ces conclusions concordent avec celles d'une évaluation des progrès au chapitre de la sécurité des patients réalisée aux États-Unis et intitulée *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err is Human*¹⁹. Selon la conclusion principale de ce rapport, on peut parvenir à des améliorations durables seulement au moyen d'une approche systémique complète en matière de sécurité et de la promotion d'une culture de la sécurité. Des conclusions similaires ont été obtenues par Baker et Black, dans leur étude canadienne de 2015 intitulée *Beyond the Quick Fix: Strategies for Improving Patient Safety*²⁰, de même que par le National Institute for Health Research du Royaume-Uni, dans son rapport de 2016 intitulé *Patient Safety 2030*²¹.

Ces trois études font toutes mention de plusieurs outils essentiels à cette approche systémique, notamment la promotion du renforcement du travail d'équipe et de la communication entre les équipes interdisciplinaires; une meilleure mesure de la sécurité des patients à l'échelle du système, de l'organisation et des équipes; le renforcement d'une culture de reddition de comptes et d'apprentissage; une attention portée aux transitions dans le continuum des soins; un leadership politique, organisationnel et clinique plus fort; la participation des patients et de leur famille; ainsi qu'une meilleure coordination et collaboration entre les organisations et les administrations. Nombre de ces outils visent à élaborer des systèmes plus fiables, dans le cadre desquels toutes les personnes qui offrent et reçoivent des soins sont davantage sensibilisées au degré de sécurité et aux risques qui se présentent, et sont plus en mesure d'apporter des changements qui permettront de réduire la survenue de préjudices.

L'un des premiers efforts réalisés par l'ICSP afin d'améliorer la sécurité des patients, le programme SSPSM, était organisé autour de la promotion des pratiques exemplaires et de l'amélioration de la qualité dans des domaines cliniques précis. Au cours des dernières années, l'ICSP a admis que ces pratiques exemplaires cliniques sont nécessaires, mais qu'elles ne suffisent pas à entraîner un changement. Durant l'accord actuel de financement, l'ICSP a tenté d'adopter une approche plus systémique à l'égard

du changement, notamment en suscitant une meilleure collaboration entre les administrations et les organisations, en intégrant les compétences liées à la sécurité des patients dans la formation professionnelle dans tout le système de soins de santé, en communiquant les pratiques exemplaires au chapitre de l'engagement des patients, en faisant progresser les mesures relatives à la sécurité des patients à l'échelle du système et en encourageant des cultures qui favorisent le travail d'équipe, la reddition de comptes et l'apprentissage. L'effort le plus remarquable de l'ICSP est probablement la transition de SSPSM à VIREZ en mode sécurité, une nouvelle initiative qui vise à améliorer la sécurité des patients et tente de régler certains de ces éléments en se fondant sur une approche plus systémique. VIREZ en mode sécurité, tout comme d'autres nouvelles initiatives de l'ICSP, est décrit plus en détail dans le reste du présent rapport.

4.2 Pertinence : Enjeu n° 2 – Harmonisation avec les priorités du gouvernement des autres intervenants

Les priorités de l'ICSP sont harmonisées avec celles du gouvernement fédéral, et les autres intervenants estiment généralement qu'elles s'harmonisent bien avec les leurs. La plupart des intervenants croient que l'ICSP s'est adapté de façon efficace aux circonstances et aux besoins changeants et que ses activités comblent les lacunes et les besoins dans le domaine de la sécurité des patients, mais on a soulevé des préoccupations selon lesquelles l'ICSP a besoin d'une orientation stratégique précise afin de guider ses efforts et que d'autres organisations travaillent sur ces questions.

Priorités de l'ICSP

Les priorités et les objectifs stratégiques actuels de l'ICSP ont été élaborés, en grande partie, en réponse aux recommandations formulées dans le cadre de sa dernière évaluation. Réalisée en 2012, cette évaluation recommandait que l'ICSP concentre ou rationalise la portée de ses activités, renforce son engagement au sein du système et intégrer la responsabilité à l'égard de ses activités et programmes majeurs au sein du système²². Le plan d'affaires 2013-2018 de l'ICSP, intitulé *Sécurité des patients : progresser avec les quatre*²³, dont les grandes lignes sont présentées ci-dessous, est le plan qui vise à répondre à ces recommandations. Le plan d'affaires a déterminé quatre objectifs stratégiques qui mettent l'accent sur les efforts de l'ICSP et qui s'harmonisent avec eux au cours de la période quinquennale :

- Objectif stratégique n° 1 : Diriger la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie intégrée pour la sécurité des patients.
- Objectif stratégique n° 2 : Inspirer et maintenir l'acquisition des connaissances dans le système et, par l'innovation, favoriser un changement en profondeur.
- Objectif stratégique n° 3 : Construire et influencer la compétence en matière de sécurité des patients au niveau organisationnel et systémique.

- Objectif stratégique n° 4 : S'adresser à tous les auditoires à travers le système de santé dans le cadre de son plan national sur la sécurité des patients.

À titre de mécanisme pour atteindre son objectif stratégique global qui consiste à mettre en œuvre une stratégie nationale intégrée sur la sécurité des patients et pour répondre à la recommandation d'améliorer son engagement au sein du système, l'ICSP a organisé le Consortium national sur la sécurité des patients (le Consortium) en janvier 2014. Cette coalition représente environ 50 organisations de partout au Canada, notamment Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), les conseils provinciaux et territoriaux sur la qualité des soins et la sécurité des patients, les ministres de la Santé, des associations professionnelles et d'autres organismes nationaux ainsi que des groupes de patients. Son but est d'encourager l'élaboration d'un plan d'action commun visant des soins de santé plus sécuritaires afin de parvenir à obtenir des soins de santé plus sécuritaires au Canada. L'ICSP est l'organisme qui coordonne ces efforts et, par conséquent, est chargé de maintenir l'ensemble de la cohérence et de la coordination stratégiques du plan d'action intégré sur la sécurité des patients (PAISP). Le Consortium et le PAISP sont décrits en détail à l'annexe 4.

Priorités fédérales

Par le passé, le gouvernement du Canada a montré son engagement à soutenir les améliorations en matière de sécurité des patients au sein du système de soins de santé canadien au moyen du financement de l'ICSP et du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux ainsi que par ses efforts réalisés dans le domaine du contrôle et de la prévention des infections et d'autres activités, notamment l'élaboration d'un projet de loi afin d'améliorer la sécurité des médicaments et d'autres produits liés à la santé²⁴. Même s'il y a un engagement annuel visant à accorder à l'ICSP un financement fédéral de 7,6 millions de dollars, le budget de mars 2016 du gouvernement fédéral n'a pas mentionné précisément l'ICSP ni la sécurité des patients²⁵. Les informateurs clés de Santé Canada ont expliqué que les priorités fédérales et ministérielles se concentrent actuellement sur l'innovation dans le système de santé en général. Dans ce contexte, la sécurité des patients est étroitement liée à certaines priorités fédérales actuelles, comme le projet de loi visant à améliorer la sécurité des médicaments (p. ex. la *Loi de Vanessa*), mais elle ne constitue pas en soi une priorité particulière ou un secteur d'intervention privilégié.

Priorités des autres intervenants

Pour l'élaboration du PAISP, on a tenu compte des commentaires d'un large éventail d'intervenants dans le domaine de la sécurité des patients, et le plan a été conçu spécifiquement pour mettre l'accent sur les lacunes et les domaines hautement prioritaires déterminés par le milieu. Les résultats de l'enquête indiquent que l'ICSP s'harmonise assez bien aux priorités des intervenants et qu'il répond aux lacunes et aux besoins du milieu. La majorité des répondants à l'enquête (71 %) croient que les activités de l'ICSP s'harmonisent avec leurs priorités en matière de sécurité des

patients ou avec celles de leur organisation. Le même pourcentage de personnes croit que les activités de l'ICSP répondent aux lacunes et aux besoins ciblés en matière de sécurité des patients, même si un pourcentage un peu plus faible de répondants (61 %) croit que l'ICSP répond efficacement aux besoins changeants dans le domaine (voir le tableau 3).

Tableau 3 : Taux de consensus au sein des répondants à l'enquête : harmonisation et réactivité

	Pourcentage (n = 596)			
	En accord	Neutre	En désaccord	Ne sais pas
Harmonisation				
Les activités de l'ICSP s'harmonisent bien avec mes priorités en matière de sécurité des patients ou celles de mon organisation.	71 %	14 %	3 %	12 %
Capacité de répondre aux lacunes et aux besoins				
Les activités de l'ICSP répondent aux lacunes et aux besoins ciblés en matière de sécurité des patients.	71 %	11 %	4 %	14 %
L'ICSP répond efficacement aux besoins changeants dans le domaine de la sécurité des patients.	61 %	19 %	4 %	16 %
Remarque : Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100.				

Au sein des informateurs clés, il y avait consensus sur le fait que l'ICSP a été très efficace par le passé à répondre aux besoins du domaine en élaborant des outils, des ressources et des stratégies qui pourraient être utilisés par les organisations de soins de santé sur les plans clinique et administratif afin de traiter les questions liées à la sécurité des patients.

[Traduction] *Le Canada avait besoin de produits fondés sur des données probantes, et c'est ce qu'il a réussi à offrir.*

De nombreux informateurs clés ont mentionné que les outils et les ressources de l'ICSP, notamment le programme SSPSM, les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation, le Cadre d'analyse des incidents ainsi que diverses formations, ont été très importants et ont favorisé la progression de la sécurité des patients au sein de leurs propres organisations. On a souligné plus particulièrement l'importance de ces outils et de ces ressources pour les plus petites organisations et administrations, qui ont des ressources limitées.

[Traduction]

L'ICSP nous a aidés à nous assurer que nous pouvons répondre aux normes [d'Accréditation Canada]. De plus, les lignes directrices de l'ICSP relatives aux événements indésirables et à la divulgation ont été essentielles pour renforcer notre cadre de gestion des incidents.

Soins de santé plus sécuritaires maintenant! a eu des répercussions sur les prestataires de soins de première ligne, et, par conséquent, a amélioré

les résultats relatifs aux patients au sein de nos autorités régionales de la santé. SSPSM était un excellent programme, car les gens à l'échelle locale pouvaient voir la valeur des initiatives en matière de sécurité des patients puisqu'ils pouvaient constater une amélioration des résultats liés aux patients. Cela a aidé les organisations de notre province à cibler de façon stratégique certains domaines à améliorer.

La plupart des programmes de l'ICSP pertinents pour le secteur des soins actifs ont été adoptés [par mon organisation]. Nous avons participé au programme Soins de santé plus sécuritaires maintenant!

Notre programme de gestion des incidents liés à la sécurité des patients se fonde sur le travail de l'ICSP dans le domaine, et nos processus de déclaration se fondent sur ses produits.

Les informateurs clés ont souligné que, au fil du temps, les organisations de soins de santé ont évolué et que nombre d'entre elles ont mis en place une expertise interne en sécurité des patients et qu'elles n'ont donc plus besoin des ressources de l'ICSP. Dans certains cas, les organisations ont fait en sorte que la capacité interne en matière de sécurité des patients des organisations a évolué, à un point tel que ces organisations offrent maintenant du soutien à l'ICSP.

[Traduction]

Étant donné que notre organisation a évolué, notre besoin de l'ICSP en tant que ressource clinique a changé. [...] Nous avons une relation continue concernant des types de questions plus stratégiques, [et] certains d'entre nous continuent d'enseigner pour soutenir l'ICSP, mais nous n'en avons plus tellement besoin en tant qu'organisation qui offre des outils et des techniques.

Les provinces et les systèmes de santé ont pris ce que l'ICSP a offert, et ils l'ont intégré à leurs propres activités. L'ICSP est donc moins pertinent pour eux. L'ICSP leur sert d'appui plutôt que de les diriger dans une nouvelle direction. C'est un vrai succès, mais c'est aussi ce qui menace les emplois.

L'étude de cas de l'Alberta Health Services (AHS) fournit un exemple concret d'une organisation qui a tiré profit du travail de l'ICSP par le passé et qui a maintenant évolué et élaboré sa propre capacité interne en matière de sécurité des patients, même si elle continue de maintenir un lien de collaboration avec l'ICSP.

Influence et pertinence continue de l'ICSP : L'expérience de l'Alberta Health Services

Au fil des ans, l'AHS a interagi avec l'ICSP de nombreuses façons. L'organisation a mis en place les interventions de SSPSM, élaboré une méthode pour gérer les événements cliniques indésirables et les accidents évités de justesse, laquelle se fonde en partie sur le Cadre canadien d'analyse des incidents, mis en place une politique de déclaration des préjudices qui cite les lignes directrices de l'ICSP relatives à la divulgation et participé à un certain nombre de programmes de formation de l'ICSP, notamment le Cours canadien pour les coordonnateurs de la sécurité des patients (CCCSP), le Programme d'éducation en sécurité des patients (PESP) et le Programme Promouvoir la sécurité des patients dans la formation des résidents (ASPIRE), ainsi qu'à un certain nombre de ses événements. Les représentants de l'AHS ont participé aux consultations nationales entourant la formation du Consortium national sur la sécurité des patients, dont l'AHS est un membre permanent, et son directeur général siège au comité directeur du Consortium. L'AHS a aussi participé à l'élaboration de la mesure de préjudice à l'hôpital.

Les informateurs clés de l'AHS ont mentionné que les programmes et les ressources de l'ICSP ont eu un effet considérable par le passé sur les pratiques et les politiques relatives à la sécurité des patients en Alberta, mais qu'ils ne sont plus largement utilisés. On a élaboré une capacité interne et des normes qui ont remplacé le besoin de recourir aux ressources de l'ICSP. Nombre de ces outils internes ont été influencés par les ressources de l'ICSP et en sont une adaptation dans certains cas, et s'harmonisent de façon générale avec l'accent que met l'ICSP sur la pratique exemplaire fondée sur des données probantes.

L'AHS représente de nombreuses manières une histoire de réussite pour l'ICSP. L'AHS est une grande organisation provinciale qui a été influencée par le passé par le message de l'ICSP et qui a internalisé ces principes et les a transformés afin de les faire correspondre à ses besoins et à sa situation. Par conséquent, l'AHS n'a plus du tout besoin des ressources de l'ICSP. À l'heure actuelle, l'AHS participe principalement aux collaborations et aux consultations avec l'ICSP, même si l'organisation continue d'accéder à certains des programmes de formation de l'ICSP.

Les représentants de l'AHS ont laissé entendre que leur organisation est, en quelque sorte, un cas particulier dans le système canadien. En raison de sa taille importante, de son financement intégré et d'une adoption précoce des approches modernes fondées sur des données probantes en matière de sécurité des patients, elle peut se permettre un degré d'autonomie considérable pour élaborer ses propres outils et ressources qui répondent aux besoins particuliers de l'Alberta. Cela peut ne pas être le cas de plus petites organisations et administrations.

Les informateurs clés ont souligné que, pendant que certaines organisations ont élaboré leur capacité interne de traiter les questions liées à la sécurité des patients, diverses autres organisations offrant des ressources et du soutien similaires sont apparues, et la sécurité des patients, qui est devenue plus étroitement liée à un certain nombre d'autres questions liées à la qualité des soins de santé, a perdu son caractère distinctif. Même si ce n'est pas tous les informateurs clés qui ont formulé des

commentaires concernant l'efficacité de l'ICSP à répondre à ces situations et à ces besoins changeants, ceux qui l'ont fait étaient très divisés. Certains croyaient que l'ICSP s'était adapté de façon efficace, citant son plan d'affaires actuel, l'élaboration du PAISP et la transition récente de SSPSM à VIREZ en mode sécurité. D'autres ont répété leurs préoccupations selon lesquelles l'ICSP n'a toujours pas de centre d'intérêt stratégique précis et qu'il essaie peut-être de faire trop de choses, plus particulièrement compte tenu de sa taille et de son budget. Ces points sont analysés plus en détail à la section 4.5.

4.3 Pertinence : Enjeu n° 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le mandat et les activités de l'ICSP sont cohérents avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral, et, plus particulièrement, avec le mandat de Santé Canada en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé*. L'ICSP répond aux attentes qu'a Santé Canada envers les organisations de santé pancanadiennes en ce qui a trait à la coordination et à la direction de la collaboration pancanadienne. Toutefois, les choses ont beaucoup évolué au cours des dernières années.

La *Loi constitutionnelle de 1867* décrit les responsabilités des provinces et des territoires en matière de prestation de soins de santé, mais précise également les rôles et les responsabilités du gouvernement du Canada, tels que promouvoir la santé, prévenir les maladies, partager les connaissances, financer la recherche en santé et assurer l'accès aux soins de santé à des groupes particuliers de la population. Le financement offert à l'ICSP par Santé Canada aide à remplir les rôles du gouvernement fédéral au chapitre de la prévention des maladies, du partage du savoir et du financement de la recherche.

Le financement versé par Santé Canada à l'ICPS est fourni conformément à son mandat en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé*. Selon l'article 4 de la *Loi*, les tâches du ministre incluent notamment la promotion et le maintien de la santé physique et mentale et du bien-être social des Canadiens; la protection de la population contre la propagation des maladies et les risques pour la santé; les enquêtes et les recherches sur la santé publique; l'établissement et le contrôle des normes de sécurité des produits de consommation ainsi que de l'information relative à la sécurité dont ceux-ci doivent être accompagnés; et la collecte, l'analyse, l'interprétation, la publication et la diffusion de l'information sur la santé publique. De façon plus générale, le champ de compétence de Santé Canada englobe toutes les questions liées à la santé de la population canadienne qui n'ont pas été assignées à un autre organisme.

L'ICSP décrit sa vision comme étant « des soins plus sécuritaires pour tous les Canadiens », et sa mission, « inspirer une amélioration extraordinaire de la sécurité des patients et de la qualité ». Par conséquent, la vision et la mission de l'ICSP

s'harmonisent avec le mandat général de Santé Canada relatif à la promotion et au maintien du bien-être physique, mental et social de la population canadienne, tel que le prévoit la *Loi sur le ministère de la Santé*.

Dans le contexte des mandats organisationnels généraux de Santé Canada et de l'ICSP, la stratégie de mesure du rendement de l'ICSP décrit le but du soutien continu de Santé Canada envers l'ICSP de la façon suivante :

*Santé Canada soutient l'ICSP dans l'amélioration de la qualité des soins de santé en renforçant la coordination du système en ce qui concerne la sécurité des patients, ce qui suppose de faire la promotion de la collaboration à l'échelle nationale auprès des partenaires clés en matière d'amélioration des soins de santé. Plus particulièrement, il faut poursuivre la coordination et la collaboration avec les multiples organismes du système de soins de santé afin d'augmenter la capacité en matière de sécurité des patients*²⁶.

Étant donné que l'ICSP collabore avec une diversité d'intervenants de partout au pays afin d'élaborer et de communiquer des produits et services fondés sur des données probantes et de coordonner les efforts des intervenants relativement à la sécurité des patients, ses activités s'harmonisent aux attentes qu'a Santé Canada envers les organisations de santé pancanadiennes en ce qui a trait à la promotion de la coordination et de la collaboration. Bien sûr, Santé Canada s'attend aussi à ce que l'ICSP accomplisse son mandat qui consiste à améliorer la sécurité des patients, comme l'établissent sa politique et les autorités de financement.

Rôle et valeur unique de l'ICSP

Une vaste majorité des intervenants s'entendent sur le fait qu'on a besoin de façon continue d'une organisation nationale consacrée à la sécurité des patients, et que l'ICSP apporte une valeur unique au domaine. Les intervenants perçoivent la valeur unique de l'ICSP de différentes façons : sa position de point central de soutien pancanadien en matière d'appui des efforts visant à améliorer la sécurité des patients, sa capacité à rassembler les experts et les intervenants de partout au pays afin qu'ils collaborent sur des priorités communes, et son rôle de bureau central au chapitre des ressources, des outils et des pratiques exemplaires fondés sur des données probantes en matière de sécurité des patients. Certains intervenants croient que l'ICSP a eu de la difficulté à trouver un rôle précis pour son organisation au sein du domaine de la sécurité des patients.

Le portrait de la sécurité des patients au Canada a évolué de façon considérable depuis la mise en place de l'ICSP. Il compte actuellement un nombre considérable d'organisations dont la portée inclut la sécurité des patients — dont certaines, comme l'ont mentionné des informateurs clés, ont été mises en place avec l'appui de l'ICSP. À

l'échelle provinciale et territoriale, chaque province (sauf le Québec) a actuellement une organisation chargée de la sécurité des patients, et les provinces de l'Atlantique travaillent ensemble par l'intermédiaire de la Collaboration de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients (CAQSSP). De façon générale, ces organisations intègrent la sécurité des patients dans un mandat plus général lié à la qualité des services de santé, seul le Manitoba Institute for Patient Safety (MIPS) a un mandat qui se concentre uniquement sur la sécurité des patients. Chaque organisation provinciale a nécessairement une perspective plus locale que l'ICSP.

De même, à l'échelle nationale, même si la réalisation d'un inventaire exhaustif des mandats, des responsabilités et des rôles organisationnels allait au-delà de la portée de la présente évaluation, il est évident que de nombreuses organisations sont actives dans le domaine de la sécurité des patients. En voici quelques exemples : Agrément Canada, SoinsSantéCAN, Inforoute Santé du Canada, l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP) et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), pour n'en nommer que quelques-unes.

Récemment, le Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, formé par Santé Canada en 2014, a reconnu que les organisations pancanadiennes liées aux soins de santé comme l'ICSP constituent le fondement d'une approche collaborative en matière d'innovation des soins de santé^{iv}, 27. Toutefois, le Groupe a recommandé que l'on fusionne plusieurs des organisations pancanadiennes existantes en matière de soins de santé — notamment l'ICSP, la FCASS et Inforoute Santé du Canada — afin de former une nouvelle Agence d'innovation des soins de santé pour « réduire le double emploi, offrir certaines économies d'échelle au gouvernement fédéral et rationaliser le domaine des organismes pancanadiens de la santé. »

Même si le Groupe n'était pas chargé de déterminer des façons d'améliorer la sécurité des patients, son rapport a soulevé des questions concernant la nécessité de maintenir une organisation nationale consacrée à la sécurité des patients afin d'atteindre cet objectif. Sur cette question, il y avait un large consensus parmi les intervenants de l'ICSP qui ont été interrogés dans le cadre de la présente évaluation. Une vaste majorité des répondants à l'enquête (90 %) étaient d'accord sur le fait qu'une organisation nationale consacrée à la sécurité des patients est nécessaire au Canada; seulement 2 % étaient en désaccord, tandis que 4 % étaient neutres, et un pourcentage similaire de répondants ne savaient pas.

De plus, une majorité importante de répondants (72 %) croient qu'il n'y a aucune autre organisation au Canada qui fournit des produits et services liés à la sécurité des patients semblables à ceux qu'offre l'ICSP. Cette croyance était nettement plus importante parmi les organisations qui offrent des soins directs (75,3 %) que parmi celles qui n'en offrent pas (57,4 %). La minorité des répondants (28 %) qui étaient en

^{iv} Le Groupe était chargé de déterminer les domaines d'innovation prometteurs qui ont le potentiel de réduire les dépenses en santé de façon durable tout en apportant des améliorations au chapitre de la qualité et de l'accessibilité des soins. Le président directeur général (PDG) de l'ICSP était l'un des membres du Groupe.

désaccord ont plus souvent mentionné des organisations ou des conseils provinciaux en matière de qualité des soins ou de sécurité des patients, tel que l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP), Agrément Canada et le MIPS, entre autres. Par contre, même si 29 % des répondants étaient en désaccord concernant le fait qu'une autre organisation pourrait prendre la place de l'ICSP et faire le même travail s'il n'existait pas, près de la moitié des répondants étaient neutres (25 %), en accord (24 %), ou ne savaient tout simplement pas (21 %).

Lorsqu'on les a interrogés sur la valeur du travail de l'ICSP dans des domaines particuliers, presque 80 % des répondants à l'enquête croyaient que l'organisation apportait une contribution importante à la sécurité des patients au moyen de ses cours et de ses programmes de formation (79 %) et de ses efforts pour encourager les organisations à intégrer les normes relatives à la sécurité des patients dans les programmes de formation, les exigences réglementaires et les normes professionnelles (79 %). Environ les trois quarts (74 %) des répondants croyaient que l'ICSP apportait une contribution importante en encourageant et en soutenant la collaboration et la coordination entre les intervenants du domaine (74 %). Un peu moins de répondants, mais tout de même la majorité d'entre eux (63 %), croyaient que l'ICSP contribuait de façon importante à la sécurité des patients par ses recherches commandées, mais, fait à souligner, plus d'un cinquième des répondants (22 %) ne savaient pas (voir le tableau 4).

Tableau 4 : Taux de consensus au sein des répondants à l'enquête : valeur du travail de l'ICSP

	Pourcentage (n = 596)			
	En accord	Neutre	En désaccord	Ne sais pas
L'ICSP apporte une contribution importante à la sécurité des patients au moyen de ses cours et de ses programmes de formation.	79 %	10 %	1 %	10 %
L'ICSP apporte une contribution importante à la sécurité des patients au moyen de ses efforts pour encourager les organisations à intégrer les normes en matière de sécurité des patients aux programmes de formation, aux exigences réglementaires et aux normes professionnelles.	79 %	9 %	1 %	11 %
L'ICSP apporte une contribution importante à la sécurité des patients en encourageant et en soutenant la collaboration et la coordination entre les intervenants du domaine.	74 %	11 %	4 %	11 %
ICSP apporte une contribution importante à la sécurité des patients au moyen de ses recherches commandées.	63 %	14 %	1 %	22 %
Remarque : Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100 %.				
Source : Enquête auprès des intervenants.				

En outre, une vaste majorité des répondants à l'enquête (83 %) croient que l'ICSP apporte une valeur unique au domaine de la sécurité des patients (seulement 17 % des répondants étaient en désaccord). Les répondants à l'enquête ont fourni un vaste éventail de points de vue sur ce en quoi consiste la valeur unique de l'ICSP. Parmi les réponses fréquentes, on trouve le rôle de l'ICSP en tant que source de renseignements fondés sur des données probantes au chapitre de la sécurité des patients (20 %) et le point de vue national/pancanadien ou l'accent que met l'ICSP sur les efforts visant à

améliorer la sécurité des patients (14 %). Ces deux réponses ont été données par environ un cinquième des répondants ou un peu moins, et un vaste éventail d'autres réponses ont été également données. Près du tiers de ceux qui croyaient que l'ICSP apportait une valeur unique n'ont pas donné de détails à ce sujet (voir le tableau 5).

Tableau 5 : Valeur unique perçue de l'ICSP

Valeur unique perçue	Pourcentage (n = 494)
Aucune réponse	30 %
Source de renseignements, de connaissances et de recherches en matière de sécurité des patients fondées sur des données probantes	20 %
Point de vue national/pancanadien ou accent sur l'amélioration de la sécurité des patients (par opposition au point de vue régional/provincial/territorial/local)	14 %
Coordonne/organise/favorise la collaboration	9 %
Ressources en matière d'éducation/de formation	8 %
Renforcement de la sensibilisation/de l'apprentissage concernant la sécurité des patients	6 %
Orientation principale sur la sécurité des patients	6 %
Fournit des outils et des ressources pratiques	6 %
Engagement/participation des patients	4 %
Fournit un point de vue uniquement canadien (par opposition à un point de vue international)	4 %
Mandat général en matière de sécurité des patients (aborde de nombreux aspects concernant la sécurité des patients)	3 %
Point de vue impartial/indépendant	3 %
Marque de confiance/reconnue	1 %
Fournit des ressources gratuitement	1 %
Fournit des ressources interdisciplinaires	1 %
Aucune autre organisation semblable au Canada	<1 %
Ne sais pas	<1 %
Autres	16 %
Remarque : Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100 %.	
Source : Enquête auprès des intervenants.	

Par conséquent, dans l'ensemble, les répondants à l'enquête croient fortement en l'importance et au besoin continu d'une organisation nationale consacrée à la sécurité des patients et estiment que l'ICSP apporte une valeur unique dans le domaine de la sécurité des patients au Canada. Ils ont offert un vaste éventail de points de vue concernant cette valeur unique et ont reconnu que de nombreuses autres organisations sont également actives dans le domaine.

Des constatations semblables ont été observées dans le cadre des entrevues auprès des informateurs clés. La vaste majorité des informateurs clés croient que l'ICSP apporte une valeur unique au domaine de la sécurité des patients au Canada et, comme les répondants à l'enquête, ont exprimé divers points de vue lorsqu'on leur a demandé d'expliquer en quoi consistait cette valeur unique. Pour certains, la valeur unique de l'ICSP tient au fait qu'il s'agit de la seule organisation qui a un mandat axé uniquement sur la sécurité des patients, d'autres ont mentionné sa capacité à rassembler les experts et les intervenants de partout au pays afin de collaborer sur des priorités communes et d'autres ont souligné son rôle de bureau central au chapitre des ressources, des outils et des pratiques exemplaires fondés sur des données probantes en matière de sécurité des patients. Ce dernier rôle est perçu comme étant

particulièrement utile et rentable pour les plus petites administrations et organisations, qui n'ont pas la capacité d'élaborer ou de rassembler ces ressources par leurs propres moyens.

[Traduction]

Si l'ICSP n'existait pas, je ne crois pas que nous aurions cette perspective nationale. Il concentre également ses efforts sur la sécurité des patients. Son engagement et sa participation pour faire avancer la sécurité des patients est remarquable.

L'ICSP est l'organisation qui rassemble toutes les organisations afin d'en arriver à un plan [...]. Aucune autre organisation au Canada ne joue ce rôle de coordination. C'est la valeur ajoutée de l'ICSP.

L'ICSP constitue un précieux bureau central en ce qui concerne les ressources et les pratiques exemplaires liées à la sécurité des patients. L'ICSP nous offre une approche et des normes canadiennes à adopter. C'est très utile. Faire ce travail par soi-même ne s'avère pas rentable pour tout le monde.

De même, comme pour les répondants à l'enquête, la plupart des informateurs clés croient qu'on a besoin de façon constante d'une organisation consacrée à la sécurité des patients au Canada, même s'ils ont pratiquement tous reconnu que de nombreuses autres organisations sont également actives dans le domaine. Les informateurs clés ont fait valoir qu'une organisation nationale spécialisée est toujours nécessaire afin de fournir un leadership et de maintenir l'orientation et l'attention sur la sécurité des patients — particulièrement à la lumière des innovations technologiques et de la complexité croissante du système de soins de santé, en plus des pressions financières exercées sur celui-ci — et d'assurer la continuité du travail effectué par le passé en matière de sécurité des patients.

[Traduction]

Il y a encore beaucoup de travail à faire en ce qui concerne le changement de culture, l'éducation en matière de sécurité des patients, l'établissement de partenariats efficaces avec les patients, la mesure de la sécurité des patients [...]. Aucune autre organisation que l'ICSP n'a actuellement ce mandat à l'échelle nationale.

Cela dit, certains informateurs clés ont laissé entendre qu'une organisation spécialisée devrait avoir une orientation plus stratégique que celle que l'ICSP a actuellement.

[Traduction]

Il y a encore un besoin. La question qu'il faut se poser est la suivante : Quelles sont les occasions fondamentales pour l'ICSP? [...] La sécurité des patients est toujours pertinente, mais elle ne constitue pas la priorité comme c'était le cas il y a dix ans. L'orientation stratégique de l'ICSP doit concerner la façon d'intégrer de l'expertise et des commentaires à un ensemble de questions plus vastes avec lesquelles le système de soins de santé est aux prises actuellement.

Soulignant ses nombreux partenariats et ses nombreuses collaborations entre les différents secteurs ainsi que son ambitieux plan de travail, particulièrement compte tenu de sa petite taille, l'ICSP, selon les informateurs clés, a encore de la difficulté à trouver un rôle précis et clair ainsi qu'un mandat stratégique au sein du domaine de la sécurité des patients au Canada. Un petit nombre d'informateurs clés croyaient qu'une organisation nationale consacrée à la sécurité des patients n'était plus nécessaire, étant donné l'évolution du domaine au cours de la dernière décennie.

4.4 Rendement : Enjeu n° 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Dans la présente section, nous décrivons la mesure dans laquelle les principaux résultats de programme ont été atteints. L'évaluation s'est concentrée principalement sur les résultats immédiats et intermédiaires. Depuis 2013, en réponse aux recommandations de l'évaluation précédente, l'ICSP a orienté ses activités vers un changement à l'échelle systémique en cherchant à atteindre quatre objectifs stratégiques (voir l'annexe 4 pour de plus amples détails).

4.4.1 Dans quelle mesure les résultats immédiats et intermédiaires ont-ils été atteints?

Amélioration de la base de données probantes en vue d'améliorer la sécurité des patients

Depuis sa fondation en 2003, l'ICSP a rendu disponible un éventail d'outils et de ressources qui reposent sur les données probantes de la recherche nationale et internationale et a contribué à accroître la base de données probantes sur la sécurité des patients au moyen de ses propres activités de recherche. Certains intervenants croient que l'ICSP pourrait contribuer davantage à la base de données probantes en mettant plus l'accent sur la mesure et l'évaluation rigoureuse, notamment l'évaluation de ses propres produits et interventions.

À court terme, on s'attend à ce que le travail de l'ICSP renforce la base de données probantes en vue d'améliorer la sécurité des patients. Les informateurs clés de l'ICSP ont souligné que toutes les ressources et tous les produits relatifs aux connaissances de l'organisation reposent sur des données probantes provenant de la recherche nationale et internationale. En fait, de nombreux informateurs clés ont mis l'accent sur le rôle important que joue l'ICSP en compilant les données probantes qui découlent de la recherche et en les transformant en outils et en ressources pratiques qui peuvent être utilisés par les cliniciens et autres intervenants de première ligne. Entre 2012-2013 et 2015-2016, l'ICSP a conçu 111 nouvelles ressources et passé en revue 62 ressources existantes.

En outre, l'ICSP sollicite régulièrement des universitaires pour participer à l'élaboration de ses ressources et à la prestation de ses programmes de formation dans le but de s'assurer que ses produits sont fondés sur les meilleures données probantes possible et que ses programmes de formation sont offerts par les personnes qui sont le mieux en mesure d'interpréter et de communiquer l'importance de ces données probantes. Les données relatives au rendement de l'ICSP montrent que, en 2015-2016, l'ICSP a sollicité la participation des universités à l'élaboration de 52 ressources et à la prestation de 38 programmes de formation^v.

En plus de son rôle dans le domaine de la transposition des connaissances, l'ICSP a également contribué directement à accroître la base de données probantes au moyen de ses activités de recherche. En collaboration avec divers partenaires de financement, l'ICSP a commandé et publié 12 études de recherche (y compris cinq au cours de la période actuelle d'évaluation) sur des sujets axés sur la sécurité des patients, notamment la sécurité des patients dans le cadre des soins à domicile, des soins primaires, des soins en salle d'urgence et des soins de longue durée; les aspects économiques de la sécurité des patients; la sécurité des médicaments; l'analyse des incidents; l'administration de qualité et la sécurité des patients dans le cadre des soins primaires; la sécurité des patients relativement à de nouveaux médicaments anticoagulants à prise orale; et la sécurité en pédiatrie. En outre, depuis 2014-2015, l'ICSP a collaboré au parrainage de trois concours de recherche d'une valeur de 50 000 \$ axés sur les questions ou les défis contemporains liés à la sécurité des patients²⁸. De plus, on offre chaque année des bourses de stagiaires de recherche de 5 000 \$ sur la sécurité des patients pour appuyer la recherche dirigée par des étudiants, qui contribue directement à la base de données probantes tout en soutenant le renforcement des capacités futures en matière de recherche²⁹. L'ICSP a offert quatre de ces bourses en 2013-2014, et cinq en 2014-2015.

^v En raison des modifications méthodologiques apportées par l'ICSP dans le but de régler le problème concernant la possibilité de compter la même personne plus d'une fois, l'évaluation n'a pas pu comparer les changements concernant ces indicateurs au cours de la période visée par l'évaluation. Il est aussi important de souligner que la possibilité de compter deux fois la même personne existe encore dans le cadre de l'approche actuelle.

Les informateurs clés de l'ICSP ont mentionné que l'organisation a, au cours de la période actuelle de financement, diminué volontairement ses activités de recherche, tant en réponse à l'urgence d'obtenir d'autres sources de financement en matière de recherche sur la sécurité des patients^{vi} qu'en réponse aux recommandations de l'évaluation de 2012 de concentrer la portée de ses activités. Par conséquent, depuis 2013, l'ICSP consacre davantage son financement et ses ressources à ses domaines prioritaires. Par exemple, ses dernières recherches commandées étaient axées sur le domaine des soins à domicile, tandis que la recherche menée par ses stagiaires visait à faire progresser les travaux liés aux priorités du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients (PAISP) et de VIREZ en mode sécurité.

Les répondants à l'enquête et les informateurs clés étaient généralement d'accord sur le fait que l'ICSP a contribué à augmenter la base de données probantes par son travail. Parmi les répondants à l'enquête, presque les deux tiers (63 %) de ceux-ci étaient d'avis que la base de données probantes nécessaires à l'amélioration de la sécurité des patients avait augmenté grâce au travail de l'ICSP, tandis que 1 % des répondants étaient en désaccord et que presque le quart des répondants ne savaient pas.

Pour ce qui est des informateurs clés, la plupart d'entre eux croient que le travail de l'ICSP a contribué à élargir la base de données probantes nécessaires à l'amélioration de la sécurité des patients, et certains considèrent que le rôle de l'ICSP en tant que bureau central au chapitre des ressources et des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes constitue la seule valeur qu'apporte l'ICSP au domaine de la sécurité des patients. Toutefois, plusieurs informateurs clés avaient des points de vue différents, faisant valoir que, même si les produits de l'ICSP sont fondés sur des données probantes publiées, l'organisation en soi n'a pas contribué de façon importante à la base de données probantes. On a également souligné que l'incidence des produits de l'ICSP sur la sécurité des patients n'a pas été évalué de façon rigoureuse, et quelques informateurs clés considéraient que l'ICSP avait raté l'occasion d'apporter une contribution importante à la base de données probantes.

Même si ces informateurs clés n'ont pas précisé le terme, par « évaluation rigoureuse », ils semblaient faire référence à des conceptions d'évaluation qui permettent de comparer les résultats obtenus grâce au programme et les résultats obtenus sans l'existence de ce programme (p. ex. des évaluations conçues pour formuler des hypothèses). Par exemple, on a mentionné que l'ICSP, au moyen de la mesure de la sécurité des patients (MSP), a recueilli des données sur plus de 100 processus et mesures des résultats entourant les interventions liées à *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (SSPSM) depuis la création de ce programme en 2005, mais qu'il n'a pas, jusqu'à présent, publié d'analyse de ces données dans la

^{vi} Avant 2013, il y avait moins de sources de financement pour la recherche sur la sécurité des patients au Canada. En finançant ces recherches, l'ICSP a favorisé l'acquisition de données probantes importantes dans un domaine relativement nouveau tout en soutenant les chercheurs et les étudiants universitaires dans l'élaboration d'un programme de recherche axé sur la sécurité des patients.

littérature avec comité de lecture qui pourrait étayer l'efficacité des interventions liées à SSPSM visant à améliorer la sécurité des patients^{vii}. À titre de deuxième exemple, on a souligné que l'ICSP n'a pas évalué rigoureusement le programme Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC) et ses activités visant à augmenter la participation des patients et des familles dans le système de santé^{viii}. Les informateurs clés étaient d'avis que l'ICSP devrait mettre davantage l'accent sur la mesure et l'évaluation rigoureuses, notamment la mesure et l'évaluation de ses propres produits et interventions, et insister davantage sur la mesure actuelle des progrès concernant les résultats à long terme en matière d'amélioration de la sécurité des patients. La mesure des préjudices à l'hôpital est perçue comme un grand pas dans cette direction.

Programmes sur la sécurité des patients fondés sur des données probantes

Au cours de la période faisant l'objet de la présente évaluation, les programmes sur la sécurité des patients au sein des disciplines de la santé étaient de plus en plus axés sur le travail de l'ICSP. L'intégration des Compétences liées à la sécurité des patients dans le cadre éducatif de CanMEDS du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada a connu un grand succès. Dans le cadre du PAISP, on a élaboré un Plan d'action national sur la sécurité des patients.

À court terme, on s'attend à ce que le travail de l'ICSP entraîne l'élaboration et la prestation de programmes sur la sécurité des patients fondés sur des données probantes au sein des disciplines liées à la santé. L'ICSP a contribué directement à ce résultat en élaborant une variété de modules d'apprentissage sur des sujets liés à la sécurité des patients, qui ciblent les étudiants de premier cycle et de cycle supérieur ainsi que les professionnels de la santé; ces modules sont offerts gratuitement sur le site Web de l'ICSP et dans le cadre de séances d'apprentissage en personne.

De plus, l'ICSP a procédé à la schématisation de 15 programmes touchant le Cadre des compétences liées à la sécurité des patients³⁰ dans des facultés de sciences infirmières, de pharmacie et de médecine, une école spécialisée et sept organismes nationaux d'agrément dans le domaine médical dans le but de déterminer les lacunes

^{vii} Même s'il est vrai que l'ICSP n'a pas publié d'analyse de l'incidence des interventions liées à SSPSM dans la littérature avec comité de lecture, il a réalisé et publié des vérifications au chapitre de la conformité avec diverses interventions liées à SSPSM en fonction des données de la MSP (notamment la prévention des chutes, la thrombo-embolie veineuse (TEV), le bilan comparatif des médicaments, l'hygiène des mains et l'infection des plaies chirurgicales (IPC). Il est aussi important de souligner que, selon les représentants de l'ICSP, l'objectif principal de la MSP était initialement de fournir une plateforme aux équipes participantes afin qu'elles fassent le suivi de leurs propres résultats à des fins d'amélioration. Comme il a été souligné précédemment, l'ICSP a décidé de mettre fin au programme SSPSM ainsi qu'à la MSP, en partie, selon les informateurs clés de l'ICSP, en raison des améliorations attendues en matière de sécurité des patients qui ne se sont pas concrétisées. On ignore si l'analyse des données de SSPSM ou l'analyse de données provenant de sources externes constituaient le fondement de cette conclusion.

^{viii} L'ICSP a procédé à l'évaluation de PPSPC en 2014. Toutefois, cette évaluation ne serait pas considérée comme « rigoureuse », du point de vue de ces informateurs clés.

liées à la sécurité des patients dans la formation médicale^{ix}. Jusqu'à présent, les Compétences ont été adoptées par un certain nombre de professionnels et d'organisations dans le domaine de la santé, notamment l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Manitoba Institute for Patient Safety (MIPS), le College of Licensed Practical Nurses of Alberta, l'Association canadienne de physiothérapie et l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACEST)³¹.

L'un des résultats les plus importants de la schématisation des programmes est l'intégration des Compétences liées à la sécurité des patients dans le cadre éducatif de CanMEDS du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada. Par conséquent, le cadre de CanMEDS de 2015 sera intégré à l'agrément de tous les programmes de résidence canadiens en ce qui concerne les spécialités médicales et chirurgicales ainsi que pour la médecine familiale, ainsi qu'à la formation des étudiants de premier cycle en médecine dans le cadre des normes d'agrément établies par l'Association des facultés de médecine du Canada³². De plus, l'ACESI a adopté des éléments clés qui découlent des Compétences liées à la sécurité dans ses normes d'agrément relatives à la formation en sciences infirmières au Canada³³.

Selon l'ICSP, un certain nombre d'écoles professionnelles du domaine de la santé ont utilisé le Cadre de compétences lié à la sécurité des patients comme guide pour l'élaboration d'un programme sur la sécurité des patients, et il a servi de base pour l'élaboration de programmes visant la formation du corps professoral et le perfectionnement professionnel, notamment le Programme d'éducation en sécurité des patients (PESP)-Canada. Des chercheurs ont mentionné avoir eu recours au Cadre pour élaborer des outils d'évaluation, comme le Health Professionals Education in Patient Safety Survey, et il a servi de base pour les scénarios de l'Examen clinique objectif structuré relatif à la sécurité des patients ou des scénarios de simulation, qui servent à déterminer si les apprenants peuvent démontrer concrètement qu'ils possèdent les compétences clés en matière de sécurité des patients, comme la déclaration d'un incident lié à un patient ou le fait de s'affirmer de plus en plus dans des situations non sécuritaires.

Voici d'autres exemples de progrès liés aux programmes sur la sécurité des patients fondés sur des données probantes.

- En partenariat avec l'ACESI, l'ICSP offrira une série de webinaires pour débutants afin d'offrir aux membres des facultés et aux administrateurs de la formation en sciences infirmières et des renseignements sur la façon d'intégrer les notions de sécurité des patients dans les programmes. Le cours présentera

^{ix} La schématisation des programmes est la création d'une représentation visuelle de programmes suivie de l'examen attentif d'un expert afin de déterminer les lacunes et les possibilités d'amélioration (Jacobs, 1997).

aux facultés les définitions et les notions relatives à la sécurité des patients, les programmes de formation, les renseignements, les ressources et les stratégies qui visent à favoriser l'intégration d'expériences d'apprentissage significatives pour les étudiants durant toutes leurs années d'études dans un programme en sciences infirmières et durant leur pratique en clinique. De plus, on a mis en place un comité consultatif chargé d'élaborer les lignes directrices visant l'intégration de la sécurité des patients dans les programmes de sciences infirmières.

- En partenariat avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, l'ICSP offre le programme Programme Promouvoir la sécurité des patients dans la formation des résidents (ASPIRE) aux formateurs et résidents en médecine. ASPIRE met l'accent sur l'intégration de contenu lié à la sécurité des patients, à l'amélioration de la qualité des soins et à la gestion des ressources dans la formation en résidence et dans la formation du corps professoral; le renforcement des compétences en vue de changements au chapitre de l'éducation et de l'intégration de la formation sur la sécurité des patients, l'amélioration de la qualité des soins et la gestion des ressources dans les programmes de résidence; et l'élaboration d'un plan d'éducation pour la sécurité des patients, l'amélioration de la qualité des soins et la gestion des ressources, qui peut être mis en place dans les programmes ou dans les organisations.
- En partenariat avec l'ancien organisme Agrément Canada International, on a adapté le Cours canadien pour les coordonnateurs de la sécurité des patients (CCCSP) pour la communauté internationale. Le programme de formation de deux jours donné par des pairs utilise diverses méthodes d'enseignement conformes aux principes d'apprentissage des adultes. Les participants au Cours pour les coordonnateurs de la sécurité des patients (CCSP) international sont habituellement des professionnels de la santé qui ont pour responsabilité de communiquer les principes et les programmes liés à la sécurité des patients au sein de leur organisation ainsi qu'aux formateurs cliniques qui peuvent élaborer et mettre en place des améliorations et qui ont la capacité d'offrir de la formation au sein de leur organisation. Ces participants reçoivent du matériel de formation qui comprend un cartable et une clé USB comportant divers outils et ressources de l'ICSP.
- L'ICSP a collaboré avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada afin de soutenir l'élaboration de politiques et de procédures pour la mise en place de nouvelles structures de déclaration des incidents et d'un tableau de bord pour la surveillance des incidents liés à la sécurité des patients. L'ICSP est en pourparlers avec le groupe de travail sur la sécurité des patients de la DGSPNI afin de soutenir la prestation des programmes de formation en 2017.

- Les informateurs clés représentant diverses organisations et administrations ont mentionné avoir eu recours au PESP ou avoir été formateurs du PESP dans le cadre du modèle de prestation HUB du PESP, ce qui leur permet d'offrir la formation du PESP au sein de leur administration.
- Le Centre for Quality Improvement and Patient Safety de l'Université de Toronto a élaboré et mis en place une maîtrise en sciences portant sur l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, et les informateurs clés ont mentionné qu'elle se fonde sur les ressources de l'ICSP.

L'ICSP, en collaboration avec divers partenaires, poursuit ses efforts dans le but d'intégrer la sécurité des patients dans les programmes. Afin de faire progresser une approche cohérente de formation sur l'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins, l'ICSP a tenu, en janvier 2015 une table ronde sur la formation en sécurité des patients qui comprenait 54 participants représentant les universités, les organismes d'agrément, de certification et de réglementation ainsi que des organisations provinciales et nationales intéressés par la formation des professionnels de la santé. Dans le cadre du PAISP, le plan d'action de formation en sécurité des patients découlant de la table ronde comprend des objectifs visant à renforcer le perfectionnement des membres des facultés sur la façon d'enseigner les concepts clés concernant le partenariat avec les patients et de les intégrer aux programmes, fournit un cadre de contenu lié à l'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins qui permet aux formateurs de faire une sélection à partir de sujets nécessaires aux programmes fondés sur les compétences; et détermine les éléments clés nécessaires en ce qui a trait à la formation des hauts dirigeants afin qu'ils puissent favoriser une culture de sécurité des patients.

Un autre objectif principal de la table ronde était d'établir le fondement d'un réseau national de formation en sécurité des patients. En février 2016, l'ICSP a tenu une deuxième table ronde sur la formation en sécurité des patients afin d'en arriver à un consensus sur la vision, l'objectif et les progrès futurs du réseau proposé. Un groupe consultatif formé de participants a ensuite été réuni afin de maintenir la communication au sein de la communauté nationale de formateurs en sécurité des patients et d'élaborer un mécanisme de transposition et d'échange de connaissances sur le contenu, les ressources et les outils en matière de sécurité des patients et d'amélioration de la qualité des soins afin de soutenir les programmes destinés aux professionnels de la santé.

Sensibilisation et connaissances en matière de sécurité des patients

Même si l'évaluation n'examinait pas directement la sensibilisation et les connaissances des intervenants sur les questions liées à la sécurité des patients, les participants à l'évaluation ont convenu que les efforts de l'ICSP ont permis de réaliser d'importantes percées au chapitre de la sensibilisation et du savoir en matière de sécurité des patients chez les intervenants.

À court terme, on s'attend à ce que les efforts de l'ICSP entraînent une amélioration des connaissances et de la sensibilisation en ce qui concerne les questions liées à la sécurité des patients au sein du système de santé canadien. Étant donné qu'il n'est habituellement pas possible au cours d'une évaluation de mesurer directement les changements liés à la sensibilisation et aux connaissances des intervenants (p. ex. en leur faisant passer un test objectif de sensibilisation et de connaissances à au moins deux occasions), il faut examiner les mesures substitutives ou indirectes.

Une façon de mesurer ce résultat de façon indirecte est d'examiner la portée des produits de l'ICSP. Comme le montre le tableau 6, les données relatives à la mesure du rendement de l'ICSP montrent que ses produits, séances d'apprentissage et événements ont été offerts aux intervenants durant la période faisant l'objet de l'évaluation. Même si aucun des indicateurs ne montre d'augmentation et que d'autres affichent des variations ou une baisse, diverses raisons peuvent expliquer ces phénomènes. Par exemple, l'ICSP a imposé des frais en 2014-2015 pour les trousseaux liés à la Semaine nationale de la sécurité des patients (SNSP), ce qui semble avoir eu un effet sur le nombre d'inscriptions l'année suivante. Il convient de souligner que, à la suite de mises à niveau relatives à l'organisation du site Web, une méthode de déclaration améliorée et plus conservatrice en ce qui concerne les téléchargements du site Web est entrée en vigueur en 2015-2016. Puisqu'on ne peut pas les comparer, les données relatives aux téléchargements des rapports de recherche et d'autres ressources de l'ICSP sont présentées pour l'année 2015-2016 seulement.

Tableau 6 : Portée des produits, des séances d'apprentissage et des événements de l'ICSP

	2013– 2014	2014– 2015	2015– 2016	Total
Séances d'apprentissage offertes par l'ICSP	5	27	6	31
Séances d'apprentissage offertes par l'ICSP et des partenaires	53	32	19	104
Séances d'apprentissage offertes par un partenaire au moyen du modèle HUB	21	3	7	31
Participants aux séances d'apprentissage (tous modèles de prestation confondus)	972	932	613	2 517
Coordonnées dans la base de données de l'ICSP	10 913	11 213	10 621	S.O.
Téléchargements de rapports de recherche de l'ICSP	S.O.	S.O.	1 613	S.O.
Téléchargements d'autres ressources de l'ICSP	S.O.	S.O.	49 940	S.O.
Interactions dans les médias sociaux	530 843	435 959	142 146	1 108 948
Visites du site Web	94 711	70 786	97 976	263 473
Inscription à la Semaine nationale de la sécurité des patients	279 566	283 181	252 534	815 281
Participation au forum canadien	2 173	2 019	1 178	5 370

Source : rapport de rendement de l'ICSP.

Même si les mesures décrites ci-dessus sont utiles, car elles fournissent des preuves selon lesquelles l'ICSP atteint le public ciblé, des mesures plus directes sont sans doute plus importantes au moment d'évaluer leur incidence sur la sensibilisation et les connaissances. Certaines mesures directes de l'incidence sur la sensibilisation et les connaissances sont suivies dans le cadre de la mesure du rendement de l'ICSP. Plus particulièrement, les données de suivi montrent que, entre 2013-2014 et 2015-2016, les

participants aux modules d'apprentissage de l'ICSP ont affiché en moyenne une hausse de 12 % entre les évaluations des connaissances menées avant et après avoir suivi les modules. Au cours de la même période, 91 % des participants par année ont déclaré avoir atteint leurs objectifs d'apprentissage en suivant les modules d'apprentissage.

Dans le cadre de la présente évaluation, l'enquête auprès des intervenants constitue la source principale de données probantes étayant directement la mesure dans laquelle le travail de l'ICSP a eu une incidence sur la sensibilisation et les connaissances relatives à la sécurité des patients. Les données auto-déclarées du sondage montrent que les répondants avaient des degrés divers de connaissances concernant un éventail de programmes, de ressources et d'événements de l'ICSP avant de répondre au sondage, comme il est indiqué au tableau 7.

- Parmi les programmes et les ressources les plus importantes de l'ICSP, une vaste majorité des répondants (88 %) connaissaient le programme SSPSM avant de répondre à l'enquête, et beaucoup moins de répondants connaissaient le Cadre canadien d'analyse des incidents (51 %) et les Alertes mondiales sur la sécurité des patients (46 %).
- La connaissance des programmes de formation de l'ICSP avant le sondage était assez élevée en ce qui concerne le module de formation en ligne sur l'hygiène des mains (70 %) et le CCCSP (66 %), mais un peu plus faible en ce qui concerne le PESP (56 %) ainsi que pour la Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients (GEAQSP) et le Programme d'apprentissage sur l'analyse des incidents (40 % pour les deux). Assez peu de répondants (20 %) connaissaient le programme ASPIRE avant le sondage, ce qui n'est peut-être pas surprenant, compte tenu de son public cible plus restreint. Les personnes provenant d'organisations qui ne fournissent pas de soins directs aux patients connaissaient davantage plusieurs des programmes de formation de l'ICSP, notamment le CCCSP (77 % c. 64 %), la GEAQSP (52 % c. 37 %) et le programme ASPIRE (32 % c. 17 %).
- La connaissance de certains événements de l'ICSP avant le sondage était élevée : 94 % des répondants connaissaient la SNSP et 84 % connaissaient la journée ARRÊT! Nettoyez-vous les mains. Environ les deux tiers des répondants connaissaient le Forum virtuel national et le Mois de la prévention des chutes.
- De façon générale, les répondants à l'enquête connaissaient moins les rapports de recherche de l'ICSP. Au plus un cinquième des répondants connaissaient les divers rapports publiés au cours de la période faisant l'objet de l'évaluation. Cela peut refléter la décision de l'ICSP de ralentir ses activités au chapitre de la recherche depuis 2013 et la pertinence perçue de ses activités de recherche aux yeux des répondants à l'enquête, ainsi que d'autres facteurs.

Tableau 7 : Connaissance de certains programmes, ressources et événements de l'ICSP chez les répondants à l'enquête

	Pourcentage de participants connaissant le programme avant le sondage (n = 586)
Programmes et ressources	
Soins de santé plus sécuritaires maintenant!	88 %
Cadre canadien d'analyse des incidents	51 %
Alertes mondiales sur la sécurité des patients	46 %
Programmes de formation	
Module de formation en ligne sur l'hygiène des mains	70 %
Cours canadien pour les coordonnateurs de la sécurité des patients	66 %
Programme d'éducation en sécurité des patients	56 %
Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients	40 %
Programme d'apprentissage sur l'analyse des incidents	40 %
Programme Promouvoir la sécurité des patients dans la formation des résidents (ASPIRE)	20 %
Rapports de recherche	
Sécurité à domicile : Une étude pancanadienne sur la sécurité des soins à domicile	21 %
Étude canadienne sur les événements indésirables en soins pédiatriques	20 %
Étude Pressure ulcer multi-disciplinary teams via telemedicine: a pragmatic cluster randomized stepped wedge trial in long-term care	8 %
Étude Promouvoir des améliorations de sécurité en temps réel pour les personnes âgées (PRISE)	7 %
Événements	
Semaine nationale de la sécurité des patients	94 %
Journée ARRÊT! Nettoyez-vous les mains	84 %
Forum virtuel national sur la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité	65 %
Mois de la prévention des chutes	62 %
Remarque : Exclut les patients. Source : Enquête auprès des intervenants.	

Fait plus important encore, de nombreux répondants qui ont utilisé ou mis en place des programmes ou des ressources spécifiques de l'ICSP, participé à leurs programmes de formation ou lu leurs rapports de recherche ont mentionné que cela leur avait davantage fait connaître les questions relatives à la sécurité des patients ou les avait sensibilisés à celles-ci, que ce soit personnellement ou pour l'ensemble de leur organisation. Le pourcentage de répondants qui ont indiqué une hausse de la sensibilisation et des connaissances variait considérablement en fonction du programme ou de la ressource.

- Plus de deux tiers des répondants (69 %, n = 402) ont utilisé ou mis en place les interventions de SSPSM dans leur propre pratique ou au sein de leur organisation, et 89 % (n = 356) d'entre eux ont mentionné que le recours à ces interventions a entraîné une sensibilisation et des connaissances accrues relativement à la sécurité des patients au sein de leur organisation.
- De même, parmi le tiers des répondants (35 %, n = 208) qui ont utilisé ou mis en place le Cadre canadien d'analyse des incidents dans leur propre pratique ou au

sein de leur organisation, 79 % (n = 64) ont mentionné que cela a entraîné une hausse de la sensibilisation et des connaissances.

- Même si l'enquête ne posait pas de question spécifiquement sur l'incidence des Alertes mondiales sur la sécurité des patients sur la sensibilisation et les connaissances, la majorité des répondants qui ont mentionné que les Alertes s'appliquaient directement à leur organisation (n = 214) ont mentionné les avoir lues (91 %), les avoir communiquées à d'autres personnes (76 %) et s'en être servi pour déterminer les problèmes potentiels relatifs à la sécurité des patients au sein de leur organisation (79 %). Cela donne à penser que les Alertes ont effectivement une incidence sur la sensibilisation et les connaissances en ce qui concerne les problèmes relatifs à la sécurité des patients au sein des organisations des répondants.

De même, comme le montre le tableau 8, les participants aux divers programmes de formation de l'ICSP ont mentionné avoir constaté une augmentation de la sensibilisation et des connaissances découlant principalement de la participation au module sur l'hygiène des mains et au Programme d'apprentissage sur l'analyse des incidents (69 % et 63 % respectivement ont mentionné une amélioration modérée ou importante de la sensibilisation et des connaissances). La hausse de sensibilisation et de connaissances mentionnée était un peu plus faible en ce qui concerne les autres programmes de formation de l'ICSP, même s'il est important de souligner que, dans tous les cas, un grand pourcentage des répondants ont mentionné qu'ils ne savaient pas quelle était l'incidence de ces programmes sur la sensibilisation et les connaissances — probablement parce que d'autres personnes au sein de leur organisation, et non eux personnellement, avaient participé à ces programmes.

Entre 47 % et 75 % des personnes qui ont lu des rapports de recherche spécifiques de l'ICSP ont mentionné avoir constaté une amélioration modérée ou importante de leur propre sensibilisation ou connaissance des questions liées à la sécurité des patients à la suite de leur lecture. Toutefois, il faut être prudent au moment d'interpréter ces résultats, car dans certains cas, assez peu de répondants avaient lu les rapports.

Tableau 8 : Changements mentionnés par les répondants à l'enquête en ce qui concerne la sensibilisation et la connaissance à l'égard des questions liées à la sécurité des patients en raison de leur participation à des programmes de formation de l'ICSP ou de la lecture de ses rapports de recherche

	Nombre de participants ou de lecteurs	Pourcentage de participants ayant mentionné une amélioration de la sensibilisation et des connaissances				
		Importante	Modérée	Limitée	Aucune	Ne sais pas
Programmes de formation						
Module en ligne de formation sur l'hygiène des mains	234	25 %	44 %	16 %	2 %	12 %
Cours canadien pour les coordonnateurs de la sécurité des patients	159	21 %	33 %	14 %	3 %	30 %
Programme d'éducation en sécurité des patients	125	14 %	35 %	20 %	3 %	28 %
Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients	50	12 %	42 %	4 %	6 %	36 %
Programme d'apprentissage sur l'analyse des incidents	88	19 %	44 %	14 %	1 %	22 %
Programme Promouvoir la sécurité des patients dans la formation des résidents (ASPIRE)	26	4 %	31 %	15 %	4 %	46 %
Rapports de recherche						
Sécurité à domicile : Une étude pancanadienne sur la sécurité des soins à domicile	76	20 %	49 %	34 %	5 %	1 %
Étude canadienne sur les événements indésirables en soins pédiatriques	68	18 %	56 %	16 %	9 %	2 %
Étude Promouvoir des améliorations de sécurité en temps réel pour les personnes âgées (PRISE)	18	6 %	44 %	44 %	6 %	-
Étude Pressure ulcer multi-disciplinary teams	13	8 %	39 %	31 %	8 %	15 %
Remarque : Toutes les données et tous les calculs excluent les patients. Le nombre de participants aux programmes de formation comprend les personnes qui ont suivi personnellement le cours ainsi que celles qui ont mentionné que d'autres personnes au sein de leur organisation l'avaient suivi. Le nombre de lecteurs inclut seulement les personnes qui ont lu personnellement les rapports. Source : Enquête auprès des intervenants.						

Pratiquement tous les informateurs clés croient que l'ICSP a contribué à accroître la sensibilisation et les connaissances en matière de sécurité des patients au sein du système de soins de santé canadien et que, en raison de ses efforts, on porte maintenant beaucoup plus attention à la sécurité des patients que par le passé. Certains informateurs clés ont souligné des domaines ou des sujets précis dans lesquels ils croient que la sensibilisation et les connaissances ont particulièrement augmenté, comme l'hygiène des mains et le bilan comparatif des médicaments^x.

^x Néanmoins, comme le montre le tableau 13, l'hygiène des mains et le bilan comparatif des médicaments constituent deux POR dont le taux de conformité est relativement faible.

[Traduction]

Tout à fait. Les gens comprennent mieux la portée du problème, ils comprennent les outils et les tactiques pour évoluer dans ce domaine.

De nombreux informateurs clés ont mentionné qu'ils avaient personnellement participé à des activités de sensibilisation et à des programmes de formation de l'ICSP ou que d'autres personnes au sein de leur organisation l'avaient fait. De façon générale, ces informateurs clés croient que la participation à ces programmes est efficace pour accroître la sensibilisation et les connaissances en matière de sécurité des patients.

[Traduction]

Nos gestionnaires de la qualité et des risques ont participé au CCSP de chaque autorité régionale de la santé. Cela leur a permis d'acquérir une base solide et a mis tout le monde sur la même longueur d'onde. Le PESP a eu des effets au sein des autorités régionales de la santé. L'efficacité de la gouvernance a offert aux membres du conseil une bonne compréhension et leur a fourni les connaissances et les compétences nécessaires pour poser des questions et prendre des décisions éclairées à l'échelle du conseil en ce qui concerne la qualité des soins et la sécurité des patients.

Nous avons été en mesure de communiquer nos connaissances sur la sécurité des patients au sein de notre organisation [à la suite de notre participation aux cours de l'ICSP].

Certains informateurs clés ont souligné que l'ICSP était une influence parmi tant d'autres en matière de sensibilisation et de connaissances en ce qui concerne la sécurité des patients au Canada ou ont fait valoir que les améliorations dans ce domaine reflétaient une tendance générale observée à l'échelle mondiale au cours de la dernière décennie. Certains ont précisé en soulignant que, même s'il y avait eu une hausse de la sensibilisation et des connaissances au chapitre de la sécurité des patients, le changement de culture avait pris plus de temps à s'implanter. Parmi les répondants à l'enquête, plus des trois quarts (76 %) croient que les connaissances et la sensibilisation sur les questions liées à la sécurité des patients au sein du système de soins de santé canadien ont augmenté grâce au travail de l'ICSP, seulement 1 % des répondants étaient en désaccord, tandis que 8 % étaient neutres et 15 % ne savaient pas.

Coordination renforcée du système

En dirigeant la mise en place du Consortium national sur la sécurité des patients et en élaborant le PAISP, l'ICSP a uni un vaste éventail d'intervenants en faisant progresser un programme commun en matière de sécurité des patients tout en mettant l'accent sur les lacunes et en évitant le chevauchement des efforts. L'évaluation à venir du Consortium et du PAISP mettra en lumière l'effet de ces efforts.

À court terme, on s'attend à ce que les efforts de l'ICSP entraînent un renforcement de la coordination du système en matière de sécurité des patients. Comme il a été décrit précédemment, l'ICSP a pris de nombreuses mesures au cours de la période faisant l'objet de l'évaluation afin de renforcer la coordination du système. Son initiative la plus importante à cet égard a été la création du Consortium national sur la sécurité des patients et l'élaboration du PAISP par la suite. En 2013-2014, 51 organisations se sont unies pour former le Consortium, et ces 51 organisations sont les participants officiels du Consortium à l'heure actuelle. En 2015-2016, 107 organisations en tout, les 51 participants au Consortium et 56 autres organisations, ont participé au Consortium d'une quelconque façon (p. ex. en participant à des sommets ou à des réunions), et au cours de la même année, 41 organisations ont adopté la stratégie nationale intégrée pour la sécurité des patients.

De plus, comme le montre le tableau 9, en 2015-2016, l'ICSP a collaboré une fois avec le gouvernement (comparativement à cinq fois au cours des deux années précédentes) et 17 fois avec des institutions et des organisations opérationnelles nationales et provinciales (comparativement à 29 fois en 2013-2014 et 39 fois en 2014-2015)^{xi}.

^{xi} Pour ces indicateurs, la collaboration s'entend d'une relation dans le cadre de laquelle l'ICSP a signé une entente avec un partenaire collaborateur (un contrat, un protocole d'entente). Les informateurs de l'ICSP ont mentionné que les collaborations sont comptées à la fin de chaque période, et puisque les collaborations officielles prennent souvent fin à la fin de l'exercice, même les relations officielles peuvent être sous-représentées alors que les ententes sont officiellement renouvelées pour l'exercice suivant. De plus, les informateurs de l'ICSP ont mentionné que, en recueillant les données sur les ententes au moyen de cette définition stricte durant plusieurs années, de nombreux partenariats importants n'étaient pas représentés dans les données, puisqu'une grande partie du travail collaboratif de l'ICSP n'est pas régi par des ententes officielles. En 2015-2016, l'organisation a mis en place un nouvel indicateur afin de mesurer les collaborations non officielles.

Tableau 9 : Indicateurs de la coordination renforcée du système

	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Organisations qui ont participé au Consortium national	51	-	107
Organisations qui ont adopté la stratégie nationale intégrée pour la sécurité des patients	0	40	41
Collaborations avec les gouvernements	5	5	1
Collaborations avec des institutions et des organisations opérationnelles nationales/provinciales	29	39	17
Séances d'apprentissage – collaboration d'organisations partenaires	6	3	5
Participation au réseau national sur la formation	0	54	48
Source : Rapport de rendement de l'ICSP.			

En plus de son travail relatif au Consortium et au PAISP, l'ICSP a rencontré la haute direction de diverses organisations pancanadiennes du domaine de la santé afin de déterminer les possibilités de collaboration afin de faire progresser la sécurité des patients, et, en 2015, il a effectué une analyse interne des partenariats stratégiques et un recensement des intervenants dans le but d'établir de nouvelles relations et de renforcer les relations existantes.

Parmi les répondants à l'enquête, comme il a été souligné précédemment, près des trois quarts des répondants (74 %) étaient d'avis que l'ICSP contribuait de façon importante à la sécurité des patients en promouvant et appuyant la collaboration et la coordination des intervenants du domaine. En outre, un peu plus de la moitié des répondants (51 %) étaient d'avis que la coordination des intervenants du domaine de la sécurité des patients s'était améliorée grâce au travail de l'ICSP. Un pourcentage important des répondants (26 %) ne savaient pas, tandis que 21 % étaient neutres; seulement 3 % des répondants étaient en désaccord.

Comme les répondants à l'enquête, les informateurs clés avaient des points de vue différents sur la question de la contribution de l'ICSP au renforcement de la coordination du système. Certains croyaient que des progrès avaient effectivement été réalisés dans ce domaine grâce aux efforts de l'ICSP pour mettre en place le Consortium national sur la sécurité des patients et à diriger l'élaboration du PAISP. Ils ont souligné que, grâce à ces efforts, l'ICSP a réussi à unir un vaste éventail d'intervenants en faisant progresser un programme commun en matière de sécurité des patients tout en mettant l'accent sur les lacunes et en évitant le chevauchement des efforts.

[Traduction]

Il a renforcé la coordination en ce sens qu'il a rassemblé de nombreuses organisations de partout au pays et les a unies au moyen d'un ensemble de buts et d'objectifs nationaux.

Grâce au Consortium, il a mis à profit les activités de divers acteurs au sein d'un système de soins de santé canadien assez décentralisé et il a réussi à faire collaborer ces acteurs sur une variété de domaines prioritaires. Le plan de travail et la direction de chaque domaine prioritaire étaient

adéquats. Il a travaillé fort afin de coordonner les divers acteurs afin qu'ils travaillent ensemble sur un Plan d'action intégré sur la sécurité des patients. [...] On a manifestement évité le chevauchement des efforts grâce à certaines de ces discussions, et les points restants dans le plan de travail constituaient de nouveaux domaines ou des domaines qui, de l'avis de tous, comportaient des lacunes.

Toutefois, d'autres étaient incertains ou ne savaient pas si les activités de l'ICSP avaient renforcé la coordination du système, croyaient que les efforts de l'ICSP n'avaient pas permis d'atteindre cet objectif, ne percevaient pas ce résultat comme faisant partie du rôle de l'ICSP ou laissaient entendre que la signification de ce résultat n'était pas clair. De plus, d'autres avaient l'impression qu'ils n'étaient pas en mesure de répondre à la question. Comme il a été mentionné précédemment, certains informateurs clés étaient préoccupés par le fait que l'ICSP s'éparpillait peut-être dans ses nombreux partenariats et ses nombreuses collaborations qui se recoupent. Quelques répondants, même s'ils appuyaient les efforts de l'ICSP en matière de renforcement de la coordination du système, ont souligné le besoin d'établir de meilleurs liens avec les provinces et les territoires, puisqu'ils sont chargés de la prestation des soins de santé au Canada.

Culture positive en ce qui concerne la sécurité des patients

Au cours de la dernière décennie, les changements législatifs liés à la sécurité des patients ont laissé entendre que le Canada est en train de se tourner vers une culture plus positive en ce qui concerne la sécurité des patients. La plupart des intervenants croient que cela s'est produit en partie en raison des efforts de l'ICSP, même si nombre d'entre eux ont souligné que le changement de culture est un long processus et qu'il est difficile d'en évaluer la mesure et l'attribution.

À moyen terme, on s'attend à ce que les activités de l'ICSP entraînent une culture positive en ce qui concerne la sécurité des patients au sein du système de soins de santé canadien. Les experts du domaine ont récemment reconnu l'importance d'un changement de culture au sein des organisations afin d'améliorer la sécurité des patients. L'Institut canadien de médecine a souligné que [traduction] « le plus grand défi en ce qui concerne le passage vers un système de santé plus sécuritaire consiste à changer la culture selon laquelle on blâme les personnes pour leurs erreurs par une culture où les erreurs ne sont pas traitées comme des échecs personnels, mais comme des occasions d'améliorer le système et de prévenir les préjudices³⁴ ». Ce changement est au cœur du mouvement actuel vers une culture positive en matière de sécurité. La culture relative à la sécurité est le résultat de valeurs, de perceptions, d'attitudes et de modèles de comportement et est donc difficile à quantifier directement^{xii, 35}.

^{xii} On a élaboré un certain nombre de sondages mesurant la culture de la sécurité des patients, mais ils varient en ce qui a trait à leur validité psychométrique (Singla, Kitch, Weissman et Campbell, 2006), et il y a

Malgré les défis relatifs à la mesure, il y a certaines preuves selon lesquelles le Canada est en train de se tourner vers une culture plus positive en ce qui concerne la sécurité des patients. L'un des indicateurs est le changement législatif relatif à la sécurité des patients. Par exemple, des données recueillies par l'ICSP montrent que, en date d'octobre 2016, neuf des dix provinces et deux des trois territoires avaient adopté une loi sur la présentation d'excuses depuis 2006. Cette loi empêche que l'on puisse interpréter les excuses formulées par les professionnels de la santé comme un aveu de culpabilité, et elle est conçue pour favoriser un environnement plus propice au dialogue ouvert avec les patients.

En date d'octobre 2016, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Ontario, le Québec et le Nouveau-Brunswick avaient des lois qui prévoient la divulgation et la déclaration obligatoires des incidents critiques, et la Nouvelle-Écosse avait une loi exigeant la déclaration obligatoire des événements à déclarer graves. Des projets de loi semblables sont actuellement présentés à Terre-Neuve, au Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest.

En outre, parmi les sept provinces qui comptent des organisations en matière de qualité des soins et de sécurité des patients, cinq (l'Alberta, la Saskatchewan, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et le Québec) ont aussi des lois provinciales officielles sur l'amélioration de la qualité des soins de santé, ce qui inclut la sécurité des patients, et les 13 administrations provinciales et territoriales ont des lois liées à l'assurance de la qualité. Il convient de souligner que la loi de la Saskatchewan sur l'amélioration de la qualité des soins de santé, tout comme sa loi sur la divulgation et la déclaration obligatoires des incidents liée à la sécurité des patients, ont toutes deux été adoptées avant la mise en place de l'ICSP.

Dans la plupart des cas, on ne peut pas déterminer la mesure dans laquelle les changements législatifs sont attribuables à l'ICSP, même s'il est raisonnable de supposer que l'ICSP fait partie des figures d'influence^{xiii}. Une exception digne de mention est l'influence de l'ICSP sur les modifications à la *Loi de 2002 sur la protection des renseignements concernant la qualité des soins* de l'Ontario (LPRCQS), comme il est décrit en détail ci-dessous.

xiii relativement peu de données évaluant à quel point ces mesures peuvent être associées aux résultats en matière de sécurité (Morello et coll., 2013; Sammer, Lykens, Singh, Mains et Lackan, 2010). Une déclaration plus certaine concernant l'influence de l'ICSP sur les changements législatifs aurait pu être possible si les activités de l'ICSP avaient explicitement eu pour but d'influencer ce changement dans les administrations concernées, comme la présentation de mémoires, ou de témoignages, devant des comités législatifs.

Influence de l'ICSP sur les modifications législatives : Le cas de la *Loi de 2002 sur la protection des renseignements concernant la qualité des soins* de l'Ontario

En 2014, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD) a commandé un examen de la *Loi de 2002 sur la protection des renseignements concernant la qualité des soins* (LPRCQS). Le rapport qui en a découlé, qui formulait 12 recommandations afin d'améliorer la *Loi*, a mentionné de nombreuses fois que l'ICSP et le programme Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC) fournissaient de l'expertise, des ressources et du leadership dans les domaines de l'analyse des incidents critiques, de la divulgation et de l'engagement des patients en matière de sécurité des patients³⁶. Le Cadre canadien d'analyse des incidents, les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation et les principes de divulgation du PPSPC ont été plus particulièrement mentionnés comme étant « d'excellentes ressources » pour soutenir la réalisation de plusieurs des recommandations. La recommandation 3 du rapport demandait spécifiquement aux hôpitaux de l'Ontario et à l'Ontario Hospital Association (OHA) de travailler avec les responsables de PPSPC et d'autres organisations clés afin d'élaborer des directives claires sur les situations dans lesquelles on devrait invoquer la LPRCQS afin d'enquêter sur un incident critique.

Après réception du rapport, le ministre a accepté les 12 recommandations et a demandé à Qualité des services de santé Ontario (QSSO) et à l'OHA de commencer à déployer des efforts afin de répondre aux recommandations. Ces organisations ont mobilisé des représentants de l'ICSP dans plusieurs groupes consultatifs d'experts provinciaux afin de soutenir ces efforts, notamment le groupe de travail sur le système d'apprentissage lié aux incidents critiques de l'Ontario et le groupe de soutien de l'examen de la mise en œuvre de la LPRCQS. L'ICSP a également fourni des commentaires concernant l'ébauche d'articles spécifiques dans une trousse d'outils concernant une version modifiée de la LPRCQS, élaborée par l'OHA. En 2016, on a adopté la *Loi de 2002 sur la protection des renseignements concernant la qualité des soins* (LPRCQS 2016), version modifiée, qui intègre les recommandations qu'il convient d'intégrer à la législation.

En plus d'influencer directement la modification de la LPRCQS de l'Ontario, l'ICSP a été invité à participer au comité consultatif d'examen des indicateurs de la sécurité des patients en soins de courte durée. Le rôle du comité était d'examiner et de choisir un ensemble d'indicateurs mis à jour qu'il recommandera en vue de la déclaration publique du rendement des hôpitaux de l'Ontario en matière de sécurité des patients. La reddition de comptes de manière publique en ce qui a trait aux indicateurs relatifs à la sécurité des patients en Ontario a été légiférée pour la première fois en 2008 dans le cadre des modifications apportées à la *Loi sur les hôpitaux publics* de l'Ontario. L'ICSP influence directement l'application continue de cette loi dans les hôpitaux de l'Ontario.

En 2016-2017, afin de soutenir la déclaration du rendement relative à la culture de la sécurité au sein du système de santé, l'ICSP a commencé à surveiller officiellement deux indicateurs qui découlent des données sur la conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada, notamment des indicateurs relatifs à la divulgation et à la gestion des incidents liés à la sécurité des patients (les indicateurs en gras dans le tableau 10, ci-dessous). Les données sur la conformité pour ces POR montrent que la conformité est généralement élevée (90 % et plus) et que de

petites améliorations sont apportées : pour trois POR sur cinq, le taux de conformité a augmenté avec le temps, et une nouvelle POR a été mise en place en 2015^{xiv}.

Tableau 10 : Données sur la conformité — Pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada relatives à la culture de sécurité

	Pourcentage de conformité			
	2012	2013	2014	2015
A un système de déclaration et de suivi des événements sentinelles, des événements indésirables et des accidents évités de justesse	96 %	93 %	93 %	96 %
Procède à une analyse prospective relative à la sécurité des patients	88 %	88 %	87 %	95 %
Déclare les événements indésirables aux patients et à leur famille	93 %	89 %	89 %	93 %
Produit des rapports trimestriels sur la sécurité des patients, et inclut des recommandations relatives aux événements indésirables	87 %	91 %	88 %	88 %
Fait preuve de responsabilisation en matière de gouvernance en ce qui concerne la qualité des soins fournis par l'organisation	S.O.	S.O.	S.O.	84 %
Sources : Agrément Canada, 2015a, 2016				

Parmi les répondants à l'enquête, 64 % croient que la culture relative à la sécurité des patients s'est améliorée dans le système canadien de soins santé grâce aux efforts de l'ICSP. De plus, 15 % des répondants étaient neutres et 17 % ne savaient pas; seulement 3 % des répondants étaient en désaccord. En ce qui concerne les informateurs clés, même si une minorité de répondants croient que l'on se tourne vers une culture positive en ce qui concerne la sécurité des patients au Canada, la majorité d'entre eux sont d'avis que les changements liés à la sensibilisation et aux connaissances à l'égard de la sécurité des patients ont devancé les changements de culture relativement à la sécurité des patients ou ont indiqué qu'ils ne savaient tout simplement pas s'il y avait eu un changement de culture. Nombre d'entre eux ont mentionné que le changement de culture dans les systèmes et organisations est extrêmement difficile et peut prendre de nombreuses années — voire des décennies — à survenir et qu'il peut dépendre fortement de la gestion et de la direction à l'échelle locale.

[Traduction]

La culture prend des décennies à changer. Dans les micro-cultures dans lesquelles un dirigeant a suivi un cours de l'ICSP ou est en mesure d'être une influence à l'échelle locale, on y parvient.

^{xiv} Cela dit, on pourrait remettre en question la validité du recours aux données sur la conformité afin d'évaluer la culture en matière de sécurité. Si la conséquence de la non-conformité est la perte potentielle d'un statut d'agrément, la motivation d'une organisation à se conformer peut ne pas être nécessairement liée à l'existence d'une culture en matière de sécurité. À cet égard, il est important de souligner que l'ICSP avait d'abord l'intention de recourir aux données d'enquête d'Agrément Canada afin de mesurer les changements en matière de culture liés à la sécurité des patients, mais qu'il a choisi récemment de ne pas le faire pour des raisons de qualité des données.

Nous avons réussi à sensibiliser davantage les gens, mais nous n'avons toujours pas réussi à changer les comportements [...] Nous ne sommes qu'au début du chemin, et non à la fin.

Cela dit, on reconnaissait les efforts qu'a déployé l'ICSP pour atteindre ce but, et plusieurs informateurs clés ont mentionné plus particulièrement son travail lié à l'analyse et à la gestion des incidents, à l'engagement des patients et à la gouvernance ainsi que sa nouvelle orientation sur la culture liée à la sécurité des patients dans le cadre de sa nouvelle initiative, VIREZ en mode sécurité.

[Traduction]

L'ICSP a aidé à l'élaboration d'un modèle de gestion des incidents [...] Les gens peuvent voir que nous procédons à ce type d'analyse et que nous nous concentrons sur les occasions de nous améliorer, et non sur les personnes.

Les autorités régionales de la santé ont vraiment progressé grâce au travail du conseil d'administration sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Elles ont des comités sur la qualité des soins, elles ont changé leurs programmes pour donner une voix aux patients, et cela découle directement de la formation en matière de gouvernance. [...] Les rôles et les attentes des PDG ont changé, [et] cela a eu une incidence sur l'engagement des patients [...] Cette incidence provient manifestement de la formation en matière de gouvernance et du travail réalisé par le Consortium. Il est parfois difficile d'en attribuer le mérite, mais on sait qu'il y a une influence, on peut voir le travail de l'ICSP qui se reflète dans les discussions.

L'expérience de l'Hôpital St. Michael constitue un exemple de la façon dont le travail de l'ICSP a influencé les efforts en matière d'amélioration de la sécurité des patients.

Influence de l'ICSP sur la culture de sécurité : Le cas de l'Hôpital St. Michael

Les Lignes directrices relatives à la divulgation de l'ICSP ont servi de modèle pour la mise à jour des processus et des politiques internes de l'Hôpital St. Michael (HSM) en matière de divulgation. De même, le Cadre canadien d'analyse des incidents a fourni une base pour les processus de déclaration et d'examen des incidents mis en œuvre à l'HSM. Les représentants de l'HSM ont mentionné que ces documents continuent d'influencer les efforts visant à faire progresser la culture de sécurité de l'HSM et qu'ils les aidaient à respecter les exigences légales provinciales concernant la divulgation. Plus particulièrement, ils ont souligné l'influence du Cadre d'analyse des incidents et des Lignes directrices relatives à la divulgation sur le plan de l'HSM de 2016-2019 en matière de sécurité, axé sur le renforcement de la culture liée à la sécurité des patients et sur des façons plus souples et plus adaptées d'examiner les incidents critiques et d'en tirer des leçons.

Certains informateurs clés ont mis l'accent sur le besoin de mesurer les changements en matière de culture liée à la sécurité des patients en dépit des défis que cela comporte.

Pratiques favorables à la sécurité des patients

Les organisations de soins de santé canadiennes ont mis en place des pratiques favorables à la sécurité des patients pour donner suite aux activités de l'ICSP, et on estime que 88 % des établissements de soins actifs admissibles et 26 % des établissements de soins de longue durée au Canada ont participé à l'initiative *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (SSPSM). De nombreux répondants à l'enquête ont mentionné avoir effectué des changements aux pratiques organisationnelles grâce à SSPSM ainsi que d'autres ressources de l'ICSP, comme le Cadre canadien d'analyse des incidents, les Alertes mondiales sur la sécurité des patients ainsi que des programmes de formation et des événements. En tout, 66 % des répondants croient que les pratiques favorables à la sécurité des patients sont plus répandues dans le système de soins de santé canadien grâce au travail de l'ICSP.

À moyen terme, on s'attend à ce que les activités de l'ICSP entraînent une mise en œuvre accrue des pratiques favorables à la sécurité des patients au sein du système de soins de santé canadien. L'un des exemples les plus importants de la mise en œuvre de pratiques favorables à la sécurité des patients concerne le programme SSPSM. L'ICSP estime que 88 % des établissements de soins actifs admissibles au Canada, y compris les établissements de santé mentale, participent à SSPSM ainsi que 26 % des établissements de soins de longue durée admissibles^{xv}. En outre, les données de l'ICSP montrent que, en date de 2016, 739 organisations comprenant 1 683 équipes distinctes participaient au programme³⁷. Les données sur le rendement de l'ICSP montrent que le pourcentage d'équipes qui ont réussi à atteindre et à maintenir leurs objectifs de mise en œuvre de SSPSM dans les 24 mois suivant la première présentation des données relatives aux mesures de sécurité des patients (MSP) est passé de 6 à 17 % entre 2013-2014 et 2015-2016^{xvi}. Même si ces pourcentages peuvent sembler faibles, il est probable que de nombreuses équipes se soient améliorées en matière de pratiques liées à la sécurité des patients sans nécessairement atteindre leurs objectifs.

^{xv} L'ICSP mentionne que le pourcentage d'établissements de soins de santé à domicile qui participent à SSPSM est difficile à évaluer, étant donné qu'on ne peut pas connaître facilement le nombre total d'établissements de soins à domicile publics et privés.

^{xvi} L'ICSP a suivi le pourcentage d'équipes du domaine de la santé qui ont atteint leurs objectifs de mise en œuvre concernant divers indicateurs relatifs à la MSP. Le suivi a été effectué pendant une période de 24 mois afin de permettre l'établissement d'un cadre de référence suffisant pour que l'on puisse observer un changement. On considère que l'équipe a connu du succès si elle a atteint et maintenu ses objectifs durant trois présentations de suite pendant six mois au cours de la période de 24 mois.

Les résultats de l'enquête auprès des intervenants fournissent d'autres détails sur la mesure dans laquelle les interventions liées à SSPSM ont été mises en place au sein du système de soins de santé canadien. Les résultats de l'enquête montrent que 69 % des répondants (cela n'inclut pas les patients) ont utilisé ou mis en place au moins l'une des interventions de SSPSM, le plus souvent le bilan comparatif des médicaments, la prévention des chutes ainsi que la prévention et le contrôle des infections. Près de 60 % des personnes qui ont eu recours aux interventions de SSPSM ont intégré les recommandations de SSPSM dans leurs politiques écrites, et un peu moins de la moitié des répondants ont mentionné avoir augmenté ou amélioré le suivi ou la déclaration des incidents, avoir utilisé des renseignements de SSPSM au moment de communiquer avec les clients, les patients et/ou le public et avoir intégré les recommandations ou le matériel de SSPSM dans les formations obligatoires. Environ le quart des répondants ont intégré SSPSM aux formations optionnelles, et un cinquième de ces derniers ont modifié leurs pratiques et procédures, mais pas leurs politiques écrites (voir le tableau 11).

Tableau 11 : Interventions liées à Soins de santé plus sécuritaires maintenant! mises en place et déclarations de changements des pratiques

	Pourcentage d'utilisateurs (n = 402)
Bilan comparatif des médicaments	82 %
Diminution des chutes et des blessures causées par les chutes	73 %
Prévention et contrôle des infections	71 %
Infection du site opératoire et liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire	55 %
Prévention des thrombo-embolies veineuses	51 %
Bactériémie associée aux cathéters centraux	41 %
Pneumonie acquise sous ventilation	40 %
Infarctus aigu du myocarde	27 %
Équipes d'intervention rapide	27 %
Reconnaître et traiter une sepsie grave	25 %
Stratégie de gestion du délirium	25 %
Déclarations de changements des pratiques	
Intégration des recommandations de SSPPM aux politiques écrites	59 %
Augmentation ou amélioration du suivi ou de la déclaration des incidents	48 %
Recours à SSPPM dans le cadre des communications avec les clients, les patients et/ou le public	46 %
Intégration des recommandations ou du matériel de SSPPM dans les formations obligatoires	44 %
Intégration des recommandations ou du matériel de SSPPM dans les formations optionnelles	26 %
Changement des pratiques ou des procédures, mais aucun changement des politiques écrites	20 %
Mesure du rendement ou des résultats	1 %
Préparation ou aide à la préparation à l'agrément	1 %
Remarque : Exclut les patients. Source : Enquête auprès des intervenants.	

En plus de SSPPM, l'enquête auprès des intervenants fournit des preuves de pratiques favorables liées à la sécurité des patients qui découlent d'autres programmes, produits et interventions de l'ICSP. Par exemple, de nombreux répondants qui ont eu recours au Cadre canadien d'analyse des incidents (n = 208) ont mentionné que ce dernier avait entraîné des changements de pratique au sein de leur organisation. Le plus souvent, les personnes qui ont eu recours au Cadre ont mentionné des changements relatifs à l'enquête des incidents touchant des patients (83 %), et un nombre un peu moins important de répondants, mais tout de même la majorité, ont mentionné des changements en ce qui concerne l'élaboration de mesures recommandées en réponse aux incidents liés à la sécurité des patients (69 %), la déclaration des événements liés à la sécurité des patients (69 %) et la communication des leçons tirées des enquêtes liées à la sécurité des patients à d'autres membres au sein de leur organisation (55 %). La moitié des répondants (ou un peu moins) ont mentionné des changements dans le domaine de la surveillance continue des risques liés à la sécurité des patients (49 %), dans la communication aux patients des événements liés à la sécurité (49 %), dans la planification stratégique concernant la sécurité des patients à l'échelle de la direction

(45 %), dans la participation des patients à la déclaration et aux enquêtes liées à la sécurité des patients (34 %) et dans la communication des leçons apprises des enquêtes liées à la sécurité des patients à des gens en dehors de leur organisation (24 %).

De plus, parmi les répondants qui connaissaient les Alertes mondiales sur la sécurité des patients et qui ont mentionné que celles-ci s'appliquaient directement à leur organisation (n = 214), 79 % ont mentionné avoir utilisé les Alertes pour déterminer des problèmes potentiels liés à la sécurité des patients, tandis que 76 % d'entre eux ont mentionné les avoir utilisées afin de faciliter ou de mettre en place des changements de politiques, de pratiques, de processus ou de normes. De plus, comme le montre le tableau 12, de nombreux participants aux programmes de formation et aux événements de l'ICSP ont également mentionné qu'ils avaient apporté des changements aux pratiques, aux politiques ou aux procédures à la suite de ce qu'ils avaient appris ou que leur organisation l'avait fait. En ce qui concerne les programmes de formation, le pourcentage de participants ayant mentionné des changements allait de 63 % pour ce qui est du module de formation en ligne sur l'hygiène des mains et pour le Programme d'apprentissage sur l'analyse des incidents à 27 % pour le Programme Promouvoir la sécurité des patients dans la formation des résidents (ASPIRE)^{xvii}. En ce qui concerne les événements, 56 % des participants à la journée ARRÊT! Nettoyez-vous les mains ont signalé des changements, et un pourcentage un peu moins élevé a effectué des changements à la suite du mois de la prévention des chutes, de la Semaine nationale de la sécurité des patients (SNSP) et du Forum virtuel.

^{xvii} Ces résultats sont un peu plus faibles que les données liées au rendement déclarées par l'ICSP, ce qui signifie que, entre 2013-2014 et 2015-2016, une moyenne de 90 % des organisations qui ont pris part aux séances de formation de l'ICSP ont mentionné avoir intégré les pratiques ou les outils présentés durant la séance.

Tableau 12 : Répondants qui ont signalé des changements des pratiques, des politiques ou des procédures à la suite de leur participation aux programmes de formation ou aux événements de l'ICSP

	Nombre de participants	Pourcentage des participants qui ont fait des changements
Formation		
Module de formation en ligne sur l'hygiène des mains	234	63 %
Programme d'apprentissage sur l'analyse des incidents	88	63 %
Programme d'éducation en sécurité des patients	125	56 %
Cours canadien pour les coordonnateurs de la sécurité des patients	159	47 %
Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients	50	44 %
ASPIRE	26	27 %
Événements		
ARRÊT! Nettoyez-vous les mains	348	56 %
Mois de la prévention des chutes	189	49 %
Semaine nationale de la sécurité des patients	412	40 %
Forum virtuel national sur la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité	250	31 %
Remarque : Exclut les patients.		
Source : Enquête auprès des intervenants.		

Comme il a été mentionné précédemment, en 2016-2017, l'ICSP a commencé à suivre officiellement plusieurs indicateurs de pratiques favorables à la sécurité des patients en se fondant sur les données sur la conformité aux POR rassemblées par Agrément Canada. L'ICSP a collaboré avec Agrément Canada pour élaborer ces POR, qui ont touché plus de 1 000 organisations agréées au sein de 6 000 établissements de prestation de soins de santé³⁸. Les données d'Agrément Canada actuellement disponibles montrent des taux de conformité qui dépassent 90 % pour trois des exigences, même si on constate des variations d'une année à l'autre et qu'il n'y a pas de tendance claire à la hausse. En ce qui concerne deux POR, à savoir celles liées à l'hygiène des mains et au bilan comparatif des médicaments, les taux de conformité ont été un peu plus faibles et ont varié également au fil du temps (voir le tableau 13).

Tableau 13 : Données sur la conformité — Pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada relativement aux pratiques organisationnelles

	Pourcentage de conformité			
	2012	2013	2014	2015
Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire	88 %	93 %	96 %	90 %
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité stratégique	82 %	91 %	91 %	86 %
Conformité en matière d'hygiène des mains	82 %	80 %	72 %	80 %
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	93 %	93 %	87 %	99 %
Sécurité des patients : éducation et formation	95 %	94 %	92 %	96 %
Source : (Agrément Canada, 2015a)				

Parmi les répondants à l'enquête, 66 % croient que les pratiques favorables à la sécurité des patients sont devenues plus répandues dans le système de soins de santé canadien grâce au travail de l'ICSP. En ce qui concerne les autres répondants, 15 % étaient neutres et 18 % ne savaient pas; seulement 1 % étaient en désaccord. En ce qui a trait aux informateurs clés, ceux qui représentaient des organisations qui fournissent des soins directs aux patients ont décrit de nombreuses façons utilisées par leur organisation pour mettre en place des pratiques favorables à la sécurité des patients fondées sur les ressources et les programmes de formation de l'ICSP, plus particulièrement SSPSM, mais aussi le Cadre canadien d'analyse des incidents, les Lignes directrices relatives à la divulgation et le travail de l'ICSP relativement à l'hygiène des mains, pour ne nommer que quelques exemples.

[Traduction]

SSPSM a certainement apporté une grande contribution. Les deux autorités de la santé initiales dans la province ont mis en place la plupart des interventions de SSPSM. Le Cadre canadien d'analyse des incidents est très utile pour la province. Nous allons avoir de la formation à ce sujet ainsi qu'une approche normalisée en matière de gestion des incidents partout dans la province. Les Lignes directrices relatives à la divulgation nous ont aidés à élaborer des lignes directrices gouvernementales et ont soutenu l'élaboration de politiques sur la divulgation à l'échelle des autorités régionales de la santé.

La Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire a eu une incidence majeure en Alberta et en Saskatchewan. Les établissements de soins de santé de l'Alberta sont évalués en fonction de leur utilisation de la liste de vérification.

Même si de nombreux informateurs clés avaient l'impression de ne pas être en mesure de commenter le sujet, parmi ceux qui l'ont fait, il y avait consensus sur le fait que le travail de l'ICSP a contribué à la mise en place de pratiques favorables à la sécurité des patients au sein de l'ensemble du système de soins de santé canadien et qu'Agrément Canada a aussi eu beaucoup d'influence à cet égard.

[Traduction]

La plupart des organisations veulent obtenir leur agrément, et ils doivent donc se conformer aux normes. C'est génial de voir que l'ICSP et Agrément Canada font progresser certaines des initiatives clés; les POR font également partie des nombreux enjeux que l'ICSP a reconnus, et ce dernier a travaillé en partenariat afin de les faire progresser et de fournir aux gens une orientation.

Agrément Canada est mandaté par un grand nombre d'organisations. Par conséquent, cela entraîne forcément une incidence. [...] Il a un rôle moteur et est à l'origine de notre besoin de participer à l'ICSP. L'ICSP nous a aidés à nous assurer que nous pouvons respecter ces normes.

Surveillance et déclaration officielles relativement à la sécurité des patients

On constate des progrès en matière de suivi et de déclaration officielles relativement à la sécurité des patients au Canada en partie grâce au travail de l'ICSP. La collaboration entre l'ICSP et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dans le cadre de l'élaboration de la Mesure des préjudices à l'hôpital est perçue comme un grand pas en avant.

À court terme, on s'attend que les activités de l'ICSP entraînent une hausse de la surveillance et de la déclaration officielles relativement à la sécurité des patients au Canada. L'ICSP a participé lui-même à un certain nombre d'activités afin de surveiller la sécurité des patients. L'ICSP coordonne les ajouts du Canada à la base de données des Alertes mondiales sur la sécurité des patients; 81 organisations y ont contribué en 2015-2016. En 2005, l'ICSP a mis en fonction le système de la mesure de la sécurité des patients (MSP), un répertoire central qui recueille les données des organisations participantes concernant la conformité aux interventions liées à SSMSP. Dans le cadre de la transition vers le programme VIREZ en mode sécurité, on a cessé les activités liées à la MSP le 1^{er} juin 2016. L'ICSP a l'intention de collaborer avec les organisations pour faciliter la migration des données vers un système de stockage local^{xviii, 39}.

L'ICSP a également entrepris un certain nombre de vérifications de la qualité des données recueillies au moyen de la MSP en ce qui concerne les interventions de SSMSP, notamment les thrombo-embolies veineuses (TEV), le bilan comparatif des médicaments, l'hygiène des mains et la prévention des chutes. La vérification la plus récente, qui concernait l'infection du site opératoire (ISO), a été menée en collaboration avec les organisations provinciales de la qualité et de la sécurité de l'Alberta, des provinces de l'Atlantique, de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et de la Saskatchewan, en février 2016. La vérification était « conçue pour établir une perspective nationale concernant l'adoption et la mise en œuvre d'indicateurs de processus établis pour prévenir les ISO⁴⁰ ». La vérification a révélé qu'aucune région n'atteignait plus de 36 % des cas ayant un résultat parfait en matière d'ISO, et deux ont obtenu un résultat de 0 % (c.-à-d. qu'aucun cas de chirurgie ne respectait complètement toutes les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes). Ces efforts pour mesurer les comportements en matière de sécurité des patients à l'étape de la mise en œuvre fournissent des données précieuses et pratiques afin d'améliorer la sécurité.

Enfin, comme il a été mentionné précédemment de nombreuses fois tout au long du présent rapport, l'ICIS et l'ICSP ont formé un partenariat afin d'élaborer une ressource nationale concernant la déclaration liée à la sécurité des patients, nommée Mesure des préjudices à l'hôpital. Cette mesure se sert des données administratives hospitalières existantes et relève les hospitalisations dans le cadre desquelles est survenu au moins

^{xviii} Dans les questions ouvertes, un petit nombre de répondants à l'enquête auprès des intervenants ont manifesté leur mécontentement à l'égard de la décision de l'ICSP de mettre fin à la MSP.

un préjudice involontaire que l'on aurait peut-être pu éviter en mettant en place des pratiques connues et fondées sur des données probantes. La mesure se fonde sur 31 groupes cliniques parmi lesquels on retrouve quatre catégories de préjudices : ceux qui sont associés à la prestation de soins de santé ou aux médicaments (p. ex. les plaies de pression), les infections liées à des soins de santé (p. ex. la sepsie), les accidents concernant des patients (p. ex. des chutes), et des préjudices liés aux procédures (p. ex. lacération ou ponction)⁴¹. Cela fournira également des ressources d'amélioration fondées sur des données probantes qui lient les pratiques exemplaires directement à la mesure. La Mesure des préjudices à l'hôpital fournit, pour la première fois, une mesure générale de la sécurité des patients dans les établissements de soins actifs au Canada (sauf pour le Québec).

En plus des propres initiatives de l'ICSP en matière de surveillance et de déclaration liées à la sécurité des patients, des données montrent que la déclaration et la surveillance officielles liées à la sécurité des patients sont à la hausse au sein de l'ensemble du système de soins de santé canadien. Comme il a été souligné précédemment, quatre provinces (le Manitoba, la Saskatchewan, l'Ontario et le Québec) ont des lois qui exigent la divulgation et la déclaration obligatoires des problèmes liés à la sécurité des patients, et les données d'Agrément Canada indiquent un degré élevé de conformité aux diverses POR relativement à la déclaration des événements indésirables. Même s'il est difficile d'attribuer ces résultats directement à l'ICSP, il est raisonnable de supposer qu'il a contribué à l'atteinte de ces résultats grâce à ses activités.

L'enquête auprès des intervenants fournit une preuve plus directe de la mesure dans laquelle le travail de l'ICSP a entraîné une hausse de la surveillance et de la déclaration officielles liées à la sécurité des patients. Les résultats montrent que trois ressources et programmes majeurs de l'ICSP —SSPSM, les Alertes mondiales sur la sécurité des patients et le Cadre canadien d'analyse des incidents — ont suscité les personnes et les organisations à changer leur approche en matière de surveillance et de déclaration liées à la sécurité des patients. On constate notamment ce qui suit :

- 48 % des répondants qui ont mis en place les interventions liées à SSPSM ont mentionné que cela avait renforcé ou amélioré le suivi ou la déclaration des incidents au sein de leur organisation;
- 79 % de ceux qui ont mentionné que les Alertes mondiales sur la sécurité des patients étaient pertinentes pour eux ou pour leur organisation ont indiqué qu'ils y ont recours afin de cerner les problèmes potentiels liés à la sécurité des patients au sein de leur organisation; et
- parmi les répondants qui ont utilisé le Cadre canadien d'analyse des incidents :
 - 83 % ont modifié la façon d'enquêter sur les incidents liés à la sécurité des patients;

- 69 % ont apporté des changements relatifs à la déclaration des événements liés à la sécurité des patients;et
- 49 % ont apporté des changements en ce qui concerne la surveillance continue des risques associés à la sécurité des patients.

Parmi les répondants à l'enquête, 57 % étaient d'avis que la surveillance et la déclaration officielles des problèmes liés à la sécurité des patients se sont répandues au Canada grâce au travail de l'ICSP. Près d'un quart des répondants (23 %) ne savaient pas, tandis que 17 % étaient neutres et 3 % étaient en désaccord. Parmi les informateurs clés, certains ont décrit de quelle façon leur organisation a utilisé les ressources de l'ICSP pour améliorer son approche en matière de surveillance et de déclaration liées à la sécurité des patients.

[Traduction]

Avant l'ICSP, il n'y avait pratiquement pas de données recueillies ici. L'ICSP a créé un momentum pour parler de la sécurité des patients [...], et c'est alors que nous nous sommes dit que nous avons besoin de données. Mon hôpital a commencé à recueillir des données, et peu à peu, nous en avons recueilli de plus en plus. L'ICSP a fortement contribué à cela.

La plupart des informateurs clés avaient de la difficulté à dire dans quelle mesure la surveillance et la déclaration officielles des problèmes liés à la sécurité des patients s'étaient répandues dans l'ensemble du Canada. Certains ont mentionné que des produits spécifiques de l'ICSP — comme les Alertes mondiales sur la sécurité des patients, le Cadre canadien d'analyse des incidents et SSPSM — avaient eu une incidence. D'autres ont fait valoir que, même si certains progrès avaient été réalisés en matière de surveillance et de déclaration officielles liées à la sécurité des patients, ils étaient probablement plus directement attribuables aux changements législatifs à l'échelle provinciale ou territoriale qui exigeaient une telle déclaration, quoique ces changements peuvent être eux-mêmes, du moins en partie, attribuables à l'influence de l'ICSP.

La collaboration entre l'ICSP et l'ICIS dans le cadre de la Mesure des préjudices à l'hôpital a été considérée comme un important pas en avant en matière de surveillance et de mesure des progrès au chapitre la sécurité des patients.

[Traduction]

L'indicateur des préjudices à l'hôpital exigera que les organisations de soins actifs recueillent de nouvelles données et permettra de faire la déclaration agrégée à l'échelle provinciale et nationale que nos systèmes n'ont pas pu faire étant donné qu'ils n'étaient pas suffisamment

sophistiqués; on pourra alors avoir une discussion significative à ce sujet. Cela changera la donne.

Politiques, normes et exigences fondées sur des données probantes

L'évaluation a permis de constater qu'il y a plusieurs politiques, normes et exigences liées aux associations professionnelles et aux organismes d'agrément fondées sur les données probantes en matière de sécurité des patients. Plus particulièrement, on a largement utilisé et adopté les Compétences liées à la sécurité des patients et les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation, et plus d'un tiers des pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada font des renvois aux ressources de l'ICSP.

À moyen terme, on s'attend à ce que les partenaires stratégiques de l'ICSP, comme les associations professionnelles et les organismes d'agrément, mettent en place des politiques, des normes de pratique et des exigences fondées sur les données probantes liées à la sécurité des patients. Un exemple important, comme nous l'avons déjà décrit précédemment, est l'adoption des Compétences liées à la sécurité des patients de l'ICSP par un certain nombre d'organisations professionnelles et de santé, notamment l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Manitoba Institute for Patient Safety (MIPS), le College of Licensed Practical Nurses of Alberta, l'Association canadienne de physiothérapie et l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI)⁴². En outre, les Compétences ont été intégrées au cadre éducatif de CanMEDS 2015 du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ainsi que du Collège des médecins de famille du Canada; par conséquent, elles seront intégrées à l'agrément de tous les programmes canadiens de résidence de spécialités médicales et chirurgicales ainsi qu'à la médecine familiale et à la formation de premier cycle en médecine. De plus, l'ACESI a adopté les éléments clés qui découlent des Compétences liées à la sécurité des patients dans ses normes d'agrément relatives à la formation en sciences infirmières au Canada⁴³.

Comme autre exemple, les Lignes directrices canadiennes en matière de divulgation, qui ont été initialement publiées par l'ICSP en 2008 et mises à jour en 2011, sont [traduction] « largement utilisées dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada dans l'élaboration de politiques et d'approches en matière de divulgation⁴⁴ ». Le College of Physicians and Surgeons of British Columbia (2014) et l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) (2015) citent tous deux les lignes directrices, et la divulgation est l'une des POR surveillées par Agrément Canada⁴⁵. Toutefois, il convient de souligner que l'ACPM et Agrément Canada ont participé au groupe de travail qui a élaboré les Lignes directrices en matière de divulgation et que les éléments des lignes directrices découlent du cadre de classification internationale pour la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁴⁶. Par conséquent, en publiant les Lignes directrices, l'ICSP a contribué à un processus qui a eu une incidence importante sur les politiques canadiennes.

En guise de troisième exemple, l'ICSP et Agrément Canada ont collaboré afin d'élaborer un certain nombre de POR^{xix, 47}, et la mise en œuvre de celles-ci a eu une incidence sur les politiques et les pratiques d'organisations agréées dans le domaine de la santé partout au Canada. L'ICSP a siégé à sept comités consultatifs afin de contribuer aux POR et aux normes ainsi que solliciter régulièrement la participation d'Agrément Canada à ses groupes de travail et offrir des consultations ponctuelles aux organisations durant les étapes de l'élaboration et de la révision des produits. Plus récemment, Agrément Canada a intégré la reconnaissance de la détérioration d'un patient, travail fait par l'ICSP en collaboration avec Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC), dans les mises à jour de ses normes relatives aux soins critiques et aux soins en milieu hospitalier, lesquelles ont été publiées en janvier 2017 et entreront en vigueur en 2018. L'ICSP et HIROC travaillent en partenariat à l'élaboration de ressources visant à soutenir les organisations dans leurs efforts de se conformer aux normes mises à jour; ces ressources seront publiées à la mi-2017 dans le cadre de VIREZ en mode sécurité.

Actuellement, un peu plus du tiers (36 %, ou 12 sur 33) des POR d'Agrément Canada citent les ressources de l'ICSP (voir le tableau 14). Selon l'ICSP, cette harmonisation a permis de publier des rapports produits conjointement par l'ICSP et Agrément Canada au cours de la période actuelle de financement sur des sujets cliniques pour lesquels l'optimisation de la conformité aux POR et aux normes actuelles est soutenue par une liste de ressources de l'ICSP. Par exemple, le rapport de 2014 mettait l'accent sur les TEV, la sécurité durant les chirurgies et la sécurité des soins à domicile, tandis que le rapport de 2015 était axé sur la prévention des chutes.

Tableau 14 : POR d'Agrément Canada qui citent les ressources de l'ICSP

POR qui citent les ressources de l'ICSP	
<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilisation en matière de qualité • Divulgence des incidents liés à la sécurité des patients • Gestion des incidents liés à la sécurité des patients • Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité stratégique • Bilan comparatif des médicaments pour l'adaptation des soins • Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité des patients : éducation et formation • Plan en matière de sécurité des patients • Conformité en matière d'hygiène des mains • Éducation et formation sur l'hygiène des mains • Prévention des chutes • Prophylaxie des thrombo-embolies veineuses
Source : (Agrément Canada, 2015b) (Agrément Canada, 2015a)	

La majorité (62 %) des répondants à l'enquête auprès des intervenants croient que les politiques, les normes et les exigences fondées sur des données probantes en matière de sécurité des patients sont devenues plus répandues dans le système de soins de santé canadien grâce au travail de l'ICSP. De plus, 16 % des répondants étaient neutres, 2 % étaient en désaccord et 20 % ne savaient pas. En ce qui concerne les

^{xix} L'ICSP a siégé à sept comités consultatifs afin de contribuer aux POR et aux normes. L'ICSP a mentionné qu'il sollicite régulièrement la participation d'Agrément Canada dans ses groupes de travail et qu'il fournit des consultations ponctuelles aux organisations durant les étapes de l'élaboration et de la révision des produits.

informateurs clés, certains ont mentionné les exemples présentés ci-dessus, notamment l'intégration des Compétences liées à la sécurité des patients dans le cadre de CanMEDS, l'adoption répandue des Lignes directrices en matière de divulgation et le travail de l'ICSP en collaboration avec Agrément Canada sur les POR. D'autres, en particulier ceux qui prennent part à la prestation de soins de santé directs, ont décrit les changements aux politiques, aux normes et aux exigences apportées par leur propre organisation en fonction du travail de l'ICSP. Toutefois, les exemples donnés ont tendance à être semblables à ceux qui ont été cités en exemple dans le cadre des *pratiques favorables à la sécurité des patients* (p. ex. des changements qui découlent de SSPSM ou du Cadre canadien d'analyse des incidents).

Participation des patients et des familles au système de santé

L'ICSP a été l'un des premiers au Canada à défendre et à appuyer la participation des patients et des familles à l'amélioration des soins de santé. La portée de la participation des patients et des familles dans le système de soins de santé ainsi que les effets de cette participation sur les résultats liés à la sécurité des patients n'ont pas été mesurés ou évalués de façon rigoureuse.

Même si la participation accrue des patients et des familles ne constitue pas un résultat officiel attendu dans le modèle logique de l'ICSP, l'organisation a consacré une grande partie de ses efforts sur celle-ci depuis ses débuts. En fait, les informateurs clés de l'ICSP ont mentionné que l'organisation est un chef de file au Canada en matière de participation des patients et des familles au système de santé et que l'ICSP a certainement montré l'exemple en intégrant régulièrement des conseillers des patients et des familles dans son propre travail. En 2013-2014, 68 % des activités de l'ICSP incluaient un conseiller des patients, comparativement à 100 % en 2014-2015 et 94 % en 2015-2016.

Par le passé, l'ICSP a appuyé le groupe bénévole de patients Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC), qui est lié au réseau mondial de conseillers des patients de l'OMS, Patients pour la sécurité des patients⁴⁸, et qui constitue actuellement un programme de l'ICSP. En 2015-2016, 37 membres de PPSPC sur 85 ont été nommés champions de la sécurité des patients par l'OMS, qui témoigne de leur participation à l'atelier commandité par l'OMS qui comportait une orientation spécifique et dans le cadre duquel ils se sont engagés à représenter le point de vue des patients dans le cadre des améliorations de la sécurité des patients à tous les échelons du système, comme il est mentionné dans la Déclaration de Londres. Les bénévoles de PPSPC font des exposés lors de divers événements partout au Canada et participent au système de soins de santé en agissant à titre de membres d'un comité ou d'un conseil et en s'impliquant dans l'élaboration de projets.

Une évaluation indépendante de PPSPC en 2014 mentionnait que l'organisation avait réussi à atteindre son objectif général qui consistait à faire entendre la voix des patients et qu'elle avait réussi en partie à faire progresser celui qui consistait à obtenir des soins

de santé plus sécuritaires au Canada et partout ailleurs⁴⁹. La conclusion de l'évaluation indiquait que des progrès avaient été réalisés en ce qui concerne la création de nouveaux liens avec des partenaires du système de santé ainsi que le renforcement des relations existantes et que PPSPC avait eu [traduction] « de nombreuses retombées durant sa courte histoire ». Elle a cité la portée que le programme a eue partout au pays, plus particulièrement auprès des organisations nationales, son effet sur les personnes au sein du système de soins de santé et sur les membres mêmes de PPSPC ainsi que son incidence sur l'ICSP, qui a appris à communiquer plus efficacement avec les patients en raison de ses liens avec PPSPC. Enfin, l'évaluation soulignait que l'un des effets les plus importants de PPSPC était la promotion de l'importance de la participation des patients dans le but d'améliorer la sécurité des patients, ce qui a fait en sorte que les organisations de soins de santé ont établi leurs propres mécanismes visant à cibler des patients et à solliciter leur participation. Les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation croyaient généralement que PPSPC avait réussi à avoir une incidence sur la sécurité des patients, même s'ils reconnaissaient qu'il était difficile d'attribuer les changements directement aux activités du programme. Dans l'ensemble, on avait l'impression de réussir de plus en plus à faire entendre la voix des patients en ce qui a trait aux soins de santé et à favoriser des soins de santé plus sécuritaires.

Plus récemment, une nouvelle initiative de l'ICSP, VIREZ en mode sécurité, offre un ensemble de ressources consacrées aux patients et au public, et l'ICSP travaille actuellement sur le Guide de l'engagement des patients. Ce guide (qui doit être lancé en mai 2017), réalisé en collaboration avec des patients, est une ressource exhaustive qui cible les patients/familles autant que les fournisseurs/organisations. Il est fondé sur des données probantes et sur des pratiques exemplaires, et il s'harmonise aux ressources existantes et les complète. Le guide vise à soutenir des partenariats efficaces avec les patients/familles dans le but de faire progresser rapidement la sécurité des patients dans tous les établissements et à tous les échelons du système. Il aborde des sujets comme la participation des patients/familles à la gestion des incidents et à l'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité ainsi que l'élaboration de structures et de processus durables visant à soutenir la participation des patients/familles. Provenant initialement du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients (PAISP), le guide est élaboré sous la direction et les contributions financières de l'ICSP, de la Collaboration de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients et de QSSO ainsi qu'avec le soutien d'une équipe d'intervention qui représente 15 organisations.

Parmi les 586 répondants à l'enquête auprès des intervenants réalisée dans le cadre de la présente évaluation et qui n'étaient pas des patients, une minorité importante de répondants (38 %) connaissaient PPSPC avant leur participation à l'enquête, et un pourcentage semblable d'entre eux (36 %) avaient utilisé les ressources de l'ICSP concernant la participation des patients. De ce nombre, près des trois quarts (74 %) avaient pris des mesures pour solliciter la participation des patients et des membres de la famille à des activités qui visaient à accroître la qualité et la sécurité des soins aux

patients. La plupart du temps, ces mesures concernaient la participation des conseillers ou des représentants des patients à des comités, à des conseils ou à des groupes de travail (71 %); la sollicitation de commentaires auprès de patients concernant l'évaluation, la conception, l'élaboration ou la mise en œuvre de programmes, de processus, de politiques, de stratégies ou de ressources (68 %) et l'invitation des patients à partager leur expérience avec le personnel, les dirigeants, le conseil ou d'autres patients (64 %). Toutefois, il était beaucoup moins fréquent que les répondants incluent des patients dans les organismes de prise de décisions qui avaient pour responsabilité d'établir l'orientation ou d'allouer des ressources (34 %).

Les répondants qui avaient sollicité la participation de patients et de membres de la famille ont décrit un certain nombre d'effets positifs pour leur organisation, notamment une sensibilisation, une compréhension et des connaissances accrues en ce qui concerne les besoins des patients, un changement de culture ou de façon de penser au sein de l'organisation et la mise en œuvre d'un processus spécifique ou d'un changement organisationnel. Parmi les effets moins souvent mentionnés, il y avait l'amélioration des soins aux patients, une confiance accrue du patient envers le système et l'amélioration de la transparence et de la communication.

Parmi tous les répondants à l'enquête, un peu moins de la moitié (49 %) étaient d'avis que la participation des patients et de la famille au système de soins de santé avait augmenté au Canada grâce au travail de l'ICSP. Cela dit, seulement 3 % des répondants étaient en désaccord, tandis qu'un pourcentage important étaient neutres (22 %) ou ne savaient tout simplement pas (26 %). En ce qui concerne les informateurs clés, nombre d'entre eux ont reconnu que l'ICSP avait joué un rôle de modèle et avait été l'un des premiers au Canada à défendre et à promouvoir la participation des patients et des familles dans le système de soins de santé, en se fondant sur des initiatives parallèles entreprises par l'OMS.

[Traduction]

Il a été un chef de file remarquable au pays à cet égard. Cela demande du leadership de différentes façons pour réussir à enclencher ce processus. [...] Il était certainement à la tête de ce tournant.

Nous sommes partis de loin pour réussir à faire participer le personnel de tous les échelons des soins de santé et de tout le continuum concernant l'importance d'écouter les patients et de solliciter leur participation. L'ICSP a joué un rôle essentiel dans ce processus.

Certains des informateurs clés ont décrit diverses façons par lesquelles le travail de l'ICSP a influencé leur propre organisation au chapitre de la sollicitation des patients et des membres de la famille — même si ce n'était pas nécessairement facile. On a souligné que de nombreux conseils suivent maintenant ce que fait l'ICSP en commençant toutes leurs réunions par une histoire ou une vidéo sur un patient, ce qui, selon plusieurs informateurs clés, est une manière puissante et convaincante d'influencer le point de vue de ceux qui participent à la réunion. L'expérience de l'hôpital St. Michael (HSM) montre bien l'incidence que la participation à PPSPC et à l'ICSP peut avoir sur les efforts des organisations relatifs à la participation des patients et des familles.

Participation à PPSPC : L'expérience de l'hôpital St. Michael

Les représentants de l'HSM ont mentionné que l'organisation s'engage à mettre les patients et les familles au centre de tout ce qu'ils font. Afin d'atteindre cet objectif, l'HSM recrute activement des conseillers des patients et des familles dans le cadre d'un programme plus général de participation des patients et des familles. Selon l'HSM, sa participation précoce à PPSPC a eu une incidence sur sa capacité d'être un chef de file dans le domaine de l'engagement des patients. Sa participation à PPSPC a également renforcé l'importance de solliciter la participation des patients et des familles dans le processus d'examen des incidents de l'HSM.

Les informateurs clés ont aussi souligné que l'attention accrue portée à la participation des patients et des familles était une tendance générale en soins de santé au cours de la dernière décennie et que, par conséquent, les changements dans ce domaine ne pouvaient pas être complètement attribués à l'ICSP.

[Traduction]

La sensibilisation s'est améliorée concernant la participation des patients, mais je ne peux pas l'attribuer à l'ICSP. Cela pourrait constituer un changement plus général. On observe que ce rôle des patients est à la hausse dans tous les pays de l'OCDE.

Je ne crois pas qu'on peut attribuer complètement la hausse dans ce domaine à l'ICSP, mais une partie est certainement attribuable à son travail. L'ICSP a joué un rôle vital dans les premiers temps grâce à sa participation à Patients pour la sécurité des patients du Canada et au symposium d'Halifax. On ne peut faire autrement qu'être influencé par ce travail.

Quelques informateurs clés ont mentionné qu'Agrément Canada a intégré les principes de la participation des patients et des soins centrés sur les clients dans ses POR et que, à l'avenir, celles-ci seront peut-être à la base de changements dans ce domaine, étant donné que les organisations de soins de santé s'efforcent de se conformer aux

normes dans le but d'obtenir ou de maintenir leur agrément^{xx}. Toutefois, on a également souligné que l'ICSP joue un important rôle en élaborant des ressources documentaires qui aideront les organisations à mettre en œuvre les normes.

Un petit nombre d'informateurs clés ont mentionné qu'il n'y a pas de données objectives ou d'évaluation rigoureuse pour appuyer les conclusions concernant la mesure dans laquelle la participation des patients et des familles a augmenté ni de données sur l'incidence de cet engagement sur les résultats en matière de sécurité des patients. On a recommandé que l'ICSP entreprenne des travaux de recherche, notamment une enquête auprès des patients (p. ex. l'établissement d'un point de comparaison et des suivis subséquents) dans le but de combler cette lacune.

Amélioration de la sécurité des patients au Canada

Même si aucune preuve ne permet d'établir de façon objective que la sécurité des patients s'est améliorée au Canada depuis la mise en place de l'ICSP, la plupart des intervenants croient que les activités de l'ICSP ont contribué à l'améliorer.

À long terme, on s'attend à ce que les activités de l'ICSP entraînent une amélioration de la sécurité des patients au Canada. Comme nous l'avons décrit en détail dans la section 4.1 du présent rapport, il n'y a pas de preuve objective selon laquelle la sécurité des patients s'est améliorée considérablement dans les 13 dernières années, depuis la mise en place de l'ICSP. Néanmoins, une majorité des répondants à l'enquête (70 %) étaient d'avis que l'ICSP avait amélioré la sécurité des patients canadiens, tandis que 18 % ne savaient pas, 11 % étaient neutres et seulement 2 % étaient en désaccord. De plus, de nombreux répondants à l'enquête qui ont eu recours à des programmes et à des ressources spécifiques de l'ICSP ont mentionné que cela avait eu un effet positif sur la sécurité des patients au sein de leur organisation (voir le tableau 15).

Les deux tiers (67 %) de ceux qui avaient eu recours au Cadre canadien d'analyse des incidents ont mentionné que celui-ci avait eu un effet important ou modéré sur la sécurité des patients au sein de leur organisation, tout comme 58 % de ceux qui avaient mis en place SSPSM et 35 % de ceux qui avaient utilisé les Alertes mondiales sur la sécurité des patients. Les répondants des organisations qui offrent des soins directs aux patients croyaient davantage que SSPSM ($U = 5\,496$; $p = 0,012$) et les Alertes mondiales sur la sécurité des patients ($U = 545,5$; $p = 0,0007$) avaient entraîné des

^{xx} L'ICSP mentionne que, lorsqu'Agrément Canada a commencé à évaluer son programme d'agrément Qmentum en 2013 afin de mieux intégrer les principes de soins centrés sur les clients et les familles, l'ICSP a été consulté concernant l'approche à prendre dans le cadre de l'examen et a donné des conseils sur la composition du groupe de travail et son mandat afin qu'il représente un échantillon solide et représentatif de conseillers des patients/familles. Un groupe de travail a été mis en place afin de guider l'amélioration du contenu des normes et des processus d'élaboration ainsi que d'autres aspects du processus d'agrément liés aux soins centrés sur le client et la famille. L'ICSP et quatre représentants de PPSPC ont participé à ce groupe de travail.

améliorations en matière de sécurité des patients que les répondants des organisations qui n'offrent pas de soins directs.

Plus de 70 % des répondants qui avaient apporté des changements organisationnels à la suite de programmes de formation de l'ICSP ont mentionné avoir constaté une incidence importante ou modérée en matière de sécurité des patients au sein de leur organisation; la seule exception concernait ASPIRE, mais il faut faire preuve de prudence en raison de la petite taille de l'échantillon.

Tableau 15 : Points de vue des répondants à l'enquête sur l'incidence de programmes et de ressources spécifiques de l'ICSP sur la sécurité des patients au sein de leur organisation

	Nombre de répondants qui ont eu recours à des changements organisationnels ou qui en ont apportés	Pourcentage d'incidence déclarée sur la sécurité des patients dans leur organisation				Ne sais pas
		Importante	Modérée	Limitée	Aucune	
Programmes						
Soins de santé plus sécuritaires maintenant!	402	18 %	40 %	14 %	<1 %	27 %
Alertes mondiales sur la sécurité des patients	214	8 %	27 %	25 %	7 %	34 %
Cadre canadien d'analyse des incidents	208	23 %	44 %	14 %	2 %	17 %
Éducation						
Cours canadien pour les coordonnateurs de la sécurité des patients	75	17 %	56 %	16 %	-	11 %
Cours Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients	50	14 %	64 %	18 %	-	5 %
ASPIRE	7	-	43 %	14 %	-	43 %
Programme d'éducation en sécurité des patients	70	21 %	50 %	16 %	-	13 %
Module de formation en ligne sur l'hygiène des mains	148	25 %	51 %	12 %	-	12 %
Programme d'apprentissage sur l'analyse des incidents	55	24 %	60 %	11 %	2 %	4 %
Remarque : Toutes les données et tous les calculs excluent les patients, et les résultats sont calculés à partir des répondants qui ont utilisé les programmes/ressources ou qui ont apporté des changements aux politiques, aux pratiques ou aux procédures organisationnelles. Source : Enquête auprès des intervenants.						

Pratiquement tous les informateurs clés croient que l'ICSP a contribué à l'amélioration de la sécurité des patients au Canada, même si la plupart reconnaissent qu'il n'y a pas de preuve pour appuyer cette perception. Plusieurs d'entre eux ont souligné que, même si la sécurité des patients ne s'est pas améliorée depuis la mise en place de l'ICSP, il serait une erreur de conclure sur cette base que l'ICSP n'a pas eu d'influence. Au contraire, sans l'ICSP, la sécurité des patients au Canada pourrait s'être détériorée au lieu de rester stable — particulièrement dans le contexte des innovations

technologiques et médicales continues, auxquelles s'ajoutent la complexité croissante du système de soins de santé et les pressions financières sur celui-ci.

[Traduction]

Cela aurait probablement pu être pire sans l'ICSP. Les systèmes de santé connaissent des pressions financières considérables. On peut supposer que, s'il n'avait pas fait son excellent travail, la situation aurait en fait pu empirer au lieu de demeurer stable.

4.5 Rendement : Enjeu n° 5 – Démonstration d'économie et d'efficacité

La *Politique sur les résultats* (2016) du Conseil du Trésor et le document d'orientation intitulé *Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux* (2013) définissent la démonstration d'économie et d'efficacité comme étant l'évaluation de l'utilisation des ressources par rapport à la production d'extrants ainsi qu'aux progrès réalisés en ce qui concerne les résultats attendus. Cette évaluation se fonde sur la présomption que les services ont des systèmes de mesure du rendement normalisés et que les systèmes financiers établissent un lien entre les renseignements concernant les coûts des programmes et des intrants, des activités, des extrants et des résultats attendus spécifiques.

Observations sur l'économie

L'ICSP a mené ses activités d'une manière économique pendant les trois années visées par l'évaluation. Il a pris des mesures afin de réduire au minimum le coût des intrants notamment en éliminant un bureau et en diminuant la taille d'un autre, en augmentant le nombre de membres du personnel travaillant à distance et en administrant la rémunération du personnel. L'ICSP pourrait continuer d'envisager le recouvrement des coûts et d'autres façons d'augmenter ses revenus potentiels au moyen d'autres sources que Santé Canada, et il pourrait élaborer un modèle d'établissement des prix exhaustifs pour ses produits et services.

Comme nous l'avons vu précédemment à la section 2.4, l'entente de l'ICSP avec Santé Canada lui permet de reporter à l'année suivante 10 % des contributions du gouvernement du Canada qui n'ont pas été utilisées au cours d'une année, jusqu'à la fin de l'accord de contribution. De plus, l'ICSP a le droit de garder les surplus des revenus amassés de sources autres que la contribution du gouvernement du Canada, pourvu que les fonds du gouvernement du Canada n'aient pas été utilisés pour payer directement les dépenses connexes. Par conséquent, l'utilisation des fonds du gouvernement par l'ICSP a tourné autour de la contribution annuelle de 7,6 millions de dollars, puisqu'il s'est prévalu de la disposition de report, et l'institut a également obtenu

de petits excédents au cours de certaines années en retenant les surplus provenant des autres sources de revenus.

Le bénéfice net de l'état comptable est rajusté en fonction du fait que l'ICSP rend des comptes à Santé Canada. En vertu de l'accord de contribution, l'ICSP rend des comptes relativement aux dépenses en immobilisations, donc il soustrait l'amortissement et inclut les dépenses en immobilisations dans son rapport à Santé Canada. Il en découle un écart temporel entre le bénéfice net affiché sur l'état comptable comparativement à celui déclaré à Santé Canada.

On peut remarquer plusieurs éléments et tendances à partir des renseignements financiers mentionnés ci-dessus. Premièrement, la contribution de Santé Canada constitue un pourcentage important des revenus de l'ICSP : 97 % en 2015-2016. Le financement annuel de Santé Canada a diminué, passant de 8 millions de dollars en 2012-2013 à 7,76 millions de dollars en 2013-2014, puis à 7,60 millions de dollars pour les deux années suivantes (c.-à-d. 2014-2015 et 2015-2016). On s'attend à ce que ce montant reste le même pour le reste de l'accord de financement en cours⁵⁰.

Deuxièmement, les revenus de l'ICSP provenant d'autres sources sont très variables et à la baisse. Même si les revenus découlant du parrainage et des inscriptions ne sont pas négligeables — ils totalisaient 792 764 \$ en 2013-2014, 578 013 \$ en 2014-2015 et 190 444 \$ en 2015-2016 —, ils varient considérablement^{xxi}, ce qui limite probablement leur valeur en tant que source de financement prévisible pour soutenir les opérations de l'ICSP. Le personnel de l'ICSP mentionne que, même s'il peut y avoir des sources inexploitées de parrainages potentiels, le déclin à long terme est influencé par des facteurs structurels et environnementaux plus généraux, notamment le climat économique, l'austérité budgétaire au sein des gouvernements et la fin de la campagne SSPSM ainsi que l'intégration de nœuds régionaux au sein de l'ICSP. L'élaboration d'une approche à jour visant à générer d'autres revenus, comme le parrainage, est envisagée en plus de l'élaboration d'un nouveau plan stratégique pour la prochaine période de financement, étant donné que les occasions de générer des revenus dépendront fortement des stratégies particulières mises de l'avant par l'ICSP et des secteurs d'activité sur lesquels il mettra l'accent au cours de la prochaine période de financement.

Enfin, étant donné que les contributions du gouvernement du Canada ont été constantes ou à la baisse et que d'autres revenus ont diminué, la différence a été compensée par la réduction du coût total des dépenses. Les dépenses liées au programme comptaient pour entre le quart et le tiers de l'ensemble des dépenses de l'ICSP au cours des trois années faisant l'objet de l'évaluation. Les dépenses liées au programme ont augmenté de 2013-2014 à 2015-2016; étant donné que les revenus totaux ont chuté au cours de la même période, cela a été rendu possible grâce à la

^{xxi} Les prévisions financières de l'ICSP pour la période de 2012-2013 à 2017-2018 mentionnaient des revenus découlant des inscriptions et du parrainage s'élevant à 949 000 \$ en 2014-2015 (ICSP, 2013a), soit près de 371 000 \$ de plus que ce que ces sources ont réellement généré au cours de cette année.

diminution des dépenses opérationnelles. Les dépenses de fonctionnement de l'ICSP comprennent principalement les coûts liés aux salaires et aux avantages ainsi que d'autres coûts de fonctionnement ainsi que les services professionnels, la dépréciation du capital, les coûts liés au conseil d'administration ainsi que les déplacements et les réunions. La rémunération du personnel compte pour près des deux tiers de l'ensemble des dépenses de fonctionnement.

Les coûts de fonctionnement ont chuté considérablement au cours de la période. Cela est dû en partie à un changement comptable interne, dans le cadre duquel on a déplacé les coûts de déplacements du budget opérationnel aux budgets des programmes afin de favoriser une plus grande responsabilisation en ce qui concerne les déplacements du personnel liés au programme. Toutefois, même après avoir effectué ce changement, les coûts de fonctionnement ont baissé de 680 526 \$ au cours de la période. Le facteur le plus important était une diminution de 46 % des coûts liés à l'espace de bureau et aux coûts des fournitures, une baisse de 49 % des coûts liés aux services professionnels, une diminution de 31 % des coûts liés aux déplacements d'affaires et une diminution de 4 % des coûts liés aux salaires et aux avantages. De façon absolue, les deux facteurs les plus importants étaient la diminution des coûts liés à l'espace de bureau et aux fournitures, d'une valeur de 319 279 \$, et la diminution des coûts liés aux salaires de 147 714 \$ au cours de la période.

Les membres du conseil et le personnel de l'ICSP ainsi que les représentants de Santé Canada ont mentionné que plusieurs mesures avaient été prises au cours de la période évaluée afin de réduire le coût des intrants :

- L'ICSP a fermé son bureau de Toronto et diminué la taille de celui d'Edmonton; il maintient actuellement ses bureaux à Ottawa, qu'il partage avec d'autres organisations nationales, et à Edmonton. Même si l'ICSP a envisagé de fermer l'ensemble du bureau d'Edmonton, les informateurs clés de l'ICSP ont mentionné que les économies potentielles liées à sa fermeture seraient relativement petites comparativement aux avantages de le conserver (notamment la capacité de maintenir en poste du personnel qualifié).
- L'ICSP a augmenté le nombre de travailleurs à distance (environ huit ou neuf actuellement), ce qui a réduit le besoin en espace de bureau, même si cela hausse le besoin d'investissements en infrastructures virtuelles.
- Des mesures ont été prises pour gérer la rémunération du personnel, y compris celle de la direction. Le personnel de l'ICSP a mentionné que la révision des salaires est effectuée tous les deux ou trois ans par un consultant en évaluation externe afin que l'on puisse s'assurer que la rémunération est conforme à celle de postes semblables occupés dans le secteur privé, sans but lucratif et dans le secteur public. Compte tenu des contraintes fiscales de l'ICSP, on a reporté la dotation en personne de plusieurs postes. On a aboli un poste dans l'équipe de la haute direction, et les membres du conseil ont mentionné qu'ils avaient

volontairement cherché à limiter l'avance de salaire du nouveau PDG et à rationaliser la structure de gestion de l'organisation.

- L'ICSP est passé à la distribution électronique des ressources du conseil et des intervenants afin d'économiser sur les fournitures de bureau, et il a pris des mesures pour contrôler le coût des avantages sociaux et économiser sur les déplacements.

Un certain nombre de membres du conseil et du personnel ont affirmé que l'ICSP avait déjà tiré profit des occasions les plus attirantes d'économiser sur son utilisation des ressources en menant à bien son travail. Cela dit, l'ICSP a examiné des occasions de financer ses activités au moyen de sources ne provenant pas de Santé Canada au cours de la période visée par l'évaluation. Par exemple, l'ICSP examine le potentiel de récupération des coûts relativement aux intervenants et aux clients internationaux. Actuellement, le coût de certains programmes de formation en place offerts en partenariat, comme le Cours canadien pour les coordonnateurs de la sécurité des patients (CCCSP), est établi afin que l'on puisse récupérer tous les coûts directs non liés au personnel en plus de générer un petit surplus afin de compenser les coûts directs liés au personnel.

D'autres cours, comme le Programme d'éducation en sécurité des patients (PESP)-Canada, sont offerts principalement pour que l'on puisse récupérer uniquement les coûts directs non liés au personnel, soit par des frais imposés au partenaire offrant la formation ou directement par l'inscription des participants. Les coûts associés à l'élaboration des programmes en ce qui concerne les programmes de formation ne sont généralement pas récupérés.

En ce qui concerne ses autres produits, dans certains cas, l'ICSP facture un coût nominal afin de compenser en partie les coûts de la prestation, comme dans le cas des séries de séances d'apprentissage liées à SSPSM offertes dans les dernières années. Plus récemment, l'ICSP a mis à l'essai un coût d'utilisateur pour l'inscription à la Semaine nationale de la sécurité des patients (SNSP), mais il a constaté que ces frais mettaient un frein important à la participation générale. En 2016, la SNSP est revenue à un modèle de libre formation des prix, qui est l'approche utilisée pour la plupart des produits et services de l'ICSP que l'on vise à rendre disponible à l'ensemble du domaine des soins de santé, notamment tous ses outils, ressources et rapports de recherche.

Jusqu'à un certain point, l'éventail de tarification présenté ci-dessus, de la récupération des coûts à la distribution gratuite, reflète la différence de produits entre ceux qui sont offerts et personnalisés pour le bien du client et ceux qui visent à être des ressources publiques; toutefois, on n'a pas précisé ni appliqué de modèle de d'établissement des coûts de façon exhaustive à l'ensemble de l'ICSP.

Les représentants de l'ICSP étaient quelque peu ambivalents en ce qui concerne l'expansion de l'échelle ou de la portée de la récupération des coûts pour ce qui est des produits et services de l'ICSP. Certains membres du conseil ont fait valoir que les avantages potentiels de la récupération des coûts (p. ex. la génération de revenus) doivent être équilibrés afin que les autres intervenants ne remettent pas en question l'engagement de l'organisation envers la sécurité des patients. Les membres du conseil et les informateurs clés externes ont aussi fait valoir que l'accessibilité actuelle aux produits et services de l'ICSP a considérablement touché — d'une façon positive — la rentabilité perçue associée à son utilisation et à son application. Cela dit, l'ICSP pourrait continuer d'augmenter ses revenus potentiels au moyen d'autres sources que Santé Canada, notamment au moyen du recouvrement des coûts, et il pourrait élaborer un modèle d'établissement des prix exhaustif pour ses produits et services.

Observations sur l'efficience

L'ICSP a pris des mesures pour optimiser la quantité et la qualité de ses extraits, notamment au moyen des technologies du Web afin de communiquer des renseignements et de solliciter la participation des intervenants et pour tirer profit des contributions en nature des intervenants et des experts externes. Ces derniers ont été essentiels pour permettre à l'ICSP de mener ses activités et de concevoir des produits et services de qualité supérieure. Certains intervenants externes ont soulevé des préoccupations selon lesquelles l'ICSP est déjà surchargé, étant donné sa taille, et ont recommandé qu'il se concentre sur moins de priorités, mais qui sont mieux définies, afin d'obtenir un meilleur résultat. Parmi les autres propositions clés, on suggérerait de prendre en considération de façon plus stratégique les partenariats et la collaboration, de mettre l'accent sur la définition des orientations futures en matière de sécurité des patients et d'accorder une plus grande attention à la mesure et à l'évaluation.

Les représentants de l'ICSP ont mentionné que les ressources organisationnelles ont été allouées de façon à optimiser la quantité et la qualité des extraits de l'organisation. Par exemple, l'ICSP a eu recours aux technologies du Web afin de communiquer des renseignements (p. ex. par les améliorations apportées au site Web de l'ICSP et par son recours aux médias sociaux) et de solliciter la participation des intervenants (p. ex. le Forum virtuel national sur la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité).

L'ICSP a également tiré profit d'importantes participations et contributions en nature de la part des intervenants et des experts externes afin de travailler à l'atteinte des objectifs communs. Par exemple, le Consortium national sur la sécurité des patients est une coalition qui compte fortement sur la participation et l'engagement de dizaines d'intervenants de partout au Canada. L'ICSP a également tiré profit d'organisations provinciales et locales afin d'offrir des programmes de sensibilisation et de formation dans des administrations spécifiques tout en gardant le contrôle sur le contenu du cours (le modèle de structure en étoile) et en sollicitant régulièrement des experts externes pour l'élaboration et l'examen de ses produits et de la prestation de ses programmes de

formation. Comme dernier exemple, les membres de Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC) sont des bénévoles, et non du personnel rémunéré.

Même si les contributions en nature de la part d'intervenants semblent être assez importantes — et probablement même essentielles — pour la capacité de l'ICSP à entreprendre ses diverses activités, jusqu'à présent, l'organisation n'a pas tenté de quantifier ces contributions. Le suivi du temps offert par les intervenants renforcerait la capacité de l'ICSP à démontrer la mesure dans laquelle il a réussi à renforcer la coordination au sein du système ainsi que sa capacité à démontrer qu'il fonctionne de façon efficace afin de produire des extraits d'excellente qualité.

Les représentants de l'ICSP n'ont pas mentionné d'autres occasions d'augmenter la quantité ou la qualité des extraits produits, étant donné les ressources disponibles pour l'organisation. En fait, ils ont laissé entendre que l'organisation produit déjà un grand volume d'extraits compte tenu de sa taille et de son budget — point de vue aussi partagé par certains informateurs clés externes.

Les informateurs clés externes ont mentionné un certain nombre d'occasions d'améliorer l'atteinte des résultats organisationnels de l'ICSP. On en tire quatre recommandations principales : 1) se concentrer sur moins de priorités, mais mieux définies; 2) prendre en considération de façon plus stratégique les partenariats; 3) mettre l'accent sur la définition des orientations futures en matière de sécurité des patients au Canada; 4) accorder une plus grande attention à la mesure et à l'évaluation.

Choisir moins de priorités, mais mieux définies

Certains informateurs clés ont fait valoir que l'ICSP devrait concentrer ses efforts et ses ressources limitées sur un petit nombre d'enjeux ou de domaines prioritaires bien définis, et ils laissaient entendre que l'organisation est peut-être surchargée actuellement ou qu'il lui manque simplement l'expertise et/ou les ressources nécessaires pour obtenir des résultats mesurables dans un domaine précis.

[Traduction]

Les quatre domaines actuels sur lesquels il est axé sont vastes. Mon message le plus important est qu'il a besoin de concentrer ses efforts s'il veut obtenir de meilleurs résultats. Il doit se concentrer davantage sur moins de domaines.

Il y a la sécurité des patients, les soins centrés sur les patients et la qualité des soins offerts aux patients, et ce n'est pas la même chose. L'ICSP a besoin de mieux définir son rôle dans ce domaine. Il ne peut pas tout faire, surtout avec les ressources qu'il a. C'est dangereux de s'éparpiller. Il faut choisir un domaine et y performer.

Il faut choisir ce qu'on veut faire. Prendre une décision stratégique concernant les domaines sur lesquels se concentrer afin de les améliorer,

ou décider de s'efforcer de comprendre pourquoi on performe aussi mal dans certains domaines. Cibler en fonction des domaines où il y a le plus de préjudices. Les opérations dans le domaine des soins de santé représentent 220 milliards de dollars — on parle de l'ICSP qui essaie de régler un immense problème avec 8 millions de dollars par année. Il faut déployer des efforts très ciblés pour être en mesure de voir le fruit de ses efforts.

Manifestement, la perception selon laquelle l'ICSP s'étend trop est présente chez certains intervenants, malgré les efforts de l'organisation pour concentrer et rationaliser la portée de ses activités en réponse aux constatations et aux recommandations de l'évaluation de 2012.

Toutefois, de nombreuses personnes externes interrogées ont mentionné des problèmes qui n'ont pas, jusqu'à présent, reçu d'attention importante de la part de l'ICSP, il pourrait se concentrer là-dessus dans le cadre de ses activités futures. Cela comprenait notamment la santé publique (p. ex. la gestion des antimicrobiens), les soins primaires, les soins palliatifs, les services de soutien communautaires (des programmes qui fournissent une aide à la vie autonome, des logements supervisés, des traitements, du transport, des services liés à la nutrition, des services concernant le passage de l'hôpital au domicile ainsi que des services de visites amicales) et la sécurité des patients concernant les populations autochtones^{xxii}.

Dans l'ensemble, peu de thèmes clairs communs sont ressortis; les propositions des intervenants concernant les futurs domaines d'orientation s'harmonisaient dans de nombreux cas à leur propre domaine de travail et d'intérêt. Même si la plupart des intervenants externes n'avaient pas l'impression que l'ICSP était actuellement actif dans des domaines où il ne *devrait pas* l'être, certains ont remis en question la pertinence de la participation de l'ICSP à certains domaines, comme les soins à domicile et la santé mentale, ou ont été surpris d'apprendre sa participation dans ces domaines. Encore une fois, il n'y avait pas de cohérence claire dans ces réponses. La diversité des points de vue exprimés par les intervenants concernant les orientations futures adéquates des activités de l'ICSP semblait refléter la taille et la portée du domaine de la sécurité des patients au Canada.

Dans ce contexte, il est important de souligner que l'on posait aux informateurs clés des questions générales et ouvertes sur les priorités et qu'on ne leur demandait pas, ni aux répondants à l'enquête, de classer, d'établir un ordre de priorité ou de choisir parmi des domaines possibles d'orientation pour l'ICSP. On ne leur demandait pas non plus si, de façon générale, ils étaient favorables à une portée ou à un rôle plus restreints ou plus étendus en ce qui concerne les activités de l'ICSP. Les réponses à ces questions pourraient fournir un portrait plus clair des priorités des intervenants; ces questions

^{xxii} En fait, l'ICSP a déjà commencé à agir à l'égard de certains de ces domaines, notamment la santé des Autochtones et le spectre de soins plus général, y compris les soins à domicile, les soins de longue durée, les services médicaux d'urgence et les soins primaires.

pourraient être posées dans le cadre de consultations auprès des intervenants visant à soutenir un exercice de planification stratégique futur.

Prendre en considération des partenariats de façon plus stratégique

En ce qui concerne l'argument selon lequel l'ICSP devrait adopter une orientation plus étroite pour son travail, certains informateurs clés ont fait valoir que l'ICSP devrait prendre en considération de façon plus stratégique ses partenariats dans le but de donner la priorité à ceux qui sont le plus pertinents pour la sécurité des patients et qui sont le plus susceptibles de la faire progresser.

[Traduction]

Nous croyons que l'ICSP devrait être plus stratégique. Au lieu de rassembler plein de partenaires, il serait plus efficace qu'il comprenne bien la raison et le but d'un partenariat avec une organisation en particulier. Habituellement, il est préférable d'avoir un groupe restreint de partenaires qui sont sur la même longueur d'onde et qui collaborent sur un même projet.

De plus, certaines personnes externes interrogées ont souligné qu'on a parfois l'impression qu'il y a encore des situations où les efforts de l'ICSP et ceux réalisés par d'autres organisations se chevauchent. L'exemple le plus fréquemment mentionné concernait la prévention et le contrôle des infections^{xxiii} ainsi que la schématisation de l'expérience des patients et la définition des cas normalisés. Ces informateurs clés ont fait valoir que l'ICSP devrait améliorer la coordination avec les intervenants afin de travailler avec eux ou de compter sur eux sans se les mettre à dos.

[Traduction]

Si d'autres partenaires occupent déjà cet espace, il devrait le respecter. Il n'a pas à diriger dans tout.

xxiii

Les représentants de l'ICSP ont souligné que la trousse d'outils sur les facteurs humains de l'hygiène des mains et le module de formation en ligne sur l'hygiène des mains a été passé à Prévention et contrôle des infections Canada autour du 31 mars 2017. La faculté de PCI de l'ICSP a été récemment chargée d'examiner les ressources existantes en matière de PCI en ce qui concerne leur popularité et leur pertinence. La faculté a recommandé que l'on retire l'ICSP de ce domaine et que l'on diminue les ressources connexes, ce qui signifie que l'on mette fin aux ressources mettant à jour le module de formation sur l'hygiène des mains. PCI Canada a ensuite abordé l'ICSP et lui a demandé les droits du module en ligne sur l'hygiène des mains et de la trousse sur l'hygiène des mains. L'ICSP considère qu'il s'agit d'une transition positive, car il considère que PCI Canada est mieux placé pour mettre à jour continuellement ces ressources.

Définir les orientations futures

Certains intervenants externes ont indiqué que l'ICSP devrait tenter d'établir l'orientation stratégique générale de la sécurité des patients dans les soins de santé au Canada, comme le montrent les affirmations suivantes :

[Traduction]

L'ICSP a besoin d'être légèrement en avance sur son temps — il doit nous sortir de notre zone de confort pour nous amener là où nous devons nous trouver dans quelques années.

L'ICSP a la possibilité de savoir où nous devrions investir notre temps et notre énergie d'ici deux à cinq ans. Il prépare donc le terrain en vue de l'amélioration au chapitre de la sécurité. L'un des rôles que doit jouer une organisation nationale, plus précisément l'ICSP, est de nous aider à définir les orientations futures.

Jusqu'à présent, il a répondu aux besoins perçus ou constatés en matière de soins de santé au lieu d'encourager certaines des percées dans le domaine. Il sert surtout à donner des moyens aux gens. Il élabore des outils, des programmes de formation et des documents dont les gens se servent, mais je ne sais pas s'il donne le ton ou établit une stratégie nécessaire à une organisation nationale en matière de sécurité des patients. Je le mettrais au défi d'être un acteur plus stratégique et de dire : « Voici les deux ou trois priorités » et d'orienter les gens dans cette direction.

Le Canada a besoin d'une vision nationale en matière de qualité et de sécurité que chaque province peut adopter et mettre de l'avant. L'ICSP n'a pas été en mesure de diriger ces efforts. Il a davantage réussi à offrir une formation de base sur la sécurité. Il a une expertise de base, mais il nous faut une nouvelle génération d'experts en sécurité des patients afin d'apporter au système les changements importants qui sont nécessaires afin d'encourager une meilleure qualité et une meilleure sécurité.

Accorder une plus grande attention à la mesure et à l'évaluation

Enfin, certains informateurs clés ont mentionné que l'ICSP devrait se concentrer sur l'amélioration de la mesure et de l'évaluation des préjudices causés aux patients, des interventions en matière de sécurité des patients et de la culture de la sécurité au sein des organisations de soins de santé dans le but de préciser les répercussions des interventions relatives à la sécurité des patients, y compris les siennes.

[Traduction]

On n'a jamais réalisé de bonne analyse des répercussions de ces programmes, que ce soit individuellement ou pour l'ensemble de ceux-ci, et je crois que c'est l'un des éléments clés manquants — une évaluation.

L'ICSP devrait accorder une plus grande attention à l'évaluation et à la mesure des résultats en ce qui concerne la mise en marché de ses divers produits. De cette façon, il pourrait découvrir et nous faire découvrir dans quel domaine il obtient les meilleurs résultats et de quelle façon ses interventions entraînent de meilleurs résultats.

Ce n'est pas au chapitre des outils ou de la formation qu'il y a un manque, c'est dans la mesure des préjudices et la connaissance du degré de sécurité des gens. On pourrait en faire plus afin de vraiment mesurer directement la culture relative à la sécurité et de mesurer directement les préjudices.

Si l'ICSP soutenait l'idée de la mesure, il pourrait avoir une incidence considérable à cet égard.

L'un des informateurs clés a fait un lien entre les concepts liés à une meilleure orientation stratégique, des partenariats stratégiques et la mesure en soulignant ce qui suit :

[Traduction]

Plus vous précisez ce sur quoi vous travaillez, plus il est facile d'établir des partenariats et d'élaborer une approche en matière de mesure.

Comme nous l'avons déjà souligné dans le présent rapport, la majorité des personnes interrogées ainsi que les répondants à l'enquête croient qu'on a encore besoin d'une organisation nationale consacrée à la sécurité des patients — même si, comme le montre clairement l'analyse présentée ci-dessus, il y a divers points de vue concernant l'établissement des priorités stratégiques.

Rentabilité

Les intervenants externes considèrent que les activités de l'ICSP ont permis à l'organisation et à d'autres d'optimiser considérablement leurs ressources. Une analyse quantitative sur l'optimisation des ressources mettant l'accent sur les activités de l'ICSP relatives au bilan comparatif des médicaments montre que ces activités ont entraîné une optimisation des ressources donnant lieu à des économies beaucoup plus importantes que les dépenses nécessaires pour les soutenir. La mise en place du bilan comparatif des médicaments dans un établissement de soins actifs a entraîné des bénéfices nets positifs tout en

évitant que l'on compromette le bien-être des patients en raison d'événements iatrogènes médicamenteux évitables.

Dans la mesure où les activités de l'ICSP ont accéléré l'adoption du bilan comparatif des médicaments au sein du système de soins de santé canadien et ont assuré la mise en œuvre conformément aux meilleures pratiques actuelles, l'ICSP a probablement optimisé davantage les ressources pour ses intervenants au chapitre de l'amélioration du bien-être des patients. Si l'on considère que toutes les interventions réalisées dans le cadre de SSPSM sont conformes aux meilleures pratiques actuelles, il est raisonnable de supposer qu'il en va de même de façon générale pour les activités de l'ICSP liées aux interventions réalisées dans le cadre de SSPSM.

De façon générale, les personnes externes interrogées avaient l'impression que les activités de l'ICSP étaient rentables pour leur propre organisation et/ou les autres intervenants. Même si les informateurs clés soulignaient fréquemment les défis liés à la quantification de la valeur générée par les activités de l'ICSP, certains ont précisé que les avantages financiers de ces activités en ce qui concerne la réduction des préjudices causés aux patients (p. ex. une durée de séjour plus courte) surpassaient probablement les coûts associés à la participation, plus particulièrement étant donné que de nombreux produits et services de l'ICSP ne nécessitent aucune ressource financière. On a particulièrement souligné la rentabilité des produits et des services de l'ICSP pour les plus petites administrations.

[Traduction]

La province n'a tout simplement pas les ressources pour faire certaines de ces choses. Elle ne les fait pas du tout ou elle ne les fait pas très bien. C'est donc une organisation précieuse et de l'argent très bien dépensé.

Voici des exemples précis d'activités de l'ICSP qui sont perçues comme étant rentables pour les intervenants externes :

- **Formation et éducation** : Les personnes qui ont mentionné les activités de l'ICSP liées à la formation et à l'éducation ont fortement l'impression que ces activités sont rentables, dans la mesure où les coûts financiers nécessaires pour offrir ces services ou pour y accéder par l'intermédiaire d'autres fournisseurs auraient été considérablement plus élevés.
- **Outils et ressources** : Les outils et ressources de l'ICSP (p. ex. SSPSM, les Lignes directrices relatives à la divulgation) sont très appréciés tant pour leur qualité que pour leur accessibilité.
- **Divers** : Quelques répondants ont souligné d'autres activités de l'ICSP qui avaient été rentables, selon eux, au cours de la période visée par l'évaluation.

On mentionnait notamment le rôle que jouait l'ICSP au chapitre du renforcement de la sensibilisation aux enjeux liés à la sécurité des patients, l'invitation qu'il lance aux intervenants du domaine des soins de santé à discuter de ces enjeux et à agir à cet égard et l'attention qu'il porte aux expériences des patients en mettant l'accent sur les incidents liés à la sécurité.

Quelques informateurs clés ont affirmé que, même si les activités de l'ICSP ont permis une optimisation considérable des ressources par le passé, cela pourrait être plus difficile à l'avenir, étant donné qu'une grande partie du travail initial de l'ICSP est maintenant réalisée par d'autres organisations ou pourrait l'être si l'ICSP n'existait pas.

Afin de renforcer les perceptions qualitatives des intervenants concernant l'optimisation des ressources associée aux activités de l'ICSP, on a effectué une analyse quantitative de la rentabilité dans le cadre de l'évaluation. L'un des aspects sur lesquels l'analyse s'est particulièrement concentrée est l'examen de la valeur générée par les activités de l'ICSP relatives au bilan comparatif des médicaments au cours de la période visée par l'évaluation, qui concernent les établissements de soins actifs au Canada^{xxiv}. L'analyse avance prudemment ce qui suit :

- les économies que réalisent les établissements de soins actifs en raison de la disponibilité des outils, des ressources et du soutien de l'ICSP relativement au bilan comparatif des médicaments constituent l'unique source de valeur découlant des activités de l'ICSP dans ce domaine;
- si l'ICSP n'avait pas fourni ces outils, ces ressources et ce soutien, les établissements de soins actifs canadiens en auraient obtenu certains au moyen d'autres sources [comme l'Institute for Healthcare Innovation (IHI), aux États-Unis^{xxv}], mais cela aurait entraîné des coûts additionnels (supérieurs à ceux associés à l'utilisation des outils, des ressources et du soutien de l'ICSP) afin qu'ils continuent de s'appliquer aux fournisseurs de soins de santé canadiens et d'être pertinents pour eux;
- la mise en place du bilan comparatif des médicaments prend fin chaque année pour un certain pourcentage d'établissements de soins actifs.

Compte tenu de ces suppositions, l'analyse de base de la rentabilité a déterminé que la valeur actuelle des avantages (c.-à-d. des économies) liés aux activités de l'ICSP relatives au bilan comparatif des médicaments au cours de la période de 2013-2014 à 2015-2016 était d'environ 8,1 millions de dollars, tandis que la valeur actuelle des

^{xxiv} L'analyse du rapport coûts-avantages s'est nécessairement limitée à la portée du bilan comparatif des médicaments, en raison des exigences élevées liées aux données nécessaires pour la réaliser.

^{xxv} Certains de ces outils, plus particulièrement la mesure de la sécurité des patients (MSP), sont propres à l'ICSP. On présume que les établissements de soins actifs canadiens auraient eu besoin de concevoir et de mettre en place ces outils à l'interne s'ils n'avaient pas été offerts par l'ICSP.

coûts représentait environ 0,3 million de dollars. Cela représente une valeur nette de 7,8 millions de dollars pour la période visée par l'évaluation.

Il est important de reconnaître que l'accent mis sur les économies attribuables à l'utilisation des outils, des ressources et des mesures de soutien de l'ICSP reflète sans doute une conceptualisation très étroite de la valeur générée par les activités de l'ICSP relatives au bilan comparatif des médicaments dans le contexte des soins actifs (ainsi que ses activités de façon plus générale^{xxvi}). Par exemple, l'analyse présentée plus haut sur les résultats des entrevues auprès des informateurs clés souligne la croyance chez certains intervenants selon laquelle, sans les activités de l'ICSP, certaines organisations pourraient ne pas avoir mis en place certaines interventions en matière de sécurité des patients ou pourraient l'avoir fait de façon moins efficace qu'actuellement. Cela suppose à son tour que ces activités peuvent avoir généré une valeur ajoutée pour les intervenants en accélérant l'adoption de mesures relatives à la sécurité des patients dans les soins de santé canadiens et en assurant que la mise en place est réalisée conformément aux pratiques exemplaires actuelles. L'analyse de la rentabilité ne tient pas compte de ces possibilités.

En plus d'examiner la rentabilité des activités de l'ICSP relatives au bilan comparatif des médicaments, l'évaluation comprenait également une analyse de la rentabilité de la mise en place du bilan comparatif des médicaments à l'Hôpital régional d'Edmundston (HRE), un établissement de soins actifs de taille moyenne situé au nord-ouest du Nouveau-Brunswick. Cette analyse examinait l'incidence des interventions faites par l'HRE relativement aux coûts de l'établissement ainsi que l'incidence des événements iatrogènes médicamenteux évitables (EIME) et, par ricochet, le bien-être de ses patients.

Aux fins de l'analyse, le bien-être des patients était exprimé en *années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ)*, un concept fréquemment utilisé dans les évaluations économiques des programmes de soins de santé, qui résume l'incidence des interventions sur la durée et la qualité de la vie des patients⁵¹. L'utilisation de l'AVAQ dans le cadre de la présente évaluation économique, comme dans de nombreuses autres, sous-entend que la durée et la qualité de vie constituent des facteurs pour lesquels les gens et les décideurs sont prêts à sacrifier d'autres choses, ce qui signifie qu'elles ont une valeur. En outre, ces estimations sont habituellement importantes : dans le contexte canadien, par exemple, on a proposé un seuil entre 20 000 \$/AVAQ et 100 000 \$/AVAQ⁵².

L'analyse de la rentabilité a permis de constater que l'on s'attend à ce que la mise en place du bilan comparatif des médicaments à l'HRE diminue le nombre d'EIME survenant à l'établissement d'en moyenne environ 26 événements par année. La

^{xxvi} Cela dit, il est essentiel de reconnaître que ces économies, le cas échéant, peuvent en principe être réinvesties de façon à entraîner des avantages non pécuniaires pour les intervenants de l'organisation. Par exemple, ces économies pourraient être réallouées à d'autres interventions visant à améliorer la santé des patients.

plupart de ces incidents (~80 %) n'auraient pas entraîné de préjudices chroniques pour les patients. Toutefois, un petit nombre de ces incidents auraient pu menacer leur vie ou leur être fatals ou encore entraîner des blessures permanentes. Même si les EIME graves, menaçant la vie ou fatales sont relativement peu fréquents, ils comptent pour la vaste majorité des pertes en AVAQ découlant d'erreurs liées aux médicaments.

Le bilan comparatif des médicaments à l'HRE ne semble pas permettre de réaliser des économies. D'un point de vue financier, le coût de la mise en place à l'HRE (151 770 \$ en coûts uniques, 179 829 \$ en coûts annuels) devrait surpasser toutes les économies réalisées en raison de la diminution de l'incidence des EIME (estimée à environ 79 180 \$ chaque année). Toutefois, si l'on tient compte de l'incidence des EIME sur le bien-être des patients, l'analyse a permis de constater que la valeur actuelle des bénéfices nets associés à l'intervention était d'environ 5,5 millions de dollars pour la période de 2007 à 2016 inclusivement.

Cela montre que, même si la mise en place du bilan comparatif des médicaments peut ne pas permettre de réaliser des économies (du moins, dans certains établissements), elle est très susceptible d'être rentable^{xxvii}. Cela laisse aussi entendre que, dans la mesure où les activités de l'ICSP ont accéléré l'adoption du bilan comparatif des médicaments au sein du système de soins de santé canadien et ont assuré la mise en œuvre conformément aux meilleures pratiques actuelles, l'ICSP a probablement optimisé davantage les ressources pour ses intervenants au chapitre de l'amélioration du bien-être des patients. Si l'on considère que toutes les interventions réalisées dans le cadre de SSPSM sont conformes aux meilleures pratiques actuelles dans le domaine de la sécurité des patients, il est raisonnable de supposer qu'il en va de même de façon générale pour les activités de l'ICSP liées aux interventions réalisées dans le cadre de SSPSM. Comme il a récemment délaissé SSPSM et à la lumière de l'adaptation potentielle future de ses activités, l'ICSP devra trouver de nouvelles façons d'entraîner l'optimisation des ressources pour ses intervenants.

Observations sur la pertinence et l'utilisation des données relatives à la mesure du rendement

L'ICSP a pris des mesures pour améliorer son approche relative à la mesure du rendement en mettant l'accent sur la détermination de moyens de mesurer son incidence à long terme sur la sécurité des patients et en renforçant sa fonction d'évaluation interne. Il y a des possibilités de préciser davantage et de peaufiner les théories relatives aux changements qui sous-tendent ses activités et d'apporter les modifications connexes au modèle logique et au cadre de la mesure du rendement afin de faciliter les rapports sur le rendement et la démonstration de l'incidence.

^{xxvii} Selon les résultats de l'analyse de sensibilité, on prévoit que le bilan comparatif des médicaments de l'Hôpital régional d'Edmundston entraînera des bénéfices nets positifs pratiquement dans tous les cas (95,1 %).

L'ICSP a élaboré son modèle logique actuel et sa stratégie de mesure du rendement au moment où il a conclu son accord de financement actuel avec Santé Canada. Dans la stratégie, le cadre de mesure du rendement détermine les mesures des extrants et des résultats, et, en fonction d'un examen interne et externe des rapports sur le rendement, l'ICSP a réalisé un bon travail de suivi et d'établissement de rapports en ce qui concerne ces mesures au cours des trois dernières années.

Les informateurs clés de l'ICSP ont mentionné que, même si l'organisation a été en mesure de déterminer des indicateurs adéquats pour ses résultats à court et à moyen terme, elle a eu beaucoup plus de difficulté à élaborer des indicateurs convenables visant à mesurer son incidence à long terme sur la sécurité des patients. Ils ont mentionné que l'organisation mène actuellement plusieurs initiatives dans le but d'améliorer sa capacité de suivre la mesure dans laquelle la sécurité des patients s'est améliorée au fil du temps et d'établir des rapports connexes.

D'abord, l'ICSP travaille avec des partenaires externes pour accéder aux données des systèmes afin de mieux voir les améliorations à long terme en matière de sécurité des patients. Plus particulièrement, l'ICSP et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ont collaboré pour élaborer la Mesure des préjudices à l'hôpital, qui repose sur les données administratives existantes déjà recueillies par les hôpitaux de façon quotidienne. Comme nous l'avons déjà décrit, cette initiative vise à fournir un cadre pancanadien de mesure de la sécurité des patients au sein de tout le continuum des soins.

De plus, l'ICSP a intégré des indicateurs de l'incidence dans son approche relative à la mesure du rendement, qui sont tirés des données sur la conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada. Plus particulièrement, l'ICSP a officialisé la reddition de comptes à l'égard des indicateurs liés à ses résultats concernant l'amélioration d'une culture favorable à la sécurité des patients et le renforcement des pratiques favorables à la sécurité des patients au moyen des données sur la conformité aux POR d'Agrément Canada. La culture liée à la sécurité des patients est surveillée au moyen des données sur la conformité aux POR en ce qui concerne la divulgation et la gestion des incidents liés à la sécurité des patients, tandis que les pratiques liées à la sécurité des patients sont surveillées au moyen des données sur la conformité aux POR relatives à la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire, au bilan comparatif des médicaments, à l'évaluation de la sécurité des soins à domicile, à la conformité en matière d'hygiène des mains et à l'éducation des clients en matière de sécurité. L'ICSP a commencé officiellement à rendre des comptes à l'égard de ces indicateurs au deuxième trimestre de 2016-2017.

Enfin, l'ICSP s'efforce d'améliorer sa fonction et sa capacité relatives à l'évaluation interne des programmes internes en vue du prochain cycle de financement.

Même si l'ICSP a fait des efforts admirables pour améliorer son approche en matière de mesure du rendement, il y a des possibilités de préciser davantage et de peaufiner les

théories relatives aux changements qui sous-tendent ses activités, de même que son modèle logique et son cadre de mesure du rendement afin de faciliter les rapports sur le rendement et la démonstration de l'incidence.

5.0 Conclusions

5.1 Conclusions relatives à la pertinence

5.1.1 Besoin continu

La présente évaluation a permis de confirmer le besoin continu de s'occuper de la sécurité des patients au Canada. Les rapports récents sur les progrès en matière de sécurité des patients au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni ont mené à la conclusion que leurs systèmes respectifs n'ont pas beaucoup progressé en matière de sécurité des patients en raison de la complexité du problème. Les taux persistants de préjudices justifient que l'accent soit mis de façon continue sur la sécurité des patients au sein du système de soins de santé du Canada.

Plus de dix ans après que la sécurité des patients a commencé à devenir une préoccupation importante au sein du système de soins de santé canadien, les données disponibles montrent que la sécurité des patients ne s'est pas beaucoup améliorée, ce qui signifie qu'il y a un besoin continu de traiter cet enjeu.

Même si l'on ressent toujours le besoin de mettre en place une organisation nationale en matière de sécurité des patients, le rôle que cette organisation devrait jouer dans le milieu actuel est moins évident. Au cours de la dernière décennie, l'ICPS a comblé un besoin essentiel ressenti au sein du système de santé canadien en transmettant des connaissances et en favorisant la sensibilisation sur les questions de sécurité des patients et en fournissant une gamme de ressources, de stratégies et d'outils diversifiés fondés sur des données probantes qui peuvent être utilisés par les organisations de soins de santé sur les plans clinique et administratif afin de traiter les questions liées à la sécurité des patients. La disponibilité de ces outils et ressources est particulièrement importante pour les plus petites organisations et administrations, qui disposent de ressources limitées.

Toutefois, de nombreuses personnes externes interrogées ont mentionné des problèmes qui n'ont pas, jusqu'à présent, reçu d'attention importante de la part de l'ICSP; il pourrait se concentrer là-dessus dans le cadre de ses activités futures. Cela comprenait notamment la santé publique (p. ex. la gestion des antimicrobiens), les soins primaires, les soins palliatifs, les services de soutien communautaires (des programmes qui fournissent une aide à la vie autonome, des logements supervisés, des traitements, du transport, des services liés à la nutrition, des services concernant le

passage de l'hôpital au domicile ainsi que des services de visites amicales) et la sécurité des patients concernant les populations autochtones^{xxviii}.

5.1.2 Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Les priorités de l'ICSP sont harmonisées avec celles du gouvernement fédéral, et les autres intervenants estiment généralement qu'elles s'harmonisent bien avec les leurs. La plupart des intervenants croient que l'ICSP s'est adapté de façon efficace aux circonstances et aux besoins changeants et que ses activités comblent les lacunes et les besoins dans le domaine de la sécurité des patients, mais on a soulevé des préoccupations selon lesquelles l'ICSP a besoin d'une orientation stratégique précise afin de guider ses efforts.

5.1.3 Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le mandat et les activités de l'ICSP sont cohérents avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral, et, plus particulièrement, avec le mandat de Santé Canada en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé*. L'ICSP répond aux attentes qu'a Santé Canada envers les organisations de santé pancanadiennes en ce qui a trait à la coordination et à la direction de la collaboration pancanadienne.

En tant qu'organisation nationale qui a pour mandat de jouer un rôle de chef de file au chapitre du renforcement de la culture de la sécurité des patients et de l'amélioration de la qualité du système de santé canadien, l'ICSP est bien placé pour faire valoir que la sécurité des patients est importante et devrait être élevée au rang de priorité au sein du système. Ce mandat est renforcé par un appui important des intervenants en faveur de la pérennité d'une organisation nationale consacrée particulièrement à la sécurité des patients.

Les intervenants perçoivent la valeur unique de l'ICSP de différentes façons : sa position de point central de soutien pancanadien en matière d'appui des efforts visant à améliorer la sécurité des patients, sa capacité à rassembler les experts et les intervenants de partout au pays afin qu'ils collaborent sur des priorités communes, et son rôle de bureau central au chapitre des ressources, des outils et des pratiques exemplaires fondés sur des données probantes en matière de sécurité des patients. Certains intervenants croient que l'ICSP a eu de la difficulté à trouver un rôle précis pour son organisation au sein du domaine de la sécurité des patients.

^{xxviii} En fait, l'ICSP a déjà commencé à agir à l'égard de certains de ces domaines, notamment la santé des Autochtones et le spectre de soins plus général, y compris les soins à domicile, les soins de longue durée, les services médicaux d'urgence et les soins primaires.

5.2 Conclusions relatives au rendement

5.2.1 Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Les données probantes disponibles dans le cadre de l'évaluation montrent que des progrès ont été réalisés concernant les résultats immédiats et intermédiaires attendus de l'ICSP.

- L'ICSP a contribué à augmenter la base de données probantes afin d'améliorer la sécurité des patients, principalement en élaborant des outils et des ressources qui reposent sur les données probantes de la recherche nationale et internationale, et les intervenants reconnaissent et apprécient grandement ce travail. Certains intervenants ont fait valoir que l'ICSP pourrait contribuer davantage à la base de données probantes en mettant plus l'accent sur la mesure et l'évaluation rigoureuse, notamment l'évaluation de ses propres produits et interventions.
- Les efforts de l'ICSP ont mené à l'élaboration de programmes en sécurité des patients fondés sur des données probantes. L'intégration des Compétences liées à la sécurité des patients dans le cadre éducatif de CanMEDS du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada a connu un grand succès. Dans le cadre du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients (PAISP), on travaille actuellement avec de nombreux intervenants et partenaires afin de mettre en pratique les priorités déterminées par les experts et énoncées dans le plan d'action sur la sécurité des patients.
- Les efforts de l'ICSP ont permis de réaliser d'importantes percées au chapitre de la sensibilisation et du savoir en matière de sécurité des patients chez les intervenants. La plupart des personnes qui ont répondu au sondage et qui ont utilisé ou mis en place des programmes ou des ressources spécifiques de l'ICSP, participé aux programmes de formation de l'ICSP ou lu les rapports de recherche de l'ICSP ont mentionné que cela leur a permis d'être plus sensibilisés sur les questions liées à la sécurité des patients et d'en savoir davantage, que ce soit sur le plan personnel ou sur le plan de l'ensemble de l'organisation.
- En dirigeant la mise en place du Consortium national sur la sécurité des patients et en élaborant le PAISP, l'ICSP a renforcé la coordination du système. Ces efforts ont uni un vaste éventail d'intervenants en faisant progresser un programme commun en matière de sécurité des patients tout en mettant l'accent sur les lacunes et en évitant le chevauchement des efforts.

- Au cours de la dernière décennie, les changements législatifs et stratégiques liés à la sécurité des patients ont laissé entendre que le Canada est en train de se tourner vers une culture plus positive en ce qui concerne la sécurité des patients. La plupart des intervenants croient que cela s'est produit en partie en raison des efforts de l'ICSP, même si nombre d'entre eux ont souligné que le changement de culture est un long processus et qu'il est difficile d'en évaluer la mesure et l'attribution.
- Les organisations de soins de santé canadiennes ont mis en place des pratiques favorables à la sécurité des patients pour donner suite aux activités de l'ICSP, et on estime que 88 % des établissements de soins actifs admissibles et 26 % des établissements de soins de longue durée au Canada ont participé à l'initiative *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (SSPSM).
- On a réalisé des progrès au chapitre de la surveillance et de la déclaration officielles en matière de sécurité des patients au Canada. De nombreuses personnes qui ont répondu à l'enquête ont mentionné avoir utilisé les ressources de l'ICSP, comme le Cadre canadien d'analyse des incidents, afin d'apporter des changements à leur approche de gestion de la sécurité des patients. La collaboration entre l'ICSP et l'ICIS dans le cadre de l'élaboration de la Mesure des préjudices à l'hôpital est perçue comme un grand pas en avant.
- On constate qu'il y a des politiques, des normes et des exigences liées aux associations professionnelles et aux organismes d'agrément fondées sur les données probantes en matière de sécurité des patients. Plus particulièrement, on a largement utilisé et adopté les Compétences liées à la sécurité des patients et les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation, et plus d'un tiers des pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada font des renvois aux ressources de l'ICSP.
- L'ICSP a été l'un des premiers au Canada à défendre et à appuyer la participation des patients et des familles à l'amélioration des soins de santé au Canada et à l'échelle internationale par l'intermédiaire de son appui à l'initiative Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC) ainsi qu'à d'autres activités liées à l'engagement des patients. La portée de la participation des patients et des familles dans le système de soins de santé ainsi que les effets de cette participation sur les résultats liés à la sécurité des patients n'ont pas été mesurés ou évalués de façon rigoureuse.

À long terme, on s'attend à ce que les activités de l'ICSP contribuent à l'amélioration de la sécurité des patients au Canada. Même si aucune preuve ne permet d'établir de façon objective que la sécurité des patients s'est améliorée au Canada depuis la mise en place de l'ICSP, la plupart des intervenants croient que les activités de l'ICSP ont contribué à l'améliorer. Certains font valoir que, sans l'ICSP, la sécurité des patients au Canada pourrait s'être détériorée au lieu de rester stable — particulièrement dans le

contexte des innovations technologiques et médicales continues, auxquelles s'ajoutent la complexité croissante du système de soins de santé et les pressions financières sur celui-ci.

5.2.2 Démonstration d'économie et d'efficacité

L'ICSP a mené ses activités d'une manière économique pendant les trois années visées par l'évaluation. Il a pris des mesures afin de réduire au minimum le coût des intrants en éliminant un bureau et en diminuant la taille d'un autre, en augmentant le nombre de membres du personnel travaillant à distance et en administrant la rémunération du personnel, entre autres. Même si la contribution de Santé Canada constitue la principale source de financement de l'ICSP et que l'on prévoit qu'elle sera maintenue dans le futur, l'ICSP pourrait continuer d'envisager le recouvrement des coûts et d'autres façons d'augmenter ses revenus potentiels au moyen d'autres sources que Santé Canada. Il pourrait aussi élaborer un modèle exhaustif d'établissement des prix pour ses produits et services.

De même, l'ICSP a pris des mesures afin de fonctionner de manière efficace. Il a cherché à optimiser la quantité et la qualité de ses extraits au moyen des technologies du Web afin de communiquer des renseignements et de solliciter la participation des intervenants et pour tirer profit des contributions en nature des intervenants et des experts externes. Ces derniers ont été essentiels pour permettre à l'ICSP de mener ses activités et de concevoir des produits et services de qualité supérieure. Certains intervenants (ayant peu de points communs ou ne faisant pas l'objet d'un consensus) ont déterminé des domaines supplémentaires potentiels qui pourraient faire partie des activités futures de l'ICSP, mais d'autres ont soulevé des préoccupations selon lesquelles l'ICSP est déjà surchargé, étant donné sa taille, et ont recommandé qu'il se concentre sur moins de priorités, mais qui sont mieux définies, afin d'obtenir un meilleur résultat. Parmi les autres propositions clés, on suggérait de prendre en considération de façon plus stratégique les partenariats et la collaboration, de mettre l'accent sur la définition des orientations futures en matière de sécurité des patients et d'accorder une plus grande attention à la mesure et à l'évaluation.

Les intervenants externes considèrent que les activités de l'ICSP ont permis à l'organisation et à d'autres d'optimiser considérablement leurs ressources. En outre, une analyse officielle et quantitative sur l'optimisation des ressources mettant l'accent sur les activités de l'ICSP relatives au bilan comparatif des médicaments montre que ces activités ont entraîné une optimisation des ressources donnant lieu à des économies beaucoup plus importantes que les dépenses nécessaires pour les soutenir. La mise en place du bilan comparatif des médicaments dans un établissement de soins actifs a entraîné des bénéfices nets positifs tout en évitant que l'on compromette le bien-être des patients en raison d'événements iatrogènes médicamenteux évitables.

Dans la mesure où les activités de l'ICSP ont accéléré l'adoption du bilan comparatif des médicaments au sein du système de soins de santé canadien et ont assuré la mise en œuvre conformément aux meilleures pratiques actuelles, l'ICSP a probablement optimisé davantage les ressources pour ses intervenants au chapitre de l'amélioration du bien-être des patients. Si l'on considère que toutes les interventions réalisées dans le cadre de SSPSM sont conformes aux meilleures pratiques actuelles, il est raisonnable de supposer qu'il en va de même de façon générale pour les activités de l'ICSP liées aux interventions réalisées dans le cadre de SSPSM.

6.0 Recommandations

Cinq recommandations à l'intention de l'ICSP découlent de l'évaluation des activités par les bénéficiaires et se trouvent sur le site Web de l'ICSP. Aucune recommandation n'a été formulée pour Santé Canada.

Annexe 1 – Activités de l'ICSP

Le modèle logique de l'ICSP détermine quatre catégories générales de résultats attendus des activités de l'organisation : les interventions et les programmes, l'éducation, la recherche et les outils et les ressources.

Interventions et programmes

Au cours de la période visée par la présente évaluation, l'ICSP a réalisé plusieurs interventions et programmes majeurs afin d'aider les personnes et les organisations à réduire les préjudices causés aux patients.

Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Le programme phare de l'ICSP, *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (SSPSM) a été mis en place en 2005. Il s'agissait d'un programme national qui aidait des établissements de soins de santé canadiens à améliorer la sécurité des patients par des méthodes d'amélioration de la qualité et l'intégration des données probantes à la pratique clinique. Ses trois objectifs principaux étaient les suivants : diminuer les préjudices, améliorer les soins de santé et protéger les Canadiens. Il a atteint ces objectifs en élaborant et en mettant en place une série d'interventions en matière de sécurité des patients fondées sur des données probantes et validées par l'expérience qui s'adressent aux fournisseurs de soins de santé primaires. SSPSM se concentrait sur la mise en œuvre d'interventions appuyées par la mesure et l'évaluation. Chaque intervention avait sa propre trousse de départ, qui servait de boîte à outils exhaustive et pratique ou de documents sur les changements à apporter pour réaliser l'intervention. En outre, la mise en œuvre était appuyée par des webinaires axés sur le sujet, des séances d'apprentissage et des séries de mesures et par la collaboration aux fins d'amélioration. On pouvait accéder à des discussions et à des documents par des vidéos, des outils et des ressources en ligne.

En 2016, l'ICSP a réorienté certaines ressources antérieures à SSPSM afin d'élaborer et de lancer un nouveau programme intitulé VIREZ en mode sécurité. Le changement a été favorisé par les circonstances et les besoins changeants du milieu pratique, notamment le fait que de nombreuses interventions de SSPSM étaient devenues des pratiques requises d'Agrément Canada et qu'elles étaient donc largement intégrées aux pratiques habituelles à l'échelle nationale, la preuve croissante selon laquelle un changement à grande échelle exige des approches axées sur les systèmes et le fait que l'on reconnaît que les patients et les familles doivent être considérés comme des partenaires à part entière en matière de soins.

VIREZ en mode sécurité a pour but d'être la source de renseignements en matière de sécurité des patients au Canada pour les membres du public, les prestataires de soins de santé et les chefs de file au chapitre des soins de santé. VIREZ en mode sécurité est décrit plus en détail à l'annexe 4, tout comme les autres nouvelles initiatives majeures de l'ICSP qui ont été mises en œuvre depuis 2013.

Alertes mondiales sur la sécurité des patients. Les Alertes mondiales sur la sécurité des patients ont été lancées en 2011 et sont tenues à jour en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ainsi que des organisations partenaires internationales provenant de l'Australie, du Canada, du Danemark, de l'Angleterre, du pays de Galles, de l'Union européenne, de Hong Kong, du Japon et des États-Unis. Elles recueillent et conservent les déclarations publiées publiquement concernant des incidents liés à la sécurité des patients ainsi que les leçons tirées de ces incidents et des recommandations concernant des mesures visant à éviter ces incidents ou à en atténuer les conséquences. La base de données est disponible sur un portail Web que l'on peut interroger et qui permet l'application de filtres de recherche avancée et la navigation par catégorie. Elle est aussi accessible par une application iOS gratuite.

Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents. Lancée en 2012, la trousse à outils fournit des stratégies et des ressources pratiques pour gérer les incidents efficacement et assurer la sécurité des patients. Elle intègre les ressources clés de l'ICSP, notamment les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation, le Cadre d'analyse des incidents et les Alertes mondiales sur la sécurité des patients. Élaborée en collaboration avec des partenaires patients et fondée sur les meilleures données probantes et conseils d'expert disponibles, la trousse à outils s'adresse aux personnes chargées de la gestion de la sécurité des patients, de l'amélioration de la qualité, de la gestion du risque et de la formation du personnel dans les établissements de soins de santé. La trousse à outils comporte trois sections : 1) la gestion des incidents — les mesures à prendre à la suite d'incidents liés à la sécurité des patients (y compris les accidents évités de justesse), 2) la gestion de la sécurité des patients — les mesures visant à aider de façon proactive à anticiper les incidents liés à la sécurité des patients et à les prévenir, 3) les facteurs systémiques — les facteurs qui influent sur la sécurité des patients et la gestion des incidents (la législation, les politiques, la culture, les gens, les processus et les ressources) et qui sont influencés par celle-ci.

Défi national de l'hygiène des mains. Lancée pour la première fois en 2007 sous le nom de campagne pour l'hygiène des mains, cette initiative a été relancée en 2010 sous le nom de Défi national de l'hygiène des mains. Elle fournit des outils de mise en œuvre visant à réduire les risques pour les patients au moyen d'une meilleure hygiène des mains. La trousse à outils sur l'hygiène des mains comprend du matériel éducatif et promotionnel visant à encourager l'hygiène des mains. La trousse d'outils sur les facteurs humains comporte des outils organisés autour de la recherche contemporaine sur les facteurs humains qui ont une influence sur la conformité. Le guide pour les patients et les familles renseigne les patients et leur montre comment jouer un rôle actif en matière d'hygiène des mains. Un module de formation en ligne de 15 minutes, pour lequel on remet un certificat, a été suivi par plus de 14 000 travailleurs et étudiants du domaine des soins de santé de partout au Canada. Une variété de ressources, notamment des vidéos, des articles scientifiques et des liens promotionnels sont aussi offertes sur la page Web.

En plus du Défi national de l'hygiène des mains, l'ICSP est l'hôte canadien de la campagne mondiale de l'OMS intitulée SAUVEZ DES VIES : Pratiquez l'hygiène des mains. Le 5 mai de chaque année, en partenariat avec Agrément Canada, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Prévention et contrôle des infections Canada (PCI), l'ICSP anime la journée ARRÊT! Nettoyez-vous les mains. En moyenne, plus de 1 000 organisations canadiennes s'inscrivent à l'événement chaque année.

Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC). Lancé en 2005 après que l'OMS a organisé le premier atelier sur les patients pour la sécurité des patients, PPSPC a été élaboré en 2006 et officiellement lancé en 2007 dans le but de représenter le point de vue des patients au chapitre des améliorations liées à la sécurité des patients à tous les échelons du système. La définition générale de patients inclut les clients, résidents et les membres de la famille (comme précisé par les patients). Les membres de PPSPC comprennent des patients bénévoles ou des membres de la famille, dont plusieurs ont directement ou indirectement vécu des incidents liés à la sécurité découlant de problèmes liés à la sécurité des patients qui étaient évitables. Ils font valoir le point de vue des patients en prenant la parole dans le cadre d'engagements, de groupes de travail, de comités, de consultations pour la recherche et dans une diversité d'autres forums. L'ICSP travaille en partenariat avec les patients en ce qui concerne les processus internes, comme le recrutement de dirigeants et la planification stratégique ainsi que dans le cadre de programmes externes. Plusieurs autres organisations au Canada et à l'échelle internationale ont demandé à des bénévoles de PPSPC de collaborer à la conception, à l'élaboration et/ou à la prestation de leurs propres programmes.

Éducation

L'ICSP offre des programmes de formation et du perfectionnement professionnel aux praticiens ainsi qu'aux étudiants de premier cycle et de cycle supérieur au moyen de plusieurs programmes, résumés ci-dessous.

- Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients (GEAQSP) fournit une trousse d'outils et des séances de formation afin de soutenir la gouvernance sécuritaire et efficace des organisations de soins de santé⁵³. Le cours vise les membres du conseil et les administrateurs et est offert selon le principe du recouvrement des coûts, à environ 600 \$ par participant.
- Le Cours canadien pour les coordonnateurs de la sécurité des patients (CCSP), offert en partenariat avec SoinsSantéCAN, s'adresse aux professionnels de la santé responsables de l'administration ou de la communication des programmes liés à la sécurité au sein de leur organisation et offre une introduction aux techniques et aux outils nécessaires pour faire progresser la sécurité des patients. Le cours interactif est disponible en personne ou en ligne au moyen de webinaires, de forums de discussion et de l'accès à des consultations universitaires.

- Le Programme d'éducation en sécurité des patients (PESP) — Canada est une adaptation canadienne d'un programme qui a connu ses débuts à l'Université Northwestern et qui est maintenant administré aux États-Unis par le système MedStar Health. Il vise à offrir aux équipes interprofessionnelles des outils nécessaires pour mettre en place la sécurité des patients et former les gens au sein de leur organisation — une approche qui vise à former l'équipe formatrice. Plus de 35 modules distincts sont offerts, et ils sont tous schématisés selon les normes d'Agrément Canada et le Cadre des compétences liées à la sécurité de l'ICSP. La formation initiale est offerte dans le cadre d'une conférence par une équipe de maîtres facilitateurs, et le suivi est offert par des communautés en ligne.
- Le programme Promouvoir la sécurité des patients dans la formation des résidents (ASPIRE) est une adaptation du programme PESP–Canada et constitue un atelier de quatre jours élaboré en collaboration avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, intégré dans les programmes de résidence établis. Le programme cible les formateurs et les résidents en médecine intéressés à défendre la pédagogie de la sécurité des patients en intégrant des améliorations des processus et des points de vue en matière d'administration des ressources à la formation sur la sécurité des patients, en favorisant le renforcement des compétences nécessaires afin de jouer un rôle de chef de file en ce qui concerne les changements relatifs à la formation dans les programmes de résidence ainsi qu'en élaborant un plan de sensibilisation qui fait la promotion de la sécurité des patients durant la résidence.
- Le Programme d'apprentissage sur l'analyse des incidents est un ensemble de modules d'apprentissage qui examinent chacune des huit parties du Cadre canadien d'analyse des incidents. Les modules sont hébergés sur le site Web de l'ICSP et sont offerts gratuitement.

De plus, l'ICSP anime divers éléments en matière de soins de santé partout au Canada ou y participe, notamment des conférences, des groupes de discussion, des campagnes de sensibilisation du public et des ateliers. La Semaine nationale de la sécurité des patients (SNSP) et le Forum virtuel national sur la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité constituent deux événements annuels à grande échelle. La SNSP est une campagne nationale annuelle qu'on a mis sur pied en 2005 dans le but de susciter l'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité. Les établissements de soins de santé et les organisations de la santé partout au Canada participent à la semaine en tenant des événements et des activités visant à accroître la sensibilisation en matière de sécurité des patients dans leur région. La campagne s'adresse à toute personne participant à la prestation de soins de santé au Canada, ainsi qu'à celles qui reçoivent des soins, notamment les professionnels de la santé actuels et futurs, les décideurs, les patients, les clients et leurs familles. L'ICSP offre aux participants une trousse de la SNSP qui contient des produits et du matériel de promotion afin d'appuyer les campagnes régionales.

Recherche

L'ICSP appuie directement la recherche liée à la sécurité des patients par des concours et du financement collaboratif, et indirectement en communiquant des conclusions de recherches, en formant des partenariats et en créant des comités consultatifs. Depuis 2014-2015, l'ICSP a offert du financement en recherche au moyen de trois concours d'une valeur de 50 000 \$⁵⁴. Il offre également des bourses à des étudiants dans le domaine de la santé et dans des disciplines connexes pour la recherche appliquée en sécurité des patients⁵⁵. En plus des concours, l'ICSP a commandé 12 projets de recherche, publiés entre 2006 et 2014 (dont cinq au cours de la période visée par l'évaluation), qui mettent l'accent sur la compréhension de sujets axés sur la sécurité des patients afin de renforcer ses efforts⁵⁶.

Outils et ressources

Enfin, le site Web de l'ICSP est une base gratuite et consultable d'outils et de ressources, comme des trousse d'outils, des guides, des cadres, des rapports, des listes de vérification, des présentations et des histoires de patients. On y trouve notamment le Cadre canadien d'analyse des incidents, la trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents, le Cadre des compétences liées à la sécurité, le Cadre canadien pour le travail d'équipe et les communications et les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation.

Un ajout récent aux outils et aux ressources de l'ICSP est la publication, en octobre 2016, d'un rapport national conjoint produit par l'ICSP et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) intitulé *Mesurer les préjudices dans les hôpitaux canadiens*⁵⁷. Ce rapport fournit les premiers résultats d'une nouvelle mesure en matière de sécurité des patients, la Mesure des préjudices à l'hôpital, élaborée en collaboration par l'ICIS et l'ICSP dans le but d'offrir un portrait national en matière de sécurité des patients. La mesure utilise les données sur les congés octroyés par des hôpitaux canadiens de soins actifs que l'on trouve dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS et repère les hospitalisations dans le cadre desquelles est survenu au moins un préjudice involontaire que l'on aurait potentiellement pu éviter en mettant en place des pratiques connues fondées sur des données probantes. Elle comporte 31 groupes cliniques, rassemblés en fonction de quatre catégories de préjudices, mais exclut le Québec et certains diagnostics liés à la santé mentale^{xxix}.

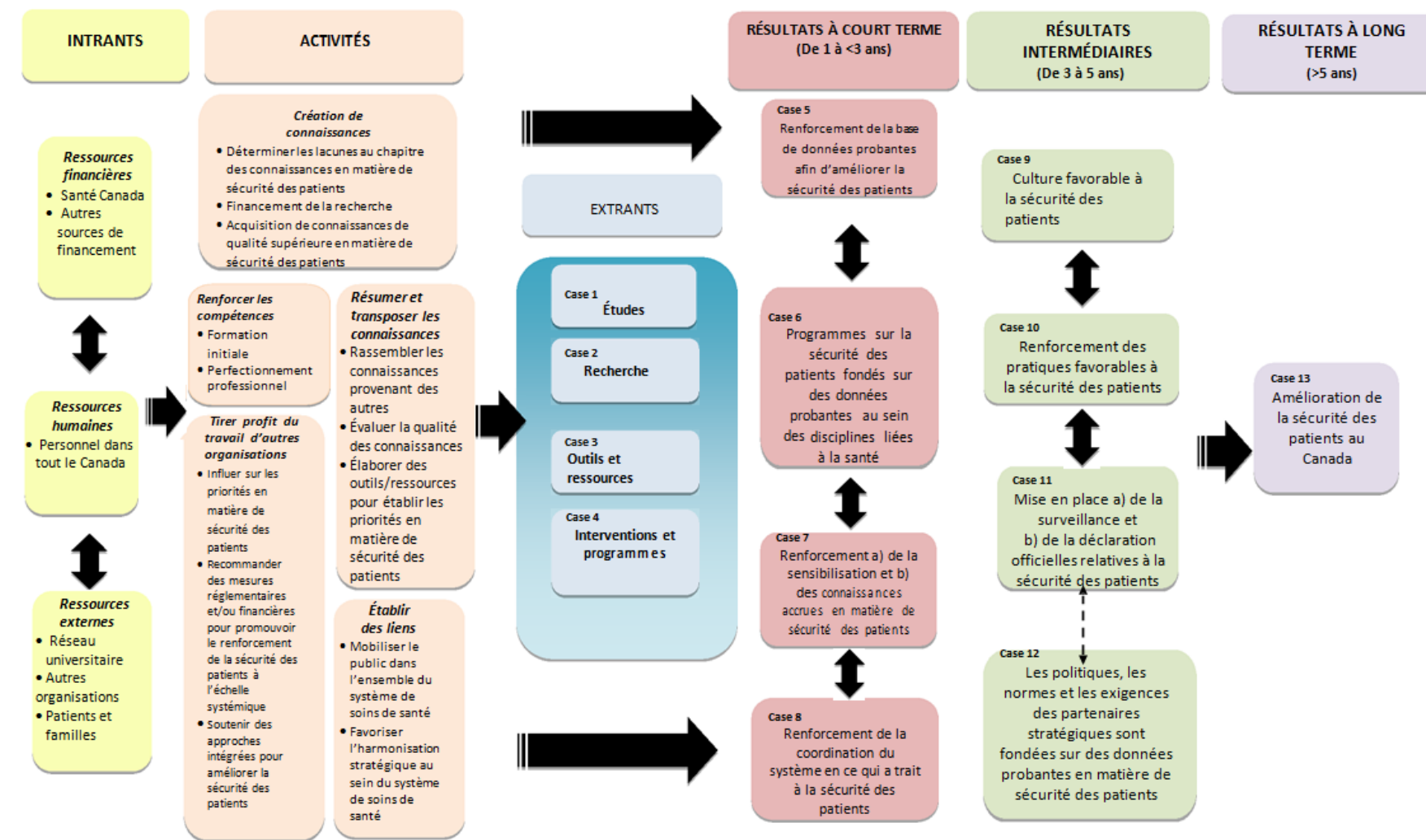
xxix

Comme toutes les mesures de l'ICIS, la qualité des données cliniques sous-jacentes peut avoir une incidence sur les résultats et, par conséquent, la mesure des préjudices à l'hôpital doit être utilisée avec d'autres sources de renseignements, comme le rapport d'incident lié à la sécurité des patients et les systèmes d'apprentissage, des enquêtes sur l'expérience des patients, des données sur le contrôle des infections et des données sur les outils déclencheurs généraux, pour que l'on puisse faire en sorte que les hôpitaux soient plus sécuritaires. Puisque la mesure des préjudices à l'hôpital est un nouvel outil de mesure, il faut prendre des précautions supplémentaires au moment d'interpréter les résultats.

Pour la première fois, on peut mesurer de façon générale la sécurité des patients dans les établissements de soins actifs au Canada. Le processus d'élaboration et de peaufinement de la mesure a été réalisé en collaboration avec des universitaires et des experts de partout au Canada durant quatre ans.

En complément à la Mesure des préjudices à l'hôpital, l'ICSP a élaboré la Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital (la Ressource d'amélioration). Publiée en même temps que le rapport intitulé Mesurer les préjudices dans les hôpitaux canadiens, cette ressource établit les liens entre la mesure et l'amélioration en fournissant des ressources fondées sur des données probantes afin de soutenir les efforts d'amélioration en matière de sécurité des patients pour chacun des 31 groupes cliniques compris dans la mesure. La Ressource d'amélioration vise à rendre les renseignements sur l'amélioration de la sécurité des patients facilement accessibles afin que les équipes passent moins de temps à chercher et plus de temps à optimiser les soins aux patients. En partenariat avec l'ICIS, l'ICSP appuie les organisations dans l'utilisation de la Mesure des préjudices à l'hôpital au moyen de séances d'information préalables avec les intervenants, du lancement public du rapport national en collaboration avec un groupe d'experts en sécurité des patients ainsi que de sollicitations subséquentes à l'échelle nationale mettant l'accent sur l'application de la mesure et de la Ressource d'amélioration afin d'améliorer la sécurité des patients à l'échelle organisationnelle. L'ICSP a consulté des experts cliniques, Agrément Canada et des conseillers de patients pour élaborer cette ressource.

Annexe 2 – Modèle logique



Annexe 3 – Description de l'évaluation

On a élaboré une matrice d'évaluation afin d'aborder les questions clés d'intérêt pour la haute direction au sein de l'ICSP et de Santé Canada et afin de se conformer à la *Politique sur les résultats* (2016) du Conseil du Trésor du Canada. L'évaluation a tenu compte de cinq enjeux principaux du Conseil du Trésor, regroupés sous les deux thèmes de la pertinence et du rendement (efficacité, efficience et économie). En fonction de chaque enjeu principal, des questions précises ont été formulées en tenant compte d'éléments du programme, et c'est ce qui a guidé le processus d'évaluation.

L'évaluation s'est appuyée sur de nombreuses sources de données, notamment une analyse documentaire, une analyse des documents et des données, des rondes d'entrevue avec les informateurs clés, une enquête auprès d'intervenants de l'ICSP et trois études de cas détaillées. Une brève description de chacune de ces méthodes de collecte de données est présentée ci-dessous.

Analyse documentaire, analyse des documents et des données

L'analyse documentaire abordait les questions de l'évaluation concernant principalement la pertinence (p. ex. le besoin continu), tandis que l'analyse des documents et des données fournissait des renseignements contextuels sur les activités de l'ICSP et répondait directement à pratiquement toutes les questions de l'évaluation. La littérature et les documents pertinents ont été fournis par l'ICSP, ou on y a accédé à partir de sources accessibles publiquement. L'analyse des données tenait compte des renseignements financiers et des données relatives à la mesure du rendement, suivis par l'ICSP au moyen de son cadre de la mesure du rendement.

Entrevue avec des informateurs clés

Deux rondes d'entrevues ont été réalisées afin de soutenir l'évaluation. Dans la première ronde, on a interrogé 10 membres du personnel et du conseil de l'ICSP afin d'orienter la planification et l'élaboration de l'évaluation. Dans le cadre de la deuxième ronde, on a interrogé 40 personnes, notamment des membres du personnel et du conseil de l'ICSP (n = 9), des représentants de Santé Canada (n = 3) et des intervenants externes (n = 28). Les informateurs clés externes représentaient un éventail d'intervenants, notamment des organisations gouvernementales provinciales et territoriales (p. ex. des ministères de la santé ou des conseils de la qualité), des organisations partenaires nationales et régionales, des associations professionnelles, des prestataires de soins de santé, des organisations de patients et des universitaires. De nombreux informateurs clés avaient de multiples affiliations et correspondaient à plus d'une catégorie d'intervenants. Les informateurs clés ont été choisis par l'ICSP en fonction de leur connaissance de l'ICSP et/ou du domaine de la sécurité des patients au Canada et de leur expérience connexe. On a enregistré les entrevues de façon numérique, avec la permission des informateurs clés, afin de s'assurer de l'exactitude des informations recueillies.

Enquête auprès des intervenants de l'ICSP

Une enquête bilingue a été effectuée en ligne auprès des intervenants de l'ICSP. L'ICSP a fourni l'échantillon pour l'enquête en utilisant les coordonnées des personnes-ressources faisant partie de sa base de données. On a inclus toutes les personnes-ressources de la base de données, sauf les fournisseurs, les médias et le personnel de l'ICSP; l'échantillon contenait en tout 10 342 adresses courriel.

Dans l'ensemble, l'enquête a permis d'obtenir 596 réponses, ce qui représente un taux de réponse de 6 %. Ce taux est semblable à celui des enquêtes auprès des intervenants réalisées par Prairie Research Associates auprès d'organisations pancanadiennes similaires dans le domaine de la santé^{xxx}. En tout, 90 % des répondants (n = 535) ont répondu à l'enquête en anglais, et 10 % (n = 61) y ont répondu en français.

Les résultats à l'enquête ont été analysés par SPSS et R, deux logiciels d'analyse statistique de données fréquemment utilisés dans le domaine de la recherche en sciences sociales. L'analyse concernait principalement des tabulations de fréquence de base. De plus, on a analysé les questions clés afin de déterminer des différences parmi les sous-groupes en fonction du poste ou du rôle actuel des répondants, du type de travail qu'ils réalisent au sein de leur organisation, des types d'organisation et si ces organisations offrent des soins directs aux patients^{xxxi}. Afin d'obtenir des résultats catégoriques, on a eu recours à l'analyse du khi-carré pour les indicateurs individuels ou la régression logistique dans le cas des indicateurs multiples. En ce qui concerne le classement des variables des résultats (p. ex. l'échelle de Likert), on a eu recours aux tests de Kruskal-Wallis et effectué un suivi au moyen des tests uniformes de Mann-Whitney. Le cas échéant, on a apporté des corrections de Bonferroni aux comparaisons multiples. Les résultats significatifs ($\alpha = 0,05$) sont déclarés dans les parties pertinentes.

Les questions ouvertes de l'enquête ont été analysées au moyen de l'analyse thématique, et on a procédé à leur tabulation dans SPSS lorsque le nombre de réponses était suffisant pour qu'il vaille la peine de le faire.

^{xxx} Par exemple, quatre enquêtes auprès des intervenants réalisées par Prairie Research Associates en 2010, 2012 et 2015 pour l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP) et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) — lesquelles, tout comme l'enquête auprès des intervenants de l'ICSP, ciblaient toutes des intervenants de l'organisation — ont obtenu un taux de réponse entre 8 % et 18 %.

^{xxxi} Les analyses de sous-groupes étaient fondées sur les questions 4, 5, 6 et 7 de l'enquête. Étant donné que les questions 4, 5 et 6 comportaient un grand nombre de catégories de réponses, les catégories de réponses ont été rassemblées afin de créer un sous-groupe suffisamment grand pour l'analyse. Malgré ces efforts, en ce qui concerne ces questions, la taille des échantillons est demeurée insuffisante pour que l'on puisse obtenir des résultats statistiquement fiables, compte tenu du nombre de sous-groupes. La taille des échantillons était suffisante pour obtenir des résultats statistiquement fiables seulement pour l'analyse du sous-groupe en ce qui concerne la question 7 (c'est-à-dire si les organisations des répondants fournissaient des soins directs aux clients).

Études de cas

Trois études de cas ont été réalisées auprès d'organisations qui se sont engagées auprès de l'ICSP ou qui ont mis en œuvre ses interventions, ses produits et ses ressources. Trois organisations de taille différente et dans des administrations différentes ont été choisies pour l'étude de cas de l'ICSP : l'Hôpital St. Michael de Toronto (Ontario), le Réseau de santé Vitalité du Nouveau-Brunswick et les Alberta Health Services.

Dans les trois cas, la collecte de données consistait en une analyse des documents et des données ainsi qu'en un petit nombre d'entrevues auprès des représentants de l'organisation. De plus, l'étude de cas du Réseau de santé Vitalité comprenait une analyse quantitative de l'optimisation des ressources, qui mettait l'accent sur la rentabilité générée par les activités de l'ICSP liées au bilan comparatif des médicaments en établissements de soins actifs. Une description détaillée de la méthode utilisée pour réaliser l'analyse de la rentabilité est incluse dans le rapport de l'étude de cas de Vitalité.

Des rapports d'étude individuelle ont été préparés pour chaque organisation et ont été approuvés par les organisations avant d'être présentés à l'ICSP. Les constatations clés ont été intégrées au présent rapport.

Annexe 4 – Principales activités et réponse aux évaluations précédentes

Depuis 2013, en réponse aux recommandations de l'évaluation précédente voulant qu'il concentre ou rationalise son champ d'action en favorisant l'engagement envers le système et l'appropriation d'importants programmes et activités à l'intérieur du système, l'ICSP a réorienté ses activités vers le changement à l'échelle du système, et ce, en ciblant quatre objectifs stratégiques. Des données probantes donnent à penser que l'ICSP a eu de la difficulté à concentrer ou à rationaliser davantage ses activités, comme il avait été demandé dans le cadre de l'évaluation précédente. L'ICSP a réduit ou même cessé ses activités dans certains domaines et ses activités liées à des programmes existants, mais il a également réorienté certaines activités en fonction de ses nouveaux objectifs stratégiques et mis en place plusieurs nouvelles initiatives – ce qui a eu pour effet d'élargir, au lieu de diminuer, l'ampleur de ses programmes. Les représentants de l'ICSP ont souligné que l'organisation est à l'étape de transition depuis la dernière évaluation et qu'elle s'est efforcée de rationaliser ou de concentrer la portée de ses activités.

Comme il est décrit à la section 4.2, l'ICSP a répondu aux recommandations de l'évaluation précédente – à savoir concentrer ou rationaliser son champ d'action en favorisant l'engagement envers le système et l'appropriation d'importants programmes et d'activités à l'intérieur du système – en élaborant une vision visant à se concentrer davantage sur le changement à l'échelle du système en vue de l'atteinte des quatre objectifs stratégiques. Ses activités principales au cours de la période visée par l'évaluation, notamment l'élaboration du Consortium et du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients (PAISP), la transition de *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (SSPSM) à VIREZ en mode sécurité et l'élaboration d'un modèle centrifuge, sont axées sur ces quatre objectifs stratégiques, et ces activités sont décrites ci-dessous.

Élaboration du Consortium et du PAISP

Le principal objectif stratégique de l'ICSP depuis 2013 est l'élaboration d'une stratégie nationale sur la sécurité des patients. Comme nous l'avons déjà décrit, l'ICSP a dirigé l'élaboration du Consortium national sur la sécurité des patients en janvier 2014, qui se veut un mécanisme pour atteindre cet objectif^{xxxii}. Par conséquent, l'ICSP est chargé de maintenir la cohérence et la coordination stratégiques d'ensemble du PAISP, plan d'action triennal issu des travaux du Consortium qui regroupe six domaines distincts, mais interreliés, liés à la sécurité des patients. On a déterminé quatre domaines initiaux sur lesquels se concentrer et qui sont associés aux plans d'action de la sécurité

^{xxxii} Les informateurs clés de l'ICSP ont souligné qu'une stratégie nationale intégrée pour l'amélioration de la sécurité des patients a été demandée pour la première fois en 2003-2004 dans un document fondateur de l'ICSP intitulé *Accroître la sécurité du système*.

médicamenteuse, la sécurité des soins chirurgicaux, la prévention et le contrôle des infections et la sécurité des soins à domicile. De plus, le PAISP inclut des plans d'action liés à la formation en sécurité des patients et au Consortium national sur la sécurité des patients en tant que telle. Le PAISP est présenté à la figure 1.

Figure 1 : Plan d'action intégré sur la sécurité des patients
Source : ICSP (2015b)



Même si le PAISP a commencé à prendre forme après la réunion du Consortium de janvier 2014, l'horizon de mise en place du plan triennal est prévu principalement d'avril 2015 à mars 2018. Comme le reflète la nature collaborative du PAISP, un large éventail d'organisations de partout au Canada fournit un leadership direct ou contribue activement en tant que partenaires aux mesures.

Le Consortium est soumis au modèle de gouvernance collaboratif proposé par l'ICSP et mis en place par le groupe de collaborateurs. Le modèle de gouvernance comprend diverses entités clés, notamment un comité de direction composé de dirigeants d'organisations partenaires; des groupes directeurs pour diriger la planification, la mise en

place et la coordination des mesures du PAISP; et des équipes d'intervention, qui sont chargées de la mise en œuvre des mesures du PAISP.

Le Consortium et le PAISP feront l'objet d'une évaluation séparée au début de 2017, en fonction d'un plan d'évaluation élaboré pour répondre à une mesure du PAISP qui demande l'évaluation du travail réalisé. Le rapport sur les progrès du PAISP montre que des progrès ont été réalisés dans la mise en œuvre de tous les plans d'action du PAISP^{xxxiii}. Dans l'ensemble, aux trois quarts de la deuxième année (c.-à-d. en décembre 2016), 40 % (n = 34) des 93 mesures du PAISP étaient terminées, 27 % (n = 23) avaient commencé, 32 % (n = 31) avaient été repoussées et 1 % (n = 1) devaient avoir commencé, mais avaient été retardées. Même si les progrès semblent varier selon le plan d'action (voir le tableau 16), il est important de souligner que les plans d'action ont été élaborés à divers moments au cours de la période de 15 mois. En outre, les groupes directeurs avaient la souplesse de définir leurs propres mesures, ce qui a entraîné des variations importantes quant au nombre et à la complexité des mesures entre les plans d'action et au sein de ceux-ci. Enfin, de nombreuses mesures déterminées par le PAISP sont séquentielles et exigent que certaines soient terminées avant de pouvoir être prises.

Tableau 16 : Progrès du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients en décembre 2016

Plan d'action	Nombre de mesures	Terminées	État des mesures (%)		Début prévu, en retard
			Commen- cées	Repoussé es	
Consortium	24	68 %	21 %	5 %	5 %
Sécurité des soins à domicile	20	45 %	20 %	35 %	-
Prévention et contrôles des infections	11	18 %	45 %	36 %	-
Sécurité médicamenteuse	12	50 %	30 %	20 %	-
Formation sur la sécurité des patients	12	9 %	18 %	73 %	-
Sécurité des soins chirurgicaux	14	29 %	36 %	36 %	-
Source : rapports sur le sommaire des plans d'action, 2016 T3					

La mise en place du Consortium et l'élaboration du PAISP qui a suivi, en tant qu'efforts nationaux coordonnés pour régler les problèmes liés à la sécurité des patients, ont constitué un point central de la réponse de l'ICSP aux recommandations faites dans le cadre de l'évaluation précédente de renforcer la participation des intervenants et de concentrer la portée de ses activités^{xxxiv}. Dans le cadre de cette initiative, l'ICSP a consulté des administrations provinciales et territoriales et des partenaires de partout au

^{xxxiii} Un examen détaillé de la mise en œuvre des plans d'action du PAISP ou le fait de tirer des conclusions concernant l'incidence du Consortium ou du PAISP allaient au-delà de la portée de la présente évaluation. Comme il a été souligné précédemment, le Consortium et le PAISP feront l'objet d'une évaluation ciblée en 2017.

^{xxxiv} Il est important de souligner que l'ICSP s'est efforcée d'améliorer la participation des intervenants d'autres façons. Par exemple, les intervenants clés de l'ICSP ont mentionné que l'organisation a passé du temps à rencontrer les hauts dirigeants de pratiquement toutes les organisations pancanadiennes du domaine de la santé afin de cerner les possibilités de collaboration pour faire progresser la sécurité des patients, et, en 2016, il a effectué une analyse des partenariats stratégiques et une schématisation des intervenants dans le but d'évaluer de façon proactive et d'établir la priorité des organisations partenaires clés, de renforcer et d'accroître les relations existantes, d'établir de nouvelles relations et de déterminer les alliances stratégiques et les partenariats nécessaires (ICSP, 2016k).

pays afin de déterminer et de valider les priorités du système, il a créé une gouvernance collaborative nationale et une structure de leadership commune, et il a assuré la participation et l'engagement d'un large éventail d'organisations. Même si l'ICSP affirme qu'il y a encore certains défis – comme trouver les meilleures façons d'équilibrer une participation plus étendue des partenaires dans le cadre d'une gouvernance simple et du renforcement d'un engagement vraiment collectif (comme l'ont démontré les investissements financiers des partenaires et les plans d'harmonisation stratégiques/opérationnels) –, il semble évident que des progrès en matière d'engagement des intervenants ont été réalisés grâce à cette initiative.

Il est moins évident si le Consortium et le PAISP constituent une rationalisation ou une concentration des activités de l'ICSP. Même si le PAISP aborde certainement des priorités précises et des lacunes déterminées dans le cadre du processus de consultation – et que l'on peut considérer qu'il s'agit donc d'une « concentration » –, les représentants de l'ICSP admettent que, de nombreuses façons, le Consortium et le Plan d'action constituaient des ajouts aux autres activités existantes de l'ICSP, et que, par conséquent, l'étendue de ses programmes a augmenté au lieu de diminuer^{xxxv}.

Transition de *Soins de santé plus sécuritaire maintenant!* à VIREZ en mode sécurité

Une autre activité importante que l'ICSP a réalisée au cours de la période visée par l'évaluation est l'élaboration et le lancement d'un nouveau programme, nommé VIREZ en mode sécurité, qui remplace son programme phare de longue date, SSPSM. Lancé le 20 juillet 2016, VIREZ en mode sécurité est essentiellement une ressource Web qui offre de l'information en matière de pratique exemplaire de partout dans le monde et qui s'adresse à trois groupes cibles : les patients et leur famille, les prestataires de soins de santé et les dirigeants. Les informateurs clés de l'ICSP ont expliqué que, tant au Canada qu'à l'échelle internationale, il était devenu évident que, même si les interventions cliniques comme celles de SSPSM, qui visaient principalement les prestataires de soins dans les hôpitaux de soins actifs, étaient importantes, elles ne suffisaient pas à elles seules à apporter les améliorations souhaitées en matière de sécurité des patients et qu'une approche plus large ciblant les patients, les familles et les dirigeants ainsi que les prestataires de soins de santé dans divers établissements était nécessaire afin d'avoir une incidence réelle sur la sécurité des patients.

VIREZ en mode sécurité a pour but de répondre aux questions les plus pressantes en matière de sécurité des patients, soit : 1) Comment puis-je prévenir les préjudices? 2) Comment puis-je réagir au préjudice lorsqu'il se produit? 3) De quelle façon puis-je tirer des leçons des préjudices survenus? Le programme offre des ressources fondées sur des données probantes qui mettent l'accent sur l'amélioration du travail d'équipe, de

^{xxxv} L'ICSP mentionne que le Consortium et les efforts connexes ont été financés au moyen de la diminution du budget de recherche après 2011; les changements dans le financement de SSPSM découlent d'une transition s'éloignant de la structure régionale, d'un rôle moins important en ce qui concerne la direction des interventions cliniques et l'interruption (en 2016-2017) du système de MSP ainsi que d'une concentration accrue sur le modèle HUB.

la communication, du leadership et de la culture liée à la sécurité des patients et qui visent les besoins spécifiques des trois publics cibles. Les ressources destinées au public sont conçues pour permettre aux patients et aux familles de faire la promotion de la sécurité dans le cadre des soins de santé; celles pour les prestataires sont conçues pour les encourager à faire de la sécurité une priorité, à travailler en équipe, à répondre efficacement aux incidents liés à la sécurité des patients et à réduire le risque de préjudice causé aux patients; et celles qui s'adressent aux dirigeants sont conçues pour les aider à prendre des mesures afin de mettre en place une culture favorable à la sécurité des patients⁵⁸. VIREZ en mode sécurité est cohérent avec les récentes recommandations faites dans la littérature, selon lesquelles il faut adopter une approche systémique en matière de sécurité qui met l'accent sur le travail d'équipe, la culture et la mesure comme éléments clés de systèmes sécuritaires.

VIREZ en mode sécurité est considéré par l'ICSP comme un aspect de sa transition vers une approche systémique plus axée sur le changement, et, en ce sens, il s'agit d'un élément important de la réponse de l'ICSP aux recommandations formulées dans le cadre de l'évaluation précédente, selon lesquelles il doit concentrer la portée de ses activités et renforcer son engagement à l'égard du système. L'élaboration et la mise en place de VIREZ en mode sécurité représente un changement d'orientation important pour l'ICSP et a été appuyée principalement par le retrait de son initiative phare, SSPSM, et du système de mesure de la sécurité des patients (SMSP).

Élaboration du modèle HUB

Une troisième activité importante au cours de la période faisant l'objet de l'évaluation a été l'élaboration du modèle HUB/d'affiliation en ce qui concerne la prestation des programmes de formation de l'ICSP. L'élaboration du modèle découle du désir que les programmes aient une plus grande portée, soient plus durables et soient intégrés au système. Dans le cadre du modèle HUB, les accords entre l'ICSP et les organisations partenaires transfèrent la plupart des responsabilités de planification et de prestation d'un programme de formation bien élaboré à une organisation partenaire, tandis que l'ICSP conserve les responsabilités en ce qui concerne les programmes de base, l'assurance du contrôle de la qualité et la surveillance de l'évaluation de l'ensemble des programmes.

Jusqu'à présent, l'ICSP a deux programmes de formation nationaux liés au modèle HUB : la Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients (GEAQSP) et le Programme d'éducation en sécurité des patients (PESP) – Canada. On a permis à cinq organisations d'offrir ces programmes. L'Association of Family Health Teams of Ontario et l'Ontario Hospital Association (OHA) ont des ententes avec l'ICSP pour offrir la GEAQSP, tandis que l'Université Queen's, le Manitoba Institute for Patient Safety (MIPS) et l'OHA ont des ententes pour offrir PESP – Canada. L'ICSP a une autre entente avec les Forces armées canadiennes pour qu'elles offrent PESP – Canada.

L'ICSP déclare que l'organisation est actuellement en cours de négociation d'une entente avec l'Alberta Health Services (AHS), qui lui permettrait d'offrir PSEP – Canada en 2017, et qu'elle travaille avec le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick afin d'établir un partenariat lié au modèle HUB en ce qui concerne la GEAQSP.

Les informateurs clés de l'ICSP ont mentionné que l'élaboration du modèle HUB a constitué la principale façon pour l'organisation de chercher à répondre à la recommandation de l'évaluation précédente concernant l'appropriation d'importants programmes et services à l'intérieur du système. Grâce au modèle HUB, les partenaires ont fourni un accès accru au public cible de l'ICSP et ont permis à l'ICSP de répondre aux demandes du domaine, ce qui n'aurait pas été possible autrement, compte tenu des ressources et de la capacité de l'ICSP. Même si le modèle HUB a connu du succès, les informateurs clés de l'ICSP ont souligné qu'il avait été difficile de déterminer des organisations potentielles pour ce modèle et d'approuver des partenaires potentiels. De plus, ils ont souligné qu'il y a encore du travail à faire pour assurer la transparence concernant l'utilisation des ressources de l'ICSP consacrées aux partenariats du modèle HUB et pour normaliser certains des processus liés à ce modèle tout en conservant une certaine souplesse dans les ententes de partenariat. Actuellement, selon l'ICSP, des ressources considérables de l'ICSP sont nécessaires pour soutenir les partenaires du modèle HUB, ce qui remet en cause la plupart des économies en matière de ressources obtenues en transférant les programmes pour qu'ils ne soient plus directement administrés par l'ICSP. Même si les exigences en matière de soutien de l'ICSP sont faibles en raison des partenariats bien établis, ce qui permet à l'ICSP de se concentrer sur le maintien des programmes et la collecte de données liées à la prestation des séances au lieu de la prestation des programmes, ce ne sont pas tous les programmes du modèle HUB qui sont aussi bien établis ou qui le sont aussi vite que prévu. Par conséquent, le degré d'appui de l'ICSP nécessaire peut varier d'un partenaire à l'autre. À l'avenir, l'ICSP vise à assurer une plus grande transparence concernant son rôle continu en matière d'appui des partenaires du modèle HUB dans le cadre des futures ententes de partenariat.

Même si l'ICSP a mis en place des programmes fondés sur le modèle HUB pour la GEAQSP et le PESP pour les raisons expliquées plus haut, l'organisation continue d'offrir un accès pancanadien à ces programmes au moyen de son modèle de prestation conventionnel.

Réussite dans l'ensemble à répondre à l'évaluation précédente

L'ICSP a répondu aux recommandations de l'évaluation précédente – concentrer ou rationaliser son champ d'action en favorisant l'engagement envers le système et l'appropriation d'importants programmes et activités à l'intérieur du système – en élaborant le Plan d'affaires 2013-2018. Le Plan d'affaires envisage une concentration accrue sur les changements systémiques par l'atteinte de quatre objectifs stratégiques. Au cours de la période visée par l'évaluation, l'ICSP a orienté ses activités principales, notamment l'élaboration du Consortium et du PAISP, la transition de SSPSM à VIREZ

en mode sécurité et l'élaboration du modèle HUB, autour de ces quatre objectifs stratégiques.

Malgré les objectifs stratégiques énoncés afin de guider ses efforts, l'ICSP a eu des difficultés à concentrer ou à rationaliser davantage ses activités, comme recommandé dans l'évaluation précédente. Durant la période de financement, l'ICSP a éliminé des activités dans deux domaines importants : il a suspendu le Forum canadien sur la sécurité des patients et annulé SSPSM et le système de MSP. Toutefois, dans la plupart des cas, l'ICSP a réduit les domaines et les activités de programmes existants ou les a réorientés en fonction de ses nouveaux objectifs stratégiques au lieu de cesser l'ensemble de ceux-ci, et il a aussi mis en place plusieurs nouvelles initiatives. Par conséquent, cela a eu comme effet général d'élargir l'ampleur de ces programmes au lieu de la réduire.

Afin de refléter les efforts de l'ICSP afin de répondre aux recommandations de l'évaluation de 2012, les représentants de l'ICSP ont souligné que l'organisation cherchait à trouver à l'interne la façon d'équilibrer une orientation plus stratégique avec les programmes passés qui ont connu du succès et qui étaient perçus comme des éléments essentiels à la sécurité des patients. De plus, ils ont souligné que l'ICSP avait mis en place des divisions opérationnelles internes pour chaque objectif stratégique, appelées domaines d'objectif, ce qui peut avoir nui à ses efforts visant à concentrer ses activités. Lorsqu'ils étaient inclus dans un domaine d'objectif, les programmes étaient perçus comme contribuant au plus grand objectif stratégique. Par conséquent, les objectifs stratégiques pourraient être, et étaient, interprétés de façon très large afin d'inclure presque toutes les activités du programme.

Notes en fin de texte

- ¹ ICSP (2015a). *À propos de l'ICSP*. Extrait le 23 octobre 2015 de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/About/Pages/default.aspx>.
- ² ICSP (2015a). *À propos de l'ICSP*. Extrait le 23 octobre 2015 de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/About/Pages/default.aspx>.
- ³ Kohn, L. T., Corrigan, J. M. et Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: National Academies Press. Extrait de <http://www.nap.edu/catalog/9728>.
- ⁴ Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J. et coll. (2004). *The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada*. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), de 1678 à 1686.
- ⁵ Comité directeur national sur la sécurité des patients (20 septembre 2002). *Accroître la sécurité du système : Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien*. Extrait de http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/advocacy/building_a_safer_system_f.pdf.
- ⁶ ICSP (2013b). Contribution de Santé Canada à l'Institut canadien pour la sécurité des patients : stratégie de mesure du rendement (final).
- ⁷ ICSP (2015a). *À propos de l'ICSP*. Extrait le 23 octobre 2015 de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/About/Pages/default.aspx>.
- ⁸ ICSP (2013a). *Plan d'affaires 2013-2018 de l'ICSP*.
- ⁹ Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada (2012). *Approches d'évaluation axées sur la théorie : Concepts et pratiques*. Extrait le 25 janvier 2017 de <https://www.canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/services/verifications-evaluations/centre-excellence-en-evaluation/approches-evaluation-axees-theorie-concepts-pratiques.html>.
- ¹⁰ Matlow, A. G., Baker, G. R., Flintoft, V., Cochrane, D., Coffey, M., Cohen, E., ... Nijssen-Jordan, C. (2013). *Adverse events among children in Canadian hospitals: The Canadian paediatric adverse events study*. *Canadian Medical Association Journal*, 184(13), de E709 à E718. <https://doi.org/10.1503/cmaj.112153>.
- ¹¹ Sears, N., Baker, G. R., Barnsley, J. et Shortt, S (2013). *The incidence of adverse events among home care patients*. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), de 16 à 28. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs075>.
- ¹² ICIS (2016a). *Décès à l'hôpital (RNMH)*. ICIS. Extrait le 13 septembre 2016 de [https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr#!/indicateurs/005/hospital-deaths-hsmr;/mapC1;mapLevel2;trend\(C1\);/](https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr#!/indicateurs/005/hospital-deaths-hsmr;/mapC1;mapLevel2;trend(C1);/).
- ¹³ ICIS (2014). *Comparaisons internationales : regard sur la qualité des soins* (p. 27). Institut canadien d'information sur la santé. Extrait de https://secure.cihi.ca/free_products/OECD_AFocusOnQualityOfCareAiB_FR.pdf.
- ¹⁴ ICIS (2016b). *Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens, Rapport technique*. Ottawa (Ontario) : ICIS. Extrait de https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/hospital_harm_technical_notes_fr.pdf.

- 15 Baker, G. R. et Black, G. (2015). *Beyond the Quick Fix: Strategies for Improving Patient Safety*. Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto. Extrait de <http://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2015/11/Beyond-the-Quick-Fix-Baker-2015.pdf>.
- 16 Hayes, C. W., Batalden, P. B. et Goldmann, D. (2014). *A “work smarter, not harder” approach to improving healthcare quality*. BMJ Quality & Safety, bmjqs-2014-003673. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003673>.
- 17 Baker, G. R., Denis, J.-L., Pomey, M.-P. et Macintosh-Murray, A. (2010). Une gouvernance efficace pour la qualité et la sécurité des patients dans les organismes de santé au Canada. Ottawa (Ontario) : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Institut canadien pour la sécurité des patients. Extrait de http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/11505_Baker_rpt_fr_FINAL.pdf.
- 18 Baker, G. R. et Black, G. (2015). *Beyond the Quick Fix: Strategies for Improving Patient Safety*. Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto. Extrait de <http://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2015/11/Beyond-the-Quick-Fix-Baker-2015.pdf>.
- 19 NPSF (2015). *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human* (p. 59). National Patient Safety Foundation. Extrait de http://www.palomarhealth.org/media/BoardMeetings/min_20160321_2250.pdf.
- 20 Baker, G. R. et Black, G. (2015). *Beyond the Quick Fix: Strategies for Improving Patient Safety*. Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto. Extrait de <http://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2015/11/Beyond-the-Quick-Fix-Baker-2015.pdf>.
- 21 Yu, A., Flott, K., Chainani, N., Fontana, G., et Darzi, A. (2016). *Patient Safety 2030*. Londres, R.-U. :NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre. Extrait de <http://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>.
- 22 SECOR Consulting (21 juin 2012). *Évaluation indépendante de l'Institut canadien pour la sécurité des patients*. Extrait de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/about/Documents/CPSI%20Evaluation%20FR.pdf>.
- 23 ICSP (2013a). *Plan d'affaires 2013-2018 de l'ICSP*.
- 24 ICSP (2013b). Contribution de Santé Canada à l'Institut canadien pour la sécurité des patients : stratégie de mesure du rendement (final).
- 25 Gouvernement du Canada (2016). *Le budget de 2016 : Chapitre 5 - Un Canada inclusif et équitable*. Extrait le 18 octobre 2016 de http://www.budget.gc.ca/2016/docs/plan/ch5-fr.html#_Toc446106794.
- 26 ICSP (2013b). Contribution de Santé Canada à l'Institut canadien pour la sécurité des patients : stratégie de mesure du rendement (final).
- 27 Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé (2015). *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada : Rapport final du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé* (final).

- ²⁸ ICSP (2016d). *Résultats des concours de recherche de l'ICSP*. Extrait le 2 octobre 2016 de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/research/cpsiresearchcompetitions/pages/default.aspx>.
- ²⁹ ICSP (2016l). *Bourses de stage*. Extrait le 2 octobre 2016 de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/research/studentships/pages/default.aspx>.
- ³⁰ ICSP (2009). *Les compétences liées à la sécurité des patients : L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé*. Extrait le 18 octobre 2016 de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/safetyCompetencies/Documents/Les%20Comp%C3%A9tences%20li%C3%A9es%20%C3%A0%20la%20s%C3%A9curit%C3%A9%20des%20patients%20%C3%89dition%20originale.pdf#search=les%20comp%C3%A9tences%20li%C3%A9es%20%C3%A0%20la%20s%C3%A9curit%C3%A9>.
- ³¹ ICSP (2016h). *Rapport sur l'intégration des compétences liées à la sécurité des patients aux programmes de formation des professionnels de la santé au Canada* (p. 59). ICSP.
- ³² ICSP (2016h). *Rapport sur l'intégration des compétences liées à la sécurité des patients aux programmes de formation des professionnels de la santé au Canada* (p. 59). ICSP.
- ³³ ICSP (2016h). *Rapport sur l'intégration des compétences liées à la sécurité des patients aux programmes de formation des professionnels de la santé au Canada* (p. 59). ICSP.
- ³⁴ Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US). Extrait de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22274/>.
- ³⁵ Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A. et Lackan, N. A. (2010). *What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature*. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), de 156 à 165. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>.
- ³⁶ Comité d'examen de la LPRQS (2014). *Recommandations du Comité d'examen de la LPRQS*. Extrait le 14 février 2017 de http://www.health.gov.on.ca/fr/common/legislation/qcipa/docs/qcipa_rcr_fr.pdf.
- ³⁷ ICSP (2016i). *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Bulletin. ICSP. Extrait de http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/about/Programs/SHN/Documents/Safer_Healthcare_NowBooklet-FRENCH-Online_2.pdf#search=Soins%20de%20sant%C3%A9%20plus%20s%C3%A9curitaires%20maintenant%21.
- ³⁸ Institut canadien pour la sécurité des patients et Agrément Canada (2014). *Making Care Safer from Hospital to Home Care: A Collaborative Report from Accreditation Canada and the Canadian Patient Safety Institute*. Ottawa : Agrément Canada. Extrait de <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3292259>.
- ³⁹ ICSP (2016i). *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Bulletin. ICSP. Extrait de http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/about/Programs/SHN/Documents/Safer_Healthcare_NowBooklet-FRENCH-Online_2.pdf#search=Soins%20de%20sant%C3%A9%20plus%20s%C3%A9curitaires%20maintenant%21.

- ⁴⁰ ICSP (2016b). *Résultats de la Vérification nationale sur la prévention des ISO*. Extrait de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/presentations/2016-calls/pages/results-from-canadian-ssi-prevention-audit.aspx>.
- ⁴¹ ICSP (2016f). *Mesure des préjudices à l'hôpital*. Extrait le 23 septembre 2016 de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/hospital-harm-measure/pages/default.aspx>.
- ⁴² ICSP (2016h). *Rapport sur l'intégration des compétences liées à la sécurité des patients aux programmes de formation des professionnels de la santé au Canada* (p. 59). ICSP.
- ⁴³ ICSP (2016h). *Rapport sur l'intégration des compétences liées à la sécurité des patients aux programmes de formation des professionnels de la santé au Canada* (p. 59). ICSP.
- ⁴⁴ Wu, A. W., Boyle, D. J., Wallace, G., et Mazor, K. M. (2013). *Disclosure of Adverse Events in the United States and Canada: An Update, and a Proposed Framework for Improvement*. *Journal of Public Health Research*, 2(3). <https://doi.org/10.4081/jphr.2013.e32>.
- ⁴⁵ Agrément Canada (2015b, 19 février). *Required Organizational Practices: Handbook 2016*. Extrait de <https://accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2016-en.pdf>.
- ⁴⁶ Organisation mondiale de la Santé (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009*. Extrait de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>.
- ⁴⁷ Institut canadien pour la sécurité des patients et Agrément Canada (2014). *Making Care Safer from Hospital to Home Care: A Collaborative Report from Accreditation Canada and the Canadian Patient Safety Institute*. Ottawa : Agrément Canada. Extrait de <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3292259>.
- ⁴⁸ OMS (2016). OMS | *Les patients champions de la sécurité des patients*. Extrait le 3 octobre 2016 de http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/regional_champions/fr/.
- ⁴⁹ Tazim Virani et coll. (2014). *Patients for Patient Safety Canada (PFPSC) - Five Years Later - What Has Been the Impact? (Final Report)*. Patients pour la sécurité des patients du Canada et l'Institut canadien pour la sécurité des patients.
- ⁵⁰ ICSP (2013a). *Plan d'affaires 2013-2018 de l'ICSP*.
- ⁵¹ Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L. et Torrance, G. W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (quatrième édition). Oxford, Royaume-Uni; New York (NY), États-Unis : Oxford University Press.
- ⁵² Cape, J. D., Beca, J. M. et Hoch, J. S. (2013). *Introduction to cost-effectiveness analysis for clinicians*. *University of Toronto Medical Journal*, 90(3). Extrait de <http://utmj.org/index.php/UTMJ/article/view/1493>.
- ⁵³ Baker, G. R., Denis, J.-L., Pomey, M.-P. et Macintosh-Murray, A. (2010). *Une gouvernance efficace pour la qualité et la sécurité des patients dans les organismes de santé au Canada*. Ottawa (Ontario) : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Institut canadien pour la sécurité des patients. Extrait de http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/11505_Baker_rpt_fr_FINAL.pdf.

- ⁵⁴ ICSP (2016e). *Concours actuels*. Extrait le 22 avril 2016 de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/research/pages/currentcompetitions.aspx>.
- ⁵⁵ ICSP (2016a). *Bourses de stage en sécurité des patients 2014-2015*. Extrait le 22 avril 2016 de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/research/studentships/pages/studentships-2014.aspx>.
- ⁵⁶ ICSP (2016c). *Recherche commandée*. Extrait le 22 avril 2016 de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/research/commissionedresearch/pages/default.aspx>.
- ⁵⁷ ICIS (2016b). *Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens, Rapport technique*. Ottawa (Ontario) : ICIS. Extrait de https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/hospital_harm_technical_notes_fr.pdf.
- ⁵⁸ ICSP (2016j). *VIREZ en mode sécurité*. Extrait le 28 octobre 2016 de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/about/programs/shift-to-safety/pages/default.aspx>.