

Un cadre pour des soins sûrs, fiables et efficaces





AUTEURS :

Allan Frankel, Dr : *Co-fondateur, Safe & Reliable Healthcare*

Carol Haraden, PhD : *Vice-président, IHI*

Frank Federico, Phm : *Vice-président, IHI*

Jennifer Lenoci-Edwards, inf., master en santé publique : *Directeur, Patient Safety, IHI*

Remerciements :

Les auteurs remercient les professeurs et les participants du Patient Safety Executive Development Program de l'IHI qui, depuis plus de 15 ans, ont contribué à créer et à affiner le cadre décrit dans ce White Paper. Un remerciement spécial à Michael Leonard et Terri C. Frankel pour leurs idées extraordinaires qui ont sans cesse rendu le cadre plus fort et plus cohérent. Merci également à Jana Dean, Doug Salvador et Don Goldmann pour leur excellente relecture dans les détails de notre projet de document. Et enfin, nous remercions également Jane Roessner et Val Weber de l'IHI pour leur soutien dans le développement et l'édition de ce White Paper.

La traduction cet *IHI White Paper* en 2020 est un projet financé par l'UCLouvain, Belgique, initié et coordonné par Mathieu Louiset avec l'aide de la PAQS asbl, Belgique.

L'Institute for Healthcare Improvement (IHI) est un leader mondial de la santé et de l'amélioration des soins de santé. Depuis plus de 25 ans, nous avons établi un partenariat avec une communauté de plus en plus importante de visionnaires, leaders et praticiens de première ligne dans le monde entier, pour susciter des moyens audacieux et inventifs d'améliorer la santé des individus et des populations. Reconnu comme un innovateur, un organisateur, un partenaire digne de confiance et un moteur de résultats, nous sommes le premier endroit vers lequel vous pouvez vous tourner pour de l'expertise, de l'aide et des encouragements pour quiconque, où qu'il veuille changer de manière approfondie la santé et les soins de santé.

Le Safe & Reliable Healthcare (SRH) est à la pointe de la mesure et de l'amélioration de la culture et de la création de systèmes d'apprentissage hautement fiables. Notre travail dans le continuum des soins de santé et dans le monde entier nous a donné des informations uniques sur les attributs, les compétences et les caractéristiques spécifiques de leaders efficaces capables de réaliser la transformation culturelle nécessaire pour améliorer l'excellence opérationnelle. Nous sommes convaincus que des soins sûrs, de haute qualité et rentables reposent sur des relations de collaboration, et nous travaillons en partenariat avec des organisations pour transformer leur culture et favoriser un apprentissage souple.

Table des matières

Avant-propos	4
Résumé	6
Introduction	6
Contexte	7
Les domaines prédominants : La culture et le système d'apprentissage	8
Les composantes de la culture	9
Les composantes du système d'apprentissage	17
Impliquer les patients et les familles	28
Conclusion	30
Annexe : Liste de méthodes et outils pour la sécurité des patients	31
Références	33

Avant-propos

La sécurité des patients a toujours été au cœur du mouvement pour améliorer la qualité des soins de santé. Il y a plus de 30 ans, la *Harvard Medical Practice Study* a contribué à lancer le mouvement de la qualité en démontrant que de nombreux cas, sinon la plupart, de dommages dans les hôpitaux étaient causés par des défaillances du système. Les méthodes et outils d'amélioration de la qualité sont conçus pour y remédier et l'application de ces méthodes et outils est la raison pour laquelle l'IHI a été fondé.

En 1999, le rapport *To Err Is Human de l'Institute of Medicine* a choqué les États-Unis en estimant qu'au moins 44.000 — et jusqu'à 98.000 — personnes mouraient dans les hôpitaux chaque année en raison d'erreurs médicales évitables. Il y a quelques années, une nouvelle estimation suggérait qu'il pourrait y avoir jusqu'à 400.000 décès évitables par an. Et en 2016, une étude publiée dans le *BMJ* a estimé le nombre à plus de 250 000, ce qui, selon les auteurs, ferait des dommages évitables aux patients la troisième cause de décès aux États-Unis. Il est important de comprendre le véritable impact des dommages évitables, mais que ce soit 40.000 ou 400.000, nous pouvons tous convenir que c'est beaucoup trop.

Je crois que nous sommes à un point d'inflexion dans l'histoire de l'amélioration de la sécurité des patients. L'évolution des modèles de paiement, l'incertitude entourant la réforme de la santé et l'examen sans cesse croissant de l'ère numérique moderne exigent une réflexion nouvelle et créative sur la meilleure façon de garantir des soins sûrs.

Lors du forum national de l'IHI en décembre 2016, j'ai proposé six « résolutions » pour la sécurité des patients pour la nouvelle année — afin de garantir que les grandes avancées déjà réalisées soient soutenues et d'élargir notre réflexion sur la sécurité :

1. Concentrez-vous autant sur ce qui va bien que sur l'apprentissage issu de ce qui fonctionne mal ;
2. Augmentez votre proactivité ;
3. Créez des systèmes d'apprentissage rétrospectif ;
4. Soyez humble – développez la confiance et la transparence ;
5. Travaillez sur la sécurité conjointement avec les patients et les familles ; et
6. Reconnaissez que la sécurité est plus que l'absence de dommages physiques ; c'est aussi la recherche de dignité et d'équité.

Les cinq premières ne sont pas entièrement neuves et correspondent à l'approche de l'IHI en ce qui concerne l'amélioration de la qualité en général. La sixième est une résolution à laquelle j'ai beaucoup pensé ces dernières années. Maintenant que nous savons comment réduire — et même éliminer — les dommages que certains jugeaient inévitables (pneumonies de ventilation, infections liées à une voie centrale), nous devons déployer nos efforts pour éliminer les dommages sur lesquels nous devons encore nous concentrer explicitement. Les dommages causés par les indignités et les inégalités dans les soins de santé sont tout aussi évitables et tout aussi inacceptables que les chirurgies de mauvais côté et les erreurs médicamenteuses. Nous commençons seulement à comprendre comment la santé physique est affectée par un traumatisme psychologique. Assurer la sécurité des patients consiste à garantir le droit à tous les patients de bénéficier d'une expérience de soins sûre, ce qui inclut un traitement équitable et avec dignité.

Ce White Paper ne traite pas directement des six « résolutions ». Il se concentre, à juste titre, sur la création de systèmes de sécurité. Il dresse de façon claire et convaincante un cadre pratique de la façon dont toute organisation ou système de soins de santé peut améliorer la sécurité des patients de manière permanente et fiable. Les principaux domaines de la création d'une culture de sécurité et d'un système d'apprentissage pour garantir la fiabilité, l'amélioration et la durabilité sont fondamentaux, non seulement pour résoudre les types de problèmes de sécurité que nous avons rencontrés, mais aussi pour ceux que nous n'avons pas encore imaginés. Les composantes individuelles du cadre — leadership, transparence, responsabilité, etc. — sont les ingrédients nécessaires pour créer une culture de sécurité et un système de formation continue. Les organisations de soins de santé de tout type et de toute taille peuvent s'appuyer sur cette base pour créer des systèmes et des processus qui nous garantissent de pouvoir tenir notre *première* promesse aux patients — ne pas nuire.

Derek Feeley
Président et CEO
Institute for Healthcare Improvement

Résumé

Les efforts visant à améliorer la sécurité, la fiabilité et l'efficacité des soins de santé ne sont pas nouveaux. Cela fait des années que les organisations travaillent de manière assidue pour atteindre ces objectifs. Cependant, elles suivent souvent diverses stratégies dans le vide, ne comprenant pas totalement comment les différentes approches et initiatives s'influencent mutuellement. Lorsqu'elles tentent d'atteindre des objectifs plus ambitieux, ces organisations de soins de santé ont parfois besoin de conseils sur la façon d'intégrer et de séquencer leurs efforts d'amélioration.

Dans ce contexte, un groupe d'experts en la matière de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) et du Safe & Reliable Healthcare (SRH) ont collaboré pendant 15 ans pour développer le *Framework for Safe, Reliable, and Effective Care* dont il est question dans ce White Paper.

Composé de deux domaines fondamentaux — la culture et le système d'apprentissage — ainsi que de neuf composantes interdépendantes, avec les patients et les familles au cœur, le cadre rassemble de manière succincte et en un seul endroit tous les concepts stratégiques, cliniques et opérationnels qui sont essentiels pour prodiguer des soins sûrs, fiables et efficaces.

Ce White Paper décrit les domaines de la culture et le système d'apprentissage, définissant ce qui est impliqué dans chacun et comment ils interagissent ; fournit des définitions et des stratégies de mise en œuvre pour les neuf composantes (leadership, sécurité psychologique, responsabilisation, travail d'équipe et communication, négociation, transparence, fiabilité, amélioration et mesure et formation continue) et discute de l'engagement des patients et des familles. Tout au long du document, nous fournissons des exemples réels afin que les lecteurs puissent avoir une compréhension plus complète des diverses composantes et de leur impact sur le cadre dans son ensemble.

Ce document permet aux organisations de mieux comprendre comment obtenir des soins sûrs, fiables et efficaces. Les organisations peuvent utiliser le cadre comme feuille de route pour les guider dans l'application des principes qu'il contient, ou comme outil de diagnostic pour déterminer dans quelle mesure (ou même si) elles planchent sur les différentes composantes du cadre. Un engagement à utiliser le cadre permettra aux organisations de soins de santé de toutes formes et tailles de franchir la prochaine étape vers l'atteinte d'une excellence opérationnelle sûre et fiable.

Introduction

Les organisations de soins de santé ont la responsabilité absolue de fournir des soins sûrs, fiables et efficaces aux patients. Pourtant, respecter en permanence cette obligation peut être décourageant, et les organisations sont souvent mises au défi de concevoir un portefeuille équilibré de projets d'amélioration qui leur permettront d'atteindre des objectifs de qualité et de sécurité au niveau systémique. Elles peuvent avoir des projets autonomes d'amélioration de la sécurité en cours ou mener régulièrement des enquêtes auprès du personnel pour mieux comprendre la culture de sécurité actuelle de l'organisation, mais on ne sait pas encore très bien comment ces différents efforts s'entrelacent et interagissent pour fournir des soins plus sûrs et plus fiables. Il est difficile de combiner divers flux de données, ce qui rend difficile le développement de programmes durables à l'échelle du système, axés sur les dommages et les erreurs toutes causes confondues.

Le *Framework for Safe, Reliable, and Effective Care* fournit aux organisations de soins de santé de la clarté et une orientation sur les principales composantes stratégiques, cliniques et opérationnelles impliquées dans l'atteinte d'une excellence opérationnelle sûre et fiable. Il comprend deux domaines fondamentaux — la culture et le système d'apprentissage — ainsi que neuf composantes interdépendantes : leadership, sécurité psychologique, responsabilité, travail d'équipe et communication, négociation, transparence, fiabilité, amélioration et mesure, et formation continue.

Le cadre sert à plusieurs fins. Premièrement, les organisations peuvent l'utiliser comme feuille de route pour les guider dans l'application des principes qu'il contient. Deuxièmement, elles peuvent l'utiliser comme outil de diagnostic pour déterminer dans quelle mesure (ou même si) elles planchent sur les différentes composantes du cadre.

En utilisant ce cadre, les organisations peuvent, au fil du temps, améliorer la sécurité, la fiabilité et l'efficacité des soins qu'elles dispensent. Toutefois, la refonte d'un système de soins est compliquée et ne peut être précipitée. Bien que le cadre puisse aider un système de santé à organiser ses efforts pour mettre en place des systèmes de soins sûrs et fiables, et à s'assurer qu'il poursuit les éléments clés nécessaires pour réussir en permanence, il est essentiel que les organisations allouent le temps et les ressources nécessaires pour effectuer le travail. En outre, elles doivent évaluer leurs performances actuelles par rapport aux différents domaines et composantes : travaillent-elles actuellement à la mise en œuvre de certains aspects du cadre ? Dans quelle mesure ont-elles progressé ? Qu'est-ce qui fonctionne ? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas ? Etablir ce benchmark permet à l'organisation de voir plus clairement où elle doit concentrer son attention et ses efforts.

Contexte

Au fil de son évolution, le *Framework for Safe, Reliable, and Effective Care* a été une collaboration entre des experts en la matière à l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) et le Safe & Reliable Healthcare (SRH). Les composantes du cadre ont émergé comme faisant partie du travail collectif pour développer le curriculum pour le Patient Safety Executive Development Program de l'IHI, qui enseigne les concepts et stratégies que le « Patient Safety Officer » doit connaître.^{1,2}

Sur la base d'analyses approfondies de nombreux environnements de travail très performants, proactifs et génératifs, l'IHI et la SSR ont continuellement affiné les idées contenues dans le cadre et, au fil du temps, ont observé qu'il donne des résultats positifs. Chaque organisation de soins de santé sûre et fiable que l'équipe a rencontrée applique la plupart — sinon la totalité — des composantes du cadre. Bien qu'initialement axé sur les établissements de soins aigus, le cadre a évolué pour être plus largement applicable dans n'importe quel contexte — les soins aigus, les soins ambulatoires, les soins à domicile, les soins de longue durée et dans la communauté. Comme tout bon modèle, le cadre continue d'évoluer à mesure que les organisations donnent leur avis en se basant sur leurs propres expériences.

Le but de ce White Paper est d'expliquer le cadre, de décrire chaque domaine et ses composantes plus en détail, et de proposer des définitions, des stratégies et des exemples réels pour aider les organisations à comprendre entièrement chaque facette et à se mettre au travail. Il existe divers outils et méthodes que les organisations doivent mettre en place pour soutenir des soins sûrs, fiables et efficaces, dont beaucoup sont mentionnés tout au long du papier. Ce n'est toutefois pas le but de ce papier de couvrir tous ces aspects. Consultez l'Annexe pour plus d'informations sur les méthodes et outils sélectionnés.

Les domaines prédominants : La culture et le système d'apprentissage

Le cadre repose sur deux domaines essentiels et interdépendants : la culture et le système d'apprentissage. Dans ce contexte, la culture est le produit de valeurs, d'attitudes, de compétences et de comportements individuels et collectifs qui forment une base solide sur laquelle bâtir un système d'apprentissage.

Un système d'apprentissage se caractérise par sa capacité à s'auto-évaluer et à identifier les forces et les défauts, à la fois en temps réel et à intervalles périodiques. Dans les soins de santé, cela implique que les dirigeants soulignent l'importance d'une remise en question permanente pour évaluer les performances. Cela implique d'organiser de manière systématiques des réunions d'équipe comme des briefings et des débriefings caractérisés par l'auto-évaluation. Les systèmes d'apprentissage identifient les défaillances et agissent en conséquence ; ils récompensent la proactivité plutôt que la réactivité. L'apprentissage et une culture saine se renforcent mutuellement en identifiant et en résolvant les événements indésirables cliniques, culturelles et opérationnelles. En appliquant efficacement la science de l'amélioration, les organisations peuvent identifier la voie qu'elles ont à suivre dans de nombreuses composantes culturelles du cadre.

Les figures 1 et 2 facilitent la compréhension du cadre de manière globale. Les figures décrivent le cadre comme un modèle circulaire où chaque composante se verrouille avec les autres. Cela renforce l'idée que toutes les parties sont interconnectées et interdépendantes, et la réussite dans un domaine est fondée sur la réussite dans un autre. Le cadre aide à donner du sens aux travaux antérieurs d'une organisation sur la sécurité, en mettant en évidence à la fois les points forts et les lacunes.

Au cœur du cadre, on trouve l'engagement des patients et de leurs familles — c'est-à-dire que tous les efforts impliqués dans l'exécution du cadre devraient être au service de l'obtention des meilleurs résultats pour les patients et les familles dans le continuum de soins.

Figure 1. Cadre pour des soins sûrs, fiables et efficaces

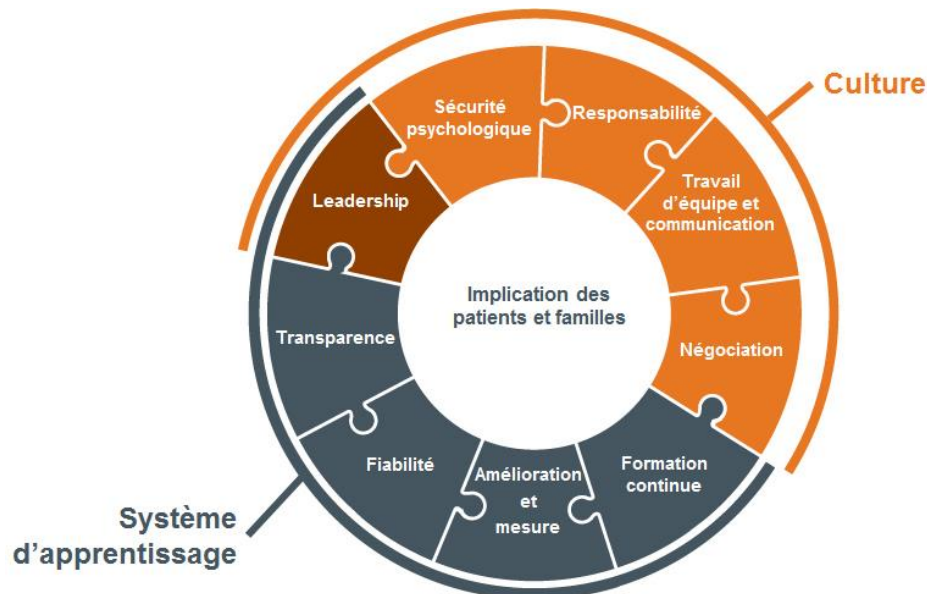
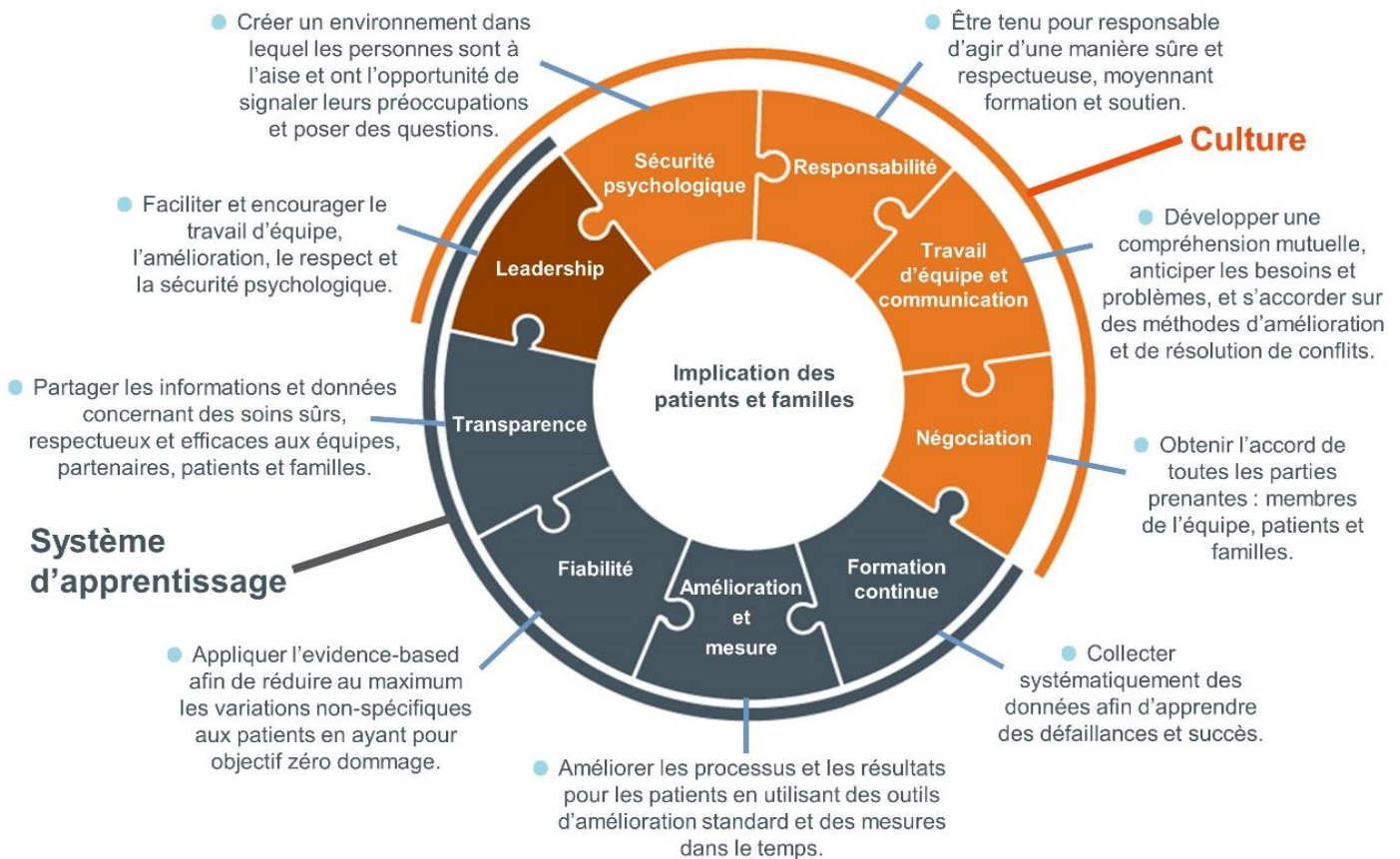


Figure 2. Cadre pour des soins sûrs, fiables et efficaces – avec une description détaillée des composantes



Étant donné que les domaines de la culture et du système d'apprentissage sont tous deux fondamentaux pour le cadre, cela peut être difficile de savoir par où commencer. C'est en quelque sorte un problème de la poule et de l'œuf : les organisations doivent avoir la culture pour pouvoir travailler sur l'apprentissage, et doivent travailler sur l'apprentissage pour changer la culture. En fin de compte, il n'y a pas de point de départ idéal ; commencer par l'un ou l'autre domaine se justifie.

Ce White Paper commence par décrire d'abord les composantes de la culture puis celles du système d'apprentissage. Cependant, les lecteurs doivent garder à l'esprit qu'il existe des synergies entre les deux domaines et, dans de nombreux cas, les organisations travailleront simultanément sur plusieurs composantes, couvrant les deux domaines. L'objectif final est d'avoir toutes les composantes en place et de travailler ensemble pour former un système fiable qui fournit constamment des soins sûrs, fiables et efficaces aux patients.

Les composantes de la culture

Comme le montre la figure 1, le cadre comprend quatre composantes culturelles (sécurité psychologique, responsabilité, travail d'équipe et communication, ainsi que négociation) en plus d'une composante partagée (leadership) qui relève des deux domaines (culture et système d'apprentissage). Ci-dessous, nous examinons attentivement chacune de ces composantes culturelles, en fournissant une définition et des étapes de mise en œuvre des idées dans la pratique quotidienne.

Le leadership

La fonction principale des leaders en soins de santé est d'influencer leurs « followers » pour qu'ils développent des comportements, des habitudes, des processus et des technologies qui se traduisent par des performances exceptionnelles, en constante amélioration. Dans le cadre, les leaders ne sont pas identifiés par leur position ou leur rang ; ils existent à tous les niveaux et dans tous les groupes, y compris les patients et leurs familles. En fait, le cadre est indifférent aux titres de leadership : il reconnaît tacitement que les hauts dirigeants élaborent une stratégie ou créent un alignement ; les cadres de niveau intermédiaire font principalement de la gestion ; et les professionnels de santé chefs se concentrent sur le travail clinique de leur personnel. Ces différents attributs sont essentiels à chaque rôle de leadership spécifique. Toutefois, le cadre indique qu'il existe des attentes similaires à l'égard de chaque poste de direction, quel que soit le rôle.

Le cadre exige que tous les leaders formels et informels s'engagent à atteindre une excellence opérationnelle sûre, fiable et efficace. Fondamentalement, les leaders ont quatre responsabilités principales :

- **Veiller au système d'apprentissage** : S'engager pleinement dans le travail d'auto-évaluation qui mène à la transparence ; comprendre et appliquer la science de l'amélioration, la science de la fiabilité et la formation continue ; et inspirer ce travail dans toute l'organisation.
- **Créer une sécurité psychologique** : S'assurer que toute personne dans l'organisation, y compris les patients et les familles, puisse exprimer, en toute liberté, ses préoccupations, suggestions et idées de changement.
- **Favoriser la confiance** : Créer un environnement de respect non négociable, veiller à ce que les gens sentent que leurs opinions sont appréciées et que tout comportement négatif ou abusif soit rapidement rappelé à l'ordre.
- **Assurer l'alignement des valeurs** : Appliquer des valeurs organisationnelles à chaque décision prise, que ce soit au service de la sécurité, de l'efficacité, des soins centrés sur le patient, de la rapidité, de l'efficacité ou de l'équité.

Lorsque les leaders assument systématiquement ces responsabilités, ils ouvrent la voie à un système de culture et d'apprentissage axé sur la sécurité et la fiabilité.

Passer du concept à la réalité

Un leadership fort implique une série de comportements qui se traduisent par des actes. Par conséquent, les organisations peuvent évaluer et cultiver le leadership en vérifiant, en surveillant et en encourageant certaines actions.

Les questions suivantes peuvent aider les organisations à évaluer le paysage actuel du leadership et à identifier des opportunités d'amélioration :

- De quelles manières l'organisation forme-t-elle des personnes à des postes de leader ?
- Avec quelle efficacité l'organisation poursuit-elle la planification de la relève ?
- Combien de temps et d'énergie les hauts dirigeants et le Conseil d'administration consacrent-ils aux sujets de qualité et de sécurité lors des réunions du CA ? (Le temps

recommandé est d'environ 25%³.) Les questions de sécurité et de fiabilité sont-elles prioritaires dans l'ordre du jour de la réunion ?

- Les dirigeants ont-ils au moins une compréhension tacite du cadre et de ses composantes, ainsi que de leurs rôles en tant que dirigeants ?
- Les dirigeants sont-ils déterminés à examiner les tableaux de bord qui documentent les problèmes rencontrés par les gens et ce qui est fait pour les résoudre ? (Pour plus d'informations sur les tableaux de bord ou les tableaux blancs, consultez la section Transparence ci-dessous.)
- Les dirigeants, à tous les niveaux, fixent-ils des objectifs clairs qui sont réalisables ? Tout le monde sait-il comment il peut contribuer à l'objectif global de l'organisation ?

Les enquêtes relatives à la culture de l'organisation sont particulièrement utiles dans la mesure où elles peuvent fournir des informations sur le leadership et les perceptions du personnel. Les éléments à rechercher dans les enquêtes culturelles sont notamment de savoir si le personnel ressent qu'il est coaché par des leaders, s'il existe une perception selon laquelle les valeurs des hauts dirigeants s'alignent sur les valeurs organisationnelles énoncées et si ces valeurs se manifestent dans les actions des dirigeants.

Les dirigeants doivent également être accessibles, écouter plus qu'ils ne parlent et répondre aux préoccupations. Des communications internes doivent exister au sein des organisations qui relient les réponses des dirigeants aux préoccupations des prestataires de première ligne, garantissant essentiellement que le personnel ait le sentiment que sa voix est entendue. Ce feedback est essentiel car des études ont montré que lorsque les dirigeants parlent avec leurs employés et répondent par un feedback et des actions, les employés sentent que leur voix est entendue et les scores d'implication augmentent de 20 à 50%, y compris les scores qui mesurent l'efficacité du leadership. Cependant, lorsque les dirigeants écoutent mais ne répondent pas, ou que les réponses ne sont pas connues du personnel de première ligne, les scores d'implication et les perceptions de l'efficacité du leadership chutent de 10 à 20%, selon les résultats de SCORE 2016.⁴

Sécurité psychologique

Ce concept a vu le jour avec le livre de James Reason, *Managing the Risks of Organizational Accidents*,⁵ et a gagné en popularité avec Amy Edmondson dans ses écrits initiaux et dans son livre, *Teaming*.⁶ Bien qu'ils soient familièrement considérés comme « je peux exprimer mes préoccupations » (« Speak Up »), les éléments spécifiques de la sécurité psychologique sont beaucoup plus nuancés et comportent les quatre caractéristiques suivantes :⁶

- Tout le monde peut poser des questions sans paraître idiot.
- Tout le monde peut demander un feedback sans paraître incompetent.
- Tout le monde peut être critique tout en étant respectueux, sans apparaître négatif.
- Tout le monde peut suggérer des idées innovantes sans être considéré comme perturbateur.

Chaque caractéristique apparaît à différents endroits et à différents moments dans les environnements de travail et est soutenue par différentes activités. Par exemple, poser des questions sans avoir l'air stupide est lié à l'apprentissage en milieu clinique, tandis que demander

un feedback sans paraître incompetent est un élément majeur de la relation du personnel de première ligne avec la personne à qui il rapporte.

Malheureusement, de nombreux environnements sociaux courants, même dans nos écoles ou avec la famille et les amis, renforcent le contraire de la sécurité psychologique et ne soutiennent pas la valeur du fait de poser des questions, de solliciter un feedback ou de suggérer des innovations. Un environnement de sécurité psychologique rompt le cycle ; de telles activités sont non seulement bienvenues mais aussi attendues.

Passer du concept à la réalité

Atteindre la sécurité psychologique nécessite une hiérarchie horizontale et un solide système d'apprentissage qui crée un environnement dans lequel les gens peuvent sans problème émettre des suggestions, même des idées quelque peu bizarres qui pourraient ne pas convenir sur le moment, mais que d'autres peuvent façonner pour être utiles. Les leaders, dans un rôle de coach, doivent être des modèles pour appliquer judicieusement l'apprentissage et le jugement, et admettre leurs propres échecs et erreurs. Ces types de coaching et de feedback sont les principaux mécanismes permettant d'atteindre la sécurité psychologique. Des entretiens individuels réguliers avec le personnel offrent un cadre privilégié pour ce travail. Les gestionnaires devraient rencontrer individuellement les personnes qui travaillent pour eux — au moins 10 minutes par mois — et poser des questions pointues, telles que :

- Qu'est-ce qui fonctionne bien ?
- Qu'est-ce qui ne fonctionne pas bien, rendant la tâche difficile ?
- Que pensez-vous de la manière dont je gère l'environnement ?
- Qui sont les personnes à mettre en avant pour leur excellent travail ?
- Quelles suggestions d'amélioration avez-vous ?

Comme mentionné précédemment, il est essentiel de répondre aux commentaires. Les membres du personnel doivent voir que leurs préoccupations et leurs commentaires sont entendus et pris en compte.

En plus des entretiens individuels, les dirigeants devraient tenir des « huddles » — de brèves réunions au cours desquelles les groupes se réunissent pour partager rapidement des informations et où les gens sont encouragés à prendre la parole. Avant le premier huddle, un leader peut vouloir demander à des personnes spécifiques de soulever des problèmes afin que les autres membres de l'équipe puissent voir qu'il n'y a aucun problème à suggérer des idées et à formuler des critiques constructives. Une fois que les membres de l'équipe auront compris que le feedback et les commentaires sont les bienvenus, cela deviendra plus naturel.

Pour jeter les bases de la sécurité psychologique, les organisations doivent clairement faire savoir à tout le personnel et aux dirigeants qu'il s'agit d'une attente et un objectif en soi. Chacun doit créer et soutenir la sécurité psychologique dans le cadre de son travail. Le personnel de première ligne ne se rend peut-être pas compte qu'il devrait s'y attendre et ne surveille donc pas ces comportements de soutien chez ses leaders et ses collègues.

Responsabilité

Cette composante du cadre souligne l'importance de tenir les gens responsables de leurs actions, mais pas des défaillances dans les processus ou les systèmes. Chaque individu est responsable envers les autres d'agir d'une manière qui incarne les valeurs organisationnelles, et chaque individu est responsable en tant que membre de l'équipe d'être engagé, autogéré, compétent et courageux.⁷ En retour, l'organisation est responsable de traiter les individus de manière juste et équitable « lorsque les choses tournent mal ».⁸

Le concept d'une culture juste et équitable nécessite un algorithme simple et précis qui favorise un environnement dans lequel les membres du personnel acceptent la responsabilité de leurs propres actions, mais savent que l'organisation les traitera équitablement et ne les pénalisera pas pour quelque-chose qu'ils n'ont pas de leur responsabilité. L'algorithme, ainsi que les politiques et pratiques qui le manifestent, doivent être pratiqués régulièrement afin d'être appliqués avec précision en cas de besoin. Cela suppose une application périodique à travers la simulation et des discussions régulières à propos de concepts utilisés dans les réunions du personnel.

La littérature présente quelques algorithmes de responsabilisation différents ; les plus connus sont l'algorithme *Just Culture* basé sur les travaux de David Marx⁹ et l'arbre de décision des incidents de James Reason.⁵ L'algorithme que nous présentons ici prend en compte les aspects des deux modèles.¹⁰

Lorsqu'un problème survient et qu'un patient subit un préjudice, évaluez les actions du membre du personnel concerné à l'aide de l'algorithme suivant :

- *Leurs actions étaient-elles malveillantes ? Avaient-ils l'intention de nuire ?*
 - Oui — Cela montre alors une activité potentiellement criminelle, et l'organisation devrait alors réagir en conséquence.
 - Non — Vous pouvez passer à la question suivante de l'évaluation.
- *Leur sensorium était-il intact ? Étaient-ils à même de penser clairement ?*

Une pensée claire est souvent affectée par des problèmes de santé, des facteurs de stress social graves tels qu'un divorce ou un enfant malade, la consommation de drogues (légal ou illégal) ou l'abus d'alcool.

 - Non — L'organisation devrait avoir recours au programme d'aide aux employés ou réprimer si besoin.
 - Oui — Vous pouvez passer à la question suivante de l'évaluation.
- *Leurs actions étaient-elles raisonnables et appropriées ?*

À ce stade, les organisations doivent utiliser le *Reason's Substitution Test* pour guider la réponse, en demandant s'il est probable que trois autres personnes dans une situation similaire avec des compétences similaires feraient la même chose. Si la réponse est oui, il s'agit probablement d'un problème systémique.

Notez cependant que ce n'est pas toujours le cas. Il arrive que des groupes entiers s'écartent d'un comportement sûr et raisonnable. À titre d'exemple, une analyse d'un surdosage d'opioïdes après l'accouchement chez une nouvelle accouchée a révélé qu'un service de maternité hospitalier de 30 obstétriciens et de 300 infirmiers avait convenu qu'un ordre

permanent raisonnable pour la douleur post-césarienne était de 2 mg de morphine, à répéter si nécessaire, jusqu'à 30 mg de morphine — une dose extrêmement élevée à administrer. En utilisant cet ordre permanent, les patientes ont reçu une dose moyenne de 17 mg de morphine. (Une modification à l'ordre permanent – à savoir que les infirmiers discutent des analgésiques avec les médecins une fois qu'une dose de 10 mg de morphine avait été administrée — a réduit la dose moyenne de morphine à 11 mg.)

Lorsque les groupes s'écartent collectivement, l'organisation doit demander à l'ensemble du groupe de réfléchir à leurs comportements, puis de recalibrer. Si une personne a été blessée suite au comportement du groupe, les personnes impliquées sont toujours responsables de leurs décisions et l'organisation doit gérer habilement l'équilibre entre la responsabilité et la sécurité psychologique. Malheureusement, des influences extérieures, telles que la loi sur les fautes professionnelles, influencent la réponse vis-à-vis de la responsabilité. Les dirigeants organisationnels doivent réfléchir en permanence à leurs valeurs lorsqu'ils sont confrontés à ces événements complexes.

- *Leurs actions étaient-elles risquées, imprudentes ou involontaires ?*

Si l'action n'était pas intentionnelle, alors, selon toute vraisemblance, on est face à un problème systémique. Si c'était risqué, cela indique des problèmes de jugement possibles. Habituellement, l'éducation ou la discussion de groupe, dans laquelle les participants conviennent de normes, peut aider. Si le comportement est imprudent, ce qui signifie que la personne a volontairement pris des risques inutiles, alors elle est coupable du comportement et doit être tenue responsable.

- *La personne a-t-elle des antécédents de comportement à risque ?*

Si une personne a été impliquée dans plusieurs événements indésirables, il est tout à fait possible qu'elle ne soit pas apte au poste qu'elle occupe. Dans ces situations, il est raisonnable que les gestionnaires évaluent la capacité de la personne à remplir son rôle. Les résultats possibles pourraient inclure la réaffectation de la personne ou son licenciement.

Passer du concept à la réalité

Qu'une organisation choisisse d'utiliser l'algorithme décrit ci-dessus ou un autre algorithme de responsabilité, les politiques et pratiques qui reflètent l'algorithme doivent être mises en œuvre et partagées avec tous les membres de l'organisation, établissant l'attente partagée que l'algorithme doit être suivi en cas d'événements indésirables.

L'organisation doit impliquer tout le personnel dans des simulations régulières, évaluer les cas où les choses ne se passent pas bien, pour aider le personnel à adopter le comportement souhaité afin qu'il soit appliqué précisément en cas de besoin et devienne la norme. Au moins deux fois par an, convoquez les cadres intermédiaires pour examiner ensemble un exemple de cas, réel ou simulé, à l'aide de l'algorithme. Après cette simulation, les cadres intermédiaires devraient ensuite examiner le cas lors de leurs réunions mensuelles avec le personnel de première ligne. Ce faisant, les organisations peuvent garantir qu'un seul ensemble de règles est utilisé au sein de l'organisation et appliqué à tous de façon identique.

Travail d'équipe et de communication

Des équipes efficaces élaborent des normes de conduite qui amènent à une compréhension commune, qui anticipent les besoins et les problèmes, et qui utilisent des méthodes convenues pour gérer les

situations — y compris les situations conflictuelles. Les équipes qui s’y attèlent affichent un haut degré de travail en équipe et une communication solide.

Les caractéristiques d’une équipe solide comprennent la collaboration pour planifier, débrief, communiquer clairement et gérer les risques. Cela s’applique à tous les types d’équipes, qu’il s’agisse d’une équipe chirurgicale en salle d’opération ou d’un groupe d’infirmières spécialisées en santé communautaire qui travaillent pour la même organisation de soins à domicile.

- **Anticipez :** Prenez le temps — même brièvement, par exemple, lors d’un briefing sur la sécurité ou d’un time out chirurgical — pour définir les prochaines étapes, parler des risques potentiels et convenir d’un procédé qui gère le mieux les risques, la sécurité et l’efficacité.
- **Débriefez :** Utilisez les débriefings d’équipe pour évaluer ce qui a bien fonctionné et ce qui n’a pas bien fonctionné, afin d’identifier les domaines susceptibles d’être améliorés. Des équipes vraiment solides évaluent non seulement les activités cliniques et opérationnelles, mais aussi les activités culturelles. Le groupe a-t-il bien agi en équipe ? Tout le monde connaissait-il le plan ? La sécurité psychologique était-elle assurée ?
- **Communiquez clairement :** Les équipes performantes utilisent une communication structurée dans laquelle elles partagent de manière cohérente, succincte et respectueuse les informations critiques. Un bon exemple est le SAED^{11,12}, (Situation, Antécédents, Évaluation et Demande ou encore SBAR, Situation, Background, Assessment, Recommendation), que les membres de l’équipe peuvent utiliser pour communiquer rapidement un ensemble complet de faits sur la base desquels les membres de l’équipe peuvent prendre des décisions. Le check-back¹² est un autre outil de communication structuré pour réconcilier la transmission et la réception d’informations, dans lequel la personne qui entend le message répète ce qu’elle a entendu pour éviter les malentendus et encourager la précision.
- **Gérez le risque :** Dans certains moments critiques, les équipes peuvent utiliser un mot ou une expression désigné qui indique qu’il y a un risque perçu et qui donne à l’équipe la permission d’arrêter ce qu’elle fait et de faire le point sur la situation. Il se peut que l’équipe ne suive pas le plan convenu ou que la dynamique de la situation ait changé. Cela peut se produire lorsqu’un membre de l’équipe ne comprend plus ce que le groupe fait par rapport au plan ou lorsqu’il perçoit un risque accru.

Par exemple, lorsque le chirurgien général effectuant une cholécystectomie laparoscopique difficile a passé 30 minutes à essayer inefficacement d’identifier le canal biliaire commun au milieu du tissu cicatriciel entourant la vésicule biliaire, et que la frustration est évidente, une infirmière expérimentée ou un anesthésiste pourrait suggérer un aide et un autre regard sur le problème. Aujourd’hui, dans la plupart des salles d’opération, cela serait perçu comme une intrusion et un affront à la compétence du chirurgien. La réalité est que tout le monde court un risque de répartition des tâches fixes et peut bénéficier des nombreuses perspectives qu’offre une équipe multidisciplinaire.

Dans une culture qui englobe le travail d’équipe et la communication afin de réaliser des soins sûrs, fiables et efficaces, les membres de l’équipe se donnent explicitement la permission de se tenir mutuellement responsables dans une hiérarchie horizontale. Durant chaque interaction d’équipe, les membres de l’équipe connaissent le plan et il existe une dynamique qui soutient la sécurité psychologique. Les équipes s’entendent sur des normes de conduite, et elles sont rappelées à leurs membres si nécessaire.

Selon Kelley,⁷ pour atteindre ces objectifs ambitieux mais nécessaires, les membres de l'équipe doivent être engagés, compétents, autogérés et courageux. Cela leur permet de planifier, débriefer, communiquer clairement et gérer les risques.

Passer du concept à la réalité

Dans la plupart des cas, les équipes agissent pour incarner les caractéristiques susmentionnées uniquement après une pratique régulière. Pour évaluer où se trouve une équipe dans le continuum, les hauts dirigeants doivent périodiquement aller sur le terrain et poser les questions suivantes :

- Comment se déroule un briefing de l'équipe ? Quel est le processus pour s'assurer que tout le monde de l'équipe connaît le plan ?
- Quand briefez-vous ? Comment gérez-vous le travail d'équipe avec des membres de l'équipe arrivant à des heures différentes à la suite des changements de quart ?
- Comment débrieferiez-vous ? Quelles activités réalisez-vous pour débriefer et identifier ce qui a fonctionné ou non ? Quand le faites-vous ?

Les organisations doivent définir l'attente selon laquelle les cadres intermédiaires sont responsables de l'établissement de ces normes de conduite et de comportements d'équipe, en les adaptant pour répondre aux nuances de leur environnement de travail, afin que les normes et les comportements soient perçus par les membres de l'équipe comme des aides constructives à leur travail. Si un gestionnaire ne peut ou ne veut pas assumer cette responsabilité, il est peu probable qu'il soit efficace dans ce rôle de gestion.

Négociation et gestion de conflits

Étant donné le niveau de complexité des soins de santé et la nécessité de prendre des décisions parmi des groupes de personnes intelligentes et passionnées qui ont des points de vue différents, les organisations doivent trouver des moyens de gérer avec succès les conflits et négocier en vue de parvenir à un véritable accord sur les questions importantes.

Selon Kenneth Thomas, il existe cinq sortes de négociation parmi des individus ou des groupes :¹³

- **L'évitement** : Une partie évite complètement l'interaction, laissant généralement des incertitudes et ouvrant des possibilités de nouveaux désaccords et problèmes.
- **L'ajustement** : Une partie consent à l'autre pour éviter le conflit.
- **La concurrence** : Les deux parties se battent pour être le « gagnant », comme lors de l'achat d'une voiture ou d'un autre produit dans lequel le marchandage entre en jeu. Le résultat final est la perception qu'un côté gagne alors que l'autre perd.
- **Le compromis** : Les deux parties « perdent » un peu, en concédant chacune quelque-chose afin d'obtenir un accord.
- **La collaboration** : Les deux parties travaillent ensemble pour trouver une solution mutuellement acceptable afin de maintenir la relation en cours et d'obtenir des résultats win-win. La négociation collaborative intègre également l'idée d'une pensée innovante qui conduit à trouver de nouvelles opportunités qui profitent aux deux parties.

Les équipes de soins de santé devraient s'engager à utiliser la négociation collaborative autant que possible. Il s'agit de la seule approche de négociation qui génère des solutions concrètes qui gèrent les ressources, offrent les meilleures options aux patients et préservent les relations entre les parties.

Les caractéristiques de la négociation collaborative sont l'analyse et l'auto-évaluation, qui permettent aux négociateurs de démêler les raisons sous-jacentes des positions des participants. L'analyse consiste à poser des questions simples pour mieux comprendre les besoins et les intérêts de l'autre personne. L'auto-évaluation se produit lorsque chaque participant travaille pour comprendre les souhaits qu'il met sur la table. Pendant les négociations, les deux parties devraient s'efforcer de reconnaître leurs propres émotions et de les contrôler ; lorsque les participants deviennent frustrés ou sont en colère, par exemple, ils sont moins capables de distinguer les positions des intérêts et de participer efficacement aux négociations collaboratives.

Tout au long d'une négociation, les individus doivent essayer de savoir quand leur état mental les retient du processus de négociation. Cela peut exiger que la personne s'éloigne — ce qui peut nécessiter de détourner brièvement le regard, de prendre quelques respirations ou de dire : «Je pense que nous devrions faire une pause.»

Bien que ce soit difficile, les avantages de la négociation collaborative en valent la peine. En s'engageant simultanément dans une analyse et une auto-évaluation, les participants sont plus susceptibles de trouver des idées qui répondent aux besoins des deux parties et d'identifier les aspects d'un problème qui n'avaient pas été pris en compte initialement. Cela peut déboucher sur des solutions inventives qui permettent de résoudre les problèmes dans le meilleur intérêt de chacun.

Passer du concept à la réalité

La négociation est une compétence qui nécessite une formation et qui doit être régulièrement pratiquée en se concentrant expressément sur les concepts. Sinon, les participants qui sont en désaccord sont beaucoup plus susceptibles de succomber à des interactions moins efficaces ou satisfaisantes. Les organisations devraient envisager de renforcer la sensibilisation continue à la négociation collaborative et à ses diverses composantes dans le cadre de briefings et de time out chirurgicaux. Les membres audacieux de l'équipe adopteront cette idée et la présence d'une sécurité psychologique jette les bases pour qu'une telle négociation puisse avoir lieu.

Les composantes du système d'apprentissage

Comme le domaine de la culture, le domaine du système d'apprentissage comprend quatre composantes (transparence, fiabilité, amélioration et mesure ainsi que la formation continue), en plus de la composante partagée du leadership. Vous trouverez ci-dessous une discussion de chacune de ces composantes, ainsi que des étapes pour les implémenter dans la pratique quotidienne.

Le leadership

Comme dans le domaine de la culture, les dirigeants jouent un rôle essentiel en soutenant un système d'apprentissage solide. Ils servent de gardiens du système d'apprentissage, ce qui signifie

qu'ils doivent comprendre, encourager et appliquer pleinement les concepts d'amélioration, de fiabilité et de formation continue. Grâce à une auto-évaluation régulière, ils encouragent la transparence à tous les niveaux et inspirent l'apprentissage dans leurs domaines de responsabilité et dans l'ensemble de l'organisation.

Transparence

Dans l'ensemble, la transparence opérationnelle existe lorsque les dirigeants, le personnel, les patients et leurs familles, les organisations et la communauté sont en mesure de voir clairement les activités impliquées dans le processus d'apprentissage. Dans les organisations transparentes, il est clairement établi la façon dont les entités prennent des décisions et suivent la performance, et elles ont le courage d'afficher leur travail ouvertement.

Lorsqu'elle est utilisée pour décrire l'interaction entre les personnes, les groupes et les communautés, la transparence implique l'ouverture, la communication et la responsabilité. Cela se manifeste différemment selon le contexte, mais toujours dans un souci de transparence opérationnelle :¹⁴

- **La transparence parmi les cliniciens** existe lorsqu'ils n'ont pas peur d'émettre des suggestions, de pointer des problèmes ou de donner un feedback.
- **La transparence avec les patients**, spécifiquement après un événement indésirable, implique de décrire clairement ce qui s'est passé et ce qui est fait pour éviter que cela ne se représente.
- **La transparence parmi les organisations** inclut le partage des bonnes pratiques et l'application des leçons tirées du passé.
- **La transparence avec la communauté** requiert de partager des informations solides de sorte que les patients puissent prendre des décisions éclairées et accéder facilement aux soins dont ils ont besoin.

Les tableaux de bord — des tableaux blancs numériques ou analogiques utilisés pour afficher visuellement les processus clé, les mesures et les tests d'amélioration au niveau de l'unité — sont essentiels pour promouvoir la transparence opérationnelle parce qu'ils offrent aux gens un moyen d'observer le processus d'apprentissage en action. Les conseils d'apprentissage dirigent le personnel vers des processus ou des activités spécifiques qui contribueront non seulement à la réussite opérationnelle, mais aussi à l'amélioration de l'apprentissage. Ils informent également l'équipe de qui est responsable des différentes parties d'une tâche. Les équipes de première ligne doivent avoir l'expertise nécessaire pour interagir avec les différents comités existants et le Conseil d'administration afin de comprendre quelles parties d'un processus fonctionnent de manière fiable et lesquelles ne le sont pas. Les organisations et les gestionnaires doivent apprendre à configurer les informations sur ces tableaux afin qu'ils intéressent les prestataires de première ligne.

Le fonctionnement d'un tableau de bord peut être mieux compris s'il est appliqué à un exemple réel, tel que travailler pour réduire l'infection du site opératoire en améliorant la fiabilité des pratiques péri-opératoires. Un tableau de bord met en évidence certaines étapes clé — et les mesures de celles-ci — qui sont connues pour influencer l'infection chirurgicale : s'assurer que les antibiotiques sont administrés de manière appropriée et à temps, si nécessaire ; s'assurer que les patients ont une température normale lorsqu'ils arrivent en salle de réveil ; et veiller à ce que la glycémie des patients soit gérée de manière appropriée en per-opératoire. Chaque jour, les anesthésistes, les chirurgiens et les infirmières doivent donner les bons antibiotiques aux bons

patients au bon moment, garder les patients au chaud et surveiller et gérer les glycémies des patients diabétiques. Un tableau de bord robuste montre à quel point ces processus sont – et ont été – fructueux au fil du temps. Un bon tableau de bord affiche également les améliorations testées dans la salle d’opération, avec un historique visuel et facilement compréhensible qui relie les tests aux mesures, générant un aperçu des actions qui ont influencé les mesures. Le Conseil d’administration doit également lier la performance de chaque processus aux objectifs généraux – dans ce cas, relier l’administration d’antibiotiques, la normothermie péri-opératoire et la gestion de la glycémie au taux d’infection du site chirurgical des services péri-opératoires.

Un autre exemple de la façon dont les tableaux de bord pourraient être utilisés dans un milieu communautaire est de mettre en évidence les efforts déployés pour réduire les réadmissions à l’hôpital inutiles. C’est un problème aux fondements complexes. Cependant, certains déterminants très réels et essentiels de la réadmission, dans de nombreuses collectivités, comprennent la question de savoir si les patients ont accès à une pharmacie locale, s’ils ont l’argent pour acheter les médicaments appropriés, ou encore s’ils prennent ces médicaments comme indiqué. D’autres facteurs sont spécifiques aux diagnostics – par exemple, si les patients souffrant d’insuffisance cardiaque se pèsent tous les jours. Les mesures de l’efficacité avec laquelle les travailleurs sociaux et le personnel de santé communautaire évaluent et gèrent ces facteurs peuvent alimenter les tableaux de bord pour informer des groupes de cliniciens de l’efficacité du soutien apporté aux sous-groupes de patients particulièrement vulnérables.

Passer du concept à la réalité

L’utilisation de tableaux de bord devrait faire partie intégrante du travail quotidien. Les dirigeants et leaders devraient définir les attentes selon lesquelles les gestionnaires créeront des tableaux de bord pour mettre en évidence et communiquer sur les activités en cours et le travail dans leurs domaines. À cette fin, les organisations devraient former des gestionnaires sur la façon de créer, d’utiliser et de réagir aux informations fournies par les tableaux de bord.

Les cadres supérieurs devraient visiter régulièrement les lieux de travail pour discuter des composantes du système d’apprentissage du cadre proposé dans le document devant des tableaux de bord. Au cours de ces visites, les prestataires de première ligne et les cadres auraient la possibilité de décrire le tableau de bord, y compris les objectifs généraux, les tests des changements pour atteindre ces objectifs et les mesures de la performance actuelle. Les cadres supérieurs, à travers le coaching dans ces sessions, peuvent également mettre en évidence l’importance de l’auto-évaluation et de l’identification des défaillances du systèmes et de les remonter.

Fiabilité

La fiabilité est la capacité d’un système à produire avec succès un produit selon les spécifications à plusieurs reprises. Dans le cas des soins de santé, ce produit est un soin sûr, efficace et centré sur la personne. Le défi de la fiabilité des soins de santé est la complexité des processus, qui dépendent fortement des êtres humains et de leurs interactions. La vigilance et l’exhortation sont inadéquates pour contrer les faiblesses humaines, et parfois, il arrive que de bonnes personnes se trompent et les conséquences peuvent être désastreuses. Les organisations les meilleures conçoivent des systèmes qui tirent parti des forces intrinsèques de chacun et soutiennent leurs faiblesses inhérentes, ce qui augmente les chances de performances fiables. Les organisations médiocres, en comparaison, supposent que la vigilance et les forces intrinsèques surmontent la fiabilité humaine et les faiblesses intrinsèques personnelles et organisationnelles.

Pour atteindre des niveaux de fiabilité élevés entre les processus et les systèmes, les organisations doivent appliquer les meilleures preuves et minimiser les variations non spécifiques au patient, dans le but de garantir un fonctionnement sans défaillance dans la durée. C'est précisément la science de la fiabilité.

Il existe quatre principes de base pour rendre les systèmes et les processus plus sûrs :¹⁵

- **Standardiser** : Cela implique de concevoir des processus pour que les gens fassent la même chose de la même manière à chaque fois. La normalisation facilite la formation des personnes sur les processus, et on sait mieux si les processus échouent et où ils échouent, ce qui permet à l'organisation de mieux cibler les améliorations.
- **Simplifier** : Plus un élément est complexe, moins il a de chances de réussir car il y a plus d'occasions de faire des erreurs et le personnel peut éviter de suivre des processus trop difficiles ou trop longs. Cependant, des processus simplifiés permettent aux gens d'agir correctement.
- **Réduire l'autonomie** : Les professionnels de la santé ont toujours été autonomes, prenant des décisions en fonction de leurs préférences personnelles ou d'une croyance individualisée dans leur perspective. Cependant, cela peut entraîner des variations dans les soins prodigués et des résultats moins cohérents. Pour atteindre une plus grande fiabilité, les organisations doivent définir l'attente selon laquelle les soins prodigués suivent les meilleures pratiques fondées sur des preuves, sauf contre-indication pour des patients spécifiques.
- **Souligner les écarts de pratique** : Les cliniciens ont parfois de bonnes raisons de s'écarter des processus standardisés. Les organisations de soins de santé intelligentes créent des environnements dans lesquels les cliniciens peuvent appliquer intelligemment leur expertise et s'écarter des protocoles si nécessaire, mais aussi repérer constamment les écarts afin de les analyser. Une fois analysées, les nouvelles perspectives peuvent conduire à éduquer les cliniciens ou à modifier le protocole. Les deux se traduisent par une plus grande fiabilité.

En cas de contre-indications, les professionnels de la santé doivent documenter les raisons pour lesquelles il est nécessaire de s'écarter des pratiques de soins standard, afin que l'organisation puisse apprendre et déterminer si le processus doit être modifié. Par exemple, pour les patients ventilés, il est prouvé que la tête du lit doit être élevée entre 30 et 45 degrés. Pour la plupart des patients, c'est la bonne chose à faire. Cependant, certaines personnes, en raison de leur état de santé ou de caractéristiques qui leur sont propres, ne bénéficieront pas d'une tête de lit surélevée. Dans ces cas, il est acceptable de s'écarter des meilleures pratiques, à condition que l'équipe de traitement du patient ait bien pris en compte les soins fondés sur des preuves et documenté les raisons pour lesquelles ils choisissent de suivre une autre méthode.

Pour la plupart des conditions et situations cliniques, il existe des soins fondés sur des preuves que les patients devraient recevoir à chaque fois, sauf contre-indication. Lorsque les preuves ne dictent pas un trajet de soins spécifique, les cliniciens doivent travailler ensemble pour identifier le trajet de soins le plus simple et le plus fiable et accepter de se conformer aux décisions du groupe. Ce faisant, ils simplifient le parcours de soins, permettant aux organisations d'être plus efficaces et de rendre les soins plus fiables. À mesure que de nouvelles preuves se développent, les trajets de soins doivent être revus périodiquement pour s'assurer que les pratiques de soins convenues restent pertinentes.

Passer du concept à la réalité

La fiabilité n'arrive pas par hasard ; elle doit être planifiée. Cela implique d'appliquer les principes de fiabilité — méthodes d'évaluation, de calcul et d'amélioration de la fiabilité globale d'un système complexe — à chaque processus ou système qui doit être amélioré.

Pour commencer, les équipes peuvent utiliser des diagrammes de flux (*flowcharts*) de haut niveau pour visualiser le processus ou le système actuel. Ensuite, cibler un segment ou un sous-ensemble de la population de patients et travailler à améliorer la fiabilité des soins pour ce groupe. Une fois que des soins fiables peuvent être dispensés de manière cohérente pour cette population, les populations plus complexes peuvent être traitées.

Les organisations doivent viser le plus haut niveau de fiabilité possible pour chaque processus. Dans certaines circonstances, il faut impérativement viser les 100% — par exemple, pour éviter un mauvais site chirurgical ou une erreur dans l'administration d'une poche de sang. Cependant, dans certaines situations que nous appelons processus non catastrophiques (c'est-à-dire que le patient ne subira pas de dommages dans les prochaines heures), une fiabilité de 95% est parfaitement acceptable car atteindre les derniers 5% nécessite un gros investissement en temps et ressources, et vu le rapport coût-bénéfice, ce n'est pas réalisable. Dans de tels cas, assurez-vous que d'autres processus sont en place pour identifier et corriger ces manquements.

Au fur et à mesure que le travail progresse, l'équipe doit surveiller en permanence le processus, vérifier s'il donne les résultats escomptés. À ce stade, l'équipe doit s'assurer que la fiabilité s'étend à tous les aspects du processus — non seulement si le processus se déroule de manière fiable, mais également si les résultats souhaités sont conformes aux objectifs. Si le processus ne génère pas les résultats souhaités ou si les performances commencent à décroître au fil du temps, alors l'équipe doit revoir le processus et identifier et traiter les causes profondes.

Prenez par exemple le transfert de patients d'un service d'urgence vers un service hospitalier. Le service d'urgence peut faire un excellent travail en évaluant le patient et en identifiant qu'il doit être admis à l'hôpital. Le personnel de l'unité pourrait faire un excellent travail de prise en charge du patient une fois admis. Cependant, si le temps de transfert est prolongé et que le patient languit dans un couloir pendant des heures sans définir si le service d'urgence ou l'unité est responsable de ses soins, le système n'est pas aussi fiable qu'il devrait l'être.

Tout comme la fiabilité doit être planifiée, elle doit également être encouragée et entretenue. Le leadership doit contribuer à donner au personnel le temps, l'espace et la formation nécessaires pour appliquer des méthodes et des outils d'amélioration afin de créer des processus fiables. Fournir plus de formation clinique et d'éducation ou demander au personnel de travailler plus dur ou d'être plus vigilant sans créer également l'environnement qui rend tout cela possible, n'entraînera pas de meilleurs résultats. Le personnel doit également renforcer ses capacités et ses compétences en matière d'amélioration et obtenir un coaching sur l'application de ces compétences dans son travail quotidien pour dispenser des soins plus sûrs et plus fiables. Les dirigeants doivent également garantir la sécurité psychologique, afin que le personnel se sente à l'aise pour proposer des idées sur la mise au point de processus plus fiables.

Prenons l'exemple d'un hôpital où un membre du personnel suggère, au cours d'une réunion d'équipe de cadres, que le bilan comparatif des médicaments (la réconciliation médicamenteuse) n'est pas à un niveau de fiabilité élevé, car le processus actuel ne porte pas ses fruits pour tous les patients. Lorsque les gens arrivent au service des urgences, par exemple, les médecins et les infirmières sont occupés et peuvent commencer le traitement avant d'avoir une liste complète des

médicaments. En revanche, les patients devant subir une chirurgie électorive ont presque toujours une liste complète. Dans le cadre de la chirurgie électorive, l'équipe de soins a le temps de discuter des médicaments avec le patient avant la procédure et il existe un plan de back-up qui prévoit que l'anesthésiste revoie la liste des médicaments du patient juste avant la chirurgie. Si la liste n'est pas complète ou disponible, l'anesthésiste et les infirmières en préopératoire prennent des mesures pour y remédier. Aux urgences, il n'y a pas beaucoup de temps pour avoir recours à un plan de back-up.

L'équipe analyse les deux situations et détermine que le processus pour les patients programmés pour une chirurgie électorive ne fonctionne pas pour les patients aux urgences. Cependant, certains aspects de l'évaluation préopératoire peuvent être testés aux urgences. Un plan de back-up est mis en place pour que le personnel examine la liste des médicaments du patient dans l'unité d'hospitalisation, en utilisant certaines des techniques appliquées par les anesthésistes dans le domaine de la chirurgie électorive. La fiabilité est améliorée, rendue possible par la sécurité psychologique qui permet à un membre de l'équipe de s'exprimer, et parce qu'il est possible de réfléchir sur les activités en cours et de diffuser les meilleures pratiques.

Prenons un autre exemple dans lequel, lors des visites de leaders et dirigeants, les membres du personnel signalent qu'ils ont du mal à s'assurer que tous les patients éligibles reçoivent leur vaccin contre le pneumocoque avant leur sortie. Le cadre demande quels processus sont en place. Les membres du personnel répondent qu'ils ont testé et mis en œuvre un processus standardisé où, la veille de la sortie, tous les patients sont évalués pour déterminer s'ils répondent aux critères pour bénéficier du vaccin. Les médecins ont accepté un protocole standard pour que les infirmières administrent le vaccin si un patient répond aux critères. Selon le processus standardisé, cette responsabilité incombe à l'infirmière qui s'occupe du patient la veille de sa sortie. Cependant, en raison des changements de personnel, d'une sortie parfois anticipée ou du manque de vaccins disponibles dans le service, les patients sont parfois renvoyés chez eux sans avoir reçu le vaccin.

Le leader demande au personnel des suggestions sur la façon d'améliorer le processus. Étant donné que le processus initial a été normalisé et fonctionne bien dans environ 80% des cas, le personnel suggère de mettre en œuvre un plan B pour identifier tous les patients éligibles qui ne reçoivent pas le vaccin avant leur sortie.

Ils suggèrent que, dans le cadre de la communication relative à la post-hospitalisation, l'infirmière qui est en charge du patient lui demande s'il a reçu le vaccin. Si le patient répond « oui », c'est parfait. Si le patient répond « non » ou « je ne sais pas », l'infirmière lui indique qu'elle contactera le prestataire de première ligne pour l'informer que le patient aura besoin du vaccin.

Amélioration et mesures

Cette composante du cadre porte sur l'amélioration des processus de travail et des résultats pour les patients à l'aide d'outils d'amélioration standard, y compris la mesure dans le temps. Ceci implique de tirer parti de la science de l'amélioration pour développer, tester, implémenter et diffuser des changements qui aboutissent à de meilleurs résultats.

Notez que l'amélioration ne signifie pas toujours qu'il y a une défaillance. Cela pourrait simplement signifier qu'il existe une meilleure façon de faire. Parfois, des améliorations sont initiées en réponse à des défaillances cliniques, culturelles et opérationnelles, telles qu'une augmentation des infections ou une mauvaise implication des patients et du personnel. De plus en plus, cependant, les projets d'amélioration se concentrent sur la prévention des problèmes avant qu'ils ne surviennent en analysant profondément les processus de soins et les opérations.

Avant de lancer un projet d'amélioration, les organisations doivent d'abord comprendre le système qu'elles essaient d'améliorer. Il existe de nombreux outils qui peuvent rendre les étapes du processus ou du système visibles – cartographie des processus ou des diagrammes de flux, par exemple. En combinant l'apprentissage à partir des diagrammes de flux, de l'expérience utilisateur et des données, il est possible de « voir » où se produisent les manquements et d'identifier les opportunités pour améliorer le processus.

Modèle d'amélioration

Une fois les défaillances du système identifiées, une approche d'amélioration systématique comme le *Model for Improvement*¹⁶ permet aux équipes de repenser les processus et d'enregistrer des résultats qui importent pour les patients, les familles et le personnel.

Le *Model for Improvement* combine une méthodologie systématique et une connaissance liée au sujet afin de créer les améliorations souhaitées. Ce modèle est constitué de trois questions et d'un cycle *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) pour tester les changements afin d'évaluer s'ils conduisent ou non à des améliorations.

Question 1 : Que tentons-nous d'accomplir ? (Objectif)

Répondre à cette question donne à l'équipe d'amélioration une vision claire du projet. Les meilleurs énoncés d'objectif précisent dans quelle mesure l'amélioration est attendue et à quelle date – par exemple, « nous allons réduire les chutes de patients dans l'unité de soins spécialisés de 25% au cours des six prochains mois » ou « nous allons réduire le taux de thrombi chez les patients atteints de fibrillation auriculaire de 20% au cours des 12 prochains mois » ou « nous réduirons de 30% l'incidence des pneumonies à pneumocoques chez les patients de plus de 65 ans au cours des 16 prochains mois ». Un énoncé d'objectif qui est clair, concis, mesurable et limité dans le temps aide tout le monde à comprendre les objectifs du travail et le délai dans lequel il sera accompli.

Question 2 : Comment saurons-nous si un changement est bien une amélioration ? (Mesures)

Il s'agit de la composante de mesure du modèle pour l'amélioration. Au début, une équipe pourrait vouloir effectuer des mesures assez simples, en posant des questions telles que : « Le changement que nous avons mis en œuvre a-t-il généré les résultats souhaités – oui ou non ? » ou « Était-ce facile à faire – oui ou non ? ».

Au fur et à mesure que le travail d'amélioration se développe, la mesure devient plus complexe. À l'heure actuelle, les organisations veulent examiner les mesures de processus – les mesures prises pour atteindre un résultat. En fin de compte, les organisations de soins de santé cherchent à améliorer les résultats. Un résultat ne s'améliorera cependant pas sans améliorer le processus sous-jacent. Une fois qu'une organisation a un processus fiable, elle peut alors vérifier si le processus est capable de produire le résultat souhaité – les résultats réels.

Les organisations doivent également collecter et revoir les mesures d'équilibre. Ces mesures révèlent si des améliorations apportées à une partie du système ont eu un impact négatif

Model for Improvement



DEVELOPED BY ASSOCIATES IN
PROCESS IMPROVEMENT

involontaire sur d'autres parties du système. Voir le tableau 1 pour des exemples de ces trois types de mesures.

Table 1. Exemple Processus, Résultat et Mesures d'équilibre

Mesure du processus	Mesure du résultat	Mesure d'équilibre
Pourcentage de patients évalués à risque de développer un thrombus	Pourcentage de patients ayant des thrombi	Pourcentage de patients qui ont eu des hémorragies dues à une utilisation agressive d'anticoagulants
Pourcentage de patients ayant reçu le vaccin contre la pneumonie à pneumocoques	Incidence de la pneumonie à pneumocoques	Pourcentage de patients recevant le vaccin contre la pneumonie à pneumocoques qui ont eu une réaction allergique au vaccin

Les données de mesure sont affichées au fil du temps sur des run charts ou des graphiques de contrôle de processus statistique (CPS), permettant à l'équipe de voir si les modifications qu'ils testent engendrent l'effet souhaité. Ces graphiques permettent également à l'équipe de faire la distinction entre les variations de cause spéciale et commune dans le processus en cours d'amélioration.

Question 3 : Quels changement pouvons-nous apporter qui donneront lieu à une amélioration ? (Idées de changement)

Cette partie du Modèle pour l'amélioration vise à générer des idées de changement à tester. Les idées de tests peuvent venir de n'importe où. En fait, les meilleures sources sont les personnes impliquées dans le processus à améliorer, ainsi que les patients pour lesquels le processus est conçu. L'adaptation d'idées provenant d'autres organisations ou industries peut également être une méthode créative et utile pour développer la réflexion d'équipe. Les concepts de changement standard, tels que ceux proposés dans le Guide d'amélioration¹⁶ sont souvent extrêmement utiles lors de l'identification et de la mise en œuvre des changements.

Tester les changements : Cycle PDSA (Plan-Do-Study-Act)

Une fois qu'une réponse a été apportée aux trois questions du Modèle pour l'amélioration, les améliorations prévues sont claires et les tests peuvent commencer. À l'aide des idées de changement générées à partir de la question 3, l'équipe commence à tester ces changements en utilisant le PDSA :

- **Plan (Planifiez) :** Planifiez le test ou l'observation, y compris un plan de collecte des données.
- **Do (Faites) :** Essayez le test de changement à petite échelle.
- **Study (Étudiez) :** Prenez le temps pour analyser les données et étudier les résultats.
- **Act (Agissez) :** Redéfinissez le changement en vous basant sur ce que vous avez appris du test.

Les cycles de tests PDSA sont itératifs : chaque nouveau cycle de tests s'appuie sur ce qui a été appris dans le précédent. Le test commence à petite échelle et est répété jusqu'à ce que les résultats

souhaités soient atteints. Ensuite, le test s'élargit à un groupe de plus en plus important jusqu'à ce que le nouveau processus soit mis en œuvre partout où les patients bénéficieront de son utilisation.

L'équipe chargée d'apporter les améliorations effectue les tests. En tant que tel, il est extrêmement important que cette équipe comprenne des cliniciens et du personnel qui utilisent le processus à améliorer. Ce sont les experts en la matière. Ils devraient être coachés fréquemment par du personnel d'amélioration de la qualité expert en science de l'amélioration. Le rapprochement de ces deux groupes est plus susceptible d'assurer la réussite d'un projet.

Par exemple, pour une équipe d'amélioration axée sur la prévention des thrombi chez les patients, examinons les idées de changement que l'équipe pourrait tester à l'aide des cycles PDSA. Tout d'abord, l'équipe a besoin d'un processus pour identifier les patients à risque, puis les traiter avec des anticoagulants et d'autres modalités, comme des bas de contention. L'équipe discute de la façon dont ils pourraient identifier les patients à haut risque et décide d'élaborer et de tester une checklist des patients spécialement conçue à cette fin. Les experts en la matière fournissent des informations sur les facteurs de risque spécifiques à inclure dans la checklist. Les cliniciens et le personnel qui travaillent dans ce domaine particulier connaissent le déroulement du travail. Même si les informations techniques sur la checklist sont correctes, l'équipe ne sait pas encore si elle est utilisable par le personnel ou efficace pour prévenir les thrombi chez les patients à risque. Des tests sont donc nécessaires.

L'équipe commence à poser trois questions :

- La checklist présente-t-elle les informations sous une forme logique et dans un format lisible ?
- Combien de temps faudra-t-il pour compléter la checklist ?
- Qui réalisera la checklist auprès des patients ?
- Où la passeront-ils en revue ?

Ces questions et bien d'autres nécessiteront des tests de changement itératifs à l'aide de cycles PDSA pour développer un processus efficace d'identification des patients à risque de développer un thrombus. Une fois que l'équipe détermine les réponses à ces questions, elle utilise les mêmes étapes pour développer le processus visant à garantir que les patients à haut risque reçoivent le traitement préventif dont ils ont besoin.

L'équipe ne peut améliorer le processus que si elle dispose d'informations, et ces informations ne peuvent être obtenues qu'en testant et en mesurant. Ainsi, si l'équipe teste les changements quotidiennement, elle peut apprendre et s'améliorer quotidiennement jusqu'à ce que le processus se déroule sans heurts dans le temps imparti et que les patients à haut risque soient identifiés de manière fiable dans la zone test. L'amélioration sera ensuite diffusée ou élargie à tous les domaines où les patients peuvent en bénéficier.

Passer du concept à la réalité

Tout le personnel de l'organisation doit savoir comment utiliser une approche d'amélioration systématique, telle que le Modèle pour l'amélioration, le Lean ou le Six Sigma. Certaines organisations créent leur propre modèle spécifique au système en tant que compilation de différentes méthodes d'amélioration. Étant donné qu'il existe de nombreux modèles et outils d'amélioration parmi lesquels choisir, créer de la clarté pour le personnel en simplifiant l'approche

et la terminologie sélectionnées pour développer un modèle et un langage d'amélioration partagés dans toute l'organisation est indispensable.

Quel que soit le modèle spécifique utilisé, les dirigeants et les gestionnaires ont besoin d'une compréhension suffisante du modèle pour favoriser l'amélioration au travers de l'organisation et l'utiliser pour améliorer leur propre travail. Ils doivent être capables de fournir du coaching et de poser des questions appropriées au personnel et aux cadres par rapport au tableau de bord. Ils doivent aussi être en mesure d'interpréter les données sur les run charts et control charts, et de faire la distinction entre les variations de cause spéciale et commune.

Les gestionnaires ont besoin d'une connaissance plus approfondie des méthodes d'amélioration pour encadrer et aider le personnel de première ligne à relever les défis de l'amélioration. Ils doivent également savoir comment collecter, afficher et analyser les données sous forme de run charts et control charts.

Le personnel de première ligne doit savoir comment exécuter de petits tests de changement, appliquer la méthodologie d'amélioration, suivre les données pour les mesures clés et interpréter les données affichées sur les run charts ou control charts pour évaluer les performances et l'effet de leurs efforts d'amélioration.

Les conseillers en amélioration, des personnes au sein d'une organisation qui ont une formation avancée en amélioration et en mesure, ont besoin des connaissances les plus approfondies afin de pouvoir prodiguer des conseils et encadrer le personnel dans toute l'organisation. Les conseillers en amélioration ne dirigent ni ne mettent en œuvre le travail d'amélioration réel ; c'est la responsabilité de l'équipe de première ligne, car c'est elle qui connaît le mieux le processus et l'amélioration doit faire partie de son travail quotidien. Les conseillers en amélioration fournissent des connaissances et des conseils précieux pour créer des systèmes de mesure efficaces et fiables (c'est-à-dire définir des mesures et développer des méthodes de saisie et d'affichage des données), un élément essentiel de l'amélioration.

Dans l'ensemble, il faut s'attendre à ce que l'organisation utilise une méthodologie d'amélioration choisie et collecte des données au fil du temps, en les affichant sur des run charts et des control charts. Les décisions basées sur les données reflètent une compréhension approfondie de l'amélioration.

Formation continue

La formation continue implique l'identification et la prévention proactives et en temps réel des défaillances et des dommages. D'aucuns soutiennent que les soins de santé doivent élargir la définition des dommages pour inclure, par exemple, les dommages causés par les inégalités en matière de santé et le manque de respect, en plus des dommages résultant d'erreurs médicales et d'événements indésirables.^{17,18}

De plus en plus, on accorde plus de temps et d'attention à l'apprentissage proactif plutôt que réactif. Les organismes d'apprentissage deviennent obsédés par la recherche de meilleures façons de travailler et d'obtenir des résultats qui améliorent la vie des patients, des familles et du personnel.

Une énorme quantité de données et d'informations est générée en permanence à tous les niveaux du système de soins de santé — dans les hôpitaux, les cabinets extrahospitaliers, les agences de santé à domicile et d'autres établissements de soins. Malheureusement, ces données ne sont

souvent pas converties en informations partagées avec les praticiens dans un format utile ou en temps opportun afin de pouvoir être utilisées pour améliorer les soins. Actuellement, les données générées par les praticiens — à partir des systèmes de notification d'incidents, des tours de sécurité des leaders, des tableaux de bord et des *huddles* et des briefings de l'équipe de soins — sont intégrées dans des rapports qui répondent aux exigences légales et réglementaires, mais sont souvent sous-utilisées pour réaliser de réels changements et améliorations là où les soins sont prodigués.

La formation continue nécessite des feedbacks continus pour fournir des données dans les différents systèmes de reporting afin de partager et de générer des informations pour inciter à l'action et à l'apprentissage.

Passer du concept à la réalité

Dans les organisations dotées de systèmes d'apprentissage robustes, les données deviennent essentielles pour le processus d'apprentissage. Une organisation misant sur la formation continue comporte plusieurs caractéristiques :

- A la fois les données cliniques et opérationnelles importantes pour les patients, les familles et le personnel sont partagées largement et de manière transparente, tout comme les plans d'action et les délais associés. Des exemples de données cliniques comprennent les taux d'infection, les taux d'hygiène des mains et les taux de chutes avec dommages. Les données opérationnelles peuvent inclure des temps d'attente.
- L'apprentissage généré par les défaillances, mais aussi par les succès et les améliorations, est largement partagé.
- Les données générées par les presque incidents, lorsque le personnel intercepte des événements potentiellement dangereux, sont considérées comme de précieuses opportunités d'apprentissage et sont partagées pour améliorer la culture de sécurité en faisant preuve de transparence et de sécurité psychologique.
- La recherche de solutions possibles aux problèmes actuels et potentiels va bien au-delà des limites de l'organisation elle-même, cherchant à apprendre des autres organisations ou industries.
- Du temps et des ressources sont consacrés à l'apprentissage à la fois de ce qui fonctionne et de ce qui échoue.
- L'apprentissage a lieu entre le personnel, entre les unités opérationnelles au sein d'une organisation et entre les organisations.
- Les feedbacks sont opportuns et exploitables. L'organisation examine l'effort global des différents systèmes de reporting de données et prend des décisions sur l'importance relative des informations.
- Les différents acteurs sont engagés à identifier proactivement les problèmes en utilisant des *huddles*, des tableaux de bord et une communication structurée.
- Les patients et les familles sont des membres actifs de l'équipe dans leurs propres soins, ainsi que dans le développement d'un apprentissage approfondi à l'échelle du système sur ce que signifie faire partie de la communauté des soins de santé.

Pour nourrir un système d'apprentissage robuste, les organisations doivent intégrer l'excellence opérationnelle dans le travail et les opérations de tous les jours, et non le traiter comme un projet

d'amélioration autonome. La formation et l'amélioration continues font partie de la culture — toujours à la recherche d'opportunités pour prodiguer des soins plus sûrs, plus fiables et efficaces basés sur les dernières évolutions scientifiques, de nouvelles approches ou de nouveaux médicaments.

Impliquer les patients et les familles

L'implication des patients et des familles réside au cœur du cadre — c'est-à-dire que tous les efforts utilisés pour la mise en œuvre du cadre devraient être au service de l'implication des patients et des familles et de l'atteinte des meilleurs résultats pour eux dans le continuum de soins.

Dans les organisations sûres et fiables, les patients et les familles font autant partie de l'équipe de soins que les cliniciens et autres personnels de santé. Ainsi, le cadre a des implications directes et importantes pour eux. Ci-dessous, nous décrivons comment l'implication des patients et des familles concorde avec les domaines de la culture et du système d'apprentissage du cadre.

Leadership et responsabilité

Pour chaque épisode de soins, les patients et le reste de l'équipe de soins doivent s'entendre sur un ensemble d'objectifs et définir clairement les rôles et la responsabilité nécessaire pour atteindre ces objectifs. Les membres de l'équipe clinique donnent des conseils sur les composants cliniques, et les patients donnent leur point de vue jusqu'à ce qu'il y ait accord sur ce qui constitue un objectif raisonnable. Lorsque les gens sont d'accord et se sentent responsables, les chances de réussite sont plus élevées. Prenons une personne souffrant de douleurs chroniques : elle peut déterminer avec l'équipe de traitement qu'une absence totale de douleur n'est pas un résultat raisonnable, alors que réduire la douleur à un niveau tolérable sur la durée est un objectif réalisable. Tous les membres de l'équipe poursuivant les mêmes objectifs et ayant les mêmes attentes, il est plus facile d'atteindre les objectifs et de reconnaître le succès.

Sécurité psychologique

Les patients doivent se sentir psychologiquement en sécurité pour partager leurs préoccupations avec l'équipe clinique. Les opinions, idées, questions et préoccupations exprimées par les patients sont reçues ouvertement et sans jugement. La réponse de l'équipe clinique, en commençant par la première interaction clinique, donne le ton à la relation.

Les patients doivent également être encouragés à faire preuve de transparence concernant leurs signes cliniques, leurs symptômes et leur adhésion au traitement. Ces informations permettent aux cliniciens de fournir un traitement approprié et adéquat. Sans sécurité psychologique, un patient peut être tenté de se retenir de peur d'être honteux. Par exemple, si un patient sent que le médecin sera en colère ou déçu s'il ne suit pas complètement un traitement médicamenteux, il peut ne pas être totalement honnête lorsque le médecin lui demandera s'il prend les médicaments comme indiqué et, sinon, pourquoi. Par contre, si un médecin encourage le patient à partager des informations complètes et ne réagit pas négativement, cela favorise un échange d'informations plus complet et plus précis.

Négociation

Comme pour la négociation entre cliniciens, l'équipe de soins devrait s'engager dans une négociation de collaboration avec les patients et les familles. Pour aider l'équipe de soins à

déterminer si le patient a la volonté d'apporter des changements, cela implique de ne plus demander : « Quel est votre problème ? », mais de demander : « Qu'est-ce qui est important pour vous »¹⁹ Un aspect clé de l'atteinte d'objectifs de santé est de connaître les priorités du patient et de sa famille, ainsi que leurs inquiétudes et les résultats souhaités. Par exemple, une patiente âgée qui prend quotidiennement soin de ses petits-enfants peut refuser de prendre ses antihypertenseurs car ils lui donnent des vertiges, ce qui diminue sa capacité à s'occuper de ses petits-enfants. Connaissant ces informations, l'équipe soignante peut alors identifier une solution qui préserve sa santé et atteint également ses objectifs.

Transparence

La transparence avec les patients et les familles est importante car elle supprime la stigmatisation de l'infailibilité de l'équipe clinique. Lorsque des événements indésirables cliniques graves se produisent, la transparence est particulièrement importante ; les risques que l'organisation de soins de santé ne réponde pas à de tels événements de façon opportune et efficace comprennent la perte de confiance, l'absence de guérison et l'absence d'apprentissage de l'amélioration.²⁰

Comme les individus comprennent que l'organisation de soins de santé tente d'améliorer les processus pour améliorer la sécurité et la fiabilité, les patients reconnaîtront la nécessité de leur implication dans le système. Par exemple, si les médecins sont transparents quant au fait de ne pas toujours faire le suivi pour communiquer les résultats des tests ou faire des renvois, les patients pourraient être plus enclins à prendre la responsabilité d'obtenir directement leurs résultats de test lorsque des portails pour patients sont à leur disposition, et de combler autrement les lacunes lorsqu'elles se produisent. Il ne s'agit pas de suggérer que les organisations devraient se fier aux patients pour le suivi, mais que la transparence sur les lacunes potentielles peut servir de composante d'un processus fiable.

Responsabilité

En ce qui concerne la fiabilité, les patients veulent être sûrs qu'ils reçoivent toujours des soins sûrs et efficaces. Personne ne veut recevoir des soins « moins que parfaits » — ou pire, subir des dommages involontaires de leurs soins. Les patients sont un atout important pour découvrir des moyens de développer des processus plus fiables qui conduisent à la durabilité à long terme de l'excellence clinique et opérationnelle dans les organisations de soins de santé.

Amélioration et mesure

Les patients sont des atouts précieux en matière d'amélioration car ils apportent leurs points de vue uniques, en particulier sur la façon dont ils perçoivent les soins prodigués par une organisation. Une façon d'impliquer les patients et les familles dans l'amélioration des soins consiste à demander leur avis sur leurs expériences et leurs idées et à partager avec eux des données sur les efforts d'amélioration en cours. Les run charts sont une méthode simple pour partager des données sur les mesures qui importent aux patients (par exemple : le temps d'attente). La publication de run charts des données suivies par une équipe dans des zones visibles accessibles aux patients (comme la salle d'attente) est un moyen d'impliquer les patients et les familles dans l'amélioration, et renforce également la transparence. Dans de nombreux systèmes de santé évolutifs, les patients participent aussi directement en tant que membres d'équipes d'amélioration multidisciplinaires.

Pour s'assurer que les patients et les familles sont des partenaires investis dans leurs soins, les organisations doivent garder à l'esprit leurs besoins cliniques et sociaux. Bien que de nombreux aspects sociaux des soins soient difficiles à comprendre et à aborder, les organisations ne peuvent pas ignorer qu'il s'agit d'un prédicteur important de réussite clinique. S'engager dans une culture et un système d'apprentissage centrés sur le patient permet de s'assurer que les organisations accomplissent correctement ce travail.

Sans impliquer les patients et les familles dans les deux domaines cadres généraux et leurs composantes respectives, les organisations sont susceptibles de ne pas atteindre leur objectif de construire des systèmes qui fournissent des soins sûrs, fiables et efficaces.

Conclusion

La réalité de l'environnement des soins de santé d'aujourd'hui est que les systèmes qui prennent en charge les soins aux patients sont complexes et sujets aux erreurs, et la plupart des organisations n'ont pas de méthode complète pour réduire cette réalité. Le Cadre pour des soins sûrs, fiables et efficaces est conçu pour guider les organisations dans leur cheminement. Les deux domaines globaux et les neuf composantes — avec les patients et les familles au centre — renforcent l'idée que toutes les parties du cadre sont interconnectées et interdépendantes, et que le succès dans un domaine est fondé sur le succès dans un autre.

Bien que le cadre continuera d'évoluer, il constitue un solide point de départ. Nous espérons que les organisations l'utiliseront pour guider leurs efforts visant à améliorer la sécurité, la fiabilité et l'efficacité des soins qu'elles prodiguent — et partageront leur apprentissage avec nous afin que nous puissions continuer à l'affiner en fonction de leur expérience.

Annexe : Liste de méthodes et outils pour la sécurité des patients

Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. *Leadership Guide to Patient Safety*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2006.

www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/LeadershipGuidetoPatientSafetyWhitePaper.aspx

Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell MJ. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events* (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011.

www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.aspx

Griffin FA, Resar RK. *IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events* (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009.

www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx

Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (Second Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 2009.

Nolan TW. *Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2007.

www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ExecutionofStrategicImprovementInitiativesWhitePaper.aspx

Nolan T, Resar R, Haraden C, Griffin FA. *Improving the Reliability of Health Care*. IHI Innovation Series white paper. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2004.

www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ImprovingtheReliabilityofHealthCare.aspx

RCA²: Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015. www.npsf.org/?page=RCA2

VA National Center for Patient Safety. “The Basics of Healthcare Failure Modes and Effects Analysis.” www.patientsafety.va.gov/docs/hfmea/FMEA2.pdf

[See also: Institute for Healthcare Improvement. “Failure Modes and Effects Analysis Tool.” www.ihl.org/resources/Pages/Tools/FailureModesandEffectsAnalysisTool.aspx]

Weick K, Sutcliffe K. *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 2001.

When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. Burlington, MA: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors; March 2006.

www.ihl.org/resources/Pages/Publications/WhenThingsGoWrongRespondingtoAdverseEvents.aspx

Wyatt R, Laderman M, Botwinick L, Mate K, Whittington J. *Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations*. IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2016. www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Achieving-Health-Equity.aspx

Références

¹ Institute for Healthcare Improvement. Patient Safety Executive Development Program. www.ihl.org/education/InPersonTraining/PatientSafetyExecutive/Pages/default.aspx

² Leonard M, Frankel A, Federico F, Frush K, Haraden C (editors). *The Essential Guide for Patient Safety Officers*. Chicago, IL: Joint Commission Resources with the Institute for Healthcare Improvement; 2013. www.ihl.org/resources/Pages/Publications/EssentialGuideforPatientSafetyOfficers.aspx

³ 5 Million Lives Campaign. *Getting Started Kit: Governance Leadership “Boards on Board” How-to Guide*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuideGovernanceLeadership.aspx

⁴ Michigan Health and Hospital Association. “Creating a Culture of High Reliability: Safety, Communication, Operational Reliability and Engagement (SCORE).” www.mha.org/MHA-Keystone-Center-Patient-Safety-Organization/High-Reliability-in-Healthcare/High-Reliability-Culture

⁵ Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot, Hants, England: Ashgate; 1997.

⁶ Edmondson AC. *Teaming: How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2012.

⁷ Kelley RE. In praise of followers. *Harvard Business Review*. 1988 Nov;66:142-148.

⁸ *When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events*. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. Burlington, MA: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors; March 2006. www.ihl.org/resources/Pages/Publications/WhenThingsGoWrongRespondingtoAdverseEvents.aspx

⁹ Marx D. *Patient Safety and the “Just Culture”: A Primer for Health Care Executives*. New York, NY: Columbia University: Trustees of Columbia University in the City of New York; 2001.

¹⁰ Leonard M, Frankel A. The path to safe and reliable health care. *Patient Education Counsel*. 2010;80:288-292.

¹¹ Institute for Healthcare Improvement. “SBAR Technique for Communication: A Situational Briefing Model.” www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx

- ¹² Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*. 2004;13 Suppl 1:i85-90.
- ¹³ Thomas KW. Conflict and conflict management. In: Dunnette MD (ed). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago, IL: Rand-McNally; 1976:889-935.
- ¹⁴ National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute. *Shining a Light: Safer Health Care Through Transparency*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015.
- ¹⁵ Nolan T, Resar R, Haraden C, Griffin FA. *Improving the Reliability of Health Care*. IHI Innovation Series white paper. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2004. www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ImprovingtheReliabilityofHealthCare.aspx
- ¹⁶ Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (Second Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 2009.
- [See also: Institute for Healthcare Improvement. "How to Improve." www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx]
- ¹⁷ Feeley D. "A Second Look at the Report on Medical Errors." Institute for Healthcare Improvement Blog. July 14, 2016.
- ¹⁸ Wyatt R, Laderman M, Botwinick L, Mate K, Whittington J. *Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations*. IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2016. www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Achieving-Health-Equity.aspx
- ¹⁹ Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making: Pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*. 2012 Mar;366(9):780-781.
- ²⁰ Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell MJ. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events* (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.aspx



Institute for Healthcare Improvement
20 University Road
Cambridge, MA 02138 USA



Safe & Reliable Healthcare
1152 Woodland Lane
Evergreen, CO 80439 USA