

Patient Safety Culture Bundle for CEOs and Senior Leaders

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

Abstract

Senior healthcare leaders are the difference makers as key influencers in ushering in an organizational culture committed to patient safety. Although leaders at all levels are champions of transformation, leaders at the “top” have a unique opportunity – and a responsibility – to foster a culture that supports an organization on its journey to zero harm.

Through a literature review of more than 60 resources and validation with thought leaders, national and provincial partners have developed a patient safety culture bundle for CEOs and senior healthcare leaders. The bundle is based on a set of evidence-based practices that must be applied collectively to establish and sustain a culture of quality and safety in order to deliver safe care.

Introduction

Patient safety is a public health problem in Canada resulting in up to one death in 100 admissions (Baker et al. 2004), significant harm in every 18 admissions (CIHI and CPSI 2016) and costs of about \$400 million per year for acute care alone (Etchells et al. 2012). These numbers underscore the need for Canadian healthcare leaders to maintain and enhance their focus on patient safety. Notwithstanding the fact that most organizations across the health system have committed to patient safety, safety incidents and patient harm are still part of the reality of care in Canada. Although millions of dollars

have been invested, more than a decade later we are still talking about the need to reduce harmful incidents.

In 2014, the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) brought together key partners in Canadian healthcare and established the National Patient Safety Consortium to drive a shared action plan for safer healthcare. Four areas of focus were identified (surgical safety, medication safety, homecare safety and infection prevention and control); cross-cutting these priorities was a need for more and better-aligned education around patient safety as a foundational improvement. A roundtable on patient safety education was held with key stakeholders in January 2015 to define needs and develop a patient safety education action plan.

Following the roundtable, a working group of partners was brought together, co-led by the Canadian College of Health Leaders and HealthCareCAN, to work on three actions: establishing a core group of partners committed to patient safety leadership education; carrying out an environmental scan to advance work in this area; and facilitating the spread of knowledge and skills for health leaders, drawing on successful programs and competency frameworks to increase leadership abilities and accountability in patient safety.

The consensus of stakeholders and partners in this work was that true patient safety is difficult to achieve in the absence of positive, accountable and enabling organizational cultures. This

herculean task requires leadership – leaders who both “walk the talk” and enable others to do the same. Establishing a patient safety culture is especially important at the senior leadership level and among board trustees as well. What was getting in their way? Senior leaders themselves needed “education” that provided not only awareness but a standardized framework – not a patchwork of resources – that provided the knowledge, skills and attitudes they could easily follow to champion meaningful change. At the intersection of all of this would be a culture change, enabled by transformational leadership.

Transformational leadership is integral to most system and culture change facing healthcare organizations. It is a requirement for effecting psychologically safe work environments; it is key to fostering innovation and research; it is essential to cultures of inclusion and equity; and it is most vital to a culture of person-centred care. The intent was not to create a cumbersome and monolithic silo of learning with a scope that would limit its pragmatic adoption but rather to recognize that leaders have many transformational priorities that require their leadership. The goal was to develop something that was simple and pragmatic that leaders could use to engage their teams in a larger dialogue. Although leaders may ultimately be accountable, culture belongs to all and patient safety is the responsibility of everyone.

Methods

Rather than reinvent the wheel, the working group built on the well-researched work of highly regarded and credible organizations, groups and thought leaders. Over 60 resources were systematically reviewed to identify core areas of alignment.

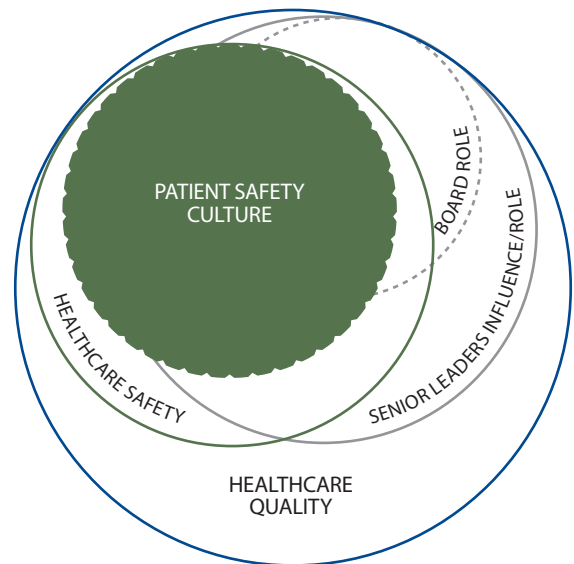
One such resource was *Free from Harm* (2015), representing the work of an expert panel convened by the US National Patient Safety Foundation (2015) to assess progress in patient safety in the 15 years since the *To Err Is Human* report was published (Institute of Medicine 2000). The report provides strategic recommendations for advancing patient safety improvements through the next decade. It noted that there has been a failure to make substantial, measurable, system-wide strides in improving patient safety. This work also provided the impetus for adoption of the following principles within the patient safety culture bundle for CEOs and senior healthcare leaders:

1. Quality is composed of the following six dimensions: safe, effective, patient-centred, timely, efficient and equitable (Institute of Medicine 2000).
2. Healthcare safety is the most significant part of achieving healthcare quality.
3. Improved safety culture is not just a means to an end but a key variable for, and arguably the most significant means to, improving patient safety.

4. Senior healthcare leaders and boards have an overlooked but very significant role and influence in achieving a patient safety culture.
5. Patients and families are partners in building a patient safety culture.

Figure 1 depicts the relationships among these concepts.

FIGURE 1. Key relationships related to quality, patient safety and leadership



The *Free from Harm* report also noted:

While tools for developing a safety culture are available, a common set of best practices is needed. One can envision the development of a “culture bundle” analogous to the bundle of interventions that drastically reduced ventilator-associated pneumonia. Such a culture bundle would include evidence-based strategies that leadership and teams across an organization could implement to drive meaningful culture change (National Patient Safety Foundation 2015: 12).

Inspired by this challenge, the working group established the following goals:

1. Define patient safety culture.
2. Determine what senior leaders need to know to advance a patient safety culture (e.g., key concepts and knowledge areas).

3. Develop a clear, concise and evidence-based checklist or bundle of key elements senior leaders need to do (and oversee) to advance a patient safety culture.

Defining Patient Safety Culture

Sammer et al. (2010: 156) noted that “patient safety culture is a complex phenomenon that is not clearly understood by hospital leaders, thus making it difficult to operationalize.” Various other definitions of a safety culture were identified in our review:

- An integrated pattern of individual and organizational behaviour based on shared beliefs and values that continuously seeks to minimize patient harm, which may result from the processes of care delivery (Kizer 1999)
- A combination of attitudes and behaviours that best manages the inevitable dangers created when humans, who are inherently fallible, work in extraordinarily complex environments (Leonard and Frankel 2012: 3)
- Individual and group values, attitudes, perceptions, competencies and patterns of behaviour that determine the commitment to, and the style and proficiency of, an organization’s health and safety management (National Patient Safety Foundation 2015: xii)
- Shared perceptions on the extent to which the organization values and rewards safety relative to other competing priorities as demonstrated through organizational policies and leader behaviour (safety climate) (Singer and Vogus 2013: 374)
- People are not merely encouraged to work toward change; they take action when it is needed. Action is needed to work toward change; inaction in the face of safety problems is taboo, and eventually, the pressure comes from all directions – from peers as well as leaders (Institute for Healthcare Improvement n.d.)

The definition adopted as the most concise was “shared values, attitudes, and patterns of behaviour regarding safety that become embedded over time” (Singer and Vogus 2013: 374).

What Senior Leaders Need to Know to Advance Patient Safety Culture

Given their critical governance and oversight roles in healthcare organizations, “boards and leaders need sufficient education in the fundamentals of safety science to foster culture efforts” (National Patient Safety Foundation 2015: 13). In addition to understanding the rationale for a focus on patient safety and the concept and importance of patient safety culture, the environmental scan revealed the following as important topics for board and senior leader education:

- Front-line leadership/distributed leadership
- High reliability/resilience
- Implementation science

- Industry-wide standardization/alignment
- Just culture
- Patient and family engagement
- Patient safety measurement
- Physician leadership
- Psychological safety
- Safety science
- Staff engagement
- Staff safety/health
- Teamwork/communication

Appendix 1 (available at: <https://www.longwoods.com/content/26044>) provides a summary of each of these concepts.

What Senior Leaders Need to Do to Advance Patient Safety Culture

Building on best practices for knowledge translation, the working group recognized that “leaders need practical, tactical strategies to actually change culture” (National Patient Safety Foundation 2015: 13). It has been suggested that the “intractable nature of errors in healthcare may be the result of a de-emphasized and/or piecemeal approach to safety culture” (Singer and Vogus 2013: 37), further emphasizing the need for a concise “bundle” of interventions. In patient safety, a “bundle” is a set of evidence-based practices that must all be applied in order to reliably deliver good care.

The environmental scan yielded a large number of potential interventions for improving patient safety culture, and there was considerable agreement across experts on potential best practices. However, the Singer and Vogus (2013) three-part model provided the “scaffold” on which to articulate the 13 practical intervention areas identified in the review.

Box 1 summarizes these intervention areas and provides a few key items within each that would be required. The question mark at the end of each bullet is intended to queue the reader to assess whether the element is in place. Appendix 2 (available at: <https://www.longwoods.com/content/26044>) shows all elements of the bundle formatted to fit on one page.

Consultation and Validation

Canadian academics, CEOs, senior leaders and board thought leaders have validated the bundle. Over the course of eight months, the bundle was shared with a sample of leaders and patient representatives (Patients for Patient Safety Canada) to ascertain first impressions and areas of opportunity. The feedback was overwhelmingly positive, and the one-page format resonated with leaders and patient representatives. The comprehensive nature of the bundle was found to be appealing, as was the focus on senior leaders. Areas of opportunity were noted and incorporated into the bundle, such as ensuring the prominent role of physicians, reordering elements in each column so that they appear in logical sequence and using easy to understand terminology.

BOX 1.**Patient safety culture bundle elements****Enabling**

Organizational priority setting, leadership practices that motivate the pursuit of safety:

1. Organizational priority
 - Board educated, engaged, accountable, prioritizes patient safety?
 - Safety/quality vision, strategy, plan, goals (with input from patients, families, staff, physicians)?*
 - Safety/quality resources/infrastructure?
2. CEO/senior leadership behaviours
 - Relentless communication about safety/quality vision, stories, results?
 - Regular/daily interaction with care settings/units, staff, physicians, patients and families?*
 - Model key values (e.g., honesty, fairness, transparency, openness, learning, respect, humanity, inclusiveness, person-centredness)?
3. Human resources
 - Leaders/staff/physicians engaged, clear expectations/incentives for quality/safety?
 - "Just culture" program/protocol?
 - Disruptive behaviour protocol?
 - Staff and physician safety (physical/psychological/burnout); safe environment program?
4. Health information/technology/devices
 - E-health records support safety (e.g., decision support, alerts, monitoring)?
 - Technology/devices support safety (e.g., human factors, traceability)?
5. Healthcare system alignment
 - Community/industry-wide collaborations?
 - Align with national/international standards (e.g., accreditation, regulatory, professional, industry)?

Enacting

Front-line actions that improve patient safety:

6. Care settings and managers
 - Integrated unit/setting-based safety practices (e.g., daily briefings, visual management, local problem solving)?
 - Managers/physician leaders foster psychological safety (speaking up)?
7. Care processes
 - Standardized work/care processes where appropriate?
 - Communications/patient hand-off protocols (e.g., between shifts/units, across care continuum)?
8. Patient and family engagement/co-production of care
 - Patients/families partners in all aspects of care (e.g., planning, decision-making, family presence policy, rounds, access to health record/test results)?*
 - Patients/families partners involved in local safety/quality initiatives?*
 - Disclosure and apology protocols?*
9. Situational awareness/resilience
 - Processes for real-time/early detection of safety risks and patient deterioration (by staff/patients/families/physicians)?*
 - Protocols for escalation of care concerns (by staff/patients/families/physicians)?*

Learning

Learning practices that reinforce safe behaviours:

10. Educational/capacity building
 - Leaders/staff/physicians trained in safety and improvement science, teamwork, communication?
 - Team-based training, drills?
11. Incident reporting/management/analysis
 - Effective risk/incident reporting system for events related to patients/families and staff/physicians (e.g., near misses, never events, mortality/morbidity reviews)?*
 - Structured processes for responding to and learning from safety events/critical incidents (e.g., systems analysis, patient/family/staff/physician involvement and support)?*
12. Safety/quality measurement/reporting
 - Regular measurement of safety culture; patient/family complaints; and staff/physician engagement (by unit/setting and organization)?*
 - Retrospective/prospective safety and quality processes and outcome measures?
 - Regular/transparent reporting of safety/quality plan results?
13. Operational improvements
 - Structured methods, infrastructure to improve reliability, streamline operations (e.g., PDSA, LEAN, human factors engineering, prospective risk analysis)?

PDSA = Plan-Do-Study-Act. *Denotes areas where patient and family engagement is particularly important.

Several local chapters of the Canadian College of Health Leaders had conversations about the bundle; feedback was positive and reinforced the need for clear terminology and resources to support bundle implementation. A not-for-profit organization also facilitated two local conversations with senior-level healthcare administrators on the bundle. The feedback from these sessions reflected a strong belief that supply chain traceability through the use of global standards is a key enabler of patient safety.

The bundle was publicly unveiled at the Alberta Quality Summit (October 2017), which was webcast nationally. Feedback on the bundle was positive, with participants saying that it reinforced the roles of CEOs and senior leaders to advance a safety culture and that incorporating patients and families across all bundle elements was of paramount importance.

Since its release, the bundle has been shared at conferences within Canada and abroad, where it has received positive feedback to facilitate widespread distribution and dialogue.

Patient and Family Engagement

Donna Davis, a member of Patients for Patient Safety Canada, provides this perspective on the patient voice and the culture bundle:

One only has to think about who has the most to lose when healthcare isn't safe to recognize and agree that it is crucial for the patient voice to be front and centre in any patient safety initiative. There is rich, first-hand knowledge that comes from the experience of patients. While there is a move to include the patient voice and perspective in organizational design, governance and policy making as well as engagement in their own healthcare, too often there is an initial "reach-out" to patients and families that is lost in the day-to-day business of patient safety. To make a real, sustained difference in patient safety and the reduction of harm in healthcare, patients need to be true partners in patient safety endeavours such as the culture bundle for CEOs and senior leaders. The success of the culture bundle will depend on the senior leaders ensuring that the patient voice is sought out as a critical component of the elements listed in Box 1. We, the patients who have the most to lose, are ready for the change from passive recipients of healthcare provided to us to involved partners in healthcare provided with us. Together, we can do better and keep "every patient safe."

Next Steps

In July 2016, CPSI launched the SHIFT to Safety initiative with the acknowledgement that patient safety and quality

improvement efforts need to be directed at all facets of the healthcare system, including healthcare leaders, in order to help Canadians stay safe in a clinical environment. SHIFT to Safety is the source for patient safety information in Canada for members of the public, healthcare providers and healthcare leaders. This national database of essential information and advice helps the user navigate the healthcare system and advocate for patient safety. SHIFT to Safety aims to help:

- Patients and their families shift to advocate for their healthcare safety,
- Healthcare providers shift to prioritize safety when caring for patients, and
- Leaders in healthcare organizations shift to create a positive patient safety culture.

SHIFTtosafety.com includes extensive resources designed to reduce avoidable harm and improve care, including the culture bundle for CEOs and senior leaders. The intent is for healthcare organizations to actively use the bundle as a resource to guide their quality and patient safety activities.

Organizations such as the Nova Scotia Health Authority have started mapping the bundle to Accreditation Canada/Health Standards Organization standards and required organizational practices and have further identified measurable indicators for each element of the bundle. This is viewed as a very practical and exemplary use of the bundle that effectively integrates an evaluation component. The approach further demonstrates the alignment of the bundle to safety culture surveys, patient experience surveys and worklife survey tools. These and Accreditation Canada criteria can be used to evaluate the various components of the bundle.

Furthermore, the current revisions of the Health Standards Organization's standard set for leadership will see the integration of the bundle into the Accreditation Canada guidelines for healthcare leadership teams. In addition, the components of the bundle will be mapped to the LEADS in a caring environment framework. The LEADS framework provides a comprehensive approach to leadership development and promotes a common understanding of systems transformation through collaboration (LEADS Canada 2006).

The CPSI Safety Competencies Framework is being updated to include the role of leadership in patient safety across all six domains of the framework. The revised framework will refer to the culture bundle as a tool that can guide curriculum development in patient safety (CPSI 2009, CPSI 2016).

Finally, work is being completed to amass supporting tools and resources to the bundle. These resources will be freely accessible directly through the bundle via live links at <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Patient-Safety-Culture-Bundle/Pages/default.aspx>.

In advancing the culture bundle, we recognize Singer and Vogue (2013: 387), who reported:

Not all interventions will be useful and appropriate in all settings (a potentially important explanation for the mixed findings observed for many interventions). The ability to discover interventions that can work within an organization's existing culture relies on, and is an underappreciated aspect of, leadership. It requires understanding the fundamental mechanisms through which the intervention is expected to achieve change and reconciling these to the basic shared beliefs and assumptions held by organizational members. This implication is consistent with studies that have explained previous failures to spread improvement interventions as a result of leaders' failures to fundamentally change the motivational structure of the work.

Conclusion

Patient harm in healthcare continues to be a serious public health concern, and efforts to improve patient safety have progressed at a rate that is much slower than expected. Patient harm is “the most important common issue in healthcare” (WHO 2018). The major reason for the lack of progress is the failure of senior leaders to implement holistic strategies to improve patient safety culture. Drawing inspiration from the National Patient Safety Foundation *Free from Harm* report (2015), our working group identified a robust model for patient safety culture and developed a concise, one-page bundle of interventions drawn from experts in patient safety, healthcare leadership and improvement.

Healthcare and its health leaders are grappling with a host of issues and overlapping priorities competing for attention and resources. Whether we're talking about workplace wellness and psychological well-being, Indigenous health, cybersecurity, technology and innovation or changes in policy and funding models, all are rooted in a culture change that is enabled and enacted by senior leaders. And most, if not all, of these issues impact patient safety, which is why they are all captured at some level in the bundle.

To realize healthcare transformation, building a patient-centred culture remains front and centre in the minds of most health leaders. To achieve results, health leaders are encouraged to use the patient safety culture bundle for CEOs and senior leaders, as well as various other toolkits and frameworks, such as the LEADS framework. Leaders must learn to collapse or flip the “iceberg of ignorance” (Yoshida 1989) and engage all – patients and families and everyone throughout the system and their organizations, from top to bottom – in crucial conversations as “bundled” together in the patient safety culture bundle for CEOs and senior leaders and foster a culture of patient safety that serves all. **HQ**

References

- Baker, G.R., P.G. Norton, V. Flintoft, R. Blais, A. Brown, J. Cox et al. 2004. The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events among Hospital Patients in Canada. *CMAJ* 170(11): 1678–86. doi:10.1053/cmaj.1040498.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI) and Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2016, October. *Measuring Patient Harm in Canadian Hospitals*. Ottawa, ON: CIHI. Retrieved July 11, 2019. <https://secure.cihi.ca/free_products/cihi_cpsi_hospital_harm_en.pdf>.
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2009, August. *The Safety Competencies Framework: Enhancing Patient Safety across the Health Professions*. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 11, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf>>.
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2016. *Report on the Integration of the Safety Competencies Framework into Health Professions Education Programs in Canada*. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 11, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Integration-of-Safety-Competencies-Framework/Documents/Report%20on%20the%20Integration%20of%20the%20Safety%20Competencies%20Framework.pdf>>.
- Etchells, E., N. Mittmann, M. Koo, M. Baker, M. Krahn, K. Shojania et al. 2012. *The Economics of Patient Safety in Acute Care: Technical Report*. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute. Retrieved July 11, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/EconomicsofPatientSafety/Documents/Economics%20of%20Patient%20Safety%20-%20Acute%20Care%20-%20Final%20Report.pdf>>.
- Frankel, A., C. Haraden, F. Federico and J. Lenoci-Edwards. 2017. *A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care*. IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare.
- Institute for Healthcare Improvement. n.d. Develop a Culture of Safety. Retrieved July 11, 2019. <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/DevelopaCultureofSafety.aspx>>.
- Institute of Medicine. 2000. *To Err Is Human: Building A Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kizer, K. 1999. Large System Change and a Culture of Safety. In A. Scheffler and L.A. Zipperer, eds., *Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care*. Chicago, IL: National Patient Safety Foundation.
- LEADS Canada. 2006. *The LEADS Booklet. Branches of Knowledge: Comprehensive Articles on Leadership*. Ottawa, ON: Canadian College of Health Leaders.
- Leonard, M. and A. Frankel. 2012, May. *How Can Leaders Influence a Safety Culture?* London, UK: The Health Foundation. Retrieved July 9, 2019. <<https://www.health.org.uk/sites/default/files/HowCanLeadersInfluenceASafetyCulture.pdf>>.
- National Patient Safety Foundation. 2015. *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*. Boston, MA: Author. Retrieved July 11, 2019. <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>>.
- Sammer, C.E., K. Lykens, K.P. Singh, D.A. Mains and N.A. Lackan. 2010. What Is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship* 42(2): 156–65. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x.
- Singer, S.J. and T.J. Vogus. 2013. Reducing Hospital Errors: Interventions that Build Safety Culture. *Annual Review of Public Health* 34: 373–96. doi:10.1146/annurev-publhealth-031912-114439.

Yoshida, S. 1989. *Quality Improvement and TQC Management at Calsonic in Japan and Overseas*. Mexico. Paper prepared for the Second International Quality Symposium in Mexico.

World Health Organization (WHO). 2018. Patient Safety. Retrieved July 11, 2019. <<https://www.who.int/patientsafety/en/>>.

About the Authors

Markirit Armutlu, BSc OT, MSc Bio-Ethics, CHE (Certified Health Executive), is a senior program manager with the Canadian Patient Safety Institute. Markirit has national and international experience in healthcare leadership, quality improvement, patient safety and education.

Donna Davis, LPN, is a member and former co-chair of Patients for Patient Safety Canada. Donna has worked as a nurse for some 40 years; she has extensive knowledge of gaps in patient safety and a keen awareness of where improvements can be made.

Alain Doucet, B.Com, MBA, is president and CEO of the Canadian College of Health Leaders. As a leader and senior manager of projects, people and relationships, he excels at crafting narrative and building high-connectivity relationships and a big-picture solutions mindset.

Annette Down, MHSA, CHE, is the director, quality improvement and risk, of Lakeridge Health; she previously worked with the Health Insurance Reciprocal of Canada. Annette is passionate about improving the patient experience and enabling a safe environment for patients and staff.

Dale Schierbeck, BA (Hons), MA, is the vice-president, learning and development, for HealthCareCAN, where he leads its innovative, online professional development division, CHA Learning. He is a senior health leader with a passion for the development of others and is a certified training and development professional (CTDP) with over 25 years of experience.

Polly Stevens, MHSc, is the vice-president, healthcare risk management, of the Health Insurance Reciprocal of Canada and adjunct faculty at the University of Toronto. She has over 30 years of healthcare experience, including leadership roles in clinical program delivery, quality improvement, patient safety and risk management.

Correspondence may be directed to: Markirit Armutlu, Canadian Patient Safety Institute; phone: 613-668-2887; e-mail: marmutlu@cpsi-icsp.ca.

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

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

Résumé

Les cadres supérieurs du secteur de la santé sont les principaux acteurs du changement et influenceurs pour mettre en place une culture organisationnelle propice à la sécurité des patients. Bien que les cadres à tout niveau puissent agir comme champions du changement, ce sont les plus hauts dirigeants qui ont la possibilité – et la responsabilité – de promouvoir une culture organisationnelle qui vise l'absence de préjudice.

Grâce à une revue de la littérature de plus d'une soixantaine de sources et suite à une validation auprès de leaders éclairés, des partenaires nationaux et provinciaux ont mis au point un ensemble de ressources pour favoriser une culture de la sécurité des patients, à l'intention des DG et des hauts responsables des services de santé. L'ensemble se base sur des pratiques fondées sur les données probantes, lesquelles doivent être appliquées collectivement afin d'établir et de maintenir une culture de la qualité et de la sécurité des soins.

Introduction

La sécurité des patients est un problème de santé publique au Canada, responsable d'un décès sur 100 admissions (Baker et coll. 2004), de préjudices sévères sur 18 admissions (CIHI et CPSI 2016) et d'environ 400 millions de dollars par an seulement pour les soins de courte durée (Etchells et coll. 2012). Ces chiffres montrent l'importance, pour les cadres de la santé, de mettre davantage l'accent sur la sécurité des patients. Malgré

le fait que la plupart des organisations du système de santé se sont engagées envers la sécurité, les incidents liés à la sécurité et les préjudices subis par les patients font toujours partie de la réalité des soins au Canada. Bien que des millions de dollars aient été investis, nous continuons, une dizaine d'années plus tard, de constater le besoin de réduire le nombre d'incidents préjudiciables.

En 2014, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a réuni des partenaires clés du secteur des services de santé au Canada et a créé le Consortium national sur la sécurité des patients afin de définir un plan d'action commun visant à améliorer la sécurité des soins de santé. Quatre domaines d'intervention ont été identifiés (sécurité des soins chirurgicaux, sécurité des médicaments, sécurité des soins à domicile ainsi que prévention et contrôle des infections). La formation en matière de sécurité des patients constitue un changement fondamental qui surplombe ces quatre priorités. Une table ronde a été organisée avec les principaux intervenants en janvier 2015 afin de définir les besoins et d'élaborer un plan de formation en matière de sécurité des patients.

Suite à cette table ronde, un groupe de travail composé de partenaires a été réuni sous la codirection du Collège canadien des leaders en santé et de SoinsSantéCAN afin d'entreprendre trois activités : établir un groupe de base de partenaires voués à la formation des cadres en matière de sécurité des patients,

effectuer une analyse de l'environnement pour faire avancer les travaux dans ce domaine et faciliter la diffusion des connaissances et des compétences auprès des dirigeants, en s'appuyant notamment sur des programmes et des cadres de compétences visant à accroître les capacités de leadership et la responsabilisation en matière de sécurité des patients.

Dans ce travail, les partenaires ont convenu qu'une véritable sécurité des patients était difficile à atteindre en l'absence d'une culture organisationnelle positive, responsable et habilitante. Cette tâche herculéenne nécessite un leadership qui joint le geste à la parole et qui entraîne les autres à suivre l'exemple. L'instauration d'une culture de la sécurité des patients est particulièrement importante chez les cadres supérieurs et les membres des conseils d'administration. Or, les hauts responsables ont eux-mêmes besoin d'une « formation » qui leur donne non seulement une prise de conscience, mais également un cadre normalisé – et non une mosaïque de ressources – pour acquérir les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires à la promotion de véritables changements. Au cœur de tout cela, il y a le changement de culture organisationnelle, rendu possible grâce au leadership transformationnel.

Le leadership transformationnel est le moteur de la plupart des changements du système et de la culture dans les organismes de santé. Ce type de leadership est essentiel pour créer des environnements de travail psychologiquement sains, pour favoriser l'innovation et la recherche, pour mettre en place une culture d'inclusion et d'équité ainsi que pour adopter une culture de soins centrés sur la personne. Il ne s'agit pas de créer un silo d'apprentissage lourd et monolithique avec une portée qui limiterait son adoption, mais plutôt de reconnaître que les leaders font face à de nombreuses priorités de transformation. L'objectif était de développer un plan simple et pragmatique que les dirigeants pourraient utiliser pour engager leurs équipes dans un dialogue. Bien que les dirigeants soient éventuellement tenus responsables, la culture est l'affaire de tous et la sécurité des patients est la responsabilité de chacun.

Méthode

Plutôt que de réinventer la roue, le groupe de travail s'est fondé sur le travail bien documenté d'organisations, de groupes et de leaders reconnus et crédibles. Plus d'une soixantaine de sources ont été systématiquement examinées afin d'identifier les principaux domaines d'alignement.

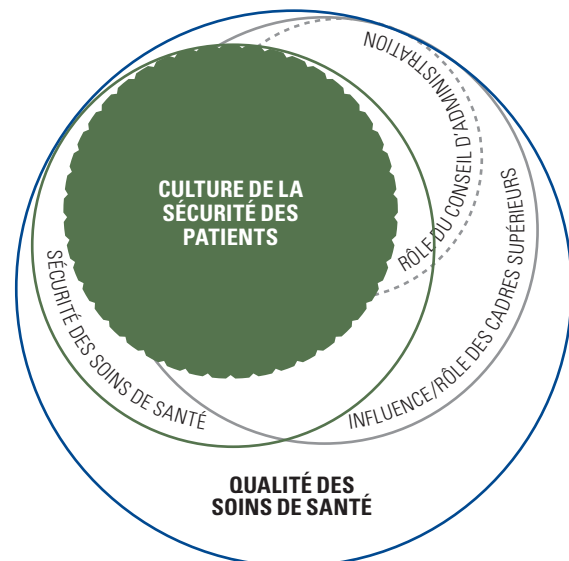
Une de ces sources est le rapport *Free from Harm* (2015) qui présente les travaux d'un groupe d'experts réuni par la National Patient Safety Foundation (2015) pour évaluer les progrès réalisés en matière de sécurité des patients au cours des 15 années écoulées depuis la publication du rapport *To Err Is Human* (Institute of Medicine 2000). Ce rapport fournit des recommandations stratégiques pour favoriser les améliorations en matière de sécurité des patients au cours de la prochaine décennie. On y indique que les efforts d'amélioration de la sécurité des patients ont guère

progressé à l'échelle du système. Le rapport a également mené à l'adoption des principes suivants, dans le cadre de l'ensemble de ressources à l'intention des DG et des cadres supérieurs pour favoriser une culture propice à la sécurité des patients :

1. La qualité comprend les six aspects suivants : soins sécuritaires, efficaces, axés sur les patients, opportuns, efficaces et équitables (Institute of Medicine 2000).
2. La sécurité des soins est la partie la plus importante pour l'amélioration de la qualité des services de santé.
3. L'amélioration de la culture de la sécurité n'est pas simplement un moyen d'atteindre un but, mais sans doute le moyen le plus important d'améliorer la sécurité des patients.
4. Les hauts responsables et les conseils d'administration ont un rôle et une influence peut-être négligés, mais très importants pour la mise en place d'une culture de la sécurité des patients.
5. Les patients et familles sont des partenaires pour créer une culture de la sécurité des patients.

La Figure 1 décrit la relation entre ces concepts.

FIGURE 1.
Relations entre qualité, sécurité des patients et leadership



Le rapport *Free from Harm* fait également le constat suivant :

Bien qu'il existe déjà des outils pour développer une culture de la sécurité, il est nécessaire de les regrouper dans un ensemble commun de meilleures pratiques.

On peut envisager le développement d'un ensemble de pratiques analogue à l'ensemble d'interventions qui a permis de réduire considérablement les cas de pneumonie associée à la ventilation mécanique. Un tel ensemble inclurait des stratégies fondées sur les données probantes que les dirigeants et les équipes d'une organisation de santé pourraient mettre en œuvre afin de favoriser le changement de culture (National Patient Safety Foundation 2015: 12).

Inspiré par ce défi, le groupe de travail a déterminé les objectifs suivants :

1. Définir ce qu'est une culture propice à la sécurité des patients.
2. Déterminer ce que les cadres supérieurs doivent savoir pour promouvoir une telle culture (par exemple, les concepts clés et les domaines de connaissances).
3. Élaborer une liste de contrôle ou un ensemble d'éléments clairs, concis et fondés sur les données probantes, que les cadres supérieurs doivent mettre en œuvre (et superviser) pour favoriser une culture propice à la sécurité des patients.

Définir la culture de la sécurité des patients

Sammer et coll. (2010: 156) indiquent que « la culture de la sécurité des patients est un phénomène complexe qui n'est pas clairement compris par les dirigeants des hôpitaux, ce qui en rend difficile l'opérationnalisation ». Dans le cadre de notre revue, nous avons répertorié plusieurs autres définitions d'une culture de la sécurité, que voici :

- Un modèle intégré de comportements individuels et organisationnels fondés sur des convictions et valeurs partagées, qui cherche continuellement à minimiser les préjudices subis par les patients, lesquels peuvent résulter des processus de prestation des soins (Kizer 1999)
- Une combinaison d'attitudes et de comportements qui permettent de gérer les dangers inévitables qui surviennent lorsque des êtres humains, intrinsèquement faillibles, travaillent dans des environnements extrêmement complexes (Leonard et Frankel 2012: 3)
- Valeurs, attitudes, perceptions, compétences et schémas de comportements individuels et de groupe qui déterminent l'engagement, le style et les compétences de la gestion de la santé et de la sécurité dans un organisme (National Patient Safety Foundation 2015: xii)
- Perceptions communes sur la mesure dans laquelle l'organisation valorise et récompense la sécurité par rapport à d'autres priorités concurrentes, comme le démontrent les politiques de l'organisation et le comportement des dirigeants (climat de sécurité) (Singer et Vogus 2013: 374)

- Les gens ne sont pas simplement encouragés à œuvrer pour le changement, ils agissent quand c'est nécessaire. Il faut agir pour œuvrer en faveur du changement. L'inaction face aux problèmes de sécurité est un sujet tabou, et éventuellement, la pression vient de toutes parts : des pairs comme des leaders (Institute for Healthcare Improvement s. d.).

La définition adoptée par le groupe de travail est aussi la plus concise : « valeurs, attitudes et modèles de comportement communs en matière de sécurité, qui s'enracinent avec le temps » (Singer et Vogus 2013: 374).

Ce que les cadres supérieurs doivent savoir pour promouvoir une culture de la sécurité des patients

Compte tenu de leurs rôles en matière de gouvernance et de surveillance dans les organisations de santé, « les conseils d'administration et les cadres supérieurs doivent recevoir une formation suffisante quant aux principes fondamentaux de la science de la sécurité, et ce, afin de favoriser les efforts d'instauration d'une culture souhaitée » (National Patient Safety Foundation 2015: 13). En plus de comprendre les raisons pour lesquelles il est important d'aborder les questions liées à la culture et à la sécurité des patients, l'analyse de l'environnement effectuée par le groupe de travail montre que la formation des membres des conseils d'administration et des cadres supérieurs doit porter sur les sujets suivants :

- Leadership de première ligne/leadership partagé
- Fiabilité et résilience élevées
- Science de l'application
- Normalisation/harmonisation à l'échelle de l'industrie
- Une culture équitable
- Mobilisation des patients et des familles
- Mesure de la sécurité des patients
- Leadership des médecins
- Sécurité psychologique
- Science de la sécurité
- Mobilisation du personnel
- Santé et sécurité du personnel
- Travail d'équipe et communication

L'Annexe 1 (disponible sur: <https://www.longwoods.com/content/26044>) présente un résumé de chacun de ces concepts.

Ce que les cadres supérieurs doivent faire pour promouvoir une culture de la sécurité des patients

S'appuyant sur les meilleures pratiques en matière d'application des connaissances, le groupe de travail a reconnu le « besoin de doter les dirigeants de stratégies tactiques et pratiques pour réellement changer la culture » (National Patient Safety Foundation

2015: 13). On a suggéré que « la nature intraitable des erreurs dans les services de santé pourrait être le résultat d'une approche insatisfaisante ou fragmentaire de la culture de la sécurité » (Singer et Vogus 2013: 37). Cela souligne encore une fois le besoin d'un « ensemble » concis d'interventions. En matière de sécurité des patients, on entend par « ensemble » le regroupement de pratiques fondées sur les données probantes qui doivent toutes être appliquées afin de fournir des soins de qualité.

L'analyse de l'environnement a donné lieu à un grand nombre d'interventions potentielles pour améliorer la culture de la sécurité des patients. À ce sujet, les experts se sont mis d'accord sur les meilleures pratiques potentielles. Cependant, le modèle à trois volets de Singer et Vogus (2013) a fourni le « substrat » sur lequel s'articulent les 13 domaines d'intervention pratiques identifiés au cours de la revue.

Le Box 1 résume ces domaines d'intervention et présente quelques éléments clés pour chacun d'eux. Le point d'interrogation à la fin de chaque puce a pour but de stimuler le lecteur à se questionner pour savoir si l'élément est présent dans un contexte donnée. L'Annexe 2 (disponible sur: <https://www.longwoods.com/content/26044>) montre tous les éléments formatés sur une seule page.

Consultation et validation

L'ensemble a été validé par des universitaires canadiens, des DG, des hauts dirigeants et des membres de conseils d'administration. Pendant huit mois, l'ensemble a été distribué à un échantillon de dirigeants et de représentants de patients (Patients pour la sécurité des patients du Canada) afin de connaître les premières impressions et les possibilités d'amélioration. Les réactions ont été extrêmement positives et le format d'une page a trouvé écho auprès des dirigeants et des représentants des patients. On a trouvé intéressant l'aspect exhaustif de l'ensemble, de même que l'accent mis sur les hauts dirigeants. Des améliorations ont été intégrées à l'ensemble, tels que le rôle de premier plan des médecins, la réorganisation des éléments dans chaque colonne afin qu'ils apparaissent dans un ordre logique et l'adoption d'une terminologie facile à comprendre.

Plusieurs sections locales du Collège canadien des leaders en santé ont discuté de l'ensemble. Les réactions ont été positives et ont renforcé le besoin d'une terminologie claire et de ressources pour soutenir la mise en œuvre de l'ensemble. Un organisme à but non lucratif a également facilité deux discussions locales avec des cadres supérieurs d'organismes de santé. Les réactions de ces séances ont fait ressortir la conviction profonde que la traçabilité de la chaîne d'approvisionnement, au moyen de normes internationales, était un des facteurs clés de la sécurité des patients.

L'ensemble a été dévoilé publiquement lors d'un colloque sur la qualité en Alberta (octobre 2017), qui a été diffusé sur le web à l'échelle nationale. Les réactions sur l'ensemble ont été positives. Les participants ont indiqué que cela renforçait le rôle des DG

et des cadres supérieurs dans la promotion d'une culture de la sécurité et que l'intégration des patients et des familles dans tous les éléments de l'ensemble était d'une importance primordiale.

Depuis son lancement, l'ensemble a été diffusé lors de colloques au Canada et à l'étranger, où il a reçu des commentaires positifs quant à sa diffusion à plus grande échelle.

Mobilisation des patients et des familles

Donna Davis, membre de Patients pour la sécurité des patients du Canada, précise le point de vue des patients sur l'ensemble :

Pensez-y : qui a le plus à perdre si on omet de reconnaître qu'il est crucial que les patients aient voix au chapitre de toute initiative en faveur de la sécurité des patients? L'expérience des patients est riche en connaissances de première main. Quand on cherche à inclure la voix des patients dans la conception, la gouvernance et l'élaboration des politiques d'une organisation, trop souvent le « contact » initial avec les patients et familles se perd éventuellement dans la routine du travail. Pour un impact réel et durable, les patients doivent être de véritables partenaires dans les efforts visant la sécurité des patients, tels que l'ensemble destiné aux DG et aux cadres supérieurs. Le succès de cet ensemble dépendra de la volonté des hauts responsables de veiller à ce que la voix des patients soit considérée comme un élément essentiel pour chacun des éléments du Box 1. Ce sont nous, les patients, qui avons le plus à perdre. Et nous sommes prêts à passer de bénéficiaires passifs à partenaires impliqués dans les services de santé. Ensemble, nous pouvons faire mieux et assurer la sécurité de chaque patient.

Prochaines étapes

En juillet 2016, l'ICSP a lancé l'initiative Virez en mode sécurité, reconnaissant que les efforts en matière de sécurité des patients et d'amélioration de la qualité doivent être axés sur tous les aspects du système de services de santé, notamment les leaders, pour assurer la sécurité des Canadiens dans un environnement clinique. Virez en mode sécurité est la source d'informations en matière de la sécurité des patients au Canada pour le grand public, les leaders et les fournisseurs de services de santé. Cette base de données nationale contenant des informations et des conseils essentiels aide l'utilisateur à naviguer dans le système de santé et à défendre la sécurité des patients. Virez en mode sécurité vise à aider :

- les patients et leurs familles à prendre une part active dans la sécurité des soins qu'ils reçoivent
- les professionnels de la santé à placer la sécurité au premier rang de leurs priorités lorsqu'ils soignent les patients
- les dirigeants des organisations de soins de santé à instaurer une culture positive axée sur la sécurité des patients

BOX 1.

Éléments de l'ensemble pour une culture de la sécurité des patients

Renforcement de la capacité

Priorisation à l'échelle de l'organisation, pratiques de leadership qui suscitent la volonté d'améliorer la sécurité :

1. Priorité organisationnelle
 - Conseil d'administration renseigné, engagé et imputable qui priorise la sécurité?
 - Vision, stratégie, plan, objectifs en matière de sécurité/qualité (avec la contribution des patients, des familles, du personnel, des médecins)?*
 - Ressources/infrastructure au soutien de la sécurité/qualité?
2. Attitudes de leaders du DG/des cadres supérieurs
 - Communication constante sur la vision, les expériences, les résultats en matière de sécurité/qualité?
 - Interaction régulière/journalière avec les unités/milieus de soins, le personnel, les médecins, les patients et les familles?*
 - Modèle de valeurs clés (p. ex. intégrité, équité, transparence, ouverture, apprentissage, respect, humanité, intégration, soins centrés sur la personne)?
3. Ressources humaines
 - Membres de la direction/du personnel et du corps médical engagés; attentes/incitatifs en matière de sécurité/qualité?
 - Protocole/programme de « culture équitable »?
 - Protocole de gestion des comportements indésirés?
 - Sécurité du personnel et des médecins (physique/psychologique/épouement); programme d'environnement sécuritaire?
4. Information sur la santé/technologie/appareils
 - Dossiers médicaux électroniques au soutien de la sécurité (p. ex. soutien à la prise de décision, alertes, surveillance)?
 - Technologie/appareils au soutien de la sécurité (p. ex. facteurs humains, traçabilité)?
5. Harmonisation du système de santé
 - Collaborations à l'échelle de la communauté/de l'industrie?
 - Harmonisation avec les normes nationales/internationales (p. ex. normes d'agrément, réglementaires, professionnelles, de l'industrie)?

Exécution

Actions au niveau de la première ligne qui améliorent la sécurité des patients :

6. Milieux de soins et gestionnaires
 - Pratiques intégrées axées sur la sécurité dans les unités/milieus de soins (p. ex. briefings quotidiens, gestion visuelle, résolution de problèmes localement)?
 - Gestionnaires/leaders médicaux qui soutiennent la sécurité psychologique (encouragement à s'exprimer)?
7. Processus de soins
 - Processus de travail/de soins uniformisés lorsque c'est approprié?
 - Protocoles de communication/de prise en charge de patients (p. ex. aux changements de quarts/entre les différentes unités dans le continuum de soins)?
8. Engagement des patients et des familles/coopération dans la prestation de soins
 - Partenaires de patients/familles dans tous les aspects des soins (p. ex. planification, prise de décision, politique sur la présence des familles, rondes, accès au dossier médical/aux résultats de test)?*
 - Patients/familles participant aux initiatives locales axées sur la sécurité/qualité?*
 - Protocoles de divulgation et d'excuse?*
9. Résilience/conscience situationnelle
 - Processus de dépistage précoce/en temps réel des risques liés à la sécurité et de la détérioration de l'état d'un patient (par le personnel/les patients/les familles/les médecins)?*
 - Protocoles dans le cas d'inquiétudes grandissantes relativement aux soins (par le personnel/les patients/les familles/les médecins)?*

Apprentissage

Pratiques d'apprentissage qui renforcent les comportements sécuritaires :

10. Éducation/renforcement de la capacité
 - Membres de la direction/du personnel et du corps médical formés en sécurité et en science de l'amélioration, travail d'équipe, communication?
 - Formation basée sur le travail d'équipe, exercices de pratique?
11. Déclaration/gestion/analyse des incidents
 - Système de déclaration des risques/incidents efficace au regard des événements touchant les patients/les familles et le personnel/les médecins (p. ex. l'examen des quasi-incidents, des événements qui ne devraient jamais arriver, des cas de mortalité/de morbidité)?*
 - Processus structurés pour réagir aux événements liés à la sécurité/aux incidents critiques et pour en tirer des leçons (p. ex. l'analyse des systèmes, la participation des patients/des familles/du personnel/des médecins ainsi que leur soutien)?*
12. Évaluation de la qualité/sécurité et compte rendu
 - Évaluation de la culture de sécurité sur une base régulière; plaintes des patients/familles; et engagement du personnel infirmier/médical (par unité/milieu de soins et à l'échelle de l'organisation)?*
 - Processus de qualité/sécurité rétrospectifs et prospectifs, et mesure des résultats?
 - Rapports réguliers et transparents sur les résultats obtenus des stratégies liées à la sécurité/la qualité?
13. Améliorations opérationnelles
 - Méthodes structurées, infrastructure pour accroître la fiabilité, opérations facilitées (p. ex. cycle PDSA, méthode LEAN, ingénierie des facteurs humains, analyse prospective des risques)?

PDSA = planifier, développer, contrôler, ajuster (Plan-Do-Study-Act). *Points pour lesquels l'engagement des patients et familles sont particulièrement importants.

Le site web *Virez en mode sécurité* (SHIFTtosafety.com) comprend de nombreuses ressources conçues pour réduire les préjudices évitables et améliorer les soins, notamment avec l'ensemble pour une culture de sécurité destiné aux DG et aux cadres supérieurs. L'objectif est que les organisations de santé utilisent activement cet ensemble comme ressource pour guider leurs activités en matière de qualité des soins et de sécurité des patients.

Certains organismes, tels que la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, ont commencé à associer l'ensemble aux normes et aux pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada et par l'Organisation de normes en santé. Ces organismes ont également défini des indicateurs mesurables pour chacun des éléments de l'ensemble. Cette utilisation très pratique et exemplaire intègre efficacement un élément d'évaluation audit ensemble. Cette approche en démontre encore une fois la pertinence pour les enquêtes sur la culture de sécurité, pour les sondages sur l'expérience des patients ainsi que pour les outils d'enquête sur la vie au travail. Ces critères et ceux d'Agrément Canada peuvent être employés pour évaluer les différents éléments de l'ensemble.

Par ailleurs, la révision actuelle, par l'Organisation de normes en santé, de ses normes pour le leadership considérera l'intégration de l'ensemble dans les lignes directrices d'Agrément Canada à l'intention des équipes de direction des services de santé. De plus, les éléments de l'ensemble seront mis en correspondance avec le cadre LEADS. Ce cadre fournit une approche globale du développement du leadership et favorise une compréhension commune de la transformation des systèmes grâce à la collaboration (LEADS Canada 2006).

Le cadre de compétences en matière de sécurité de l'ICSP subit actuellement une mise à jour afin d'inclure le rôle du leadership en matière de sécurité des patients dans les six domaines du cadre. Le cadre révisé présentera l'ensemble pour une culture de sécurité comme un outil pour orienter l'élaboration d'un programme de formation en matière de sécurité des patients (CPSI 2009, 2016).

Enfin, des travaux sont en cours pour rassembler des outils et des ressources d'appui. Ces ressources seront gratuitement accessibles au moyen de liens directs à l'adresse <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/patient-safety-culture-bundle/pages/default.aspx>.

En présentant cet ensemble pour une culture de sécurité, nous reconnaissons le travail de Singer et Vogue (2013: 387), qui s'expriment comme suit :

Toute intervention n'est pas nécessairement utile ou appropriée dans tout contexte (c'est peut-être là une des principales explications des résultats mitigés observés pour de nombreuses interventions). La capacité de découvrir des interventions qui fonctionnent au sein

de la culture d'une organisation dépend du leadership. Il faut comprendre les mécanismes fondamentaux qui permettent à l'intervention d'apporter le changement et inclure ces mécanismes aux convictions et hypothèses partagées par les membres de l'organisation. Ce principe fait écho aux études qui expliquent l'échec d'initiatives en matière de propagation d'interventions d'amélioration comme une conséquence de l'incapacité des dirigeants à effectuer un changement fondamental de la structure de motivation au travail.

Conclusion

Les préjudices subis par les patients dans les soins de santé posent un grave problème de santé publique et les efforts visant à améliorer la sécurité des patients progressent à un rythme beaucoup plus lent que prévu. Les préjudices subis par les patients constituent « le problème le plus important en matière de santé » (WHO 2018). L'absence de progrès s'explique principalement par l'incapacité des hauts responsables à mettre en œuvre des stratégies globales pour améliorer la culture de la sécurité des patients. S'inspirant du rapport *Free from Harm* de la National Patient Safety Foundation (2015), notre groupe de travail a identifié un modèle pour une culture de la sécurité des patients et a développé un ensemble d'interventions concis, qui met à profit le travail de spécialistes de la sécurité des patients, du leadership et de l'amélioration des services de santé.

Les responsables du secteur de la santé sont aux prises avec une multitude de problèmes et de priorités qui se font concurrence pour l'attention et les ressources. Qu'il s'agisse de mieux-être et de bien-être psychologique en milieu de travail, de santé des Autochtones, de cybersécurité, de technologie, d'innovation ou de changements de politiques et de modèles de financement : tous ces aspects s'enracinent dans un changement de culture mis en œuvre par les cadres supérieurs. Ces problèmes ont pratiquement tous une incidence sur la sécurité des patients. C'est pourquoi ils sont pris en compte, à un certain degré, dans l'ensemble pour une culture de la sécurité.

Pour réussir la transformation des services de santé, la plupart des leaders de la santé reconnaissent l'importance d'instaurer une culture centrée sur le patient. À cette fin, nous incitons les responsables de la santé à utiliser l'ensemble pour une culture de la sécurité des patients ainsi que divers autres outils et cadres de travail, tels que le cadre LEADS. Les dirigeants doivent apprendre à faire fondre « l'iceberg de l'ignorance » (Yoshida 1989) et impliquer tous – patients, familles ainsi que tous les acteurs du système et leurs organisations – dans des discussions sur l'ensemble de ressources à l'intention des DG et des cadres supérieurs pour une culture propice à la sécurité des patients, et ce, à la faveur du bien-être collectif. **HQ**

Références

Veuillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (p. 87–88).

À propos des auteurs

Markirit Armutlu, B.Sc. (ergothérapie), M.Sc. (bioéthique), LCS (Leader certifié en santé), est gestionnaire principale de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Elle possède une expérience nationale et internationale en gestion des soins de santé ainsi qu'en éducation en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients.

Donna Davis, I.A.I., est membre et ancienne coprésidente de Patients pour la sécurité des patients au Canada. Elle a travaillé comme infirmière pendant une quarantaine d'années. Elle a une connaissance approfondie des lacunes en matière de sécurité des patients et une conscience aiguë des améliorations qui peuvent être apportées.

Alain Doucet, B.A. (communication), MBA, est président et chef de la direction du Collège canadien des leaders en santé. En tant que leader et gestionnaire principal de projets, de personnes ou de relations, il excelle dans la création de récits, dans l'établissement de relations fructueuses et dans la recherche de solutions d'ensemble.

Annette Down, M.Sc. (administration des services de santé), CHE, est directrice, Amélioration de la qualité et Risques, à Lakeridge Health. Auparavant, elle a travaillé pour Health Insurance Reciprocal of Canada. Elle s'intéresse à l'amélioration de l'expérience des patients et à la création d'un environnement sécurisé pour les patients et le personnel.

Dale Schierbeck, B.A. (avec mention), M.A., est vice-président, Formation et perfectionnement, de SoinsSantéCAN, où il dirige la division de perfectionnement professionnel en ligne, Formation ACS. Il est un professionnel certifié en formation et développement qui possède plus de 25 ans d'expérience.

Polly Stevens, M.Sc. (sciences de la santé), est vice-présidente, Gestion des risques liés aux soins de santé, chez Health Insurance Reciprocal of Canada et professeure associée à l'Université de Toronto. Elle a plus d'une trentaine d'années d'expérience dans le secteur des services de santé, notamment des postes de direction dans la prestation de programmes cliniques, l'amélioration de la qualité, la sécurité des patients et la gestion des risques.

Adresse pour correspondance : Markirit Armutlu, Institut canadien pour la sécurité des patients; téléphone : 613-668-2887; courriel : marmutlu@cpsi-icsp.ca.