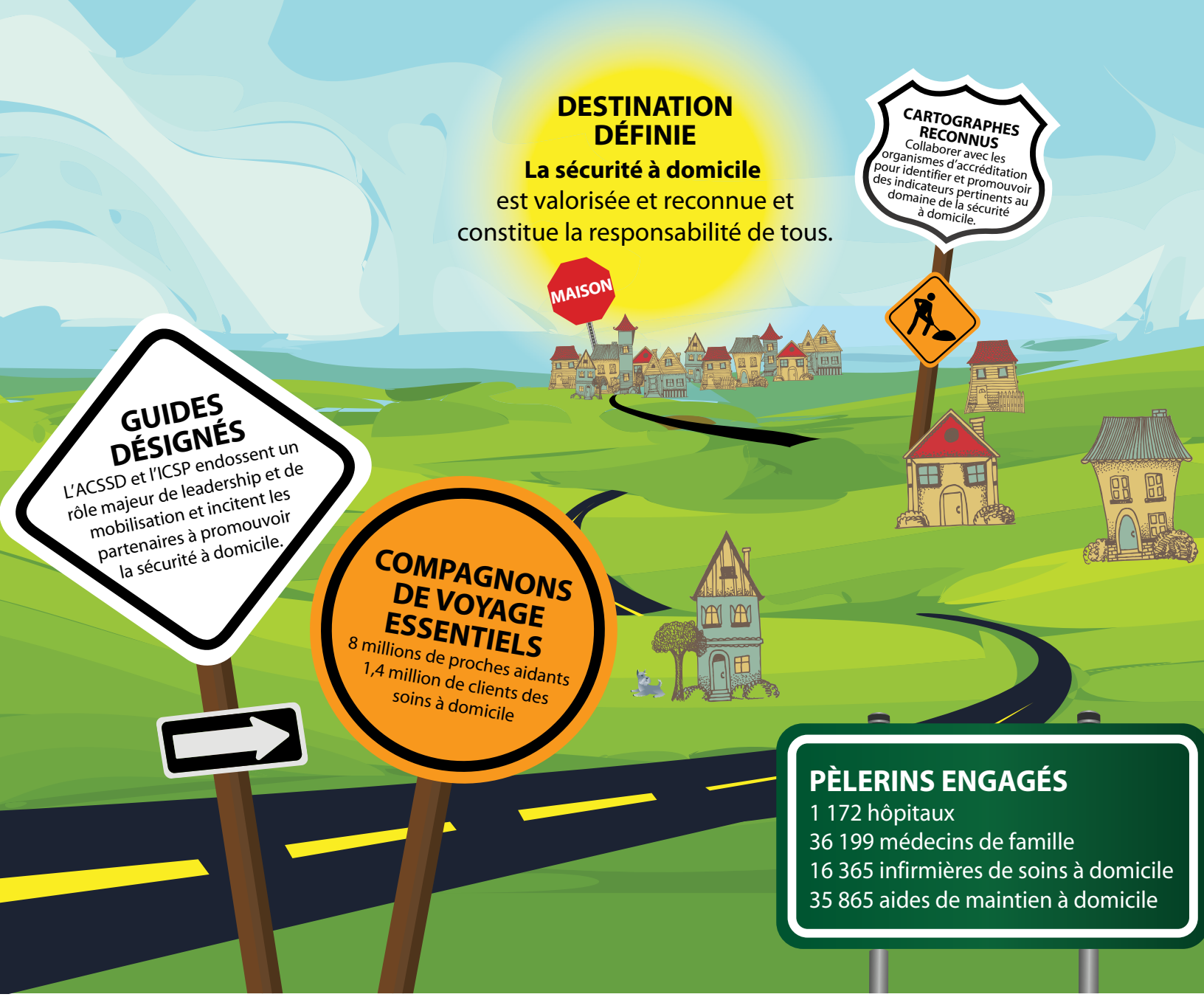
LA SÉCURITÉ À DOMICILE

Séances de la table ronde d'experts



Canadian Home Care Association
canadienne de soins et services à domicile

L'Association canadienne de soins et services à domicile

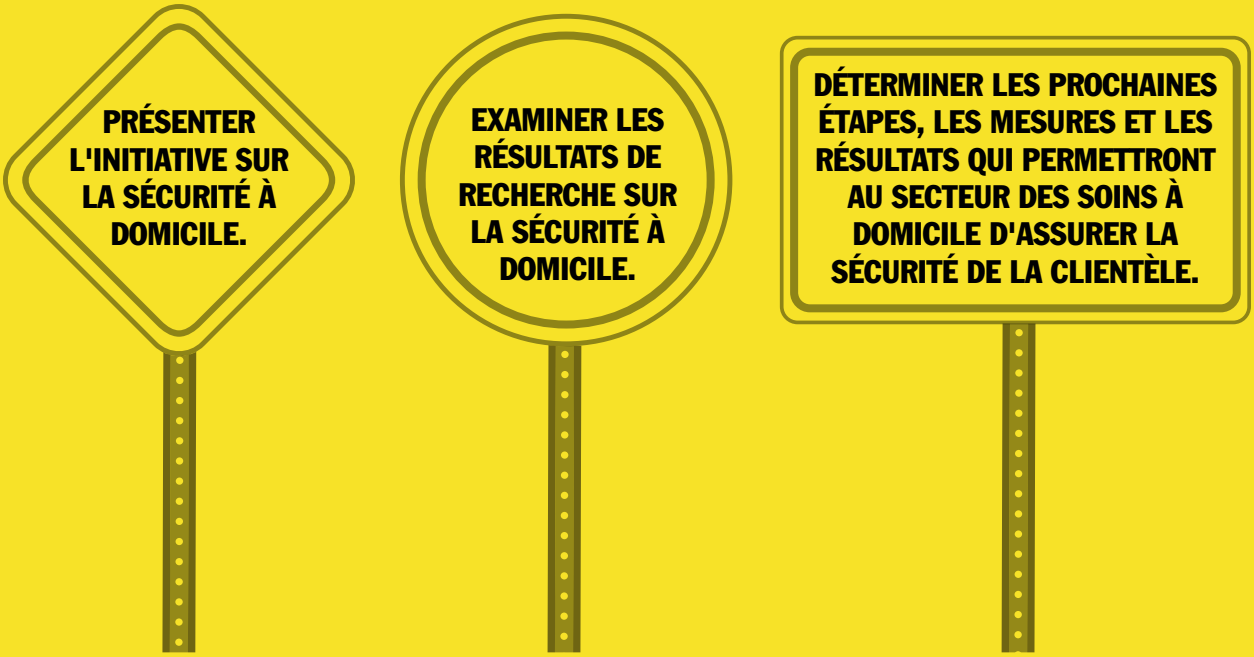
L'Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD) est un organisme sans but lucratif. Elle se consacre à assurer la disponibilité de soins à domicile et en milieu communautaire à la fois accessibles et adaptés, qui permettent à la population de rester chez elle en toute sécurité, dans la dignité et en bénéficiant d'une qualité de vie. Des gouvernements, des planificateurs des politiques, des organismes administratifs, des prestataires de services, des chercheurs, des enseignants et d'autres intervenants qui s'intéressent aux soins à domicile figurent parmi ses membres. À titre de porte-parole national des soins à domicile, l'ACSSD promeut l'excellence par le leadership, par l'activisme, par la sensibilisation et par le savoir.

© Association canadienne de soins et services à domicile, décembre 2013

www.cdnhomecare.ca

Il est interdit de reproduire ou de retransmettre intégralement ou partiellement cette publication sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, notamment par voie électronique ou mécanique, par photocopie, par enregistrement ou autre, ou de l'extraire d'un système de recherche documentaire sans avoir obtenu l'autorisation écrite préalable de l'éditeur et des rédacteurs, puisque ces actes constituent une violation de la loi sur le droit d'auteur.

LE 11 SEPTEMBRE 2013,
L'ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE (ACSSD) A ANIMÉ UNE TABLE RONDE SUR INVITATION À L'INTENTION DES INTERVENANTS DU SECTEUR CANADIEN DES SOINS À DOMICILE. (POUR ACCÉDER À LA LISTE DES PARTICIPANTS, VEUILLEZ CONSULTER L'ANNEXE 2.) VOICI LES OBJECTIFS ÉTABLIS POUR CE FORUM :



DÉFINITION DU CONTEXTE

Nadine Henningsen, directrice générale de l'ACSSD, a souhaité la bienvenue aux participants du forum et réitéré l'engagement pris par l'ACSSD envers l'avancement de la sécurité à domicile. Kim Stelmacovich, directrice principale, Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a défini le contexte en communiquant les objectifs stratégiques de l'ICSP et en fournissant un aperçu du partenariat de travail établi avec l'ACSSD. Marie Owen, co-chef de la stratégie canadienne sur le bilan comparatif des médicaments, ICSP, a fait le point sur l'initiative Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, les progrès accomplis dans l'ensemble du pays, ainsi que les programmes axés sur les soins à domicile et en milieu communautaire. Régis Blais, Ph. D., directeur, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, a présenté les résultats de La sécurité à domicile : une étude pancanadienne sur la sécurité des soins à domicile, dont il est le coresponsable. Il a également communiqué les principales recommandations de ce projet de recherche. (Pour accéder aux présentations sur le contexte, veuillez consulter l'annexe 3.)

Dans ce contexte, on a demandé aux participants de s'appuyer sur leur expertise et leur expérience, afin de suggérer des réponses à la question thématique fondamentale de la table ronde :

Que devons-nous faire pour assurer la sécurité de la clientèle, dans le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire?

QUELLES SONT LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ À DOMICILE?

Les discussions de groupe ont permis d'établir quatre priorités. Les participants ont échangé sur les résultats, les obstacles, les possibilités et les stratégies qui produiraient un impact sur chaque centre d'intérêt et favoriseraient son avancement. De plus, ces intervenants ont fait part de leurs opinions sur le rôle que l'ACSSD et l'ICSP devraient et pourraient jouer, pour faciliter la mise en œuvre des recommandations. Enfin, tous les participants ont eu l'occasion de formuler leurs commentaires sur les quatre priorités :

1

MOBILISATION GÉNÉRALE ENVERS LA SÉCURITÉ À DOMICILE

La prestation de soins sécuritaires à domicile dans des milieux imprévisibles et (ou) hétérogènes pose des difficultés uniques, qui exigent la mobilisation et la participation active du prestataire professionnel, du client et du proche aidant.

2

FORMATION ET SAVOIR

Pour assurer la sécurité à domicile, il est essentiel d'informer et d'autonomiser les clients et les proches aidants. Outre les dirigeants des organisations, les membres du personnel clinique professionnel et de première ligne doivent être bien informés. Il leur faut connaître les stratégies et les outils qui favorisent la prévention, l'identification et la gestion dans le domaine de la sécurité à domicile.

3

CULTURE DE SÉCURITÉ

Il est nécessaire de bâtir et d'enrichir une culture où la sécurité constituera l'affaire et la responsabilité de tous, et où chacun pourra diffuser ouvertement de l'information sans craindre de subir des conséquences négatives.

4

INTÉGRATION DE LA SÉCURITÉ

Il faut promouvoir des modèles intégrés de soins fortement axés sur le client et la famille. De plus, il est essentiel d'insister sur la sécurité des soins autoadministrés (maintien de la santé et du mieux-être personnels grâce à l'appui d'une équipe soignante).

QUE VOULONSNOUS RÉALISER?

Les participants ont répondu à cette question pour chacune des priorités. Ainsi, ils ont esquissé la structure d'une vision relative à la sécurité à domicile et cerné les résultats à obtenir dans l'ensemble du pays. Les quatre énoncés de vision résultants portent sur le client et le proche aidant, le personnel professionnel et de première ligne, un changement radical de culture et la transformation du système, qui tiendra désormais compte de la sécurité dans tous les milieux de soins.

1. Les intervenants comprennent et respectent le rôle et les responsabilités que chacun doit assumer pour assurer la sécurité à domicile. Cette reconnaissance et cette compréhension se manifestent tout au long des périodes de traitement et du continuum des services de santé.

2. Le client et le proche aidant ont accès à une information intelligible et conviviale, qui favorise l'autoadministration des soins dans un environnement sécuritaire. La connaissance, les compétences et les responsabilités relatives à la sécurité s'inscrivent dans les programmes de formation, les pratiques cliniques, ainsi que les politiques et les procédures organisationnelles.

3. Le dialogue sur la sécurité à domicile favorise une culture positive et autonomisante. Ainsi, la sécurité devient une notion reconnue et valorisée, qui constitue la responsabilité de tous.

4. L'intégration du cheminement clinique à tous les milieux de soins permet d'intervenir dans les situations à risque élevé. L'autonomisation du client et du proche aidant constitue l'une de ses composantes fondamentales.

QUE DEVONS-NOUS SURMONTER?

Les discussions de groupe sur chaque centre d'intérêt ont révélé nombre d'obstacles et de difficultés qui s'étendaient aux quatre priorités, dans plusieurs cas. Un résumé des difficultés courantes identifiées par les groupes de discussion figure ci-dessous. (Des obstacles spécifiques sont présentés dans les résumés détaillés de l'annexe 1.)

» **LA NOTION DE « SÉCURITÉ À DOMICILE » EXIGE DES ÉCLAIRCISSEMENTS –** Il existe de grandes disparités entre la compréhension et l'acceptation de « ce qui est sécuritaire », chez les clients et les proches aidants, ainsi que la connaissance et la perception du risque acceptable, chez les prestataires professionnels. Les clients n'ont pas tous la capacité ni le désir de prendre soin d'eux-mêmes et d'assurer la sécurité de leur domicile (p. ex., isolement des aînés en perte d'autonomie, diminution des capacités mentales et accès limité aux proches aidants, etc.).

» **L'ACCÈS AUX OUTILS ET AUX PROCESSUS FAVORISANT LA SÉCURITÉ À DOMICILE EST LIMITÉ –** Les clients et les prestataires bénéficient d'un accès variable aux outils et aux processus appropriés. En outre, les solutions et les enjeux relatifs à la sécurité à domicile font l'objet d'une communication incohérente et inadéquate. Sur le plan des pratiques exemplaires, il n'existe aucun mécanisme de diffusion ni d'accès structuré. Bien souvent, enfin, la sécurité ne constitue pas un élément fondamental des pratiques organisationnelles requises.

» **LA SÉCURITÉ À DOMICILE NE CONSTITUE PAS UNE PRIORITÉ –** En raison des restrictions budgétaires et d'un accroissement de la demande, le système centre ses priorités sur l'efficience et la rentabilité. Souvent, la sécurité n'est qu'une priorité secondaire : elle n'est donc pas dotée suffisamment. En outre, on n'a pas encore clarifié les obligations de rendre des comptes quant à la sécurité. Souvent, les provinces n'établissent aucune stratégie à cet égard et délèguent cette responsabilité aux organisations.

» **LA RECHERCHE ET LES DONNÉES SUR LA SÉCURITÉ À DOMICILE S'AVÈRENT INSUFFISANTES –** L'ignorance et les difficultés d'accès à la recherche ou aux données comparatives limitent la prise de décisions fondées sur des données probantes, quant à la promotion des politiques et des programmes sur la sécurité à domicile. Si nous voulons étendre les pratiques en sécurité à domicile à l'ensemble du pays, nous devons prendre connaissance des succès et des échecs en la matière, en plus de trouver des explications (autrement dit, tirer des leçons) à ce sujet.

» **SUR LE PLAN DE LA SÉCURITÉ À DOMICILE, IL N'EXISTE PAS DE DÉFINITION, DE VISION, NI DE PRINCIPE DIRECTEUR À L'ÉCHELLE NATIONALE –** Dans le secteur des soins à domicile, l'absence d'un cadre national entrave l'élaboration de stratégies pancanadiennes et la sauvegarde d'une culture positive en matière de sécurité. En outre, l'insuffisance de principes, de normes et d'indicateurs acceptés quant à la sécurité limite la collaboration et l'étalonnage dans l'ensemble du pays.

» **LES LIMITES DU SYSTÈME NUISENT À L'INTÉGRATION DES STRATÉGIES DE SÉCURITÉ –** La sécurité pose des difficultés à tous les milieux de soins. Pourtant, l'intégration des démarches de prestation des soins de santé, phénomène relativement nouveau, est souvent limitée par la rigidité du financement et par une affectation inadéquate des ressources dans les différents milieux de soins.

» **LES PROGRAMMES DE FORMATION NE METTENT PAS L'ACCENT SUR LA SÉCURITÉ À DOMICILE –** À l'heure actuelle, les programmes de formation ne tiennent pas compte de l'aspect multidisciplinaire des stratégies et des responsabilités liées à la sécurité. Les membres des équipes de soins à domicile reçoivent une formation disparate et ignorent bien souvent les responsabilités de leurs coéquipiers, en ce qui concerne la sécurité à domicile.

QUELLES MESURES ET QUELLES STRATÉGIES POUVONS-NOUS EXÉCUTER POUR OBTENIR LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

Les groupes ont défini plusieurs mesures pour chaque centre d'intérêt. À ce titre, voici une liste des stratégies et des mesures s'appliquant à l'ensemble des priorités.

DÉFINITION, VISION, PRINCIPES, NORMES, INDICATEURS

a. Élaborer et diffuser une définition et une vision communes, ainsi que des principes de base en matière de sécurité à domicile.

b. Définir la sécurité à domicile en insistant sur son potentiel. Mettre l'accent sur la sécurité, plutôt que le risque.

c. Harmoniser cette définition et cette vision avec les normes des organismes d'agrément ou les pratiques organisationnelles requises (POR).

d. Élaborer des directives et des attentes claires quant au rôle et aux responsabilités des organisations.

e. Établir et promouvoir des indicateurs spécifiques de sécurité dans le secteur des soins à domicile et l'ensemble du système de santé.

PARTENARIATS

a. Créer des partenariats et des mécanismes de collaboration avec des organismes nationaux (organismes d'agrément, ACSSD, ICSP).

b. Inciter un large éventail d'intervenants à élaborer des stratégies de sécurité à domicile et à les mettre en œuvre (responsables de la planification des politiques, administrateurs, prestataires).

c. Élaborer des stratégies et des mesures de sensibilisation des clients et des proches aidants à la sécurité à domicile (insister sur la prévention).

d. Établir des liens avec d'autres associations (consortiums d'hôpitaux, équipes de soins primaires, p. ex.) qui ont tout intérêt à intégrer la sécurité à domicile et des indicateurs clés de rendement à leur programme.

LA SÉCURITÉ À DOMICILE, UNE PRIORITÉ

a. Concevoir une campagne de sensibilisation et faire de la sécurité à domicile une priorité pour les systèmes de soins de santé, ainsi que les patients et les clients d'un océan à l'autre.

b. Établir un lien entre la sécurité à domicile et les priorités mobilisatrices du système (réduction du nombre d'admissions en salle d'urgence, amélioration de la méthode de gestion Lean, p. ex.).

c. Renforcer les obligations actuelles de respect des normes de sécurité pour en faire une priorité. (Cette mesure comporte des variantes à l'échelle nationale. Dans certaines provinces, la sécurité fait l'objet d'une loi, dans d'autres, elle se reflète dans des principes et des normes d'agrément.)

d. Inviter les principaux intervenants (bailleurs de fonds, administrateurs, prestataires) à promouvoir une nouvelle culture de sécurité.

e. Inciter la haute direction à opérer tout changement relatif à la sécurité.

PRATIQUES EXEMPLAIRES ET PRISE DE DÉCISIONS FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES

a. Établir des pratiques exemplaires et les diffuser dans tout le pays.
b. Élaborer des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour soutenir les prestataires de première ligne. (L'AIIAO constitue une excellente ressource en la matière.)
c. Explorer des stratégies intégrées d'évaluation et de gestion du risque le long du continuum de soins.
d. Déterminer les initiatives intégrées de sécurité que d'autres ressorts territoriaux pourraient adopter (programme SAIL, programme de thérapies rénales de Baxter, système Lifeline, programme d'exercices à domicile, programme Medrec du RLISS de HNHB, p. ex.).
e. Investir dans la recherche et catalyser le financement pour appuyer la création et la mesure de modèles de sécurité à domicile axés sur les résultats.

OUTILS ORIENTÉS VERS LA CLIENTÈLE

a. Concevoir des outils qui renforceront les compétences ou la confiance du client et du proche aidant quant à l'analyse et à la gestion de la sécurité à domicile (autonomie en matière de santé).
b. Proposer des outils de formation sur les pratiques exemplaires au client et au proche aidant. Ces outils renforceront leurs connaissances en santé et les sensibiliseront davantage à la sécurité.

SUR QUOI POUVONS-NOUS MISER POUR ATTEINDRE NOTRE BUT?

Les participants ont identifié des initiatives, des ressources et des outils qui pourraient servir à promouvoir les stratégies présentées ci-dessus.

- Déterminer les initiatives et les outils servant à la prise en charge des domaines à « risque élevé » (chutes, sécurité des médicaments) – dont le système InterRAIHC, des outils locaux de dépistage du risque, programmes MedRec, etc. Tabler sur ces initiatives et ces outils.
- Assurer l'harmonisation avec les initiatives d'amélioration de la qualité (méthode Lean, Triple Aim, agrément externe, p. ex.).
- Identifier les modèles collaboratifs de soins fondés sur les pratiques exemplaires et intégrant la sécurité (soins de santé primaires en Colombie-Britannique, p. ex.). Communiquer les résultats positifs obtenus dans ce domaine (amélioration de la sécurité, de la qualité et des résultats liés aux soins).
- Diffuser à grande échelle les résultats et les recommandations de l'étude sur la sécurité à domicile de l'ICSP.
- Se référer à d'autres industries « à risque élevé » (aviation, transportation, p. ex.) pour déterminer leur démarche de promotion d'une culture de sécurité.
- Explorer les façons dont la technologie contribue à enrichir les connaissances sur la gestion de la sécurité et du risque. (Étudier les adopteurs précoces de la technologie.)
- Intégrer la sécurité à domicile aux programmes communs d'enseignement et de formation destinés aux membres des professions réglementées et non réglementées de la santé.
- Inclure les indicateurs de sécurité à domicile à la base nationale de données sur les soins à domicile de l'ICIS.
- Les normes d'agrément peuvent renforcer les « pratiques opérationnelles requises » (POR) quant à l'intégration des mécanismes de sécurité.
- Faire connaître l'expérience de l'initiative Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! et son impact sur la culture des soins de courte durée.
- Miser sur le travail accompli par l'ACSSD quant à l'harmonisation des principes de soins à domicile (processus de mobilisation, stratégie d'instauration, communications).
- Mobiliser les partenaires communautaires (services de police, services des incendies, services médicaux d'urgence) pour favoriser le changement à la base.
- Établir des partenariats avec des organisations (Rogers, entreprises de sécurité, détaillants de produits de rénovation, chaînes de pharmacies, p. ex.) pour mieux sensibiliser les consommateurs à la sécurité à domicile.
- Cibler les babyboomers dans le cadre des activités de sensibilisation à la sécurité. Ils jouent souvent le rôle de proches aidants et doivent tenir compte de leurs propres limites, sur le plan de la santé.

QUELS RÔLES L'ACSSD ET L'ICSP DOIVENT-ILS JOUER À CET ÉGARD?

Les participants ont fait part de leurs expériences et de leurs activités dans le domaine de la sécurité à domicile. À cette étape, ils ont formulé plusieurs suggestions sur les moyens que l'ACSSD et l'ICSP devraient adopter, selon eux, pour approfondir le dialogue et obtenir les résultats définis par le groupe. La liste présentée ci-dessous fusionne les rôles principaux que l'ACSSD et l'ICSP devraient jouer à cet égard.

FAIRE PREUVE DE LEADERSHIP EN ÉLABORANT UNE DÉFINITION ET UNE VISION DE LA SÉCURITÉ À DOMICILE

- Grâce à la mobilisation des partenaires et des intervenants à l'échelle nationale, l'ACSSD et l'ICSP devraient endosser un rôle de chefs de file, en élaborant une définition, une vision et des principes relatifs à la sécurité à domicile. Ainsi, ils favoriseront et approfondiront la compréhension chez les nombreux intervenants.

INCITER LES PARTENAIRES À PROMOUVOIR UNE APPROCHE INTÉGRÉE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ

- L'ACSSD et l'ICSP devraient promouvoir une approche systémique en matière de sécurité, en élargissant les partenariats au-delà de la collectivité afin d'inclure les soins de courte durée, les soins de longue durée et les soins primaires.
  - Assortir les responsabilités (professionnelles) envers le changement escompté d'attentes réalistes et recommandables.
  - Diffuser les pratiques exemplaires fondées sur l'intégration des modèles de soins. – Mettre l'accent sur l'intégration et les résultats en matière de sécurité.

IDENTIFIER LES PRATIQUES EXEMPLAIRES ET LES FAIRE CONNAÎTRE. - PROMOUVOIR LA PRISE DE DÉCISIONS FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES

- Identifier les pratiques exemplaires, les outils et les ressources et les faire connaître. Promouvoir le partage des connaissances à l'échelle pancanadienne afin de rehausser le profil des innovations dans le domaine de la sécurité. Encourager leur adoption dans tout le pays.
  - Créer des outils (y compris des outils postévaluation) qui permettront aux prestataires de s'informer sur la sécurité à domicile et de l'assurer. – Favoriser des « gains rapides ».
  - Inviter les intervenants à approfondir la discussion, et à identifier les champions et les chefs de file des pratiques d'un océan à l'autre.
  - Promouvoir la prise de décisions fondées sur des données probantes, grâce à l'évaluation des projets en cours. – Diffuser ces résultats et ces pratiques à l'échelle nationale.
  - Découvrir les résultats de recherche (ou financer de nouvelles études) qui appuieront la prise de décisions fondées sur des données probantes.

SOUTENIR LES ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION ET DE FORMATION DANS LE DOMAINE DE LA SÉCURITÉ À DOMICILE

- Concevoir, diffuser et promouvoir des outils pédagogiques à l'intention des proches aidants et des professionnels, pour mieux faire connaître et comprendre la sécurité à domicile. (Envisager l'exécution de stratégies en ligne.)
- En collaboration avec les établissements d'enseignement, intégrer la sécurité à domicile aux programmes de formation ou de premier cycle.
- Promouvoir un vocabulaire commun sur la sécurité à domicile dans l'ensemble du Canada. (Cibler les responsables des politiques, les administrateurs, les prestataires de première ligne, les clients et les proches aidants.)
- Lancer une campagne de sensibilisation du public, qui incitera les clients à assumer la responsabilité de leur sécurité en leur fournissant les explications nécessaires.

DERNIÈRES REMARQUES

Chaque participant a résumé en une phrase ses impressions sur la journée et le travail à accomplir. Dans l'ensemble, les participants étaient convaincus que des mesures devaient et pouvaient être entreprises, mais qu'il y avait urgence d'agir et que la collaboration demeurait le meilleur moyen d'obtenir des résultats. Ils ont précisé que la sécurité à domicile est un enjeu vaste et complexe et ont souligné l'importance de fixer des objectifs réalistes et de célébrer les petites victoires.

ANNEXE 1

NOTES D'ANALYSE DÉTAILLÉES DES QUATRE PRIORITÉS EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ

CENTRE D'INTÉRÊT 1 : MOBILISATION GÉNÉRALE ENVERS LA SÉCURITÉ À DOMICILE

La prestation de soins sécuritaires à domicile dans des milieux imprévisibles et (ou) hétérogènes pose des difficultés uniques, qui exigent la mobilisation et la participation active du prestataire professionnel, du client et du proche aidant.

QUE VOULONS-NOUS RÉALISER?

Les intervenants comprennent et respectent le rôle et les responsabilités que chacun doit assumer pour assurer la sécurité à domicile. Cette reconnaissance et cette compréhension se manifestent tout au long des périodes de traitement et du continuum des services de santé.

QUE DEVONS-NOUS SURMONTER?

- Il existe des disparités entre la compréhension et l'acceptation de « ce qui est sécuritaire », chez les clients et les proches aidants, ainsi que la connaissance et la perception du risque acceptable, chez les prestataires professionnels.
- Les clients et les proches aidants ont un accès limité à l'information et aux outils qui leur permettraient de mieux comprendre et définir la sécurité.
- Les prestataires professionnels n'ont pas accès à des processus ni à des outils qui leur permettraient de déterminer, d'évaluer, de gérer et de mesurer le risque à domicile et le long du continuum de soins.

QUE POUVONS-NOUS FAIRE POUR ASSURER LA MOBILISATION GÉNÉRALE ENVERS LA SÉCURITÉ À DOMICILE?

- Assurer le leadership grâce à des partenariats (organismes d'agrément, ACSSD, ICSP) et la mobilisation (responsables de la planification des politiques, administrateurs, prestataires) à l'échelle nationale. De cette manière, créer une vision et favoriser une compréhension communes de la sécurité à domicile.
- Faire de la sécurité à domicile une priorité pour l'ensemble des systèmes de santé du pays, en créant un dossier d'analyse qui mettra en valeur la rentabilité et l'évolution de l'état de santé des clients.
- Déterminer et diffuser des pratiques exemplaires qui, d'un océan à l'autre, reposent sur des stratégies favorisant la prévention, la réduction et la gestion du risque. Encourager une collaboration et une application constantes grâce à la création d'un réseau pancanadien, afin d'assurer la diffusion et l'échange d'information à l'intention des prestataires professionnels.
- Concevoir des outils et des stratégies qui permettront d'évaluer les compétences ou la confiance du client et du proche aidant quant à l'analyse et à la gestion de la sécurité à domicile.
- Identifier et promouvoir des indicateurs pertinents au domaine de la sécurité à domicile et au système de santé.

SUR QUOI POUVONS-NOUS MISER POUR ATTEINDRE CE BUT?

- Évaluer les outils et les processus actuels de dépistage du risque dans l'ensemble du pays. Formuler des recommandations sur des démarches efficaces et efficientes, qui se révéleront « utiles et rapides ».
- Déterminer dans quelle mesure le système InterRAIHC peut renforcer l'évaluation du risque et le dialogue sur la sécurité.
- Tabler sur les données et les mesures découlant de l'étude sur la sécurité à domicile de l'ICSP, en particulier celles qui portent sur les domaines à risque élevé (gestion des médicaments et chutes).
- Explorer les façons dont la technologie contribue à enrichir les connaissances sur la gestion de la sécurité et du risque.
- Intégrer la sécurité à domicile aux programmes communs d'enseignement et de formation destinés aux membres des professions réglementées et non réglementées de la santé.

QUELS RÔLES L'ACSSD ET L'ICSP DOIVENT-ILS JOUER À CET ÉGARD?

- Promouvoir une vision, des partenariats et une compréhension commune quant à la sécurité à domicile à l'échelle nationale.
- Servir de catalyseurs à l'avancement des stratégies et des recommandations élaborées lors de la table ronde.
- Promouvoir une approche systémique en matière de sécurité, en élargissant les partenariats au-delà de la collectivité afin d'inclure les soins de courte durée, les soins de longue durée et les soins primaires.
- Déterminer les pratiques exemplaires, les outils et les ressources. Encourager le partage des connaissances à l'échelle pancanadienne.
- Collaborer à l'enracinement de la sécurité à domicile avec les organismes d'agrément.
- Identifier les champions et les chefs de file des pratiques d'un océan à l'autre.

CENTRE D'INTÉRÊT 2 : FORMATION ET SAVOIR

Pour assurer la sécurité à domicile, il est essentiel d'informer et d'autonomiser les clients et les proches aidants. Outre les dirigeants des organisations, les membres du personnel clinique professionnel et de première ligne doivent être bien informés. Il leur faut connaître les stratégies et les outils qui favorisent la prévention, l'identification et la gestion dans le domaine de la sécurité à domicile.

QUE VOULONS-NOUS RÉALISER?

- Autonomiser les clients et les proches aidants - Le client et le proche aidant ont accès à une information intelligible et conviviale, qui favorise l'autoadministration des soins dans un environnement sécuritaire.
- Transformer le système. - La connaissance, les compétences et les responsabilités relatives à la sécurité s'inscrivent dans les programmes de formation, les pratiques cliniques, ainsi que les politiques et les procédures organisationnelles.

QUE DEVONS-NOUS SURMONTER?

- La sécurité à domicile n'est pas considérée comme une priorité.
- L'insuffisance de la recherche et des données sur la sécurité à domicile limite la prise de décisions fondées sur des données probantes.
- Les solutions et les enjeux relatifs à la sécurité à domicile font l'objet d'une communication incohérente et inadéquate.
- Les normes et les processus d'agrément actuels ne suffisent pas à favoriser la sécurité à domicile.

QUE POUVONS-NOUS FAIRE POUR SOUTENIR LES ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION ET DE FORMATION DANS LE DOMAINE DE LA SÉCURITÉ À DOMICILE?

- Élaborer des stratégies et des mesures (planification / rétroaction / changement) pour intéresser les clients et les proches aidants à la sécurité à domicile. (Insister sur la prévention.)

- Adopter une approche multisectorielle en matière de partenariats relatifs à la sécurité. « La sécurité est l'affaire de tous. » (Cibler un seul enjeu.)
- Établir un lien entre la sécurité à domicile et les priorités du système (réduction du nombre d'admissions en salle d'urgence, amélioration de la méthode de gestion Lean, p. ex.).
- Investir dans la recherche et catalyser le financement pour appuyer la création et la mesure de modèles de sécurité à domicile axés sur les résultats.
- Accroître la sensibilisation à la sécurité à domicile, grâce à des campagnes d'information provinciales et nationales.

SUR QUOI POUVONS-NOUS MISER POUR ATTEINDRE NOTRE BUT?

- Proposer des outils de formation sur les pratiques exemplaires au client et au proche aidant. Ces outils renforceront leurs connaissances en santé et les sensibiliseront davantage à la sécurité.
- Intégrer les techniques d'entrevue motivationnelle au processus d'évaluation du client.
- Élaborer des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour soutenir les prestataires de première ligne. (L'AIIAO constitue une excellente ressource en la matière.)
- Intégrer la sécurité à un programme uniformisé de formation des membres des professions non réglementées de la santé (aides de maintien à domicile).
- Explorer des stratégies intégrées d'évaluation et de gestion du risque le long du continuum de soins.
- Déterminer les initiatives intégrées de sécurité que d'autres ressorts territoriaux pourraient adopter (programme SAIL, programme de thérapies rénales de Baxter, système Lifeline, programme d'exercices à domicile, programme Medrec du RLISS de HNHB, p. ex.).
- Inclure les indicateurs de sécurité à domicile à la base nationale de données sur les soins à domicile de l'ICIS.
- Plateformes électroniques et gestion des médicaments.
- Système Lifeline.

QUELS RÔLES L'ACSSD ET L'ICSP DOIVENT-ILS JOUER À CET ÉGARD?

- Concevoir, diffuser et promouvoir des outils à l'intention des proches aidants et des professionnels. (Envisager l'exécution de stratégies en ligne.)
- Promouvoir la prise de décisions fondées sur des données probantes, grâce à l'évaluation des projets en cours. – Diffuser ces résultats et ces pratiques à l'échelle nationale.
- Diffuser les pratiques prometteuses afin de rehausser le profil des innovations dans le domaine de la sécurité. Encourager leur adoption dans tout le pays.
- Structurer une vision et un cadre stratégiques afin de promouvoir les priorités et les orientations relatives à la sécurité à domicile.
- Établir des partenariats avec des organismes d'agrément et du gouvernement (indicateurs nationaux de sécurité de l'ICIS, p. ex.).
- En collaboration avec les établissements d'enseignement, intégrer la sécurité à domicile aux programmes de formation ou de premier cycle.

CENTRE D'INTÉRÊT 3 : CULTURE DE SÉCURITÉ

Il est nécessaire de bâtir et d'enrichir une culture où la sécurité constituera l'affaire et la responsabilité de tous, et où chacun pourra diffuser ouvertement de l'information sans craindre de subir des conséquences négatives.

QUE VOULONS-NOUS RÉALISER?

Transformer le dialogue sur la sécurité à domicile pour créer une culture positive et autonomisante. Ainsi, la sécurité deviendra une notion reconnue et valorisée, qui constituera la responsabilité de tous.

QUE DEVONS-NOUS SURMONTER?

- Surmonter la crainte de subir des représailles à tous les niveaux (clients, employés, secteur d'activités).
- Concilier les perceptions du client et du prestataire à l'égard de la sécurité.
- Trouver l'équilibre entre le risque et la sécurité. Quels sont les risques acceptables? Que faut-il protéger?
- Établir une définition commune de la sécurité à domicile, le cas échéant.

QUE POUVONS-NOUS FAIRE POUR INTÉGRER UNE CULTURE DE SÉCURITÉ À DOMICILE À L'ENSEMBLE DE NOS ACTIVITÉS?

1. Définir la sécurité à domicile grâce à la création d'un cadre et d'une vision. Se concentrer sur son potentiel. (Insister sur la sécurité plutôt que le risque.)
2. Inviter les principaux intervenants (bailleurs de fonds, administrateurs, prestataires) à promouvoir une nouvelle culture de sécurité.
3. Élaborer des directives et des attentes claires quant au rôle et aux responsabilités des organisations.

SUR QUOI POUVONS-NOUS MISER POUR ATTEINDRE NOTRE BUT?

- Faire connaître l'expérience de l'initiative Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! et son impact sur la culture des soins de courte durée.
- Tabler sur le travail accompli par l'ACSSD quant à l'harmonisation des principes de soins à domicile (processus de mobilisation, stratégie d'instauration, communications).
- Se référer à d'autres industries « à risque élevé » (aviation, transportation, p. ex.) pour déterminer leur démarche de promotion d'une culture de sécurité.
- Assurer l'harmonisation avec les initiatives d'amélioration de la qualité (méthode Lean, Triple Aim, agrément externe, p. ex.).
- Mobiliser les partenaires communautaires (services de police, services des incendies, services médicaux d'urgence) pour favoriser le changement à la base.
- Établir des partenariats avec des organisations (Rogers, entreprises de sécurité, détaillants de produits de rénovation, chaînes de pharmacies, p. ex.) pour mieux sensibiliser les consommateurs à la sécurité à domicile.
- Cibler les enjeux à grande visibilité (chutes, sécurité des médicaments). Miser sur les outils et les programmes existants.

QUELS RÔLES L'ACSSD ET L'ICSP DOIVENT-ILS JOUER À CET ÉGARD?

- Faire preuve de leadership en créant une définition, une vision, des normes et des principes relatifs à la sécurité à domicile.
- À l'échelle pancanadienne, inviter les partenaires et les dirigeants des secteurs des soins à domicile et de santé à définir la sécurité à domicile et à la mettre en œuvre.
- Promouvoir un vocabulaire commun sur la sécurité à domicile dans l'ensemble du Canada. (Cibler les responsables des politiques, les administrateurs, les prestataires de première ligne, les clients et les proches aidants.)
- Promouvoir les principes harmonisés de soins à domicile de l'ACSSD et favoriser leur adoption à tous les niveaux de ce secteur.
- Créer des outils (y compris des outils postévaluation) qui permettront aux prestataires de s'informer sur la sécurité à domicile et de l'assurer. – Favoriser des « gains rapides ».
- Soutenir l'intégration des démarches de sécurité à la responsabilisation intersectorielle.
- Identifier des données de recherche (ou appuyer de nouvelles études) qui favoriseront la prise de décisions fondées sur des données probantes.
- Assortir les responsabilités (professionnelles) envers le changement escompté d'attentes réalistes et recommandables.

CENTRE D'INTÉRÊT 4 : INTÉGRATION DE LA SÉCURITÉ

Il faut promouvoir un modèle intégré de soins fortement axés sur le client et la famille. De plus, il est essentiel d'insister sur la sécurité des soins autoadministrés (maintien de la santé et du mieux-être personnels grâce à l'appui d'une équipe soignante).

QUE VOULONS-NOUS RÉALISER?

- Dans tous les milieux de soins intégrés, élaborer des cheminements cliniques qui permettront d'intervenir dans les situations à risque élevé. L'autonomisation du client et du proche aidant en constituera l'une des composantes fondamentales.
- Appuyer l'intégration des mécanismes de sécurité aux processus courants d'évaluation et de consignation au dossier, ainsi qu'aux indicateurs clés de rendement.

QUE DEVONS-NOUS SURMONTER?

- L'intégration des démarches de prestation des soins de santé, phénomène relativement nouveau, est souvent limitée par la rigidité du financement et par une affectation inadéquate des ressources dans les différents milieux de soins.
- Les clients n'ont pas tous la capacité ni le désir de prendre soin d'eux-mêmes et d'assurer la sécurité de leur domicile (p. ex., isolement des aînés en perte d'autonomie, diminution des capacités mentales et accès limité aux proches aidants, etc.).
- Le programme d'enseignement ne reflète pas cette philosophie et n'y adhère pas non plus.

QUE POUVONS-NOUS FAIRE POUR APPUYER L'INTÉGRATION DES DÉMARCHES DE SÉCURITÉ?

- Inciter la haute direction à opérer tout changement relatif à la sécurité.
- Établir des liens avec d'autres associations (consortiums d'hôpitaux, équipes de soins primaires, p. ex.) qui ont tout intérêt à élaborer des indicateurs clés de rendement.
- Renforcer les obligations actuelles de respect des normes de sécurité pour en faire une priorité. (Cette mesure comporte des variantes à l'échelle nationale. Dans certaines provinces, la sécurité fait l'objet d'une loi, dans d'autres, elle se reflète dans des principes et des normes d'agrément.)

SUR QUOI POUVONS-NOUS MISER POUR ATTEINDRE NOTRE BUT?

- Cibler les babyboomers dans le cadre des activités de sensibilisation à la sécurité. Ils jouent souvent le rôle de proches aidants et doivent tenir compte de leurs propres limites, sur le plan de la santé.
- Identifier les modèles collaboratifs de soins fondés sur les pratiques exemplaires et intégrant la sécurité (soins de santé primaires en Colombie-Britannique, p. ex.). Communiquer les résultats positifs obtenus dans ce domaine (amélioration de la sécurité, de la qualité et des résultats liés aux soins).
- Miser sur la technologie pour faciliter la communication entre les prestataires de soins, les clients et les proches aidants.
- Les normes d'agrément peuvent renforcer les « pratiques opérationnelles requises » (POR) quant à l'intégration des mécanismes de sécurité.

QUELS RÔLES L'ACSSD ET L'ICSP DOIVENT-ILS JOUER À CET ÉGARD?

- Inviter les intervenants à poursuivre le dialogue.
- Jouer un rôle de chefs de file quant à l'intégration des mécanismes de sécurité et des indicateurs clés de rendement.
- Créer des outils de formation et de soutien à l'intention du client et du proche aidant. Ces outils amélioreront leur compréhension de la sécurité à domicile et les sensibiliseront davantage à cet aspect.
- Lancer une campagne de sensibilisation du public, qui incitera les clients à assumer la responsabilité de leur sécurité en leur fournissant les explications nécessaires.
- Diffuser les pratiques exemplaires fondées sur l'intégration des modèles de soins. – Mettre l'accent sur l'intégration des démarches et les résultats en matière de sécurité.

ANNEXE 2

PARTICIPANTS AU FORUM

Association canadienne de soins et services à domicile - Liste des participants à la table ronde sur la sécurité à domicile (septembre 2013)

CLAUDINE ADLINGTON
BAXTER CANADA
Directrice d'unité, comptes nationaux et autres établissements

JILL ALLISON
CARF CANADA
Conseillère en agrément

HEATHER ALTON
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES SOCIALES DU YUKON
Gestionnaire des soins en milieu communautaire

NICOLE BEBEN
SAINT ELIZABETH
Vice-présidente, programmes de soins et d'échange du savoir

HEIKE BEN-SOFIA
CASC HAMILTON NIAGARA HALDIMAND BRANT
Directrice, suivi, gestion du rendement et responsabilisation des prestataires de services

RÉGIS BLAIS
DÉPARTEMENT D'ADMINISTRATION, DE LA SANTÉ, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
Directeur

SUSAN BURNS
VHA HOME HEALTHCARE
Associée à la gestion du risque, championne des pratiques exemplaires

JEAN BUSTARD
MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK
Directrice, Programme extra-mural et services de réadaptation

BRIAN CANTWELL
BSC ENTERPRISES S/N HOMEWELL SENIOR CARE
Président

RÉAL CLOUTIER
AUTORITÉ RÉGIONALE DE LA SANTÉ DE WINNIPEG
Directeur de l'exploitation

JENNIFER COLEPLAUGH
NUNAVUT
Coordonnatrice territoriale, soins à domicile et en milieu communautaire

MARYANNE D'ARPINO
CONSEILLÈRE EN AMÉLIORATION DE LA SÉCURITÉ
Institut canadien pour la sécurité des patients

DONNA DILL
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE
Directrice, contrôle et évaluation, Direction des soins continus

LYNDA FOLEY
INTERIOR HEALTH
Directrice administrative, AS [KGH, SOK, KB, EK]

NICOLE FOWLER
MCKESSON CANADA
Directrice, développement commercial

KRISTEN GREENWOOD
BSC ENTERPRISES S/N HOMEWELL SENIOR CARE
Infirmière autorisée

NADINE HENNINGSEN
ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE
Directrice générale

TRACY JONES
PREFERRED HEALTH CARE SERVICES
Présidente

ALICE KENNEDY
RÉGIE DE SANTÉ DE L'EST
Vice-présidente

ALEX KOCHUK
BAXTER CANADA
Chef de territoire, autres établissements

LORI LORD
SPECTRUM HEALTH CARE
Présidente

KARYN LUMSDEN
CASC DU CENTRE-OUEST
Directrice principale, services à la clientèle

JULIE MCSHANE
UNIVERSITÉ DE TORONTO
Coordonnatrice, échange du savoir

ANTHONY MILONAS
SOINS ET SERVICES À DOMICILE WE CARE
Directeur de l'exploitation

CAROL NAFZIGER
REVERA HEALTH SERVICES
Vice-présidente, Qualité

MARLENE NOSE
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS
Gestionnaire de programmes et coordonnatrice nationale

MARIE OWEN
INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
Co-chef, stratégie canadienne sur le bilan comparatif des médicaments

CHRISTINE RENO
CBI HOME HEALTH
Vice-présidente de l'exploitation, Ontario

JILL ROBBINS
RÉGIE DE LA SANTÉ DE LA CAPITALE, NOUVELLE-ÉCOSSE
Directrice de l'intégration des soins continus

JOHN SCHRAM
SOINS ET SERVICES À DOMICILE WE CARE
Président-directeur général

DEBORAH SIMON
ASSOCIATION ONTARIENNE DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE
Directrice de l'exploitation

CINDY STARNINO
CLSC RENÉ-CASSIN
Directrice, Qualité, performance et mission universitaire (QPMU)

KIM STELMACOVICH
INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
Directrice principale

CORRINE TRUMAN
ALBERTA HEALTH SERVICES
Directrice, programme de gestion de cas, santé des aînés

CECIL VILLARD
HEALTH PEI
Directrice générale, soins à domicile et de longue durée

CATHY WALKER
RED CROSS CARE PARTNERS
Vice-présidente, recherche clinique et éducation

SANDY WEESEN
RÉGION SANITAIRE DE KELSEY TRAIL
Directrice régionale, soins à domicile

ANNEXE 3

PRÉSENTATIONS DU CONTEXTE

KIM STELMACOVICH, directrice principale, Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)
MARIE OWEN, co-chef, stratégie canadienne sur le bilan comparatif des médicaments, ICSP
RÉGIS BLAIS, Ph. D., directeur, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, et coresponsable, La sécurité à domicile : une étude pancanadienne sur la sécurité des soins à domicile

On peut consulter les présentations au www.cdnhomecare.ca

Canadian Home Care Association
canadienne de soins et services à domicile

L'Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD) est un organisme sans but lucratif. Elle se consacre à assurer la disponibilité de soins à domicile et en milieu communautaire à la fois accessibles et adaptés, qui permettent à la population de rester chez elle en toute sécurité, dans la dignité et en bénéficiant d'une qualité de vie. Des gouvernements, des planificateurs des politiques, des organismes administratifs, des prestataires de services, des chercheurs, des enseignants et d'autres intervenants qui s'intéressent aux soins à domicile figurent parmi ses membres. À titre de porte-parole national des soins à domicile, l'ACSSD promeut l'excellence par le leadership, par l'activisme, par la sensibilisation et par le savoir.

Pour tout complément d'information au sujet de l'ACSSD :

www.cdnhomecare.ca
289-290-4389
@cdnhomecare