

ACPM ■

Pour l'avancement des
soins de santé

ATELIER DE
L'ACPM



EN SALLE... DE CONCERT

LE COURS DE L'ACPM SUR LA
SÉCURITÉ CHIRURGICALE

CAHIER DE TRAVAIL

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ/CONDITIONS GÉNÉRALES D'UTILISATION

Le matériel didactique fourni ne sert qu'à des fins éducatives générales et ne constitue d'aucune façon des conseils professionnels, médicaux ou juridiques ni une « norme de pratique » professionnelle ou légale à l'intention des membres des professions de la santé au Canada. Des divergences dans l'exercice de la médecine existent et peuvent s'avérer appropriées. Ces suggestions ne devraient pas être perçues comme des règles à l'égard de la communication et des soins aux patientes et patients. L'utilisation des ressources d'apprentissage de l'ACPM est assujettie à ce qui précède ainsi qu'aux conditions générales d'utilisation du site web de l'Association au www.cmpa-acpm.ca.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Bienvenue | 5 |
| Compétence collective | 6 |
| Systèmes complexes et problèmes épineux | 7 |
| « Découvrir » : discussions dirigées en équipe | 8 |
| Combien d'items? | 9 |
| Mesures | 10 |
| QPOQQCC | 11 |
| Les 5 « pourquoi » | 12 |
| Diagramme en arêtes de poisson | 13 |
| Énoncés d'intention | 14 |
| Analyse des parties prenantes | 15 |
| « Concevoir » : exploration d'idées innovatrices | 16 |
| Charte de projet | 18 |
| Introduction au cycle PEEA | 21 |
| PEEA : mise à l'essai | 22 |
| Prototypage | 23 |
| Échouer rapidement pour réussir plus vite! | 24 |
| Changement complexe | 25 |
| Guide de notation du projet | 27 |
| Préparation de votre présentation éclair : quelques suggestions | 28 |
| Points importants | 28 |
| Exemple | 29 |
| Bibliographie | 31 |
| Crédits | 33 |
| Engagement envers le changement | 34 |

EN SALLE... DE CONCERT

Le cours de l'ACPM sur la sécurité chirurgicale

En salle... *de concert* est un cours intensif de deux jours élaboré par l'ACPM, conçu pour habilitier les médecins et leurs équipes de soins périopératoires à optimiser l'environnement de travail au bloc opératoire et à favoriser une culture axée sur les soins chirurgicaux sécuritaires.

Du personnel enseignant hautement qualifié, y compris des médecins-conseils, présentera ce programme fondé sur des données probantes dans le cadre de plénières didactiques, de séances expérientielles et de travail en petits groupes.

Objectifs d'apprentissage

Après avoir défini un projet d'amélioration de la pratique qui soit pertinent pour son équipe, l'apprenante ou l'apprenant saura :

1. Identifier les facteurs qui influencent la performance individuelle et celle de l'équipe.
2. Déterminer comment ces facteurs peuvent contribuer à son projet d'amélioration de la pratique.
3. Discuter des stratégies à appliquer pour mettre en œuvre des changements organisationnels et les maintenir.
4. Élaborer une stratégie pour mettre en œuvre son projet d'amélioration de la pratique.
5. Identifier des méthodes pour mesurer et évaluer la réussite de la mise en œuvre du projet.

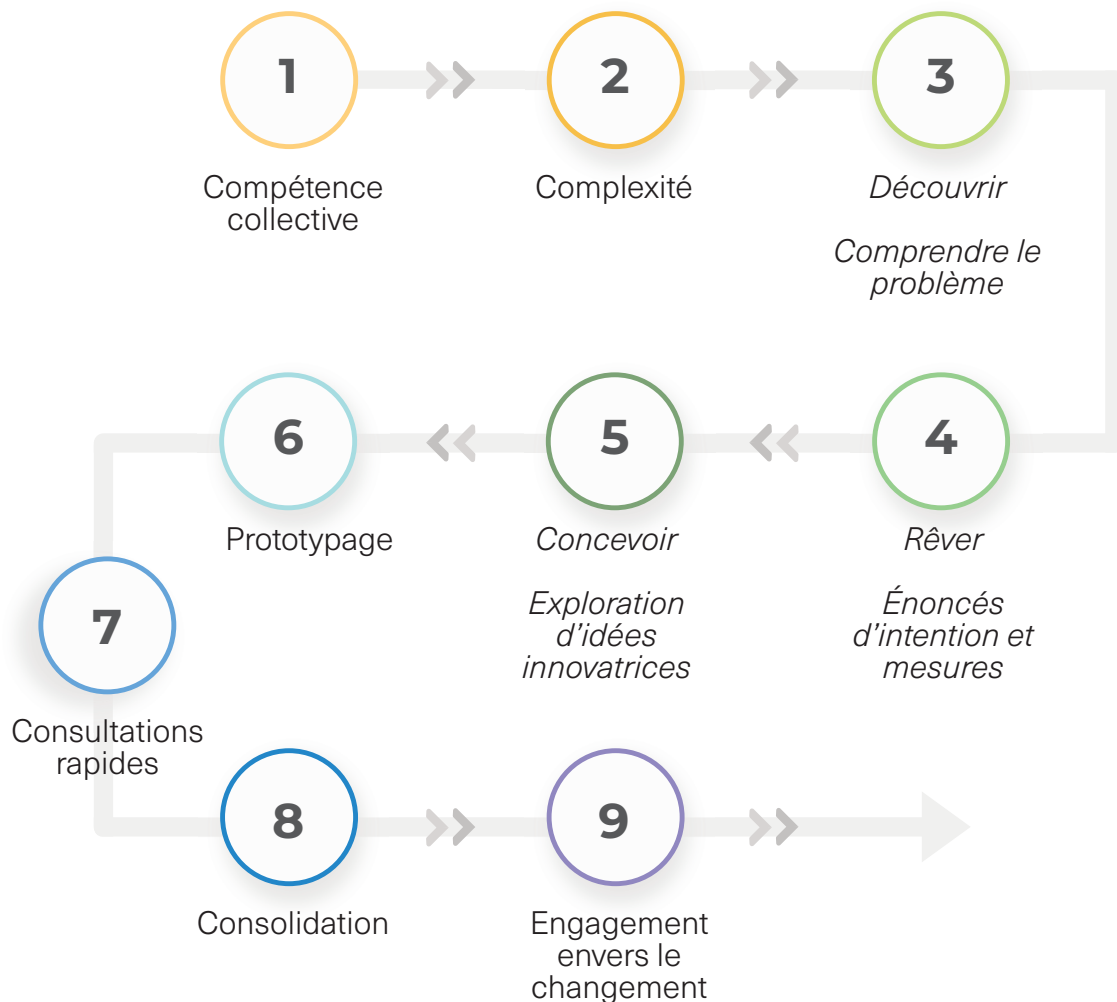
Bienvenue

ORIENTATION

Objectifs :

À la fin de la séance, les personnes participantes sauront :

1. Expliquer la raison d'être, les buts et les objectifs du cours *En salle... de concert*.
2. Comprendre comment les activités sont structurées, de manière à permettre à tout le monde d'échanger ses opinions et ses points de vue.
3. Nommer les personnes qui présentent le cours et celles qui y participent ainsi que les ressources proposées.



« La culture n'est pas une initiative. La culture, c'est ce qui propulse toutes les initiatives. »
Larry Senn

Activité de groupe



COMPÉTENCE COLLECTIVE

Objectifs :

1. Faire la distinction entre compétence individuelle et compétence collective
2. Cerner les obstacles à la compétence collective
3. Décrire les conditions qui optimisent le rendement collectif
4. Définir l'avantage stratégique qu'offre la compétence collective en période d'incertitude (ou de complexité)

Points à prendre en considération

Qu'est-ce qui distingue un groupe d'une équipe? Comment un groupe peut-il devenir une équipe?

Est-ce que certaines personnes parmi vous avaient l'impression d'être pas mal les seules à parler?

Est-ce que quelqu'un parmi vous a, à un moment ou à un autre, eu envie de dire quelque chose mais n'en a pas eu la chance?

Qu'est-ce qui se passe si on n'obtient pas le point de vue de tout le monde?

Pourquoi certaines personnes s'abstiennent-elles de donner leur point de vue?

Que se passe-t-il si quelqu'un ne s'investit pas dans le processus?

Qu'est-ce que vous essaieriez d'accomplir dans les deux prochains jours? Réfléchissez-y.

Tous les membres du groupe ont leur propre perspective ou leur propre morceau du casse-tête. Pour travailler ensemble à trouver une solution, vous devez tout d'abord déterminer conjointement pourquoi vous êtes ici.



Séance plénière



SYSTÈMES COMPLEXES ET PROBLÈMES ÉPINEUX

Objectifs :

1. Gérer efficacement des problèmes complexes; comparer et mettre en contraste des problèmes simples ou compliqués avec des problèmes complexes
2. Expliquer pourquoi les problèmes compliqués et les problèmes complexes doivent être résolus par des approches différentes
3. Énumérer les comportements, les compétences et les attitudes nécessaires à une gestion efficace des problèmes complexes

| | Simple/compliqué | Complexe |
|-----------------------------------|---|--|
| Causalité | Si – alors | Aucun lien de cause à effet bien défini |
| Linéarité | Extrants proportionnels aux intrants | Imprévisible |
| Réductibilité (compréhensibilité) | On peut décomposer et comprendre les liens fonctionnels | Les éléments sont multifonctionnels et changeants; on ne peut les décomposer |
| Résolubilité | Il existe une solution | Ni solution ni choix clairs |

Vous voulez mieux comprendre un problème complexe?

Prenez du recul et allez chercher de nouvelles perspectives!

Éveillez votre curiosité, laissez votre jugement de côté, acceptez d'avoir tort et adoptez une attitude qui favorise la confiance et la sécurité psychologique.

Discussion

« DÉCOUVRIR » : DISCUSSIONS DIRIGÉES EN ÉQUIPE

Objectifs :

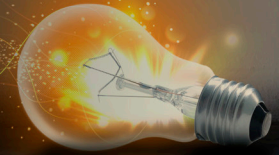
1. Tenir compte de nouveaux points de vue sur les défis actuels dans votre environnement de travail
2. Trouver des moyens de s'adapter à ces défis

Aiguiser votre curiosité! Essayez de voir les choses sous un angle différent. Demandez-vous :

- » Quelle information avez-vous observée? Pourquoi a-t-elle attiré votre attention, au juste?
- » En quoi votre bagage personnel ou culturel a-t-il influencé le sens que vous avez donné à l'information?
- » Quelles hypothèses avez-vous formulées? Avez-vous confiance en leur validité?
- » Les conclusions que vous avez tirées de ces hypothèses ont-elles eu un impact sur vos croyances ou vos attentes?
- » Quelles actions avez-vous entreprises sur la base de vos croyances? Avec quels résultats?
- » Quelle autre information auriez-vous pu considérer, et comment auriez-vous pu l'obtenir?
- » Comment auriez-vous pu vous y prendre pour explorer des significations ou des interprétations différentes?
- » Quelles autres hypothèses auriez-vous pu tirer, et comment auriez-vous pu les vérifier?
- » Comment auriez-vous pu évaluer ou réviser vos conclusions?
- » Comment auriez-vous pu remettre en question ou changer vos croyances?
- » Quelles autres actions auriez-vous pu entreprendre, et comment auriez-vous pu mesurer leur impact?

*« Un problème bien formulé est un problème à moitié résolu. »
Charles Kettering*

Changeons-nous les idées



COMBIEN D'ITEMS?

Objectif :

1. Comparer la perception individuelle et la perception collective

Observations individuelles

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Observations du groupe

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

« ... nous observons les choses de façon sélective. »

Peter Senge

Répondez à toutes les questions ci-dessous.

Sur la base de vos réponses, formulez un problème ou une possibilité.

Quel est le problème ou la possibilité?

.....
.....

Pourquoi est-ce un problème ou une possibilité?

.....
.....

Où observez-vous le problème ou la possibilité?

.....
.....

Qui est touché?

.....
.....

Quand avez-vous observé le problème ou la possibilité pour la première fois?

.....
.....

Comment ça affecte les personnes soignées, les prestataires de soins ou les membres du personnel?

.....
.....

Combien de fois ça s'est produit?

.....
.....

Les 5 « pourquoi »

On remarque que...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

... ce qui se produit parce que...

.....

.....

.....

... parce que...

.....

.....

.....

... parce que...

.....

.....

.....

... parce que...

.....

.....

.....

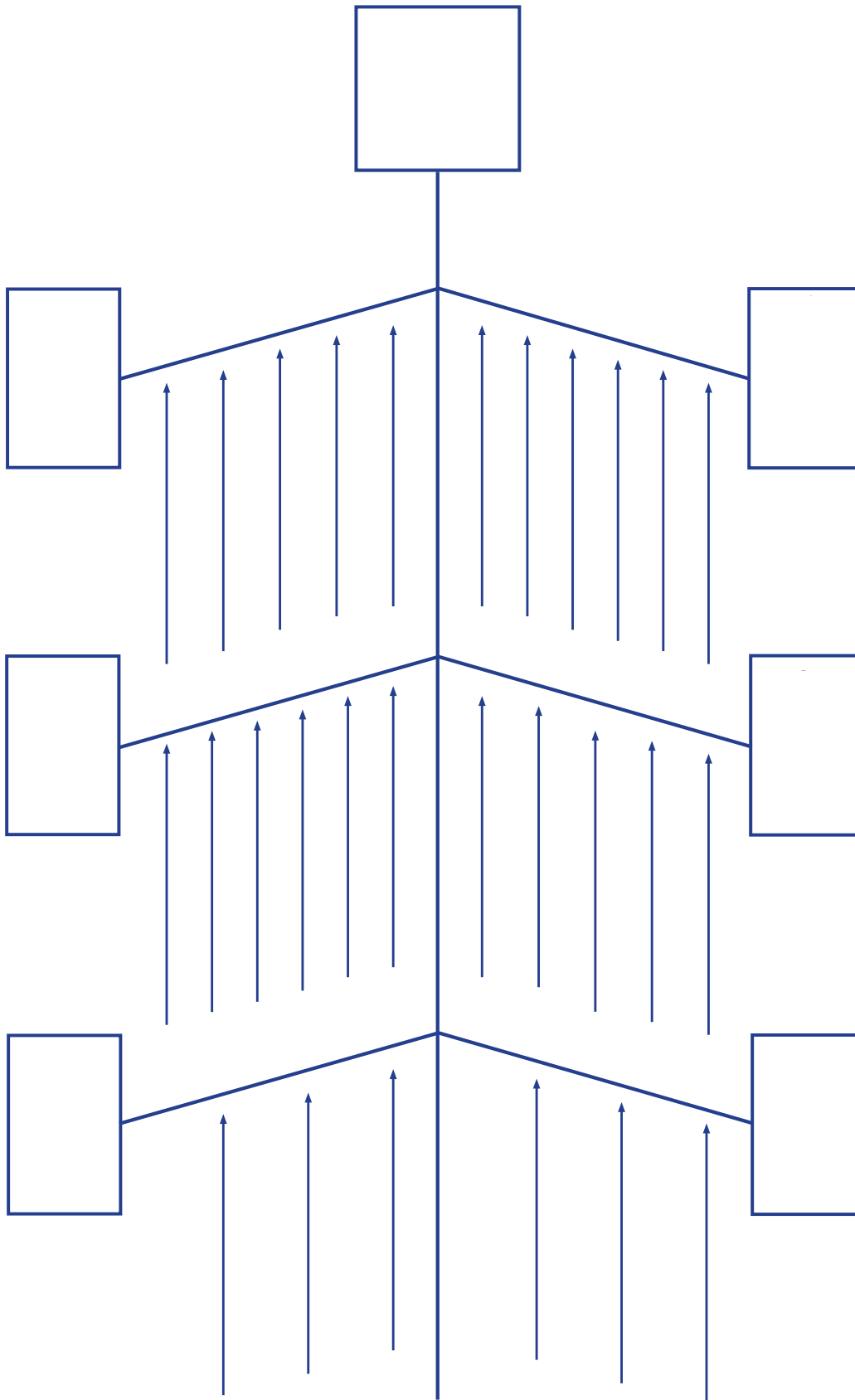
... parce que...

.....

.....

.....

Diagramme en arêtes de poisson



Énoncés d'intention



« RÊVER » : ÉNONCÉS D'INTENTION

Objectifs :

1. Formuler l'énoncé du problème
2. Formuler les énoncés d'intention et les objectifs associés à un projet
3. Déterminer qui sont les parties prenantes
4. Utiliser une charte pour orienter la progression d'un projet



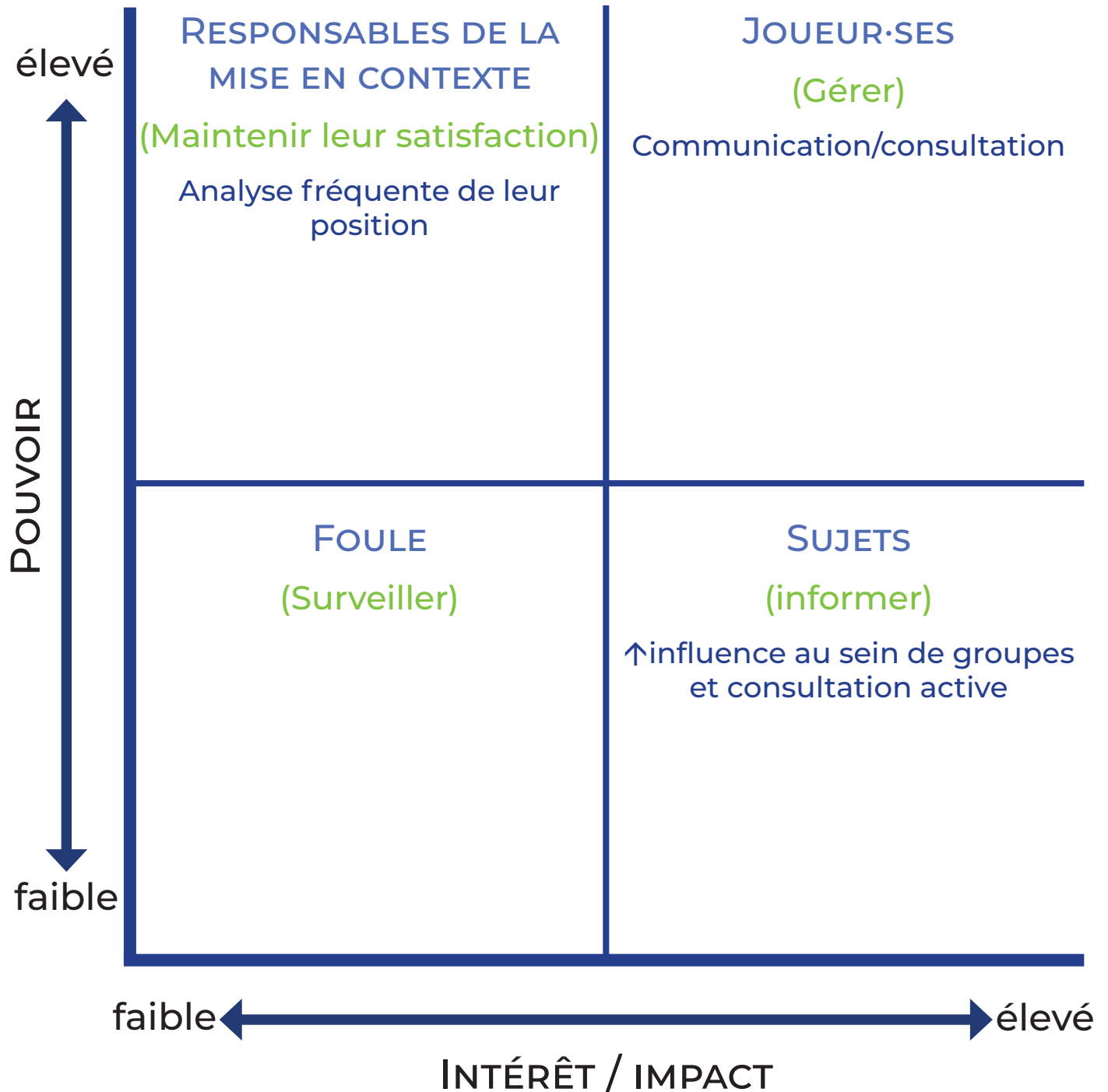
Objectif :

P. ex. : « (L'utilisateur·trice final·e) souhaite (obtenir un résultat) pour (atteindre un objectif) tout en (respectant des contraintes), et ce, d'ici le (date d'échéance). »

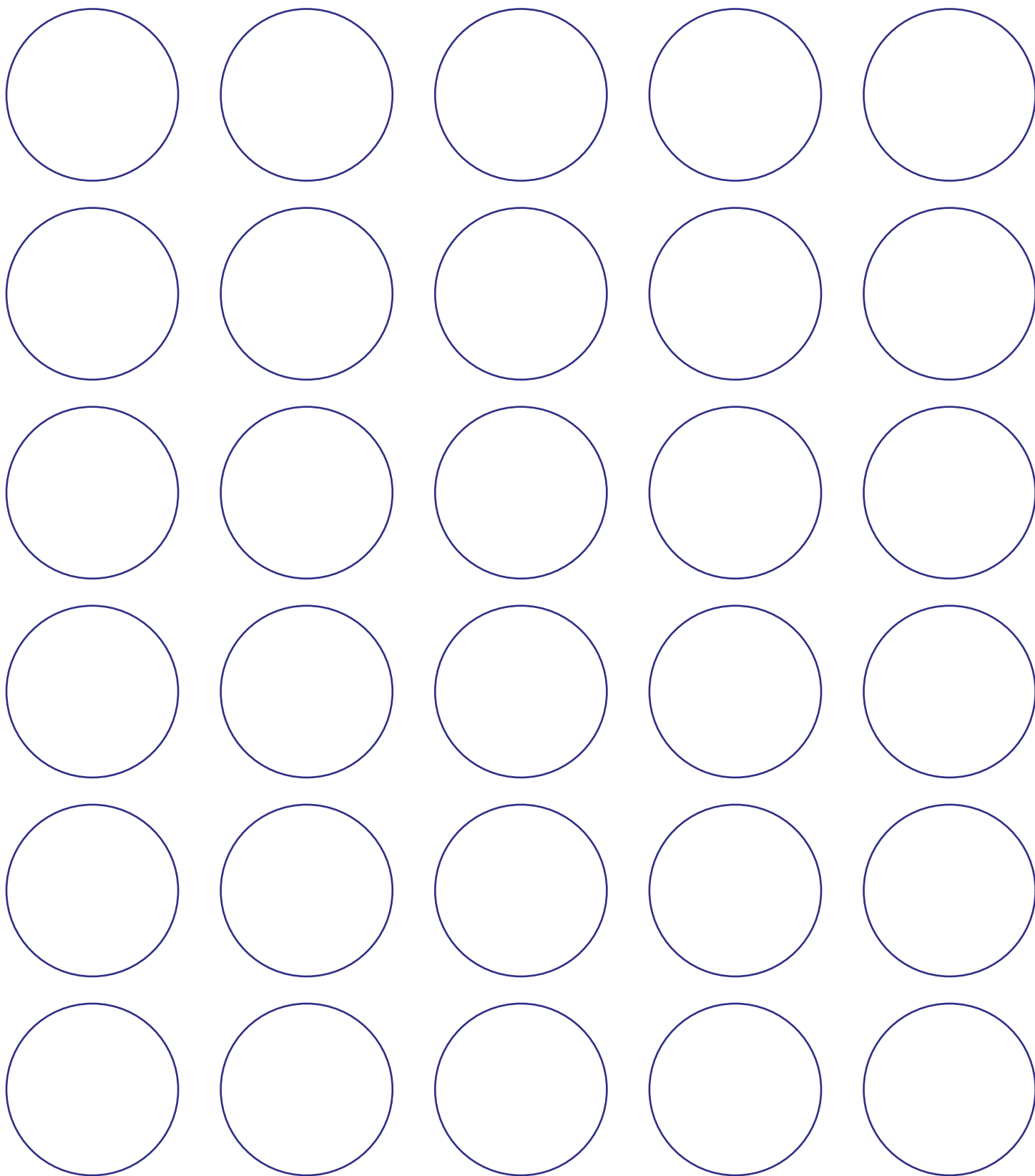
L'énoncé de votre objectif :

_____ souhaite _____ pour
_____ tout en _____, et
ce, d'ici le _____.

Analyse des parties prenantes



30 cercles



Charte de projet



Problème – Énoncez votre problème clairement. Pourquoi la situation est-elle problématique? Comment le problème est-il survenu?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

But – Quelle est votre idée de la perfection?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Objectif - Comment pensez-vous pouvoir atteindre la « perfection »?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Charte de projet

Plan de prototype – Comment créez-vous le prototype de votre idée?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Parties prenantes – Quelles personnes prendront part à ce projet et quelle sera leur contribution?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi des progrès et plan de compte rendu – Comment ferez-vous le suivi de vos progrès?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

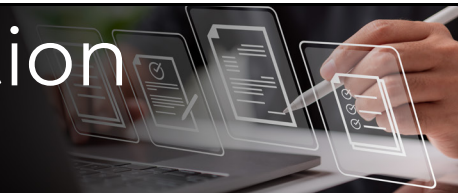
.....

.....

.....

.....

La recherche en pleine action (PEEA)



M. PATATE – INTRODUCTION AU CYCLE PEEA

Objectifs :

1. Appliquer le cycle PEEA (planification-exécution-étude-action)
2. Cultiver un état d'esprit axé sur la croissance en revoyant les mesures et les cycles PEEA qui mènent à des prototypes

Quand on se heurte à la complexité d'un système, on doit s'adonner à l'expérimentation puis observer comment le système se comporte; on ajuste ensuite nos actions selon la rétroaction qu'on a reçue. On doit aussi pouvoir mesurer les résultats de notre expérimentation et déterminer s'ils concordent avec nos buts.

L'acronyme PEEA, qui signifie « planification-exécution-étude-action », est un moyen très utile d'encadrer ce processus.

Ça signifie qu'on doit planifier ce qu'on veut faire, exécuter notre plan, étudier les résultats et agir en fonction de ce qu'on a appris. On doit aussi évaluer comment la complexité affecte notre plan et comment on peut s'adapter à cela.

Dans cette démarche, vaut mieux miser sur la rapidité et l'apprentissage plutôt que sur la perfection et la certitude. Ne perdez jamais de vue ce que vous tentez d'accomplir et pourquoi.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

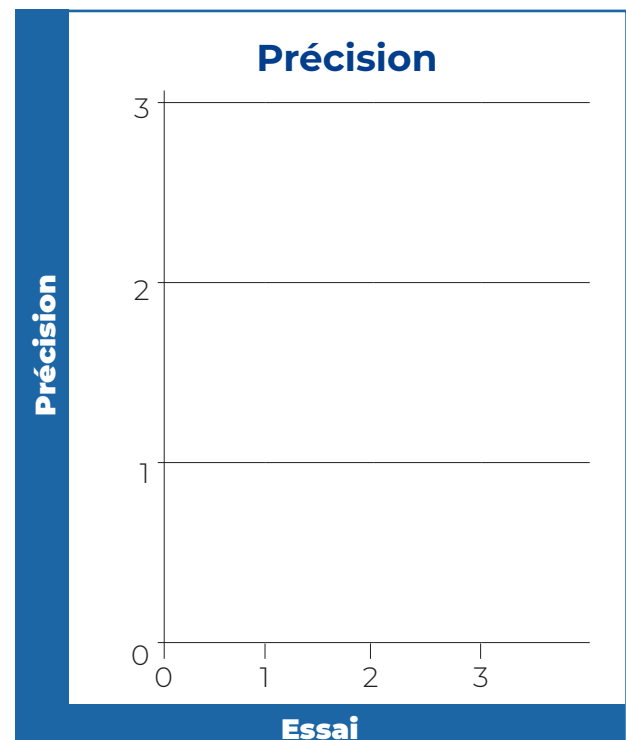
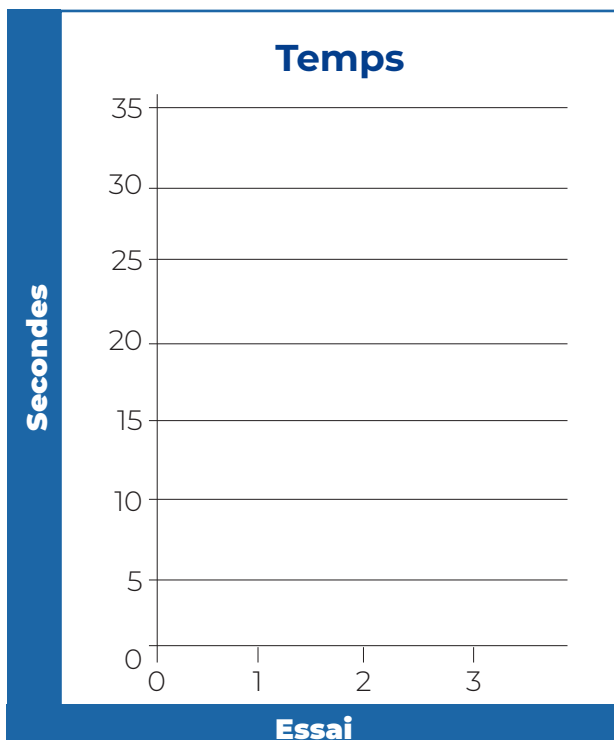
.....

.....

.....

PEEA : mise à l'essai

| PEEA | Plan | Temps |
|-----------|------|-------|
| Au départ | | |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |



Précision :

1. Toutes les pièces ont été placées sur M. Patate et elles sont au bon endroit
2. Toutes les pièces ont été placées sur M. Patate, mais au moins l'une d'elles n'est pas au bon endroit
3. Il manque au moins une pièce sur M. Patate

Votre changement a-t-il entraîné une amélioration?



Travail sur le projet

PROTOTYPAGE

Objectifs :

1. Définir le prototypage
2. Décrire comment le prototypage peut contribuer à accélérer les processus et à éviter des erreurs coûteuses (en temps, en argent et en efforts)
3. Concevoir un prototype

« On ne peut pas comprendre comment un système fonctionne tant qu'on n'a pas essayé de le changer. »

Kurt Lewin

Un prototype est une hypothèse; c'est une question, pas une réponse.

Les prototypes rendent l'apprentissage plus efficace; ils nous permettent de concrétiser nos idées et de les présenter aux autres, en plus de faciliter la rétroaction. Et ils nous font économiser temps et ressources à long terme, ce qui n'est pas rien!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Séance plénière

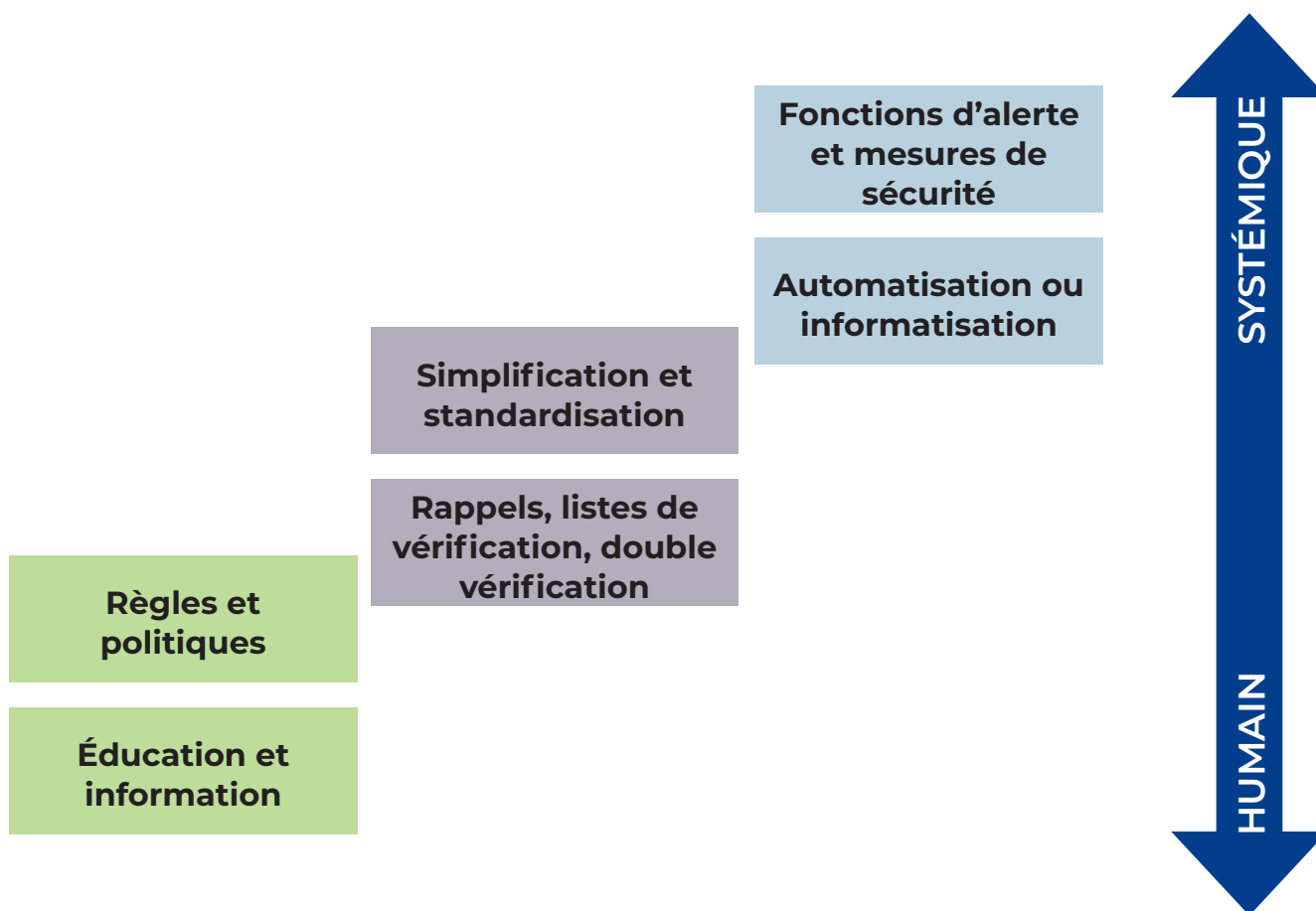


ÉCHOUER RAPIDEMENT POUR RÉUSSIR AU PLUS VITE!

Objectifs :

1. Nommer les trois principales raisons pour lesquelles les efforts d'amélioration peuvent parfois échouer
2. Décrire deux solutions réalisables pour surmonter des obstacles courants
3. Identifier les obstacles qui pourraient nuire à la réussite du projet

Hiérarchie de l'efficacité



« Échouer n'est pas fatal, mais échouer à changer peut l'être. »
John Wooden



Séance plénière

LIVRER : DÉPLOIEMENT ET ENCOURAGEMENTS

Objectifs :

- 1. Expliquer pourquoi l'expérimentation itérative est un moyen efficace d'implanter des changements novateurs
- 2. Décrire la valeur des petites victoires et des témoignages
- 3. Définir les résultats possibles de la mise en œuvre du projet

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

« ... le fait de gagner ou de perdre une bataille change la donne à un point tel que la clairvoyance humaine ne permet pas de voir au-delà de ce combat initial. »
Helmuth von Moltke l'Ancien

Guide de notation du projet

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|--|--|---|--|
| | Fortement en désaccord | En désaccord | Neutre | En accord | Fortement en accord |
| Problème | Aucun problème à résoudre n'est décrit (p. ex. on a besoin d'un protocole de transfusion massive) | | Le problème se rapporte à une perception personnelle (p. ex. les gens trouvent que le délai d'administration des produits sanguins est trop long) | | Le problème est clair, basé sur des données probantes et ne laisse personne indifférent (p. ex. dans X % des cas de traumatisme, la personne a Y % de risques de mourir parce qu'on ne peut pas lui administrer de produits sanguins en 30 minutes) |
| But (intention) | 0 ou 1 caractéristique sur 5 : <ul style="list-style-type: none"> Spécifique Mesurable Atteignable Réaliste Temporel | | 3 caractéristiques sur 5 : <ul style="list-style-type: none"> Spécifique Mesurable Atteignable Réaliste Temporel | | 5 caractéristiques sur 5 : <ul style="list-style-type: none"> Spécifique Mesurable Atteignable Réaliste Temporel |
| Objectif | Comprend 0 ou 1 élément sur 5 : <ul style="list-style-type: none"> Utilisatrice finale Résultat à obtenir Objectif à atteindre Contraintes Date d'échéance | | Comprend 3 éléments sur 5 : <ul style="list-style-type: none"> Utilisatrice finale Résultat à obtenir Objectif à atteindre Contraintes Date d'échéance | | Comprend 5 éléments sur 5 : <ul style="list-style-type: none"> Utilisatrice finale Résultat à obtenir Objectif à atteindre Contraintes Date d'échéance |
| Prototype | <ul style="list-style-type: none"> Temps d'élaboration considérable (> 6 mois) Temps/coûts financiers nécessitant une approbation supplémentaire Aucun mécanisme de rétroaction | | <ul style="list-style-type: none"> Temps d'élaboration moyen Les coûts sont gérables sans approbation Une rétroaction est accessible, mais elle est incomplète ou tardive ou ne provient pas des utilisatrices et utilisateurs finaux | | <ul style="list-style-type: none"> Peut être prêt en 1 semaine Coûts non prohibitifs Permet d'obtenir une rétroaction rapide des utilisatrices et utilisateurs finaux |
| Parties prenantes | Les parties prenantes ne sont pas nommées (p. ex. je vais élaborer un PTM et tout le monde va y adhérer) | | Plusieurs groupes de parties prenantes sont nommés (p. ex. des membres du personnel en chirurgie générale, en anesthésie, en obstétrique-gynécologie et en soins infirmiers travaillent au projet) | | Tous les groupes de parties prenantes pertinents sont clairement nommés (y compris hors du cadre clinique), tout comme les moyens employés pour choisir des représentants (p. ex. nous avons envoyé un courriel pour solliciter des volontaires dans chacun des départements suivants : ... et nous avons placé des écriteaux à la cafétéria à l'intention des patientes qui pourraient vouloir se porter volontaires) |
| Suivi et compte rendu des progrès | Aucun | La collecte de données est non planifiée/réactive; aucun plan de compte rendu n'a été élaboré | La collecte de données est non planifiée/réactive ET/OU les comptes rendus sont irréguliers | Des données sont collectées systématiquement ET communiquées régulièrement | Des données sont collectées systématiquement ET communiquées régulièrement de façon tant quantitative que qualitative (p. ex. témoignages d'utilisatrices et utilisateurs finaux) |
| Des mesures claires sont établies (une mesure d'impact doit être citée dans l'objectif) | Non | Au moins 1 de ces éléments : <ul style="list-style-type: none"> Mesure d'impact Mesure de processus Mesure de rééquilibrage | Au moins 2 de ces éléments : <ul style="list-style-type: none"> Mesure d'impact Mesure de processus Mesure de rééquilibrage | Tous ces éléments : <ul style="list-style-type: none"> Mesure d'impact Mesure de processus Mesure de rééquilibrage | Des mesures d'impact, de processus et de rééquilibrage sont mentionnées; une cible ou un jalon est nommé pour chacune |
| Plan de célébration | Aucun | Une célébration est prévue, mais uniquement pour l'équipe de mise en œuvre | | | La célébration se fera à grande échelle |
| Prochaines étapes | Incertaines/indéfinies | Les actions à entreprendre sont vagues ou très ambiguës | Des actions concrètes ont été énoncées et seront entreprises dans un délai indéterminé | Des actions concrètes ont été énoncées et seront entreprises à court terme | Des actions ont été ciblées dans l'immédiat |

Travail sur le projet

PRÉSENTATION ÉCLAIR

Objectifs :

1. Élaborer un plan succinct pour mettre en œuvre un projet d'amélioration de la qualité.

Préparation de votre présentation éclair : quelques suggestions

1. Décrivez votre problème clairement. Pourquoi la situation est-elle problématique? Comment le problème est-il survenu?
2. À quoi ressemble la « perfection » ?
3. Comment pensez-vous pouvoir atteindre la « perfection »?
4. Comment créez-vous le prototype de votre idée?
5. Quelles personnes prendront part à ce projet et quelle sera leur contribution?
6. Quelles données recueillerez-vous pour savoir s'il y a eu du changement dans la situation problématique et pour déterminer si un changement constitue ou non une amélioration?
7. Comment ferez-vous le suivi de vos progrès?
8. Comment diffuserez-vous ce que vous apprenez autour de vous?
9. Comment célébrerez-vous vos réalisations?

Points importants

1. Mettez sur la simplicité. Optez pour la brièveté et allez à l'essentiel : voilà le secret du succès de votre présentation éclair. Il pourrait en effet être tentant d'y inclure beaucoup d'information sur votre projet d'amélioration, étant donné que vous et les membres de votre équipe avez une expertise en la matière. Après avoir rédigé votre allocution, révisez-la, exercez-vous à la présenter au reste de votre équipe et mettez-vous au défi de la synthétiser.
2. Évitez le jargon. Gardez-vous d'utiliser trop de références ou d'acronymes avec lesquels votre auditoire n'est pas familier. Si vous décidez d'employer un acronyme ou un terme peu courant, n'oubliez pas de le définir pour que tout le monde comprenne.
3. Intégrez des données. Si vous êtes en mesure d'illustrer par des données l'écart qui sépare le rendement actuel de l'objectif visé par le projet, votre auditoire saisira mieux la nécessité et l'urgence d'un changement.

« Il s'agit de surmonter la morosité qui nous habite quand on a une vague idée de ce qu'il faudrait faire, mais qu'on ne sait pas trop comment passer à l'action. »

Douglas Ferguson

Travail sur le projet

4. Ayez des objectifs réalistes. Il peut être tentant de dire, pour épater la galerie, que vous visez la lune : ce serait cependant difficile à croire. Avec votre équipe, établissez des objectifs rationnels basés sur des points de référence et sur les données dont vous disposez à l'heure actuelle, et intégrez ces objectifs à votre présentation.
5. Utilisez des tactiques pour capter l'attention de votre auditoire. Par exemple, partagez un témoignage : vous suscitez l'intérêt des gens et les amènerez à se sentir concernés par le projet.
6. Faites preuve d'enthousiasme et de conviction.
7. Exercez-vous à donner votre présentation, mais évitez de lire votre texte.

Exemple

Connaissez-vous les protocoles de transfusion massive (PTM)? Dans les 15 à 20 dernières années, on a observé un changement de paradigme dans le traitement des hémorragies massives : on cherche maintenant à juguler rapidement l'hémorragie (et non à réparer sans délai les vaisseaux) et à traiter le problème physiologique associé. Dans ce contexte, les patientes et patients doivent être traités en urgence avec de nombreux produits sanguins de différents types. Compte tenu des multiples défis rattachés à cette façon de faire, les PTM ont gagné en popularité dans les hôpitaux : ils sont considérés comme un moyen efficace de préparer et d'administrer les bons produits sanguins, en quantité adéquate et au moment opportun. En fait, selon les plus récentes données probantes, la mise en œuvre d'un PTM contribue à diminuer la mortalité à 30 jours de X %.

À l'Hôpital général d'Opportunitéville, on n'a pas de PTM, mais on devrait en avoir un. Voici pourquoi : même si on travaille dans un petit hôpital communautaire, on voit quand même des cas d'hémorragies massives et on est mal équipés pour les traiter. Dans la dernière année, on a eu un décès causé par une hémorragie massive, un cas d'insuffisance rénale prolongée et un cas de lésion cérébrale anoxique grave, qui se sont tous produits au cours d'une intervention chirurgicale non urgente. Deux autres patientes sont décédées d'une hémorragie postpartum inattendue. Dans toutes ces situations, le premier produit sanguin a été administré après 63 minutes dans le meilleur des cas, ce qui est beaucoup trop long comme délai. Le personnel traitant est d'avis que si le sang avait été accessible plus tôt, l'issue clinique de ces patientes et patients aurait pu être différente.

La tournure des événements s'est révélée désastreuse pour les personnes soignées, leur famille et l'Hôpital général d'Opportunitéville. Mentionnons en outre que des préjudices évitables comme ceux-là nuisent au moral du personnel, ce qui a des répercussions importantes sur un hôpital qui se décrit comme l'employeur de choix de la région. En plus, cette inefficacité a été très coûteuse pour l'établissement : les produits sanguins ont été gaspillés parce qu'ils ont été administrés trop tard, et les préjudices occasionnés ont alourdi encore davantage le fardeau des soins.

Nous nous employons à mettre sur pied une équipe chargée d'élaborer un PTM; pour ce faire, nous cherchons à obtenir le son de cloche du personnel de la chirurgie, de l'anesthésie, de l'obstétrique-gynécologie, de l'urgence, des soins infirmiers, de la médecine transfusionnelle,

Travail sur le projet

des services de transport et des communications. Nous avons cerné un certain nombre de causes fondamentales, notamment un manque de communication, la méconnaissance de l'utilité de ce type de protocole et des lacunes de coordination.

Notre intention est qu'un protocole soit élaboré et mis en œuvre dans les trois mois suivant la création de l'équipe et que les produits sanguins soient accessibles dans un délai de 30 minutes ou moins, 90 % du temps, dans la prochaine année civile.

La direction de l'hôpital appuie déjà la mise en œuvre du projet. Par ailleurs, force est de constater que le bien-fondé des PTM est méconnu. Nous entendons remédier à la situation en organisant une série de séances éducatives qui seront présentées en anesthésie, en chirurgie, en obstétrique-gynécologie, en soins infirmiers et en médecine d'urgence.

Le personnel de ces départements est probablement le plus susceptible d'avoir à appliquer le protocole. Ces séances seront présentées dans les six mois suivant la création du protocole, puis de nouveau tous les deux ans. Nous dresserons parallèlement une liste de vérification basée sur le protocole, laquelle sera imprimée sur des affichettes plastifiées de 20 cm x 30 cm que nous apposerons dans tous les lieux où le protocole pourrait être appliqué. Le département de médecine transfusionnelle aura une liste d'internistes ou d'hématologues sur appel qui pourront coordonner le PTM quand il sera activé.

Une fois par année, nous ferons une simulation de PTM pour le personnel du bloc opératoire, de l'urgence et de l'unité des naissances. Ces simulations, auxquelles prendra part le personnel des communications et des services de transport, serviront de formation pour nos effectifs; elles viseront aussi à remédier aux pépins qui pourraient survenir dans la mise en application du protocole.

À l'hôpital, les demandes de produits sanguins se font par un système médical électronique. Nous explorerons avec notre fournisseur la possibilité d'implanter une fonction d'alerte (enjoignant la personne qui utilise le système à envisager de déclencher le PTM) qui s'active quand au moins deux unités de sang sont demandées pour une patiente ou un patient.

Pour stimuler l'engagement du personnel, nous entendons souligner et célébrer nos réussites. Quand le PTM sera prêt, une campagne promotionnelle sera lancée à l'échelle de l'hôpital pour saluer la contribution des membres de l'équipe; des messages seront diffusés sur tous les panneaux et écrans publicitaires de l'établissement. L'efficacité du PTM sera évaluée en continu : l'amélioration du processus sera clairement mise en relief par des statistiques et nous saluerons l'équipe concernée pour ses efforts. Si des membres respecté-es de l'équipe de soins de première ligne prennent part à ce processus, leurs collègues seront encouragé-es à faire de même. Au final, ça deviendra notre nouvelle façon de faire.

Ce projet est important pour nous, en soins chirurgicaux : on veut que les gens reçoivent les meilleurs soins possible et que notre personnel sache qu'il y a un système en place pour l'aider dans ces situations difficiles.

Ce projet est tout à fait en phase avec la mission de notre établissement, qui est d'assurer la prestation de soins sécuritaires et de haut niveau au cœur même de notre petite communauté.

Bibliographie

Avertissement

L'ACPM s'engage à offrir à ses membres et participant-es du matériel de formation complémentaire clair, accessible et dans les deux langues officielles, dans la mesure du possible.

Dans certains cas, toutefois, la documentation produite par des tierces parties n'est pas disponible en français. Certaines ressources externes pourraient donc n'être offertes qu'en anglais.

1. Berger, W. (2012). The Secret Phrase Top Innovators Use. Harvard Business Review Blog, 1-3. http://blogs.hbr.org/cs/2012/09/the_secret_phrase_top_innovato.html
2. Braithwaite, J., Churrua, K., Ellis, L. A., Long, J., Clay-Williams, R., Damen, N., Herkes, J., Pomare, C., & Ludlow, K. (2017). Complexity Science in Healthcare (N° de janvier).
3. Braun, W. (2002). The system archetypes. System, 2002, 27. http://www.albany.edu/faculty/gpr/PAD724/724WebArticles/sys_archetypes.pdf
4. Brown, J., & Isaacs, D. (1996). Conversation as a core business process. The Systems Thinker, 7(10), 1-6.
5. Brown, T. (2019). Building to think, or the power of prototyping. In Change by Design (2e éd., p. 93-114). Harper Business.
6. Burns, D. (2017). How Change Happens: The Implications of Complexity and Systems Thinking for Action Research. The SAGE Handbook of Action Research, 434-445. <https://doi.org/10.4135/9781473921290.n43>
7. Bushe, G. (2012). Foundations of Appreciative Inquiry: History, Criticism and Potential. AI Practitioner, 14(1), 8-20.
8. Calayag, J. (2014). Physician Engagement: Strengthening the Culture of Quality and Safety. Healthcare Executive, 29(2), 28-30.
9. Caldwell, D. F., Chatman, J., O'Reilly, C. A., Ormiston, M., & Lapid, M. (2008). Implementing strategic change in a health care system. Health Care Management Review, 33(2), 124-133. <https://doi.org/10.1097/01.hmr.0000304501.82061.e0>
10. Collini, S. (2018). Kept Alive for Thirty Days. London Review of Books, 40(21), 35-38.
11. Conklin, J., & Christensen, K. (2009). Building Shared Understanding of Wicked Problems. Rotman Magazine, Winter, 6. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181b9228f>
12. Ferguson, D. (2019). Beyond the prototype: A roadmap for navigating the fuzzy area between ideas and outcomes. Voltage Control.
13. Hilton, K., & Anderson, A. (2018). IHI Psychology of Change Framework: to Advance and Sustain Improvement.
14. Hollnagel, E., Wears, R. L., & Braithwaite, J. (2015). From Safety-I to Safety-II : A White Paper.
15. Horwitz, L. I., Kuznetsova, M., & Jones, S. A. (2019). Creating a Learning Health System through Rapid-Cycle, Randomized Testing. New England Journal of Medicine, 381(12), 1175-1179. <https://doi.org/10.1056/nejmsb1900856>
16. IDEO. (2022). Brainstorming. <https://www.ideo.com/pages/brainstorming>. Consulté le 1^{er} avril 2022
17. IDEO. (2022). Why everyone should prototype (not just designers). <https://www.ideo.com/blogs/inspiration/why-everyone-should-prototype-not-just-designers>
18. Institut canadien pour la sécurité des patients. (2016). Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens (no d'octobre). https://secure.cihi.ca/free_products/cihi_cpsi_hospital_harm_fr.pdf

Bibliographie

19. Institute for Healthcare Improvement. (2022). Science of Improvement: Establishing Measures. <http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/ScienceofImprovementEstablishingMeasures.aspx>
20. Interaction Design Foundation. (n.d.). Prototyping. Consulté le 1^{er} avril 2022 : <https://www.interaction-design.org/literature/topics/prototyping>
21. Kahane, A. (2017). Collaborating with the enemy: How to work with people you don't agree with or like or trust. Berrett-Koehler Publishers.
22. Kolko, J. (2015). Design Thinking comes of age. *Harvard Business Review*, 93(0), 66-69.
23. Kotter, J. (2007, January). Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2007/01/leading-change-why-transformation-efforts-fail>
24. Lee, T. H., & Cosgrove, T. (2014, June). Engaging Doctors in the Health Care Revolution. *Harvard Business Review*, 105-111. <https://hbr.org/2014/06/engaging-doctors-in-the-health-care-revolution>
25. Lingard, L. (2012). Rethinking competence in the context of teamwork. In L. Hodges, Brian D.; Lingard (éd.), *The Question of Competence*. Cornell University Press.
26. Lipmanowicz, H., & McCandless, K. (2013). *The surprising power of liberating structures: Simple rules to unleash a culture of innovation*. Liberating Structures Press. www.liberatingstructures.com
27. Longenecker, C. O., & Longenecker, P. D. (2014). Why Hospital Improvement Efforts Fail: A View From the Front Line. *Journal of Healthcare Management*, 59(2), 147-157. <https://doi.org/10.1097/00115514-201403000-00010>
28. MacLeod, L. (2012). Making SMART goals smarter. *Physician Executive*, 38(2).
29. Malmgren, P. (2018). Lorelei Lingard: Truth & myths about teams. Karolinska Institutet. <https://www.youtube.com/watch?v=0Mzr-UzroqI>
30. Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Hodkinson, A., Riley, R., & Esmail, A. (2018). Association between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 178(10), 1317-1330. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>
31. Pink, D. (2010). Drive: The surprising truth about what motivates us. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=u6XAPnuFjJc>
32. Plack, M., Goldman, E., Scott, A. R., & Brundage, S. (2019). *Systems Thinking in the Healthcare Professions: A Guide for Educators and Clinicians*. Guides. https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/educational_resources_teaching/1
33. Ruiters, P. J. A. (2019). Implementing Patient Safety Initiatives. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 46(2), 281-292. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.01.005>
34. Schein, E. H. (1995). Process consultation, action research and clinical inquiry: Are they the same? *Journal of Managerial Psychology*, 10(6), 14-19. <https://doi.org/10.1108/02683949510093830>
35. Sécurité des soins chirurgicaux au Canada (2013). https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Surgical-Safety-in-Canada/Documents/Surgical_Safety_in_Canada_-_Detailed_Analysis_Report.pdf
36. Senge, P. M. (2014). Introduction to system thinking. <https://www.youtube.com/watch?v=eXdzKBWDraM&feature=youtu.be>
37. Smith, G. C. S., & Pell, J. P. (2003). Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge : systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 327(December), 1459-1461.
38. Snowden, D. J., & Boone, M. E. (2007). A Leader ' s Framework. *Harvard Business Review*, 85(11), 68-76. <https://doi.org/10.1109/MCDM.2007.369449>
39. Stavros, J., & Torres, C. (2018). *Conversations worth having: Using Appreciative Inquiry to fuel productive and meaningful engagement*. Berrett-Koehler Publishers.

Bibliographie

40. Stroh, D. P. (2015). *Systems Thinking for Social Change* (J. Praded [éd.]; 1re éd.). Chelsea Green.
41. Torbert, William R., Taylor, S. S. (2008). *Action Inquiry: Interweaving Multiple Qualities of Attention for Timely Action*. In P. Reason & H. Bradbury (éd.), *The SAGE Handbook of Action Research* (p. 238-251). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781848607934>
42. Van der Heijde, R., & Deichmann, D. (2018). How one hospital improved patient safety in 10 minutes a day. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2018/10/how-one-hospital-improved-patient-safety-in-10-minutes-a-day>
43. Weinger, M. B. (2021). Time out! Rethinking surgical safety: More than just a checklist. *BMJ Quality and Safety*, 613-617. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-012600>

Crédits

CMFC

Cette activité répond aux critères de certification du Collège des médecins de famille du Canada et du Collège québécois des médecins de famille, une organisation pleinement agréée en développement professionnel continu par le Collège des médecins du Québec, et donne droit jusqu'à 12,25 crédits d'activité d'évaluation certifiée Mainpro+MD.

CRMCC

La présente activité est un programme d'autoévaluation agréé (section 3), au sens que lui donne le programme de Maintien du certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; elle a été approuvée par l'ACPM. Vous pouvez réclamer un maximum de 12,25 heures (les crédits sont calculés automatiquement).

Cette activité est reconnue par le Collège des Médecins du Québec pour 12,25 heures de formation continue dans la Catégorie B : Activités d'évaluation de l'exercice.

Certificats

Les certificats seront remis une fois les questionnaires de réflexion dûment remplis à la suite du cours.

Crédits additionnels

Jusqu'à 7,0 crédits Mainpro+ (activité d'évaluation certifiée) et des crédits de la section 3 (programme d'autoévaluation) peuvent être obtenus en participant aux appels de suivi du programme Engagement envers le changement avec les formateurs de *En salle... de concert*.

EN SALLE... DE CONCERT

LE COURS DE L'ACPM SUR LA SÉCURITÉ CHIRURGICALE

1. Le programme **Engagement envers le changement (CTC)** propose une approche structurée pour vous aider à mettre en œuvre vos acquis. En équipe, vous devrez participer à trois appels de suivi de 60 minutes avec un·e coach en engagement de l'ACPM. Ces appels auront lieu sur la plateforme Zoom.
2. Pour faciliter la planification des appels, veuillez balayer le code QR ci-dessous et remplir le formulaire en indiquant les moments (dates et heures) qui conviennent le mieux à votre équipe. **Une seule personne** doit prendre les rendez-vous pour l'équipe.



Étapes du parcours de votre équipe :

1. Réflexion personnelle
2. 1^{er} appel à l'équipe (coaching) _____ (date)
3. Plan d'action personnel
4. 2^e appel à l'équipe (coaching) _____ (date)
5. 3^e appel à l'équipe (coaching) _____ (date)
6. Rapport d'étape final