



surveillance
évaluation
culture
amélioration
prestataires
soins de santé
systèmes
collaboration
technologie
initiatives
progrès
coordination
mesures
communication
patients
respect
hôpitaux
stratégies
cliniciens
signalement
organisations
erreurs
sécurité des patients
action
décideurs
indicateurs
qualité
résultats
efforts
employés
infirmières
continuum des soins de santé
systèmes
national
outils
recherche
patients et familles
personnel
technologie de l'information
engagement des patients
interventions
leçons
épuisement professionnel
leadership

À l'abri de tout danger

Accélérer la cadence pour la sécurité des patients
Quinze ans après le rapport *To Err Is Human*

Rapport d'un panel d'expert créé par
la National Patient Safety Foundation

Ce projet a été rendu possible en partie grâce à un généreux don d'AIG (American International Group, Inc.) pour soutenir les progrès de la mission sur la sécurité des patients. AIG n'a exercé aucune influence sur la gestion et le contenu du rapport.



© Copyright 2015 par la National Patient Safety Foundation.
Tous droits réservés.

Traduit par TransPerfect Translations. Publié initialement sous le titre : *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*

Le présent rapport peut être téléchargé sur le site web de la Fondation, www.npsf.org.

Le présent rapport peut être imprimé, dans sa totalité ou en partie, pour un usage individuel ou à des fins pédagogiques dans votre organisation.

Personne n'est autorisé à modifier le contenu du rapport ou à l'utiliser à des fins commerciales sans avoir obtenu l'autorisation écrite de l'éditeur :

National Patient Safety Foundation
À l'attention de : Director, Information Resources
268 Summer Street, Sixth Floor
Boston, MA 02210
info@npsf.org

À propos de la National Patient Safety Foundation®

La National Patient Safety Foundation a pour vision de créer un monde où les patients et ceux qui les soignent sont à l'abri de tout danger. NPSF, qui s'exprime publiquement au nom des patients depuis 1997, fait équipe avec les patients et les familles, avec la communauté médicale et avec des intervenants clés pour faire avancer la sécurité des patients et des professionnels de la santé, et pour diffuser des stratégies permettant d'éviter tout danger.

NPSF est une organisation à but non lucratif régie par les dispositions de la section 501(c)(3) du code fiscal américain. Des renseignements complémentaires sur le travail de la National Patient Safety Foundation sont disponibles à l'adresse www.npsf.org.



Sommaire

Résumé	iv
Remerciements	vi
Approbations	viii
Préface	x
Introduction : La sécurité des patients est une question de santé publique	1
L'état actuel de la sécurité des patients :	
Progrès réalisés et nécessité d'accélérer la cadence	5
Les progrès futurs dépendent d'une approche systémique totale de la sécurité	8
Recommandation n° 1 :	
Veiller à ce que les leaders créent et maintiennent une culture de la sécurité	11
Recommandation n° 2 :	
Créer un mécanisme centralisé et coordonné pour la surveillance de la sécurité des patients	14
Recommandation n° 3 :	
Définir un jeu d'indicateurs de sécurité en commun correspondant à des résultats pertinents	18
Recommandation n° 4 :	
Augmenter le financement de la recherche dans le domaine de la science de la sécurité des patients et des sciences appliquées	22
Recommandation n° 5 :	
Intégrer la sécurité à tous les niveaux du continuum des soins de santé	25
Recommandation n° 6 :	
Soutenir les professionnels de la santé	27
Recommandation n° 7 :	
Faire équipe avec les patients et les familles pour assurer le plus haut niveau de sécurité possible	30
Recommandation n° 8 :	
Veiller à ce que la technologie soit sûre et optimisée pour améliorer la sécurité des patients	34
Conclusion : Appel à l'action	37
Annexe : Résumé des recommandations et des tactiques	39
Références	43

Résumé

La sécurité des patients est une question de santé publique qu'il ne faut pas prendre à la légère. Tout comme pour l'obésité, les accidents automobiles et le cancer du sein, les préjudices causés par les soins de santé peuvent avoir des répercussions graves sur les plans de la mortalité, de la morbidité et de la qualité de vie, et ils peuvent toucher des patients traités dans n'importe quel contexte médical. Bien que, à certains égards, les patients bénéficient d'une plus grande sécurité depuis la publication du rapport *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (L'erreur est humaine : créer un système de santé plus sûr) par l'Institute of Medicine en 1999, les travaux d'amélioration de la sécurité des patients n'ont pas avancé aussi rapidement que prévu.

En dépit des progrès clairement réalisés dans certains domaines problématiques, tels que celui des infections nosocomiales, la sécurité des patients n'a connu qu'une amélioration limitée. Si de nombreuses interventions se sont avérées efficaces, les interventions non efficaces sont bien plus nombreuses et certaines interventions prometteuses laissent des questions importantes en suspens. Le système des soins de santé continue à fonctionner avec un faible niveau de fiabilité, ce qui signifie que les patients subissent fréquemment des préjudices qui auraient pu être évités ou atténués.

S'il est vrai que la publication du rapport *To Err Is Human* a considérablement sensibilisé les intervenants aux enjeux liés à la sécurité des patients, le consensus à l'époque était que, en intensifiant le partage des données et en mettant en œuvre des interventions pour résoudre des problèmes précis, une amélioration substantielle et permanente devait avoir lieu. Au cours de la quinzaine d'années suivante, il est devenu de plus en plus évident que les questions de sécurité sont bien plus complexes, et tenaces, que prévu au départ. La sécurité des patients ne concerne pas uniquement la mortalité : elle englobe la morbidité et des formes de préjudices plus subtiles, telles que la perte de la dignité et du respect. Elle s'étend au-delà des soins hospitaliers et implique tous les environnements où des soins sont dispensés : les cliniques ambulatoires, les centres chirurgicaux et de diagnostic autonomes, les établissements de soins de longue durée, le domicile des patients, les hôpitaux et d'autres endroits encore.

Bien que notre compréhension du problème des préjudices subis par les patients soit maintenant plus profonde et plus complète, l'attention dont il faisait initialement l'objet a commencé à diminuer. La sécurité des patients ne doit pas être reléguée aux oubliettes et nous ne devons pas nous contenter d'une approche décousue visant uniquement les préjudices actuellement mesurés et ciblés en raison d'incitations précises. Pour

améliorer la sécurité des patients, il est nécessaire de réaliser une transformation globale, abandonnant la phase des interventions réactives et fragmentaires en faveur d'une approche systémique totale de la sécurité. L'adoption d'une telle approche exige un leadership constamment focalisé sur la culture de la sécurité et sur la promotion du bien-être et de la sécurité des professionnels de la santé. Pour ce faire, il convient de parfaire le développement des sciences, des évaluations et des outils de la sécurité des patients. Pour optimiser l'impact de cette action, il sera important que ceux qui utilisent la sécurité comme un outil concurrentiel cèdent le pas à une mentalité de coordination et de collaboration dans ce domaine. Une telle approche signifie également réfléchir à la sécurité dans tous les aspects du continuum des soins de santé et pas seulement dans les hôpitaux. Pour que le patient puisse s'exprimer, il faudra également faire équipe avec les patients et les familles tout au long du parcours.

Le présent rapport fait état des progrès réalisés, met en évidence les lacunes existantes et, par-dessus tout, présente des recommandations précises pour accélérer la cadence. Ces recommandations sont fondées sur la mise en place d'une approche systémique totale et d'une culture de la sécurité :

- 1. Veiller à ce que les leaders créent et maintiennent une culture de la sécurité**
- 2. Créer un mécanisme centralisé et coordonné pour la surveillance de la sécurité des patients**
- 3. Définir un jeu d'indicateurs de sécurité en commun correspondant à des résultats pertinents**
- 4. Augmenter le financement de la recherche dans le domaine de la science de la sécurité des patients et des sciences appliquées**
- 5. Intégrer la sécurité à tous les niveaux du continuum des soins de santé**
- 6. Soutenir les professionnels de la santé**
- 7. Faire équipe avec les patients et les familles pour assurer le plus haut niveau de sécurité possible**
- 8. Veiller à ce que la technologie soit sûre et optimisée pour améliorer la sécurité des patients**

L'aboutissement de ces actions exigera la participation active de chaque intervenant du système de soins de santé : les conseils d'administration et les organismes de gouvernance, les équipes de direction, les autorités gouvernementales, les partenariats publics-privés, les organisations de soins de santé, les cabinets et les centres ambulatoires, les chercheurs, les associations professionnelles, les organismes de réglementation, les enseignants, les professionnels de la santé, les patients et leurs familles. Nous souhaitons vivement que ces recommandations et les tactiques concrètes de mise en œuvre qui les accompagnent donneront lieu à une action de grande envergure et à des améliorations rapides et substantielles en faveur d'un système de soins axé sur la sécurité. Les patients ne méritent pas moins.



Remerciements

La National Patient Safety Foundation remercie : Donald M. Berwick, MD, MPP, et Kaveh G. Shojania, MD, pour leur travail de co-présidents dans ce projet ; les membres du panel d'experts pour leur participation ; Diane W. Shannon, MD, MPH, qui est la principale auteure du présent rapport ; Erin Hartman, MS, pour son travail d'édition du rapport ; et Kate Humphrey, MD, pour ses travaux de recherche et son assistance dans le cadre du projet. NPSF remercie également AIG pour son financement.

MEMBRES DU PANEL D'EXPERTS

Donald M. Berwick, MD, MPP*

Co-président du panel

Président émérite et agrégé supérieur de recherche,
Institute for Healthcare Improvement
Maître de conférence,
Department of Health Care Policy,
Harvard Medical School

Kaveh G. Shojania, MD

Co-président du panel

Directeur, Centre for Quality Improvement and Patient
Safety, University of Toronto
Éditeur en chef, *BMJ Quality & Safety*

Brian K. Atchinson, Esq.

Président-directeur général, PIAA

David W. Bates, MD, MSc

Directeur de l'innovation et vice-président senior,
Division of General Internal Medicine,
Brigham and Women's Hospital
Directeur médical de l'analyse clinique et de la qualité,
Partners HealthCare

Alice Bonner, PhD, RN

Professeure agrégée, School of Nursing
Enseignante, Center for Health Policy
Northeastern University

Russell P. Branzell, FCHIME, CHCIO

Président-directeur général, College of Healthcare
Information Management Executives (CHIME)

Pascale Carayon, PhD

Professeure Procter & Gamble Bascom en qualité
totale, directrice du Center for Quality and Productivity
Improvement
College of Engineering
University of Wisconsin–Madison

Mark R. Chassin, MD, FACP, MPP, MPH*

Président-directeur général, The Joint Commission

Michael R. Cohen, RPh, MS, ScD (hon), DPS (hon)

Président, Institute for Safe Medication Practices
Professeur agrégé adjoint, Temple University

Joanne Disch, PhD, RN, FAAN

Professeure honoraire, University of Minnesota School
of Nursing
Membre du conseil, Aurora Health Care

Mary Dixon-Woods, BA, DipStat, MSc, DPhil

Professeure de sociologie médicale et chercheuse à
Wellcome Trust, University of Leicester
Professeure invitée, Dartmouth Institute for Health
Policy and Clinical Practice
Professeure adjointe, Johns Hopkins University
Professeure invitée, Imperial College
Éditrice en chef adjointe, *BMJ Quality & Safety*

Susan Edgman-Levitan, PA

Directrice exécutive, John D. Stoeckle Center for
Primary Care Innovation, Massachusetts General
Hospital

Jane D. Englebright, PhD, RN, CENP, FAAN

Infirmière en chef, responsable sécurité des patients,
vice-présidente senior, Hospital Corporation of
America (HCA)

Frank Federico, RPh

Vice-président, Institute for Healthcare Improvement
Président, National Coordinating Council for
Medication Error Reporting and Prevention
Vice-président, Joint Commission Patient Safety
Advisory Group

Tejal K. Gandhi, MD, MPH, CPPS

Présidente-directrice générale, National Patient Safety
Foundation
Présidente-directrice générale, NPSF Lucian Leape
Institute

* Membres initiaux de l'Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America

REMERCIEMENTS : PANEL D'EXPERTS (suite)

Vicki S. Good, MSN, RN, CENP, CPSS

Directrice administrative des systèmes pour la sécurité clinique, CoxHealth
Présidente sortante, American Association of Critical Care Nurses

Helen W. Haskell, MA

Fondatrice et présidente, Mothers Against Medical Error
Présidente, Consumers Advancing Patient Safety

Robin R. Hemphill, MD, MPH

Responsable sécurité et connaissance du risque, directrice, VA National Center for Patient Safety
Veterans Health Administration

Lucian L. Leape, MD*

Président sortant, NPSF Lucian Leape Institute
Professeur adjoint, Harvard School of Public Health

Stephen E. Muething, MD

Vice-président pour la sécurité, Cincinnati Children's Hospital Medical Center
Directeur clinique, Children's Hospitals Solutions for Patient Safety

Peter J. Pronovost, MD, PhD, FCCM

Vice-président senior pour la sécurité des patients et la qualité, Johns Hopkins Medicine
Directeur, Johns Hopkins Armstrong Institute

Kathryn Rapala, DNP, JD, RN, CPPS

Vice-présidente de la gestion des risques cliniques, Aurora Health Care

Mark L. Rosenberg, MD, MPP

Président-directeur général, The Task Force for Global Health

Sanjay Saint, MD, MPH

Chef de service hospitalier, VA Ann Arbor Healthcare System
Professeur de médecine George Dock, University of Michigan Medical School

Eric J. Thomas, MD, MPH

Professeur de médecine, doyen adjoint pour la qualité des soins de santé, University of Texas Medical School at Houston
Directeur, The University of Texas - Memorial Hermann Center for Healthcare Quality and Safety

Jed Weissberg, MD, FACP

Agrégé supérieur de recherche, Institute for Clinical and Economic Review (ICER)
Enseignant, Institute for Healthcare Improvement
Vice-président senior (à la retraite), Kaiser Foundation Health Plan

PERSONNEL DE NPSF

Tejal K. Gandhi, MD, MPH, CPPS

Présidente-directrice générale

Patricia McGaffigan, RN, MS

Directrice de l'exploitation et vice-présidente senior, Stratégie et gestion de programme

David Coletta

Vice-président senior, Alliances stratégiques

Ed Devenne

Vice-président senior, Finances

Caitlin Y. Lorincz, MS, MA

Directrice senior, Programmes

Patricia McTiernan, MS

Vice-présidente adjointe, Communication

Elma Sanders, PhD

Chargée de communication

Anita Spielman, CPPS

Responsable, Ressources informationnelles et recherche



* Membres initiaux de l'Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America.

Approbations

Les organisations citées ci-dessous ont approuvé le contenu du présent rapport. D'autres approbations sont en cours.

Toute organisation souhaitant approuver le présent rapport peut faire part de son intérêt en écrivant à l'adresse info@npsf.org.

Alliance for Quality Improvement and Patient Safety	HIMSS
American Academy of Nursing	Hospital Quality Institute
American Association for Physician Leadership	Informed Medical Decisions Foundation
American Association of Critical-Care Nurses	Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS)
American Nurses Association	Institute for Healthcare Improvement
Anesthesia Patient Safety Foundation (APSF)	Institute for Safe Medication Practices
Association of periOperative Registered Nurses	John D. Stoeckle Center for Primary Care Innovation
Aurora Health Care	Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors
Baptist Easley Hospital	Medical University of South Carolina
Baptist Health South Florida	Memorial Hermann Health System
Boston Children's Hospital	MHA Keystone Center
Buffalo Hospital, part of Allina Health	Minnesota Alliance for Patient Safety
Canadian Patient Safety Institute	National Association for Healthcare Quality
Carolina Pines Regional Medical Center	National Partnership for Women & Families
Center for Medical Simulation	NHS Improvement
Children's Hospitals' Solutions for Patient Safety (SPS)	Oregon Patient Safety Commission
Cincinnati Children's Hospital Medical Center	Pacific Business Group on Health
Citizens for Patient Safety	Society of Hospital Medicine
Collaborative for Accountability and Improvement	Society to Improve Diagnosis in Medicine (SIDM)
Collaborative Latin America Forum in Quality and Patient Safety (CICSP)	Spartanburg Regional Healthcare System
College of Healthcare Information Management Executives	The Task Force for Global Health
Corizon Health	Tennessee Hospital Association
CoxHealth	Tidelands Health
Emergency Medicine Patient Safety Foundation	Trident Health
Fairview Health Services	Vidant Health
Franciscan Alliance	Virginia Mason Health System
Hampton Regional Medical Center	



National Patient Safety Foundation
Énoncé de vision

*Créer un monde où les patients et ceux qui les soignent sont à
l'abri de tout danger*

Préface

En juin 1998, l'Institute of Medicine (IOM) a créé le Committee on Quality of Health Care in America dans le but d'étudier et de faire état de la qualité des soins de santé aux États-Unis. Le premier ouvrage du groupe, à savoir *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (L'erreur est humaine : créer un système de santé plus sûr), a été publié en fin d'année 1999. Cette publication, qui se penche avant tout sur la sécurité des patients, a capté l'attention du public comme peu de rapports de l'IOM ont su le faire à ce jour, notamment du fait qu'elle estimait que 98 000 patients hospitalisés aux États-Unis perdaient la vie chaque année en raison d'atteintes à la sécurité des patients (IOM 2000). Bien que les statistiques de mortalité citées dans le rapport aient parfois été remises en question, il ne fait aucun doute que les taux de mortalité et de morbidité liés aux préjudices d'origine médicale sont beaucoup trop élevés, et plusieurs études réalisées ultérieurement semblent indiquer que les chiffres avancés par l'IOM sont inférieurs à la réalité (James 2013). Quelle que soit la façon dont ces estimations ont été calculées, elles jouent un rôle important en suscitant un vif intérêt pour la sécurité des patients.

Au cours des quinze années écoulées depuis la publication de *To Err Is Human*, la communauté des soins de santé a beaucoup appris concernant les problèmes liés aux soins dispensés aux patients et a connu des améliorations dans certains domaines. Cependant, nous comprenons maintenant que le problème est bien plus complexe que nous ne l'avions imaginé au départ. Le présent rapport fait état des observations effectuées par un panel d'experts créé par la National Patient Safety Foundation pour discuter de l'état actuel de la sécurité des patients.* Nous avons eu la bonne fortune de compter trois personnes ayant servi au sein du comité d'origine de l'IOM parmi nos panélistes.

To Err Is Human déclarait : « Le statu quo n'est pas acceptable et ne saurait être toléré plus longtemps » (IOM 2000). Cette déclaration est malheureusement toujours valable aujourd'hui. En dépit de la sensibilisation au problème, les patients continuent à subir des préjudices évitables au sein du système de soins. Il reste encore beaucoup de chemin à faire. La véritable sécurité est l'aboutissement d'un long parcours. Il est possible que l'élimination totale des préjudices soit hors de notre portée, car il y aura toujours de nouvelles technologies et de nouveaux traitements comportant de

* Le présent rapport représente l'opinion des experts panélistes ; il ne constitue pas une évaluation complète de toutes les publications disponibles, bien que, quand cela est possible, il fonde ses arguments sur des informations attestées qui ont été publiées.

nouveaux risques, et la protection des patients contre un danger peut leur faire courir d'autres risques ; il faudra sans doute faire des concessions. Notre désir est de faire de la sécurité une priorité dans le secteur médical, de sorte que : (1) des stratégies efficaces de prévention soient élaborées pour un grand nombre des préjudices actuellement les plus courants qui sont pourtant évitables et que nous connaissons, et (2) les établissements chargés de l'enseignement se penchent sur la question des préjudices évitables afin d'identifier les problèmes et de définir des actions correctives. Le titre du présent rapport, à savoir « À l'abri de tout danger », est notre aspiration ; une aspiration qui nous aidera à ne pas perdre le nord dans notre parcours pour assurer la sécurité des systèmes de santé.

Aujourd'hui, de nombreuses priorités divergentes se disputent notre attention dans le domaine des soins de santé, mais nous ne devons pas leur permettre de nous distraire de l'objectif important qui consiste à éviter tout préjudice aux patients. Bien au contraire, nous devons garder les yeux fixés sur la route et appuyer sur l'accélérateur. Dans le présent rapport, nous veillons à mettre en évidence les progrès réalisés et les principales lacunes existant toujours sur le plan de la sécurité des patients. Au nom du panel d'experts, nous proposons des mesures concrètes que toutes les parties prenantes devraient prendre pour améliorer substantiellement la sécurité des patients. Au nom de nos patients, où qu'ils se trouvent, ne perdons pas de vue nos objectifs et ne fléchissons pas dans notre engagement pour les atteindre.

Donald M. Berwick, MD, MPP

Président émérite et agrégé supérieur
de recherche,
Institute for Healthcare Improvement
maître de conférence, Department of
Health Care Policy
Harvard Medical School

Kaveh G. Shojania, MD

Directeur, Centre for Quality
Improvement and Patient Safety
University of Toronto
Éditeur en chef, *BMJ Quality & Safety*



Définitions importantes dans le domaine de la sécurité des patients

D'après le glossaire AHRQ PSNet [nd], Runciman et al. 2009, et d'autres sources indiquées.

Événement indésirable médicamenteux : un événement indésirable lié à l'utilisation d'un médicament.

Événement indésirable : toute blessure causée par des soins médicaux. Il peut par exemple s'agir d'un pneumothorax dû au placement d'une voie veineuse centrale, d'une anaphylaxie due à la pénicilline ou d'une infection post-opératoire incisionnelle. L'identification d'un événement indésirable n'implique pas la présence d'une « erreur », d'une « négligence » ou d'un traitement de mauvaise qualité. Il indique simplement la survenance d'un effet clinique indésirable issu d'un aspect du diagnostic ou de la thérapie et non du processus pathologique sous-jacent. Les événements indésirables évitables sont ceux qui sont causés par des erreurs.

Erreur : un acte de commission (action fautive) ou d'omission (défaut de faire ce qui est nécessaire) entraînant une issue indésirable ou la probabilité d'une telle issue indésirable. Par exemple, le fait de prescrire un médicament à un patient dont le dossier indique qu'il souffre d'une allergie à ce médicament est un acte de commission. Le fait de ne pas prescrire un médicament présentant des avantages considérables avérés pour un patient qui y a droit (p. ex. héparine non fractionnée à bas poids moléculaire comme prophylaxie de la maladie thromboembolique veineuse pour un patient après une arthroplastie de la hanche) constituerait une erreur par commission.

Préjudice : une atteinte à une structure ou une fonction corporelle ou tout effet nuisible en découlant ; il peut par exemple se présenter sous la forme d'une maladie, d'une blessure, d'une souffrance, d'une invalidité ou d'un décès, et être de nature physique, sociale ou psychologique.

Culture juste : une culture qui reconnaît que, à titre individuel, des professionnels de la santé ne doivent pas être tenus pour responsables de la défaillance de systèmes qui échappent à leur contrôle. Une culture juste reconnaît également que de nombreuses erreurs individuelles ou « actives » sont le fait d'interactions prévisibles entre des utilisateurs humains et les systèmes au sein desquels ils travaillent. En revanche, contrairement à une culture dont le principe directeur est celui de la non-culpabilité, une culture juste ne tolère ni le mépris délibéré de risques évidents courus par les patients, ni les fautes graves (p. ex. falsification de document, exécution d'une tâche professionnelle en état d'ivresse).

Sécurité des patients : situation d'un patient ne courant pas le risque d'être blessé de façon accidentelle ou évitable par l'équipe médicale. De ce fait, les pratiques ou les interventions qui améliorent la sécurité des patients sont celles réduisant la survenance d'événements indésirables évitables.

Culture de la sécurité : la culture de la sécurité d'une organisation est le produit de valeurs, d'attitudes, de perceptions, de compétences et de tendances comportementales individuelles et collectives qui déterminent l'engagement, le style et l'aptitude d'une organisation à l'égard de la gestion de la santé et de la sécurité. Les organisations dans lesquelles règne une culture positive de la sécurité se caractérisent par une communication fondée sur la confiance mutuelle, par une compréhension commune de l'importance de la sécurité et par l'assurance que les mesures préventives sont efficaces (Health and Safety Commission 1993).

La culture de la sécurité désigne (a) le partage intangible de la valeur de la sécurité parmi les membres de l'organisation et (b) les résultats tangibles issus de cette valeur partagée sous la forme de comportements et de structures identifiables (Groves 2014).

Sécurité systémique totale : sécurité appliquée de façon systématique et uniforme, à tous les niveaux du processus (Pronovost et al. 2015).

Abréviations utilisées dans le présent rapport

ACGME	Accreditation Council for Graduate Medical Education
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
ICSALC	infection de la circulation sanguine associée à une ligne centrale
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
CPOE	computerized physician order entry (saisie informatisée de prescriptions médicales)
DMP	dossier médical personnel
FAA	Federal Aviation Administration
FDA	US Food and Drug Administration
IN	infection nosocomiale
IS	informatique de la santé
HHS	US Department of Health and Human Services
IOM	Institute of Medicine
ISMP	Institute for Safe Medication Practices
LLI	National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute
NHS	National Health Service (R.-U.)
NPSF	National Patient Safety Foundation
NQF	National Quality Forum
NRC	US Nuclear Regulatory Commission
OIG	Office of the Inspector General, US Department of Health and Human Services
ONC	Office of the National Coordinator for Health Information Technology, US Department of Health and Human Services
OSP	organisation pour la sécurité des patients
SPS	Solutions for Patient Safety de Children's Hospitals
VA	US Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration
MTV	maladie thromboembolique veineuse

Introduction : La sécurité des patients est une question de santé publique

Le rapport de l'Institute of Medicine* (IOM) intitulé *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (L'erreur est humaine : créer un système de santé plus sûr) a motivé des particuliers et des organisations à se pencher de près sur la question des préjudices causés par les soins médicaux, des préjudices qui étaient depuis longtemps considérés comme inévitables par de nombreux intervenants du secteur médical (IOM 2000). Les professionnels de la santé et le grand public ont été sensibilisés aux enjeux de la réduction des préjudices en milieu hospitalier, notamment pour ce qui est des événements indésirables médicamenteux (EIM), des blessures chirurgicales, des décès évitables, des chutes, des brûlures, des escarres et des erreurs d'identification de patient.

En dépit des progrès réalisés au cours des 15 dernières années, la sécurité des patients demeure une question de santé publique importante. Les préjudices évitables se produisent à une fréquence inacceptablement élevée, dans tous les environnements où des soins sont dispensés et parmi toutes les populations de patients. Des études récentes indiquent que le bilan total des problèmes de sécurité est toujours de taille (Landrigan et al. 2010 ; OIG 2010 ; Classen et al. 2011 ; James 2013). Les préjudices liés aux soins de santé ont des répercussions significatives sur la mortalité, la morbidité et la qualité de vie, au même titre que l'obésité, les accidents d'avion ou d'automobile, et le cancer du sein.

En dépit des progrès réalisés au cours des 15 dernières années, la sécurité des patients demeure une question de santé publique importante.

Pour comprendre l'impact total des problèmes liés à la sécurité des patients, il est nécessaire d'examiner à la fois la mortalité et la morbidité. Ce changement est comparable à l'attention qui s'est déplacée au cours des quelques dizaines d'années qui viennent de s'écouler, des traitements de courte durée en faveur de la prise en charge des maladies chroniques. Contrairement aux crises cardiaques et aux accidents vasculaires cérébraux, qui tuent rapidement, les menaces à la sécurité des patients

* L'Institute of Medicine a récemment été intégré à la National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, en tant qu'unité de programme, et c'est sous cette forme qu'il poursuit ses activités traditionnelles d'étude de consensus et ses réunions d'étude.

agissent essentiellement à l'instar du diabète et de l'hypertension, car il s'agit de problèmes chroniques, complexes et lourds de conséquences sur les plans de la santé et du bien-être. Cette évolution des mentalités jouera un rôle crucial pour mettre en œuvre des changements réels.

En outre, bien que la sécurité en milieu hospitalier soit toujours une cible importante, la protection des patients contre les préjudices liés aux soins va bien au-delà de la réduction ou de la prévention des problèmes de sécurité pendant un séjour hospitalier. Les patients reçoivent bien plus de soins en dehors des hôpitaux, c'est-à-dire dans des cliniques ambulatoires, des centres chirurgicaux ou de diagnostic autonomes, des établissements de soins de longue durée, à domicile et dans d'autres endroits encore ; et les patients méritent des soins sûrs dans tous les contextes, y compris quand ils passent d'un contexte à un autre.

S'il est vrai que les chiffres de mortalité relatifs aux problèmes de sécurité des patients dans les hôpitaux ont beaucoup fait parler d'eux il y a 15 ans, et continuent toujours de faire l'objet de polémiques, nous reconnaissons maintenant la présence de problèmes plus généralisés pouvant mettre en danger des patients de tous âges, dans toutes les disciplines médicales et dans tous les environnements où des soins

Tous les intervenants du secteur médical doivent renouveler leur engagement et accorder la priorité à la sécurité des patients, notamment en se fixant pour objectif d'éliminer les préjudices pouvant être subis par les patients.

sont dispensés. Ces problèmes sont plus insidieux et moins spectaculaires que les décès, mais ils sont extrêmement importants en raison de l'impact qu'ils exercent sur la vie des patients et sur les performances du système de soins. (Veuillez consulter le résumé présenté par la figure 1.) Tous les intervenants du secteur médical doivent renouveler leur engagement et accorder la priorité à la sécurité des patients, notamment en se fixant pour objectif d'éliminer les préjudices pouvant être subis par les patients. Qui que nous soyons – patients, parents, soignants, professionnels de la santé, contribuables ou payeurs de soins – nous ne méritons rien moins que cela.

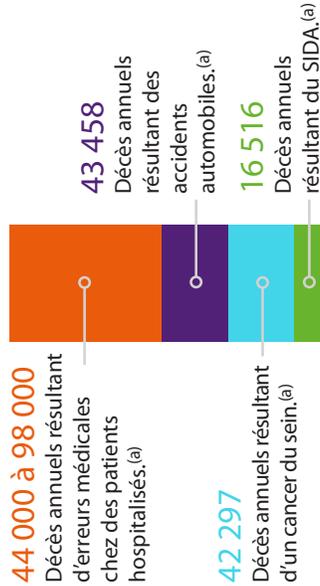
Le présent rapport fournit des recommandations stratégiques pour améliorer la sécurité des patients au cours des dix prochaines années et au-delà. Nous souhaitons vivement que ces recommandations donnent lieu à une action de grande envergure et galvanisent les personnes concernées en leur permettant d'envisager l'avenir de la sécurité des patients avec une approche uniforme.



À L'ABRI DE TOUT DANGER:

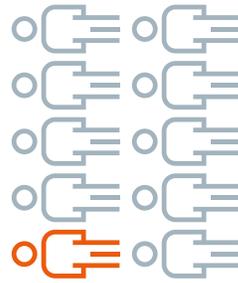
ACCÉLÉRER LA CADENCE POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS QUINZE ANS APRÈS LE RAPPORT TO ERR IS HUMAN

LE RAPPORT TO ERR IS HUMAN FAIT DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE IMPORTANTE (ESTIMATIONS DE 1999)



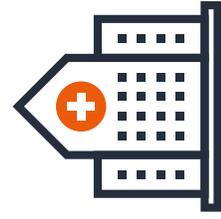
POUR COMPRENDRE L'IMPACT TOTAL DES PROBLÈMES LIÉS À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS, IL EST NÉCESSAIRE D'EXAMINER À LA FOIS LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ

1 patient sur 10



subit un événement indésirable, tel qu'une infection nosocomiale, une escarre, une chute ou un événement indésirable médicamenteux évitable pendant une hospitalisation.^(b)

DANS UNE CERTAINE MESURE, LES SOINS SONT DEVENUS PLUS SÛRS DEPUIS LA PUBLICATION DU RAPPORT TO ERR IS HUMAN



1,3 million USD

Baisse estimée du nombre de maladies contractées à l'hôpital (2011 à 2013) suite à l'initiative fédérale « Partnership for Patients ».^(b)

MAIS NOUS DEVONS DÉPASSER LE CADRE HOSPITALIER DANS LE CONTINUUM DES SOINS DE SANTÉ

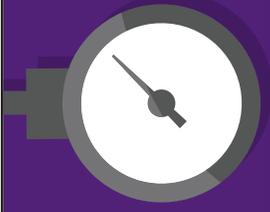
Aux États-Unis, environ un milliard de consultations se font en ambulatoire chaque année.^(c)



Environ 35 millions de personnes sont hospitalisées par an.^(c)



Un rapport d'un panel d'expert créé par la National Patient Safety Foundation demande que l'on se penche sur la morbidité ainsi que la mortalité causées par les erreurs médicales et que l'on dépasse le cadre hospitalier pour améliorer la sécurité dans le continuum des soins de santé.



POUR AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES PATIENTS, IL EST NÉCESSAIRE DE RÉALISER UNE TRANSFORMATION GLOBALE, ABANDONNANT LA PHASE DES INTERVENTIONS RÉACTIVES ET FRAGMENTAIRES EN FAVEUR D'UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE TOTALE DE LA SÉCURITÉ^(d)

- 1 Veiller à ce que les leaders créent et maintiennent une culture de la sécurité.
- 2 Créer un mécanisme centralisé et coordonné pour la surveillance de la sécurité des patients.
- 3 Définir un jeu d'indicateurs de sécurité en commun correspondant à des résultats pertinents.
- 4 Augmenter le financement de la recherche dans le domaine de la science de la sécurité des patients et des sciences appliquées.
- 5 Intégrer la sécurité à tous les niveaux du continuum des soins de santé.
- 6 Soutenir les professionnels de la santé.
- 7 Faire équipe avec les patients et les familles pour assurer le plus haut niveau de sécurité possible.
- 8 Veiller à ce que la technologie soit sûre et optimisée pour améliorer la sécurité des patients.

Figure 1.

Sources : (a) Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press, 2000. (b) 2013 Annual Hospital-Acquired Condition Rate and Estimates of Cost Savings and Deaths Averted From 2010 to 2013. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, October 2015. AHRQ Publication No. 16-0006-EF. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/index.html>. (c) National Center for Health Statistics. Faststats A-Z. Ambulatory Care and Hospital Utilization. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/>. (d) National Patient Safety Foundation. À l'abri de tout danger : accélérer la cadence pour la sécurité des patients quinze ans après le rapport L'erreur est humaine. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015. Disponible sur : <http://www.npsf.org/free-from-harm>.

Le rapport historique de l'IOM

To Err Is Human: Building a Safer Health System (L'erreur est humaine : créer un système de santé plus sûr) a fourni des prévisions sur les pertes de vie humaine et sur le coût financier découlant des problèmes de sécurité. Il a estimé l'ampleur du problème, indiquant que jusqu'à 98 000 patients hospitalisés aux États-Unis meurent chaque année en raison de problèmes liés aux soins de santé (IOM 2000). Soutenant que les problèmes de sécurité causent plus de ravages que les accidents automobiles, le cancer du sein ou le SIDA, il a redéfini les préjugés liés à la sécurité, les élevant au rang des maladies évitables.

Le rapport a recommandé un effort quadruple pour améliorer la sécurité :

- Mettre en place un mécanisme national pour créer un leadership, des études, des outils et des protocoles d'augmentation des connaissances sur la sécurité.
- Identifier les erreurs et apprendre d'elles en préparant un système de signalement obligatoire, public et national, et en encourageant les organisations et les professionnels de la santé à élaborer des systèmes de signalement volontaires et à y participer.
- Élever les normes de performance et les attentes d'amélioration de la sécurité par les actions d'organismes de surveillance, de groupes de professionnels et d'acheteurs collectifs de soins de santé.
- Ne plus punir les personnes pour les erreurs commises et mettre en œuvre des systèmes de sécurité dans les organisations de soins de santé afin d'assurer l'application de pratiques sûres.

La publication du rapport *To Err Is Human* a marqué un tournant et braqué les projecteurs sur la sécurité des patients comme jamais auparavant. Nombreux sont ceux qui attribuent au rapport le rôle de catalyseur du mouvement moderne pour la sécurité des patients.

Au-delà de la mortalité : la multitude des préjudices

- En dépit de l'attention accrue reçue par ce domaine et de quelques signes d'amélioration, environ **1 patient sur 10** subit un événement indésirable, tel qu'une infection nosocomiale, une escarre, un événement indésirable médicamenteux évitable ou une chute pendant une hospitalisation (AHRQ Efforts 2014).
- Des études récentes ont constaté qu'environ **1 opération sur 2** comporte une erreur de traitement ou un événement indésirable médicamenteux (Nanji et al. 2015).
- Plus de **700 000 patients en ambulatoire** sont traités dans un service d'urgence chaque année à cause d'un événement indésirable lié à un médicament, **120 000** de ces patients ayant subi un événement indésirable assez grave pour qu'ils soient hospitalisés (Budnitz et al. 2006).
- Plus de **12 millions de patients** chaque année subissent une erreur de diagnostic dans un cadre ambulatoire, et il est estimé que la moitié de ces cas a le potentiel de leur porter préjudice (Singh et al. 2014).
- Dans l'ensemble, **421 millions d'hospitalisations** et environ **42,7 millions d'événements indésirables** ont lieu chaque année (Jha et al. 2013).
- Environ **un tiers des bénéficiaires du programme Medicare** et traités en maison de retraite ont subi un événement indésirable, dont la moitié étaient évitables (OIG 2014).

L'état actuel de la sécurité des patients : progrès réalisés et nécessité d'accélérer la cadence

Le rapport de l'IOM a donné de l'élan au mouvement de la sécurité des patients et lui a permis de remporter des victoires au cours des 15 dernières années. Bien que les données actuelles concernant l'amélioration globale de la sécurité des patients aux États-Unis et à l'échelle internationale soient mitigées (Landrigan et al. 2010 ; Baines et al. 2013 ; Baines et al. 2015 ; Shojania and Marang-van de Mheen 2015), la majorité des membres du panel estiment que, dans l'ensemble, les soins de santé sont plus sûrs aujourd'hui que par le passé.

Dans le cadre d'une enquête anonyme auprès des membres de notre panel d'experts concernant la perception de la sécurité des patients, les participants ont été invités à indiquer s'ils croyaient que les soins étaient plus sûrs maintenant que par le passé et pourquoi.* La majorité ont répondu par l'affirmative, étayant leur réponse par plusieurs évolutions positives, telles que la création de pratiques et d'indicateurs standard, l'adoption plus généralisée de la théorie de la haute fiabilité, l'amélioration de l'innocuité des médicaments et les efforts déployés pour améliorer la culture. De ce fait, de nombreux termes et concepts employés par l'approche systémique sont maintenant répandus dans la communauté des soins de santé. En outre, nous savons maintenant que plusieurs facteurs jouent un rôle essentiel pour assurer la sécurité des patients, tels que la transparence, la communication, le travail d'équipe, l'ergonomie, l'engagement des patients et la culture de la sécurité des organisations.

De nombreux termes et concepts employés par l'approche systémique sont maintenant répandus dans la communauté des soins de santé.

En plus de ces améliorations concrètes, il convient de remarquer que, dans l'ensemble, les mentalités ont elles aussi évolué. La sécurité des patients suscite maintenant bien plus d'intérêt auprès des dirigeants des organisations, des patients, des professionnels de la santé, des décideurs et des médias, ce qui est un véritable tour de force compte tenu des très nombreuses priorités divergentes dans le domaine des soins de santé. Pour reprendre les propos d'une personne interrogée : « La sécurité est maintenant fermement ancrée dans le vocabulaire de tous les professionnels de la santé. Les gens

* Un résumé des réponses à l'enquête réalisée auprès des panélistes est disponible à l'adresse <http://www.npsf.org/free-from-harm>.

comprennent les facteurs humains, la formation en équipe et la nécessité d'utiliser des listes de contrôle, d'autres supports et la technologie. »

De plus, des aspects de la sécurité qui étaient autrefois sous-estimés font maintenant l'objet d'une plus grande attention, ce qui est par exemple le cas de la sécurité en ambulatoire, où la majorité des soins sont dispensés, de l'utilisation excessive ou insuffisante des traitements, des erreurs de diagnostic et des complications des traitements ; la nécessité d'assurer le soutien des équipes médicales est également de plus en plus prise en compte dans la sécurité des soins de santé. Par ailleurs, l'importance d'intégrer les thèmes de la sécurité des patients à l'éducation est de plus en plus reconnue et les matières enseignées dans les diverses disciplines et les divers niveaux de formation incluent de façon plus saillante les exigences de sécurité des patients.

La quête de la sécurité n'est pas opposée à la recherche de la qualité ou de la rentabilité, la sécurité étant indispensable pour atteindre des performances élevées dans d'autres domaines. Le lien entre la sécurité et les autres dimensions de la qualité, telles que l'efficacité, l'attention à la famille, la ponctualité, l'efficacité et l'impartialité est de plus en plus reconnu (IOM 2001). Le rapport établi entre ces aspects témoigne d'une autre leçon importante apprise au cours des 15 dernières années : les divers aspects de la qualité sont tous reliés et s'influencent mutuellement. À titre d'exemple, certaines bonnes pratiques de sécurité peuvent donner lieu à un compromis entre la sécurité et l'efficacité.

L'utilisation accrue des soins fondés sur les faits marque une autre amélioration notable. Les interventions sont parvenues à réduire les infections nosocomiales (IN) et les événements indésirables liés aux médicaments et aux procédures chirurgicales. L'utilisation de codes-barres a réduit les erreurs d'administration de médicaments (Poon et al. 2010). Il a été prouvé que la formation en équipe pour le travail chirurgical réduit la mortalité de 50 % par rapport aux sites témoins (Neily et al. 2010). Le processus de transfert d'informations entre prestataires a réduit les erreurs médicales de 23 % et les événements indésirables évitables de 30 % (les deux avec une $P < 0,001$) (Starmér et al. 2014). Un rapport récent sur une initiative en matière de sécurité de grande envergure, « Partnership for Patients », a indiqué une réduction des pathologies nosocomiales de 1,3 million* (US DHHS 2014).

Ces progrès sont remarquables pour un domaine qui n'a que 15 ans d'ancienneté, qui développe toujours ses bases scientifiques et qui n'a reçu qu'un financement limité par rapport à d'autres initiatives biomédicales, telles que la « Guerre contre le cancer », la recherche sur les maladies cardiaques, le diabète, la génomique et la médecine personnalisée, pour ne citer que ces domaines. Ces autres domaines ont connu des améliorations modestes et progressives au fil de dizaines d'années d'études généreusement financées et soutenues par une fondation scientifique bien établie et qui sont le produit de décennies de recherches et de travaux fondamentaux réalisés par des institutions et des scientifiques. S'il peut être décevant de constater que les progrès réalisés dans le domaine de la sécurité des patients ne sont pas complets et généralisés, cela n'a guère de quoi étonner. Ce domaine en est toujours à ses débuts et l'amélioration de la sécurité des patients est un problème complexe exigeant une approche multidisciplinaire.

* Certaines personnes ont mis en doute la méthodologie de cette étude et ont déploré l'absence d'évaluation externe, suscitant des doutes sur la validité des résultats (Pronovost and Jha 2014).

Alors que le système des soins de santé évolue, la sécurité des patients doit demeurer une grande priorité. Dans certains cas, la sécurité peut avoir un effet sur d'autres éléments de la qualité. Il est impératif d'identifier et de comprendre ces effets, ainsi que d'accorder une plus grande priorité à certains problèmes qui étaient autrefois ignorés, tels que les erreurs de diagnostic. De plus, de nouveaux facteurs méritent une plus grande attention, tels que le risque de commettre des erreurs sur les dossiers médicaux personnels (DMP) (IOM 2012) et le phénomène de la fatigue de l'alarme dû aux signaux incessants transmis par les appareils médicaux (ECRI 2013, Joint Commission 2013).



Les progrès futurs dépendent d'une approche systémique totale de la sécurité

Lors des premières années après la parution de *To Err Is Human*, toutes sortes d'opinions ont vu le jour sur la façon d'améliorer la situation. Certains experts du comité de l'IOM ont demandé que les processus et les principes utilisés efficacement dans d'autres secteurs, tels que le signalement des incidents, les listes de contrôle, l'ergonomie et l'approche systémique, soient imités dans le domaine des soins de santé (Leape et al. 2002). D'autres ont plaidé en faveur d'une stratégie consistant à définir des problèmes de sécurité précis et à identifier des mécanismes pour les éviter (Shojania et al. 2002, Brennan et al. 2005).

Cette dernière approche a donné naissance à une époque où les cliniciens et les chercheurs se préoccupent avant tout de réduire ou d'éliminer des préjudices spécifiques, tels que la maladie thromboembolique veineuse (MTV), les complications post-opératoires et les infections de la circulation sanguine associées à une ligne centrale (ICSALC). Bien que cette approche ait porté des fruits dans certaines situations (Pronovost et al. 2006, Haynes et al. 2009), elle ne s'est pas avérée efficace dans d'autres cas (Urbach 2014, Reames 2015). Par ailleurs, cette approche au cas par cas n'a pas donné lieu à une transformation généralisée.

Pour engendrer une transformation de grande envergure, nous devons adopter une approche plus globale au lieu de nous focaliser sur des initiatives de sécurité individuelles et limitées. Pour réussir, certaines initiatives de projet, telles que la liste de contrôle des ICSALC, exigent des modifications radicales du travail en équipe et de la culture (Pronovost et al. 2006). Il est révélateur de constater que la plupart des initiatives aboutissent seulement quand les tactiques sont mises en œuvre à l'aide d'une approche plus étendue. De fait, au cours des 15 dernières années, une observation fondamentale a été effectuée : les initiatives de sécurité des patients peuvent seulement réussir quand le travail en équipe, la culture et l'engagement des patients figurent au premier plan. Quand la conception des systèmes, les erreurs humaines, l'ergonomie, la culture de la sécurité, le signalement et l'analyse des erreurs sont pris en compte, l'approche systématique est l'incarnation même de cette perspective globale.

En adoptant la sécurité comme valeur fondamentale, d'autres secteurs ont su dépasser le stade de la concurrence pour passer à celui de la coopération. Les organisations de soins de santé devraient elles aussi faire cette transition.

En adoptant la sécurité comme valeur fondamentale, d'autres secteurs ont su dépasser le stade de la concurrence pour passer à celui de la coopération. Les organisations de soins de santé devraient elles aussi faire cette transition. Bien que certaines organisations de soins de santé aient commencé à travailler en coopération pour faire avancer la sécurité des patients, ce sont les hôpitaux pédiatriques qui se sont engagés et qui s'illustrent pour

ce qui est de partager les données et les bonnes pratiques de sécurité. À titre d'exemple, le réseau Solutions for Patient Safety (SPS) du Children's Hospitals a bénéficié d'améliorations considérables au niveau des indicateurs de la sécurité des patients en raison de ses initiatives de collaboration (Lyren et al. 2013). Malheureusement, de nombreuses autres organisations de soins de santé semblent croire qu'elles doivent se démarquer de la concurrence par leur sécurité exemplaire. Les organisations ne devraient pas utiliser la sécurité pour se livrer concurrence ; une telle concurrence est un frein à la sécurité des patients, car elle bloque la libre circulation des informations qui sont cruciales pour éviter les préjudices.

Pour améliorer la sécurité des patients, il est nécessaire de réaliser une transformation globale, abandonnant la phase des interventions réactives et fragmentaires en faveur d'une approche systémique totale de la sécurité au sein de laquelle la sécurité est appliquée de façon systématique et uniforme à tous les niveaux du processus (Pronovost et al. 2015). Une telle transformation aurait un impact colossal. Une approche systémique totale signifierait que les équipes de direction font de la culture de la sécurité une priorité constante. Elle signifierait que la sécurité est prise en compte tout au long du continuum des soins et que des mesures sont prises pour réduire les taux de mortalité et de morbidité dus aux incidents de sécurité. Elle signifierait que le bien-être et la sécurité des équipes médicales sont eux aussi une priorité. Elle signifierait que l'on évite d'entasser des initiatives décousues sur le dos d'un système et de soignants déjà soumis à rude épreuve. Une évolution positive et significative de la sécurité des patients est uniquement possible si les initiatives visant à apporter des améliorations reposent sur une approche systémique totale.

Pour améliorer la sécurité des patients, il est nécessaire de réaliser une transformation globale, abandonnant la phase des interventions réactives et fragmentaires en faveur d'une approche systémique totale de la sécurité.

Pour assurer une transition efficace vers une approche systémique totale de la sécurité, nous proposons huit recommandations ciblées accompagnées d'actions concrètes (voir la figure 2 et le résumé en annexe). Le reste du présent rapport met en évidence ces recommandations et les tactiques correspondantes qui sont nécessaires pour apporter des améliorations fondamentales et généralisées à la sécurité des patients.

Recommandations :

- 1. Veiller à ce que les leaders créent et maintiennent une culture de la sécurité**
- 2. Créer un mécanisme centralisé et coordonné pour la surveillance de la sécurité des patients**
- 3. Définir un jeu d'indicateurs de sécurité en commun correspondant à des résultats pertinents**
- 4. Augmenter le financement de la recherche dans le domaine de la science de la sécurité des patients et des sciences appliquées**
- 5. Intégrer la sécurité à tous les niveaux du continuum des soins de santé**
- 6. Soutenir les professionnels de la santé**
- 7. Faire équipe avec les patients et les familles pour assurer le plus haut niveau de sécurité possible**
- 8. Veiller à ce que la technologie soit sûre et optimisée pour améliorer la sécurité des patients**



Figure 2.

HUIT RECOMMANDATIONS POUR PARVENIR À UNE SÉCURITÉ TOTALE DES SYSTÈMES



1. VEILLER À CE QUE LES LEADERS CRÉENT ET MAINTIENNENT UNE CULTURE DE LA SÉCURITÉ

L'amélioration de la sécurité nécessite une culture où la sécurité est possible et devient une priorité. Le changement culturel doit être sur le devant de la scène plutôt que de rester derrière les autres activités liées à la sécurité.



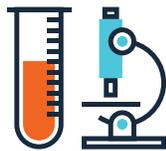
2. CRÉER UN MÉCANISME CENTRALISÉ ET COORDONNÉ POUR LA SURVEILLANCE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

L'optimisation des efforts de sécurité des patients exige la participation, la coordination et la surveillance de la part des organismes dirigeants nationaux et des autres organisations en charge de la sécurité.



3. DÉFINIR UN JEU D'INDICATEURS DE SÉCURITÉ EN COMMUN CORRESPONDANT À DES RÉSULTATS PERTINENTS

L'évaluation est essentielle pour améliorer la situation. Pour faire progresser la sécurité, nous devons établir des indicateurs normalisés à tous les niveaux du continuum des soins de santé et créer des moyens permettant d'identifier et de mesurer les risques et les dangers de manière proactive.



4. AUGMENTER LE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA SCIENCE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES SCIENCES APPLIQUÉES

Pour apporter des améliorations substantielles à la sécurité des patients, la science de la sécurité et les sciences appliquées devraient connaître des avancées afin de mieux comprendre les dangers de sécurité existants et de savoir comment les éviter au mieux.



5. INTÉGRER LA SÉCURITÉ À TOUTS LES NIVEAUX DU CONTINUUM DES SOINS DE SANTÉ

Les patients méritent des soins sûrs, quel que soit l'endroit où ils sont dispensés. Les organisations de soins de santé ont besoin d'outils, de processus et de structures de meilleure qualité pour dispenser des soins sans danger et pour évaluer la sécurité des soins dispensés dans divers contextes.



6. SOUTENIR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

La sécurité, le moral et le bien-être des employés joue un rôle crucial pour dispenser des soins sans danger. Le personnel infirmier, les médecins, les assistants médicaux, les pharmaciens, les techniciens et autres ont besoin d'être soutenus pour réaliser leur potentiel de soignants.



7. FAIRE ÉQUIPE AVEC LES PATIENTS ET LES FAMILLES POUR ASSURER LE PLUS HAUT NIVEAU DE SÉCURITÉ POSSIBLE

Les patients et les familles doivent être activement engagés à tous les niveaux des soins de santé. À la base, l'engagement du patient concerne la libre circulation d'informations vers et depuis le patient.



8. VEILLER À CE QUE LA TECHNOLOGIE SOIT ÛRE ET OPTIMISÉE POUR AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

L'optimisation des avantages et la minimisation des conséquences imprévues de l'informatique de la santé pour la sécurité ont un rôle crucial.

Recommandation n° 1 : Veiller à ce que les leaders créent et maintiennent une culture de la sécurité

L'amélioration de la sécurité nécessite une culture où la sécurité est possible et devient une priorité. Depuis la parution de *To Err Is Human*, des experts ont demandé un changement culturel généralisé dans toutes les organisations de soins de santé (Sexton et al. 2006, Singer et al. 2007, Sorra and Dyer 2010). Le concept de la culture de la sécurité n'a pas pris naissance dans le secteur médical mais dans des études d'organisations à haute fiabilité qui « minimisent systématiquement les événements indésirables en dépit du travail complexe et dangereux qu'elles effectuent. Les organisations à haute fiabilité restent résolues à assurer la sécurité à tous les niveaux, des prestataires de première ligne aux cadres dirigeants, en passant par les responsables de service », avec des équipes de direction qui se sont engagées envers la sécurité dans le cadre de toutes leurs activités (AHRQ PSNet Safety Culture 2014). Dans le domaine des soins de santé, une culture de la sécurité efficace est une culture dans laquelle les professionnels de la santé et les dirigeants des établissements sont tenus responsables en cas de conduite non professionnelle, mais non punis en cas d'erreur humaine, dans laquelle les erreurs sont identifiées et atténuées avant que le patient ne soit atteint, et dans laquelle un feedback en boucle efficace permet aux soignants de première ligne de tirer la leçon des erreurs commises et de modifier les processus en vigueur afin d'éviter qu'elles ne se répètent. De ce fait, « l'amélioration de la culture de la sécurité dans le domaine des soins de santé est un élément essentiel permettant d'éviter ou de réduire les erreurs et d'améliorer la qualité globale des soins de santé » (AHRQ PSNet Safety Culture 2014).

L'amélioration de la sécurité nécessite une culture où la sécurité est possible et devient une priorité.

Le changement culturel doit être sur le devant de la scène au lieu d'être considéré comme une simple activité de sécurité comme les autres. Le panel d'experts estime qu'il s'agit là de la plus importante recommandation du présent rapport : les leaders, c'est-à-dire les conseils d'administration, les équipes de direction et les cadres supérieurs, doivent impérativement créer une culture de la sécurité pour pouvoir mettre en œuvre la sécurité systémique totale. La mise en place et le maintien d'une telle culture à grande échelle exige un leadership de premier plan. Certaines données existantes présentent

des stratégies efficaces pour établir des normes organisationnelles favorisant la sécurité des patients et indiquent qu'un leadership distribué et soutenu par des employés engagés est essentiel pour créer une culture de la sécurité efficace (McKee et al. 2013, Dixon-Woods et al. 2014)

Les leaders doivent être sensibilisés à l'importance de la culture de la sécurité et ils doivent disposer d'outils qui les aident à créer cette culture. Certains outils sont disponibles pour faire changer la culture, tels que des conventions structurelles, des formations sur le respect, des stratégies de réponse aux comportements perturbateurs, des enquêtes auprès des employés et des WalkRounds™ pour la direction (IHI 2004, Joint Commission 2008, Kaplan 2013). Ces outils ne sont toutefois pas faciles à appliquer et, dans certains cas, les WalkRounds pour la direction n'ont pas su améliorer la sécurité (Martin et al. 2014, Rotteau et al. 2014, Singer and Tucker 2014). En outre, de nombreuses organisations emploient actuellement des enquêtes standard pour évaluer leur culture, bien qu'elles aient souvent du mal à déterminer comment améliorer les domaines problématiques.

Bien que des outils de création d'une culture de la sécurité soit disponibles, il est nécessaire d'avoir un ensemble de bonnes pratiques en commun. Il est possible d'imaginer la création d'un « ensemble culturel » semblable à l'ensemble d'interventions ayant radicalement réduit le problème de la pneumonie acquise sous ventilation mécanique (Resar et al. 2005). Un tel ensemble culturel comporterait des stratégies fondées sur les faits, pouvant être mises en œuvre par les dirigeants et les équipes médicales d'une organisation afin d'entraîner un changement culturel significatif.

Pour commencer le processus de transformation, les conseils d'administration des hôpitaux devraient prendre la résolution d'exiger des dirigeants qu'ils reconnaissent la culture de la sécurité comme une priorité et comme une activité dont ils sont responsables. Le rôle d'un leader efficace consiste à mettre en place une culture de la sécurité en définissant les objectifs et les valeurs de l'organisation : les leaders doivent communiquer clairement et incessamment que la sécurité des soins est un objectif clé et non négociable (Leonard and Frankel 2012).

Cette culture améliorée n'est pas un moyen, mais constitue une fin en soi.

Une culture améliorée : une fin en soi

La connaissance passe souvent par trois phases : une simplicité superficielle, ensuite une complexité qui rend confus quand des problèmes n'ayant pas été initialement identifiés font surface, puis une profonde simplicité (Schutz 1982). Dans le domaine de la sécurité des patients, la simplicité superficielle a commencé sous la forme du concept d'imitation des pratiques de l'aviation et d'autres secteurs à haut risque, tels que le signalement des incidents, le changement culturel et l'amélioration de la communication et du travail en équipe. La complexité qui rend confus est l'étape actuelle : les initiatives de sécurité visent tout un éventail de problèmes de sécurité et proposent des interventions pour chacun d'entre eux, avec notamment des listes de contrôle opératoires, des actions groupées pour les lignes centrales, la saisie informatisée des prescriptions médicales (CPOE) et les codes-barres. Dans cette phase, le travail en équipe, la communication et la culture sont le moyen de parvenir à une fin, par exemple en utilisant des listes de contrôle opératoires ou des actions groupées pour les lignes centrales.

Nous commençons maintenant à entrer dans la phase de profonde simplicité : la culture améliorée ne constitue pas un moyen, mais une fin en soi. Par exemple, nous savons maintenant que la mise en œuvre superficielle d'une liste de contrôle opératoire ne fonctionne pas (Urbach et al. 2014). Cependant, un important travail d'équipe et une intervention culturelle qui incluait aussi des listes de contrôle (et non le contraire) ont réduit la mortalité de 50 % de plus que les tendances séculaires (Neily et al. 2010). De ce fait, pour rester sur l'exemple de la liste de contrôle, une plus grande attention à la culture (les listes de contrôle servant d'outil) peut donner de meilleurs résultats. Cet exemple permet d'expliquer pourquoi le panel estime que le leadership et la culture jouent un rôle crucial pour accélérer les progrès dans le domaine de la sécurité des patients.

Nous recommandons que les leaders et d'autres parties prenantes clés tirent parti des tactiques suivantes pour créer et maintenir une culture de la sécurité.

Recommandation n° 1 : Veiller à ce que les leaders créent et maintiennent une culture de la sécurité

Tactiques	Motif	Personnes concernées
1.1 Réorienter les conseils d'administration des organisations pour qu'ils soient redevables de la sécurité des patients par la gouvernance et la définition d'objectifs, et pour qu'ils guident tous les cadres et niveaux de direction afin que la sécurité soit une priorité (p. ex. en veillant à ce que des données et des récits concernant la sécurité soient présentés à chaque réunion du conseil).	Une culture de la sécurité est fondamentale pour améliorer la sécurité des patients et il convient de lui accorder une plus grande attention pour obtenir des améliorations.	Conseils d'administration/Organes de direction Leadership
1.2 S'assurer que le leadership et les organes de direction élaborent et mettent en œuvre des processus efficaces pour lancer et faire durer la transformation en une culture de la sécurité et du respect, une culture qui encourage l'honnêteté, qui favorise l'apprentissage et qui traite équitablement les responsabilités des individus et de l'organisation.		Conseils d'administration/Organes de direction Leadership
1.3 Élaborer et appliquer des « manuels » de changement culturel fondés sur les pratiques existantes et sur l'expérience opérationnelle avec des initiatives réussies de changement culturel.	Les leaders ont besoin de stratégies pratiques et tactiques pour apporter des modifications culturelles véritables.	Conseils d'administration/Organes de direction Leadership Organisations de sécurité
1.4 Créer une nouvelle norme exigeant de chaque administrateur, chaque dirigeant et chaque organisme de réglementation qu'il suive un programme de base sur la science de la sécurité des patients (p. ex. culture juste, systèmes).	Les conseils d'administration, les dirigeants et les organismes de réglementation (p. ex. agences publiques) doivent avoir des connaissances suffisantes sur la science de la sécurité pour promouvoir les efforts culturels.	Conseils d'administration/Organes de direction Enseignants Leadership Organismes de réglementation



Recommandation n° 2 : Créer un mécanisme centralisé et coordonné pour la surveillance de la sécurité des patients

Bien qu'il y a 15 ans, les auteurs de *To Err Is Human* aient lancé un appel à la coordination des efforts de sécurité des patients au niveau national, leurs recommandations n'ont toujours pas été appliquées. L'optimisation des efforts de sécurité des patients exige la participation, la coordination et la surveillance de la part des organismes dirigeants nationaux et des autres organisations en charge de la sécurité. De nombreux experts ont cité des exemples de pratiques employées dans d'autres secteurs à haut risque comme modèles que le secteur médical devrait imiter. Un aspect de la sécurité qui est commun à plusieurs secteurs est la présence d'un organisme central indépendant qui est chargé de réaliser des investigations en cas d'incident. Cet organisme central emploie

ou consulte plusieurs experts pour examiner les incidents et formuler des recommandations, certaines d'entre elles devenant alors obligatoires dans tout le secteur. Aux

États-Unis, la Federal Aviation Administration (FAA) supervise le secteur de l'aviation en faisant appel à cette méthode et la Nuclear Regulatory Commission (NRC) joue un rôle semblable dans le secteur de l'énergie nucléaire. Ces organismes centraux mènent des investigations quand des problèmes de sécurité surgissent et diffusent les bonnes pratiques identifiées pour améliorer la situation.

L'optimisation des efforts de sécurité des patients exige la participation, la coordination et la surveillance de la part des organismes dirigeants nationaux et des autres organisations en charge de la sécurité.

La sécurité des patients nécessite un mécanisme similaire pour le partage, la coordination et la surveillance à l'échelle nationale entre les organisations. Pour éviter tout double emploi et diffuser les leçons les plus utiles auprès de toutes les parties prenantes, il faudrait adopter une approche coordonnée assurant la collaboration entre les organismes publics et les établissements privés dont les activités soutiennent la sécurité des patients. Cette collaboration doit inclure la définition des priorités, l'identification des risques, la création et la diffusion des bonnes pratiques.

En plus d'encourager la collaboration et la coordination, la désignation d'un organisme central permettrait de mettre en place un leadership centralisé plus fort et une responsabilisation accrue des intervenants sur le terrain. Les événements ayant eu lieu dans au Mid-Staffordshire, dans le cadre du National Health System (NHS) en Angleterre, où il a été déterminé que les soins dispensés avaient contribué au décès de nombreux patients, démontrent que, quand la responsabilité est répartie entre plusieurs groupes, personne ne se sent responsable (National Advisory Group 2013). Il convient particulièrement de remarquer que le National Advisory Group on the Safety of Patients en Angleterre a observé que « la responsabilité de surveillance et de correction des problèmes de qualité et de sécurité était, et demeure toujours dans une certaine mesure, dispersée dans le NHS, cette responsabilité étant répartie parmi de nombreux organismes avec des directives qui ne sont pas bien définies, voire parfois inexistantes, pour la coordination, la communication, l'identification des tendances et les actions de suivi. » Ce groupe consultatif a conclu que « quand tout le monde est responsable, personne n'est responsable » (National Advisory Group 2013).

Divers organismes ont lancé des actions nationales qui se sont avérées efficaces. Aux États-Unis, au niveau fédéral, les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont fait preuve d'un leadership actif dans le cadre de nombreuses initiatives pour la sécurité des patients. Par exemple, en 2008, CDC a lancé l'initiative PROTECT pour réduire le risque de surdosage accidentel de médicaments dans la population pédiatrique (CDC 2012). En 2010, CMS a lancé le Partnership for Patients, un partenariat public-privé visant à réduire les pathologies nosocomiales évitables et à améliorer les transitions dans les soins. Les données préliminaires indiquent que la collaboration a porté ses fruits avec un déclin de 17 % des pathologies nosocomiales entre 2010 et 2013* (CMS 2013).

D'autres groupes régionaux, nationaux et internationaux ont, eux aussi, entrepris des actions collaboratives pour améliorer la sécurité des patients. Certaines organisations de soins de santé font maintenant équipe pour améliorer les soins, même quand elles exercent leurs activités sur les mêmes segments de marché, voire quand elles sont de possibles concurrentes. SPS, un ensemble collaboratif d'hôpitaux pour enfants dans l'Ohio, a pris des mesures pour partager les données, les bonnes pratiques et les améliorations documentées de la sécurité, telles qu'une réduction de 46 % du nombre d'arrêts cardio-respiratoires en dehors de l'unité de soins intensifs (USI) (Children's Hospitals' Solutions for Patient Safety [nd]).

Les organisations de sécurité des patients (OSP), qui sont réglementées par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) aux États-Unis, ont été créées pour promouvoir le partage des leçons apprises et améliorer la qualité et la sécurité à l'échelle nationale en accordant des protections à la confidentialité (AHRQ PSO [nd]). Ces organisations ont l'intention de recueillir les données relatives aux incidents signalés dans des formats communs afin de renseigner un mécanisme gouvernemental centralisé et également d'effectuer des évaluations efficaces. Bien qu'elles envoient des retours d'informations à leurs clients, les OSP peuvent également servir de liaison entre le mécanisme centralisé et leurs clients. Il convient toutefois de remarquer que l'efficacité actuelle des OSP pour ce qui est de communiquer des informations sur la sécurité des patients aux clients et de travailler avec eux pour réduire les erreurs doit faire l'objet d'un examen rigoureux (Frankel 2011).

* Certaines personnes ont mis en doute la méthodologie de cette étude et ont déploré l'absence d'évaluation externe, suscitant des doutes sur la validité des résultats (Pronovost et al. 2014).

Un mécanisme centralisé de coordination pourrait également être très bénéfique pour le signalement des incidents. Dans le secteur de l'aviation et ailleurs, les incidents et les accidents les plus graves sont signalés et font l'objet d'investigations par une équipe de sécurité totalement indépendante, ce qui permet d'identifier les causes et les améliorations nécessaires en toute impartialité (Macrae 2015). En Angleterre, le NHS est en train de mettre en œuvre un modèle semblable. Le signalement volontaire par les professionnels de certains types d'événements à des organisations externes, telles que la Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis, l'Institute for Safe Medication Practices (ISMP), qui est une organisation indépendante à but non lucratif, le CDC et d'autres organismes encore, est une approche importante pour saisir et appliquer depuis un point central des informations sur les événements indésirables et élaborer des stratégies correctives. Cette méthode de signalement a également exercé un effet considérable sur les réglementations de la FDA, les pratiques en vigueur dans le secteur, les normes de soins de santé, les objectifs nationaux en matière de sécurité des patients et les bonnes pratiques de sécurité des médicaments (communication personnelle de Michael Cohen en nov. 2015).

En plus de ces organisations de sécurité et de leurs initiatives de collaboration, le secteur médical se compose de nombreux organismes de réglementation participant à la mise en œuvre et la surveillance des activités de sécurité des patients. Parmi ces groupes figurent la FDA, l'US Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC), l'US Department of Health and Human Services (HHS), qui comporte l'AHRQ, le CMS, le CDC, et l'Office of the Inspector General (OIG), ainsi que le National Quality Forum (NQF), pour ne citer que ceux-là. En outre, plusieurs groupes de défense des patients se consacrent à la sécurité des patients, ce qui est aussi le cas d'organisations de sécurité à but non lucratif telles que la National Patient Safety Foundation, le Leapfrog Group et l'Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Cependant, aux États-Unis, il n'existe aucun groupe central dédié et aucune stratégie nationale permettant d'harmoniser le travail de toutes les organisations œuvrant pour la sécurité des patients. En l'absence d'un tel groupe pour galvaniser les esprits et pour servir de point central de coordination pour que les efforts de sécurité des patients deviennent prioritaires, les patients et les professionnels de la santé souffrent de la fragmentation des efforts et du double emploi, de l'insuffisance d'actions de plaidoyer efficaces, du manque de redevabilité et de la concurrence pour le financement.

Pour pallier cette lacune, la solution privilégiée consisterait à créer une nouvelle organisation semblable à la FAA ou à la NRC qui servirait de point central pour les efforts de sécurité et élaborerait une stratégie nationale pour harmoniser et coordonner ces efforts au sein des organisations publiques et privées. Dans le climat politique actuel, il est peu vraisemblable qu'une telle solution soit réalisable. Une alternative potentielle serait d'étendre le rôle d'une organisation existante pour servir d'organisme central de coordination. Compte tenu du taux connu de préjudices subis par les patients en raison des soins de santé, nous devons faire des enjeux de la sécurité des patients une priorité de santé publique. Nous avons besoin de la coordination et de l'attention dont bénéficient d'autres initiatives de santé publique, telles que le port de la ceinture de sécurité et la réduction du tabagisme, pour lesquelles les décideurs, le secteur et les organisations de première ligne travaillent ensemble. Une structure nationale de surveillance de la sécurité des patients pourrait représenter les divers groupes cités ci-dessus et devenir un point de contact efficace entre le gouvernement, les parties prenantes de la sécurité et le grand public concernant tous les aspects de la sécurité des soins de santé.

Nous recommandons que les parties prenantes appliquent les tactiques suivantes pour faciliter la coordination et la surveillance des activités de sécurité des patients à l'échelle nationale.

Recommandation n° 2 : Créer un mécanisme centralisé et coordonné pour la surveillance de la sécurité des patients

Tactiques	Motif	Personnes concernées	
2.1	Unifier et harmoniser les activités de sécurité nationales en désignant ou en créant un organisme central de coordination.	Le manque de coordination entre les nombreuses agences fédérales et organisations de sécurité contribue à l'absence d'une stratégie nationale et entrave l'harmonisation des efforts en faveur de la sécurité des patients.	Congrès des États-Unis HHS
2.2	Étendre et accélérer les efforts collaboratifs d'amélioration (p. ex. coalitions régionales ou par spécialité) pour la sécurité des patients dans le continuum des soins de santé.	Le manque de partage de données et de bonnes pratiques limite les efforts visant à apporter des améliorations efficaces.	Organisations de soins de santé HHS Associations professionnelles Partenariats publics-privés Organisations de sécurité



Recommandation n° 3 : Définir un jeu d'indicateurs de sécurité en commun correspondant à des résultats pertinents

L'évaluation est essentielle pour améliorer la situation. Elle permet de préciser les objectifs, de donner une mission en commun et de confirmer que les organisations sont sur la bonne voie au fil du temps. Cependant, l'évaluation peut également engendrer des effets négatifs imprévus. Une évaluation inexacte obscurcit la réalité, pouvant donner lieu à une complaisance peu judicieuse ou à des efforts démesurés pour un problème mineur. La quantité d'indicateurs actuellement exigés par les différents organismes de réglementation peut distraire l'attention d'objectifs importants, et la tâche consistant à recueillir et analyser les données est colossale. Un autre problème surgit en raison de l'usage des indicateurs à des fins non initialement définies (p. ex. les indicateurs de sécurité des patients de l'AHRO, qui devaient servir d'outil de sélection, sont maintenant utilisés pour imposer des paiements de sanction) et des conséquences imprévues des indicateurs utilisés (p. ex. les sanctions financières imposées aux hôpitaux disposant de peu de ressources en raison de l'évaluation des réadmissions) (Joynt and Jha 2012), qui peuvent s'avérer nuisibles.

***L'évaluation est essentielle
pour améliorer la situation.***

Certains progrès ont été réalisés dans le domaine de l'évaluation au cours des 15 dernières années. L'évaluation est maintenant considérée comme normale dans de nombreux aspects des soins de santé, ce qui n'était pas le cas par le passé. Des organisations mesurent régulièrement les infections nosocomiales (IN) dans tout le pays à l'aide de définitions fiables et validées faisant l'objet d'un consensus national (Yokoe 2014, CDC Identifying 2015). De nombreux États exigent maintenant le signalement des IN (CDC State-Based 2015). Un nombre croissant d'indicateurs évaluent ce qui compte aux yeux du patient : l'expérience du patient. L'enquête Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems et des outils connexes fournissent une évaluation normalisée de l'expérience du patient vis-à-vis des soins dispensés, notamment certains éléments directement liés à la sécurité des patients, tels que les informations communiquées à la sortie de l'hôpital. Ces outils sont très répandus et sont actuellement liés aux remboursements du programme Medicare, ce qui rehausse leur visibilité et leur importance (CMS 2013, CMS 2014). Ces 15 dernières années ont également vu une amélioration de la transparence des évaluations. Les taux de mortalité

et de complications de nombreux hôpitaux sont maintenant publiés, ce qui était rare avant la publication du rapport de l'IOM (Ryan 2012).

De nombreuses difficultés liées aux évaluations ont toutefois un rapport très étroit avec la sécurité des patients. En premier lieu, contrairement à d'autres aspects de la qualité, il n'existe aucun indicateur de la sécurité utilisé à grande échelle. Les données administratives ne sont pas efficaces pour les indicateurs de la sécurité. La méthodologie d'évaluation actuelle, qui s'appuie souvent sur une surveillance rétrospective faisant appel aux données sur les demandes de remboursement ou à l'examen des dossiers médicaux, n'est pas en mesure de détecter toutes les erreurs, tous les préjudices et tous les événements indésirables graves évitables (Thomas and Classen 2014). Étant donné qu'il n'existe pas de mécanismes interdisciplinaires de mesure des données de sécurité routinières, il est difficile d'utiliser les grandes bases de données disponibles pour trouver les EIM ou les erreurs de diagnostic.

L'indicateur nommé « événements indésirables totaux » est trop hétérogène pour fournir des données utiles pour les améliorations, mais c'est pourtant l'indicateur principal utilisé pour évaluer la sécurité des patients (Vincent and Amalberti 2015, Shojania and Marang-van de Mheen 2015). L'évaluation des événements indésirables donne un aperçu général de la situation et indique les types de problèmes de sécurité qui surviennent communément et leur fréquence relative. Cependant, nos indicateurs des événements indésirables, quels qu'ils soient (IN, EIM, complications post-opératoires, erreurs de diagnostic), sont rarement assez fiables pour savoir si des améliorations ont lieu au fil du temps. Un autre problème est dû au changement de la classification des événements indésirables au fil du temps ; en effet, quand de nouvelles formes de préjudices apparaissent ou quand les évaluateurs changent d'avis sur ce qui constitue un événement évitable, même si les hôpitaux parviennent à réduire un grand nombre d'événements indésirables évitables connus, il est possible que leur taux reste le même (Vincent and Amalberti 2015). En outre, chaque catégorie d'événements indésirables étant liée à de nombreuses causes hétérogènes, une intervention donnée peut ne pas réduire le taux à un niveau suffisant pour qu'un changement soit détecté. Même les indicateurs de résultats qui semblent relativement simples, tels que le taux de MTV, peuvent faire l'objet d'inexactitudes (p. ex. les hôpitaux qui appliquent des procédures de dépistage et d'analyse plus poussées peuvent sembler se trouver dans une situation inférieure alors qu'en réalité, ils dispensent des soins de meilleure qualité) (Bilimoria et al. 2013).

L'analyse des dossiers médicaux est une alternative aux données administratives, mais elle exige un travail colossal. Même quand ce travail est simplifié par des instruments tels que le Global Trigger Tool de l'IHI, les outils sont parfois trop grossiers pour pouvoir détecter des améliorations (Shojania and Marang-van de Mheen 2015, Wong et al. 2015). Ces outils peuvent uniquement identifier les événements indésirables spécifiques captés par l'outil, et seulement une fois qu'ils ont été documentés.

Des efforts considérables ont été fournis pour mettre en place des systèmes de communication organisationnels, ce qui était une recommandation de base du rapport d'origine de l'IOM mais ces efforts ont produit peu de résultats concrets en matière d'améliorations. Une étude récente a identifié cinq obstacles à l'efficacité du signalement des incidents, à savoir le traitement médiocre des comptes-rendus d'incident, l'engagement insuffisant des médecins, le manque de visibilité des actions correctives, le manque de fonds et de soutien institutionnel pour les systèmes de signalement des incidents, et l'utilisation inadéquate des nouvelles technologies informatiques de la santé (Mitchell et al. 2015). D'après un autre rapport, « nous recueillons trop de données et nous faisons trop peu », nous devrions donc réorienter nos efforts pour que les

signalements soient suivis d'améliorations concrètes (Macrae 2015). Les signalements volontaires à des organisations centrales telles que l'ISMP et la FDA se sont avérés plus efficaces. Par exemple, l'ISMP gère un programme centralisé de signalement volontaire des erreurs grâce auquel tout professionnel ou toute organisation peut signaler des erreurs de traitement. L'ISMP utilise ensuite son savoir-faire pour envoyer des retours d'information, pour partager les bonnes pratiques et pour diffuser les leçons retirées de ces erreurs par le biais d'alertes et de bulletins d'information. Il reste du travail à faire pour optimiser le signalement au niveau des organisations et pour déterminer comment étendre de façon efficace les programmes centralisés.

Finalement, il convient de remarquer que toutes ces méthodes (analyse des demandes de remboursement, examen des dossiers médicaux et signalements) sont rétrospectives et réactives. Quand il s'agit de la prévention, nous devons trouver des moyens plus nombreux et plus efficaces d'identifier et de mesurer les risques et les dangers en temps réel, voire de façon proactive, ce qui nous permettra d'intervenir avant la survenance d'un événement indésirable. Par exemple, l'identification des patients courant un risque d'EIM en fonction du nombre de médicaments qu'ils prennent et d'autres facteurs pourrait permettre une intervention auprès d'un pharmacien avant la survenance de l'événement.

Pour inverser le cours des événements, le domaine de la sécurité doit définir des indicateurs standard englobant tout le continuum des soins de santé. Des processus et des outils devront également être élaborés pour identifier les risques et gérer les dangers de façon proactive (par exemple, en identifiant les signes avant-coureurs d'une détérioration clinique). Il est nécessaire d'améliorer les systèmes de signalement sur la sécurité pour que les améliorations qui s'imposent soient mises en œuvre chaque fois que des signalements sont effectués. Des stratégies plus efficaces doivent être mises en place pour améliorer l'évaluation des résultats qui comptent pour les patients, notamment en prévoyant des mécanismes pour que les patients communiquent les résultats obtenus ou les problèmes de sécurité qu'ils rencontrent. Pour terminer, une fois que les indicateurs standard seront en place à tous les niveaux du continuum des soins de santé, il faudra créer des dispositifs d'incitation pour l'innovation et l'amélioration continue.

Nous recommandons que les parties prenantes appliquent les tactiques suivantes pour accélérer la cadence des progrès dans l'évaluation de la sécurité des patients.

Recommandation n° 3 : Définir un jeu d'indicateurs de sécurité en commun correspondant à des résultats pertinents

Tactiques	Motif	Personnes concernées	
3.1	Créer un ensemble de processus standard nationaux pour la sécurité des patients et d'indicateurs des résultats dans le continuum des soins de santé, et éliminer les mesures non valides.	Il n'existe pas assez d'indicateurs pertinents de la sécurité des patients et des préjudices subis, et certains indicateurs actuellement utilisés sont inefficaces.	HHS (AHRQ, CDC, CMS) NQF Chercheurs
3.2	Élaborer des processus et des outils pour identifier et mesurer les risques en temps réel afin de gérer les risques de façon proactive (par exemple, en identifiant les signes avant-coureurs d'une détérioration clinique).	Une grande partie des évaluations de sécurité sont rétrospectives et non prospectives.	Chercheurs Prestataires
3.3	Améliorer les systèmes de signalement de sécurité pour s'assurer que les améliorations identifiées soient mises en œuvre et qu'un feedback opportun soit fourni à toutes les personnes concernées.	Bien que des efforts importants aient été consacrés aux systèmes de signalement, ils donnent rarement lieu à de véritables améliorations. Il faut examiner avec une plus grande attention les méthodes de signalement afin d'identifier et de comprendre celles qui sont les mieux à même d'améliorer la sécurité.	Organisations de soins de santé HHS Prestataires
3.4	Mettre en place des indicateurs de sécurité dans les différents cadres du continuum des soins de santé et créer des incitations financières et non-financières pour l'innovation et l'amélioration.	Il existe très peu d'indicateurs sur la sécurité des patients en dehors des hôpitaux.	HHS (AHRQ, CDC, CMS) NQF Chercheurs



Recommandation n° 4 : Augmenter le financement de la recherche dans le domaine de la science de la sécurité des patients et des sciences appliquées

Pour apporter des améliorations substantielles à la sécurité des patients, la science de la sécurité et les sciences appliquées doivent être développées en profondeur afin de mieux comprendre les dangers de sécurité existants et de savoir comment les éviter au mieux. La science de la sécurité étudie les causes et les facteurs sous-jacents des risques et des préjudices, dont les erreurs et les facteurs humains. Elle se compose de nombreuses disciplines qui ne sont généralement pas considérées comme liées aux soins de santé.

Les recherches mises en œuvre dans le domaine de la science de la sécurité reconnaissent l'importance de la conception des systèmes pour modéliser le comportement des employés. Dans d'autres secteurs, tels que l'aviation et la production industrielle, les experts de la sécurité partent du

principe que l'erreur humaine est inévitable, et qu'il faut donc l'anticiper et atténuer ses effets. En plus de prévoir des systèmes conçus pour éviter les erreurs, le secteur médical doit chercher à mieux comprendre et à appliquer plus activement les principes de la science de la sécurité et de l'ergonomie afin d'identifier et d'atténuer les erreurs avant qu'elles ne portent préjudice.

Dans d'autres secteurs, les experts de la sécurité partent du principe que l'erreur humaine est inévitable, et qu'il faut donc l'anticiper et atténuer ses effets.

Les sciences appliquées complètent la science de la sécurité des patients en se penchant sur la mise en œuvre, le dimensionnement, la concrétisation et l'application des leçons apprises en laboratoire ou lors de projets pilotes. L'identification des pratiques les plus utiles et leur mise en œuvre efficace jouent un rôle crucial pour réussir dans le monde réel.

Des progrès ont été réalisés au niveau de la science de la sécurité et des sciences appliquées, notamment du fait que de plus en plus de personnes reconnaissent l'existence de la science de la sécurité, et que des cliniciens et des dirigeants sont maintenant ouverts à la possibilité d'apporter des améliorations en faisant équipe

avec des disciplines œuvrant en dehors du secteur médical. Par exemple, les équipes chirurgicales ont appliqué des approches de la sécurité conçues par les secteurs de l'aviation et de l'automobile afin d'améliorer les soins post-opératoires (Catchpole et al. 2007). Des forums encourageant le travail interdisciplinaire et la collaboration à grande échelle ont vu le jour et permettent aux organisations de travailler ensemble pour apprendre et apporter des améliorations (Berwick et al. 2006, IHI 2015). De plus, certaines organisations de soins de santé progressistes ont su démontrer que l'application judicieuse des stratégies et des outils servant à concevoir et fabriquer les automobiles peut améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des prestations de soins de santé (McCulloch et al. 2010, Meyer 2010, Kaplan 2013).

Cependant, dans de nombreux environnements, les leaders et les cliniciens de première ligne n'ont pas été formés ou n'ont pas su appliquer efficacement les leçons enseignées par la science de la sécurité. Dans d'autres cas, les méthodes servant à éliminer les défauts dans d'autres secteurs sont simplifiées à l'extrême et perdent des éléments essentiels quand elles sont transposées au secteur médical, ce qui les condamne à l'échec. Il arrive parfois qu'une organisation de soins de santé parvienne à mettre en œuvre des améliorations considérables, par exemple en réduisant le taux de mortalité grâce aux listes de contrôle de sécurité chirurgicale (Haynes et al. 2009, Weiser et al. 2010), tandis que d'autres sont incapables de reproduire ces résultats (Urbach et al. 2014, Reames et al. 2015). Il convient également de souligner que certaines organisations obtiennent des résultats positifs dans un domaine tout en subissant des échecs cuisants dans d'autres domaines.

Des formations spécialisées dans les domaines de la sécurité et de la qualité constituent un élément essentiel. Il existe, par exemple, l'Interprofessional Fellowship Program in Patient Safety et le programme Chief Residents in Quality and Safety, qui sont gérés par la Veterans Administration (VA) des États-Unis (Chang and Williams 2013, Watts et al. 2013). La première formation mentionnée s'appuie sur le modèle du Quality Scholars Fellowship Program de la VA, qui prépare les médecins à diriger des initiatives de qualité (Splaine et al. 2009). L'exercice d'activités interprofessionnelles et les séances pédagogiques sont également nécessaires pour changer la façon dont nous formons les futurs cliniciens (University of Minnesota [nd]). De plus, il faut former les chercheurs pour qu'ils puissent réaliser des études sur la sécurité des patients et former les équipes médicales aux sciences appliquées pour qu'elles puissent diriger les efforts d'amélioration opérationnelle.

Le cadre réglementaire a parfois été lent à s'adapter aux nouvelles stratégies et technologies médicales. C'est pour cette raison que les réussites transformatives ne sont pas assez nombreuses pour informer le secteur et servir de modèle à d'autres initiatives. Finalement, la nature toujours changeante des sciences contribue par inadvertance au manque d'acceptation de la science de la sécurité et des sciences appliquées. Par exemple, quand une innovation semble initialement prometteuse, mais quand les études de suivi ne parviennent pas à reproduire de résultats positifs, le grand public, les décideurs et les cliniciens mettent en doute l'efficacité non seulement de l'intervention en question, mais aussi de l'approche générale. Il est important de souligner et de renforcer l'acceptation de cet aspect du processus scientifique pour que les parties prenantes restent disposées à mettre en œuvre des améliorations.

La réalisation d'études poussées dans la science de la sécurité et les sciences appliquées exigera l'engagement continu de ressources financières. Cependant, en 2015, il est estimé que le National Institutes of Health (NIH) a disposé d'un budget de 1,01 milliard de dollars US pour la recherche dans le domaine de la sécurité des patients, ce qui représente 3,4 % du budget annuel total consacré à la recherche

médicale (30,1 milliards de dollars US) (NIH 2015). Au cours des dernières années, le budget de l'AHRQ, qui constitue la principale source américaine de financement fédéral pour la recherche dans les domaines de la qualité et de la sécurité des soins de santé, a constamment été réduit. L'indisponibilité de fonds suffisants pour la recherche et la précarité des fonds disponibles constituent des obstacles de taille pour apporter des améliorations à la sécurité des patients.

Nous recommandons que les parties prenantes s'appuient sur les tactiques suivantes pour faire avancer la recherche et les sciences appliquées dans le domaine de la sécurité des patients.

Recommandation n° 4 : Augmenter le financement de la recherche dans le domaine de la science de la sécurité des patients et des sciences appliquées

Tactiques	Motif	Personnes concernées	
4.1	Soutenir la collaboration entre les chercheurs dans les domaines de la sécurité des patients et des sciences appliquées d'une part, et les autres secteurs d'autre part.	Une méthode formelle d'apprentissage et d'innovation doit être mise en place pour la sécurité des patients.	HHS (AHRQ) Chercheurs
4.2	Identifier et mettre à disposition des sources de financement durable pour la recherche dans le domaine de la sécurité et des sciences appliquées, y compris des sources de financement fédérales et des partenariats publics-privés.	Le domaine de la sécurité des patients ne reçoit pas un financement suffisant et proportionnel à son impact sur les patients.	HHS (NIH, AHRQ) Congrès des États-Unis Fondations/Autres sources de financement Organisations de sécurité
4.3	Étendre les programmes académiques de sécurité dans les soins de santé pour former les chercheurs à la science de la sécurité et pour former les leaders à la mettre en œuvre et la gérer.	Une formation extensive du personnel est impérative pour qu'il puisse réaliser des études sur la sécurité des patients et diriger les efforts d'amélioration opérationnelle.	HHS (AHRQ) Fondations/Autres sources de financement
4.4	Encourager les organisations ayant mis en œuvre des innovations efficaces en matière de sécurité pour créer des laboratoires d'apprentissage et des environnements de collaboration et diffuser ces innovations vers d'autres organisations.	Le partage et le maintien des innovations sont essentiels pour apporter des améliorations significatives dans le domaine de la sécurité des patients.	Fondations/Autres sources de financement Organisations de soins de santé HHS Partenariats publics-privés Organisations de sécurité



Recommandation n° 5 : Intégrer la sécurité à tous les niveaux du continuum des soins de santé

Les patients méritent des soins sûrs, quel que soit l'endroit où ils sont dispensés. Aux États-Unis, environ un milliard de consultations se font en ambulatoire chaque année, alors que seulement 35 millions de personnes sont hospitalisées par an (NCHS 2015). Cependant, le rapport *To Err Is Human* a consacré le plus gros de son attention sur les hôpitaux, et la plupart des études réalisées sur la sécurité des patients se sont penchées sur les patients hospitalisés (Gandhi and Lee 2010). Les cadres en ambulatoire, tels que les cabinets de médecine, les pharmacies communautaires, les cliniques, les centres chirurgicaux, médicaux et d'imagerie ambulatoires, ainsi que les établissements de soins de longue durée, les centres de soins palliatifs et les soins à domicile, ont fait l'objet de beaucoup moins de recherches. Un examen des études sur la sécurité des patients en ambulatoire préparée par l'American Medical Association (AMA) a fait remarquer que le travail était « remarquablement limité, tant sur le plan de la quantité que du potentiel de généralisation des études présentées » (Lorincz et al. 2011). Le rapport de l'AMA, qui a été rédigé 10 ans après la publication de *To Err Is Human*, souligne que l'ampleur des problèmes de sécurité et des préjudices ayant lieu en dehors des hôpitaux reste grandement méconnue. Un document joint au rapport parle de cette période comme d'une « décennie perdue » (Wynia and Classen 2011).

Les patients méritent des soins sûrs, quel que soit l'endroit où ils sont dispensés.

Les risques pour la sécurité des patients sont considérables dans les cadres ambulatoires. Une étude a révélé que plus de la moitié des poursuites annuelles pour faute professionnelle médicale ayant résulté en un paiement a concerné des événements survenus en ambulatoire et que deux-tiers de ces événements étaient liés à des blessures graves ou des décès (Bishop et al. 2011). Une autre étude a constaté qu'un quart des patients recevant des soins primaires avaient subi un EIM et que 11 % d'entre eux étaient évitables (Gandhi et al. 2003). Dans une autre étude, 11 % des patients sortis d'un hôpital ont subi un EIM, 25 % d'entre eux étant évitables (Forster et al. 2005). Le manque de coordination entre les centres médicaux constitue également une source majeure de problèmes de sécurité, surtout pendant les transitions. Un rapport a indiqué qu'environ un tiers des bénéficiaires du programme Medicare et traités en maison de retraite avaient subi un événement indésirable, dont la moitié étaient évitables (OIG 2014). Il est essentiel d'acquiescer une meilleure compréhension des risques pendant les transitions dans les soins et d'identifier les outils de prévention les plus efficaces. Finalement, les erreurs de diagnostic sont elles aussi une source importante de préjudices évitables chez les patients traités en ambulatoire (Singh et al. 2014), comme le souligne un rapport récent de l'Institute of Medicine (National Academies 2015).

Les payeurs, les décideurs, les dirigeants des organisations et les professionnels de la santé reconnaissent désormais qu'il est nécessaire d'assurer une meilleure coordination et une meilleure communication à tous les niveaux du continuum des soins de santé (Craig et al. 2011, Naylor et al. 2011). Cependant, des motivations financières considérables freinent actuellement l'efficacité de la collaboration pendant les transitions dans les soins. Nombreux sont les hôpitaux qui ne soutiennent pas les professionnels de la santé pour qu'ils soient en mesure de communiquer des informations fiables aux centres de soins secondaires, tels que les maisons de retraite ou les centres de réadaptation, ou ne les rémunèrent pas pour le temps qu'ils devraient consacrer à ces transitions.

Il existe trop peu d'informations sur l'épidémiologie de la sécurité des patients en dehors des hôpitaux et sur les stratégies potentielles pour améliorer la situation. De plus, l'infrastructure est bien plus limitée dans ces cadres ambulatoires car, contrairement aux hôpitaux, ils disposent rarement d'employés dédiés à la qualité et à la sécurité, de systèmes de signalement, de conférences d'évaluation entre pairs et d'autres ressources importantes. Les organisations de soins de santé ont besoin d'outils, de processus et de structures de meilleure qualité pour dispenser des soins sans danger et pour évaluer la sécurité des soins dispensés dans divers contextes. Il faudra réaliser des études supplémentaires pour identifier avec plus de précision les risques présents dans tous les environnements du continuum des soins de santé.

Nous recommandons que les parties prenantes utilisent les tactiques suivantes pour faciliter la coordination et la communication, ce qui permettra d'améliorer la sécurité des patients à tous les niveaux du continuum des soins de santé.

Nouvelle perspective sur l'erreur de diagnostic

Improving Diagnosis in Health Care (Améliorer les diagnostics des soins de santé), un rapport de l'Institute of Medicine, aboutit à la conclusion que « la plupart des gens subissent au moins une erreur de diagnostic dans leur vie, et ce parfois avec des conséquences catastrophiques ». Dans ce rapport, les erreurs de diagnostic sont définies comme des diagnostics inexacts, manqués ou fournis trop tard. Les études indiquent que ce genre d'erreurs est répandu et plus courant dans les cadres ambulatoires (56 % des erreurs de diagnostic) que dans les services d'urgence (28 %) ou que pendant une hospitalisation (16 %). Le rapport met en évidence le rôle central que doivent jouer la collaboration accrue entre les professionnels de la santé, les patients et les familles, et l'amélioration de la formation clinique en matière de diagnostic (National Academies 2015).

Recommandation n° 5 : Intégrer la sécurité à tous les niveaux du continuum des soins de santé

Tactiques	Motif	Personnes concernées	
5.1	Augmenter le financement de la recherche pour comprendre l'épidémiologie de la sécurité des patients dans tous les cadres du continuum des soins de santé (p. ex. dans les cabinets généralistes, les cabinets spécialisés, les centres opératoires ambulatoires, les centres de dialyse et les maisons de retraite).	Il existe peu d'informations sur l'épidémiologie de la sécurité des patients en dehors des hôpitaux et sur les stratégies potentielles pour améliorer la situation, alors que la plupart des soins sont dispensés dans ces cadres ambulatoires.	Congrès des États-Unis Fondations/Autres sources de financement HHS (AHRQ, NIH)
5.2	Étendre l'infrastructure dans le continuum des soins de santé (p. ex. expertise en matière de sécurité, mécanismes de signalement, efforts collaboratifs) pour identifier et mettre en œuvre les bonnes pratiques de l'amélioration de la sécurité.	De nombreux environnements du continuum des soins de santé ne disposent pas des infrastructures nécessaires pour l'amélioration.	Pratiques et cadres ambulatoires Organisations de soins de santé Leadership



Recommandation n° 6 : Soutenir les professionnels de la santé

La sécurité, le moral et le bien-être des employés joue un rôle crucial pour dispenser des soins sans danger. Comme l'explique *Through the Eyes of the Workforce: Creating Joy, Meaning, and Safer Health Care (À travers le regard des employés : créer du plaisir, le sentiment de faire un travail important et des soins de santé plus sûrs)*, « la sécurité sur le lieu de travail est... inextricablement liée à la sécurité des patients. Si les soignants ne reçoivent pas la protection, le respect et le soutien dont ils ont besoin, ils seront plus susceptibles de commettre des erreurs, d'enfreindre les pratiques de sécurité et de ne pas bien travailler en équipe » (LLI 2013).

Les professionnels de la santé, qu'il s'agisse d'infirmiers, de médecins, d'assistants médicaux, de pharmaciens, de techniciens ou d'autres employés spécialisés, ont besoin d'être soutenus pour réaliser leur potentiel de soignants. Dans le cadre de ce soutien, il faut tenir compte du préjudice physique (p. ex. blessure corporelle, violence sur le lieu de travail, maladie liée au stress) et le préjudice émotionnel (p. ex. manque de respect, intimidation et abus verbal) (LLI 2013).

Les professionnels de la santé ont besoin d'être soutenus pour réaliser leur potentiel de soignants.

En 2011, les hôpitaux des États-Unis ont signalé environ 7 blessures et maladies liées au travail pour 100 employés à plein temps, soit presque le double du taux du secteur privé (OSHA 2013). Les hôpitaux figurent parmi les lieux de travail les plus dangereux des États-Unis pour ce qui est du temps perdu à cause des accidents du travail. Les professionnels de la santé courent le risque de subir des blessures au travail, qui sont parfois infligées par des patients violents ou par leur famille.

L'intimidation parmi les professionnels de la santé a un impact direct sur la sécurité du personnel soignant et des patients. De nombreuses organisations manquent de détermination pour ce qui est de gérer les comportements irrespectueux et, trop souvent, ceux qui occupent des postes d'autorité ne sont pas repris ou réprimandés quand ils intimident les autres (Joint Commission 2008). Les professionnels de la santé sont parfois intimidés pour les empêcher de signaler les atteintes à la sécurité ou les manquements qu'ils observent dans les tâches à réaliser liées à la sécurité. Les organisations des soins de santé doivent prendre des mesures pour éliminer l'intimidation et assurer la sécurité du personnel.

De plus en plus de personnes prennent conscience du besoin de soutenir les employés, car le nombre d'études qui se penchent sur les questions de l'épuisement professionnel et de la sécurité sur le lieu de travail est en augmentation (Sainfort et al. 2001, Carayon et al. 2006, Linzer et al. 2014, Ulrich et al. 2014). L'épuisement professionnel est un phénomène courant. Environ la moitié des médecins généralistes et certains médecins spécialisés rapportent des symptômes d'épuisement professionnel (Shanafelt et al. 2012, Roberts et al. 2014, Shanafelt et al. 2014). Une étude a démontré que l'épuisement professionnel touchait plus de la moitié du personnel des unités de soins intensifs néonataux dans certaines organisations ; les unités dont le taux d'épuisement professionnel était le plus élevé ayant obtenu des notes plus faibles pour la culture de la sécurité (Profit et al. 2014).

Le rôle important du plaisir et du sentiment de faire un travail important n'était pas largement reconnu dans le domaine des soins de santé il y a 15 ans ; le fait qu'il soit maintenant accepté et examiné comme thème de recherche valable démontre que des progrès ont été réalisés en la matière (LLI 2013). Pour trouver du plaisir et avoir le sentiment de faire un travail important, chaque employé doit pouvoir répondre chaque jour à trois questions par l'affirmative : (1) Suis-je traité avec dignité et respect par tous ? (2) Ai-je ce dont j'ai besoin pour faire un travail qui donne un sens à ma vie ? (3) Suis-je reconnu et remercié pour mon travail ? (LLI 2013) Par ailleurs, un article récent a cité le besoin d'atteindre un « objectif quadruple », l'amélioration de l'expérience de *dispensation* des soins constituant le quatrième objectif en plus de l'amélioration de l'expérience des soins par le patient, l'amélioration des soins à la population et la réduction du coût par personne (Sikka et al. 2015).

Des initiatives récemment lancées pour créer des environnements de travail sains représentent un grand pas en avant. La Joint Commission et des associations professionnelles comme l'American Association of Critical-Care Nurses (AACN) ont diffusé des directives pour créer des environnements de travail sains, notamment sur le plan de la communication et des relations personnelles (AACN 2005, Joint Commission 2012). L'American Nurses Association a récemment annoncé le lancement de l'initiative HealthyNurse™, qui vise le bien-être total du personnel infirmier et le rôle clé qu'il joue pour modeler les comportements propices à la santé (ANA [nd]). À l'échelle internationale, le Royal College of Physicians (Royaume-Uni) a récemment publié un rapport mettant en évidence le lien unissant le bien-être du personnel à la qualité des soins dispensés aux patients, présentant des recommandations précises pour promouvoir la sécurité et le bien-être des professionnels de la santé (RCP 2015).

Il est à la fois possible d'aider les professionnels à trouver plus de joie dans leur travail et de renforcer leur sécurité, s'ils sont suffisamment soutenus dans leurs efforts pour dispenser des soins sûrs et efficaces. Ce soutien doit inclure des opportunités de formation continue portant sur les outils et les méthodes d'amélioration de la qualité, la culture de la sécurité, les sciences appliquées, la résistance à des conditions rigoureuses et la gestion de comportements perturbateurs. Les employés de ce secteur manifestent

Les nombreux coûts du manque de soutien apporté aux professionnels de la santé

Through the Eyes of the Workforce: Creating Joy, Meaning, and Safer Health Care (À travers le regard des employés : créer du plaisir, le sentiment de faire un travail important et des soins de santé plus sûrs), un rapport du Lucian Leape Institute (LLI) de la National Patient Safety Foundation, décrit le lien entre le manque de soutien apporté aux employés du secteur médical et les préjudices à la fois physiques et émotionnels. Ces préjudices sont liés à diverses conséquences indésirables qui se propagent dans tout le système des soins de santé. « Les coûts de l'épuisement professionnel, des poursuites, des heures de travail perdues, du remplacement incessant des employés et de l'impossibilité d'attirer de nouvelles recrues dans les professions médicales constituent un gaspillage et alourdissent le fardeau de la maladie » (LLI 2013). Le rapport met en évidence les effets négatifs exercés par le manque de soutien aux employés sur toutes les personnes touchées par le système des soins de santé, à savoir les patients, les familles, les professionnels de la santé, les administrateurs et ceux qui financent les soins.

un vif désir d'être formés aux questions de qualité et de sécurité, et les organisations doivent en profiter et les encourager à progresser dans ce domaine. À titre d'exemple, l'IHI Open School fournit des formations et des outils en ligne aux professionnels de la santé, et plus de 2 millions de ses cours en ligne ont été téléchargés au cours des 4 dernières années. De plus, les écoles de médecine et d'infirmiers et les programmes d'internat accordent de plus en plus de valeur aux formations sur la qualité et la sécurité (QSEN [nd], ACGME [nd]). En développant ces compétences, les employés de première ligne sauront utiliser les connaissances et les outils dont ils ont besoin pour créer des systèmes plus sûrs.

Le soutien des employés nécessite également des formations complètes et des méthodes permettant de prendre en charge la baisse de moral, l'épuisement professionnel et le manque d'engagement. Les organisations doivent s'efforcer de fournir un soutien constant et efficace après des événements critiques ou indésirables afin de soulager les souffrances des soignants et du personnel ayant subi un préjudice psychologique du fait de leur implication dans des erreurs commises (Wu 2000, Seys et al. 2013). Les organisations de soins de santé doivent systématiquement soutenir l'ensemble des prestataires de soins, de façon routinière et après des événements indésirables (Hu et al. 2012).

Nous recommandons que les parties prenantes utilisent les tactiques suivantes pour mieux soutenir leurs effectifs.

Recommandation n° 6 : Soutenir les professionnels de la santé

Tactiques	Motif	Personnes concernées	
6.1	Les organisations doivent adopter des outils et des méthodes modernes d'amélioration de la qualité, et former tous les professionnels à la culture de la sécurité et aux sciences appliquées tout au long de leur carrière.	La transmission des connaissances et des compétences requises pour améliorer la sécurité peut rehausser la satisfaction sur le lieu de travail, l'engagement, la résistance et la sécurité des patients.	Organismes de certification Enseignants Organisations de soins de santé Employés du secteur médical Organismes de délivrance de licences de professionnels de la santé Associations professionnelles Organisations de sécurité
6.2	Étendre ou développer des ressources pour soutenir les employés, dont des initiatives pour améliorer les conditions de travail et créer un environnement respectueux, des programmes pour soutenir les employés et augmenter leur résistance, des systèmes de gestion de la fatigue et des programmes de communication, d'excuse et de résolution.	La sécurité des employés est une condition requise de la sécurité des patients, mais malgré cela, les préjudices physiques et émotionnels et l'épuisement professionnel sont monnaie courante dans le secteur médical.	Conseils d'administration/ Organes de direction Enseignants Employés du secteur médical Leadership Associations professionnelles
6.3	Faire appel à la participation des employés pour identifier les domaines devant faire l'objet d'évaluations et pour créer des tableaux de bord de sécurité et de bien-être des employés qui seront examinés par les équipes de direction et les conseils d'administration.	Les dirigeants ne disposent pas d'indicateurs normalisés pour évaluer la sécurité physique et psychologique.	Conseils d'administration/ Organes de direction Employés du secteur médical HHS (AHRQ) Leadership NQF



Recommandation n° 7 : Faire équipe avec les patients et les familles pour assurer le plus haut niveau de sécurité possible

Les patients et les familles doivent être activement engagés à tous les niveaux des soins de santé. La mention « engagement du patient » peut ne pas avoir le même sens pour tous les intervenants du secteur, les perceptions étant diverses en la matière (Batalden et al. 2015). La plupart des définitions comprennent l'idée d'un partenariat, de communication, d'échange d'informations et de respect. Des études récentes examinent les préjudices émotionnels subis par les patients et qui peuvent résulter d'un manque de respect. Le préjudice émotionnel est tout particulièrement perçu comme portant atteinte à la dignité du patient en raison d'un « manque de respect adéquat » pour le patient en tant que personne (Sokol-Hessner et al. 2015), et certains hôpitaux ont commencé à mesurer le préjudice émotionnel dans le cadre de leurs efforts pour la sécurité. À la base, l'engagement du patient concerne la libre circulation d'informations vers et depuis le patient. Il se fonde sur un environnement où les patients et les familles sont toujours traités avec respect et où leur dignité personnelle est honorée (Sokol-Hessner et al. 2015). S'il est vrai que, par le passé, les patients étaient dissuadés de s'exprimer sur leurs soins, nous comprenons aujourd'hui que, pour dispenser des soins optimaux, nous *dépendons* de la participation active des patients et de leur famille.

Les patients et les familles doivent être activement engagés à tous les niveaux des soins de santé.

Au cours des dernières années, le grand public est devenu de plus en plus conscient que les patients et les familles doivent participer aux soins. Le rapport du NPSF Lucian Leape Institute intitulé *Safety Is Personal: Partnering with Patients and Families for the Safest Care* (La sécurité est personnelle : faire équipe avec les patients et les familles pour assurer le plus haut niveau de sécurité possible) souligne le concept d'après lequel l'engagement du patient est crucial pour la sécurité des patients à tous les niveaux des soins de santé (NPSF LLI 2014). Le rapport d'un groupe consultatif sur la sécurité des patients, élaboré avec le NHS en Angleterre, a indiqué l'importance d'un véritable engagement du patient : « La participation du patient ne signifie pas simplement discuter des services avec lui. Elle signifie qu'il faut être à l'écoute du patient à tous les niveaux du service, même s'il ne fait que chuchoter » (National Advisory Group 2013).

Certains États des États-Unis ont pris des mesures pour encourager l'engagement des patients. Au Massachusetts, les hôpitaux sont dans l'obligation de créer des conseils consultatifs pour les patients et les familles (HCFA 2012), tandis que dans l'État de Washington, la prise de décision collective est encouragée et d'autres États commencent, eux aussi, à suivre cet exemple (NASHP 2012, IMDF [nd]). Au niveau fédéral, les lois

intitulées HITECH Act de 2009 et Affordable Care Act de 2010 encouragent et soutiennent un engagement bien plus élevé des patients, des familles et des collectivités dans la prise de décision et la détermination des soins de santé. Parmi les mécanismes établis figurent notamment la transparence, de nouveaux postes de gouvernance, des indicateurs des résultats signalés par les patients, des indicateurs des expériences signalées par les patients et des innovations en matière de paiement qui réorientent l'attention sur toute l'expérience des soins de santé. Certains décideurs ont même demandé que le système des soins de santé fasse équipe avec les patients comme *coproducteurs* de la santé (Batalden et al. 2015, Berwick et al. 2015). Ce changement est important pour assurer la sécurité et il exige la transformation des rôles joués par les patients et les professionnels de la santé. « Les choses doivent changer : les docteurs doivent descendre de leur piédestal et les patients à genou doivent se relever. » (OMS 2012)

Aux États-Unis, la quantité d'informations partagées avec les patients a considérablement augmenté au cours des 15 dernières années. La prise de décision partagée est un processus bidirectionnel de plus en plus répandu qui devient la norme et un puissant facteur d'amélioration de la sécurité. Il est possible de réduire les erreurs en fournissant aux patients des informations complètes sur les différents traitements qu'ils peuvent choisir, dans la mesure où les professionnels de la santé comprennent pleinement les valeurs et les préférences des patients (Elwyn et al. 2012). Quand la prise de décision n'est pas éclairée, les patients peuvent se soumettre à des analyses et des traitements qu'ils n'auraient pas choisis s'ils avaient été pleinement informés des risques et des avantages potentiels (Sokol-Hessner et al. 2015). De ce fait, l'exposition d'un patient à un traitement qu'il n'aurait pas choisi s'il avait été mieux informé peut être perçue comme un événement indésirable évitable (Brownlee et al. 2014, Stacey et al. 2014, Wynia et al. 2014, Wolfson and Mende 2015).

En outre, des progrès substantiels ont été réalisés dans le domaine de la divulgation des erreurs aux patients et de la gestion des processus de suivi (Studdert et al. 2007, Mello et al. 2014). Plusieurs groupes ont étudié les divers moyens de divulguer les erreurs, dont le NQF qui a adopté la divulgation complète des « issues imprévues graves » comme pratique de sécurité en 2006 (AHRQ PSNet Error Disclosure 2014). La mesure offre aux professionnels des normes sur les principaux éléments de la divulgation.

Certaines organisations de soins de santé offrent aux patients un accès de plus en plus libre aux informations sur leur santé et leurs soins de santé par le biais de portails pour les patients, de dossiers médicaux mis à leur disposition qui comprennent les notes des médecins, des visites à leur chevet et d'autres initiatives (Delbanco et al. 2012). Elles fournissent également aux consommateurs plus d'informations que jamais au moyen de rapports publics sur les indicateurs de qualité et de sécurité (par exemple, Leapfrog, Hospital Compare). (Le rapport de LLI intitulé *Shining a Light: Safer Health Care Through Transparency* (Allumer la lumière : la transparence pour des soins de santé plus sécuritaires) fournit des informations plus précises sur le rôle de la transparence dans la sécurité des patients.)

Recommandations pour engager les patients et les familles

Le Lucian Leape Institute (LLI) de la National Patient Safety Foundation a organisé deux tables rondes pour élaborer des recommandations permettant d'engager les patients et les familles, et d'améliorer la sécurité des patients. Le rapport de 2014 du LLI issu de cette initiative, qui est intitulé *Safety Is Personal: Partnering with Patients and Families for the Safest Care* (La sécurité est personnelle : faire équipe avec les patients et les familles pour assurer le plus haut niveau de sécurité possible), déclare ce qui suit : « L'engagement des patients et des familles pour améliorer la sécurité des soins de santé signifie de créer des partenariats efficaces entre ceux qui dispensent et ceux qui reçoivent les soins à tous les niveaux, que ce soit au niveau des consultations cliniques individuelles, des comités sur la sécurité, des équipes de direction, des conseils d'administration, des équipes de chercheurs et des organismes réglementaires nationaux » (NPSF LLI 2014). Le rapport recommande plusieurs actions qui aideront les leaders du secteur médical, les décideurs et les prestataires de première ligne à promouvoir l'engagement des patients à tous les niveaux des soins.

Les organisations de soins de santé accordent de plus en plus de valeur à l'avis des patients, ce qui n'était pas le cas par le passé. Les hôpitaux mettent en œuvre diverses stratégies d'engagement des patients et de leur famille, notamment avec des équipes d'intervention rapide activées par les patients (Winters et al. 2013), des politiques de visite ouvertes et des visites multidisciplinaires au chevet des patients. Au niveau organisationnel, les patients sont de plus en plus invités à participer aux comités et aux initiatives d'amélioration de la qualité et de la sécurité, et de plus en plus de conseils consultatifs pour les patients et les familles sont créés (NPSF LLI 2014). Un nombre croissant d'organisations est également favorable à la participation des patients aux processus d'analyse des causes premières (Etchegaray et al. 2014). Un rapport récent du NPSF a souligné l'importance d'interroger les patients et les familles dans le cadre de l'analyse des causes premières, et de leur communiquer les résultats de ce processus (NPSF 2015).

Certains problèmes sont un frein à l'engagement des patients. Il arrive trop souvent que les soins soient dispensés de façon hâtive, fragmentée et sans tenir compte des besoins du patient. Les options dont disposent les patients, les préjudices médicaux et les performances sont rarement communiqués avec transparence. Les patients et les familles doivent avoir la possibilité de s'exprimer et, pour ce faire, il faut mettre les dossiers médicaux à leur disposition (et leur permettre d'y faire des remarques), rendre visite aux patients et aux familles, permettre aux parents d'être présents 24 heures sur 24, et permettre aux patients d'alerter les prestataires de soins s'ils observent une situation d'urgence. Les patients et les familles doivent être encouragés plus fréquemment à participer activement à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins. Dans certains cas, des conseils consultatifs pour les patients et les familles sont créés sans toutefois être invités à faire un travail important ou en avoir la possibilité. L'engagement du patient doit être authentique. Il est nécessaire de définir des indicateurs pertinents de l'engagement des patients et de s'assurer que leur participation n'est pas superficielle.

Nous recommandons que les parties prenantes tirent parti des tactiques suivantes pour mieux soutenir et faire avancer l'engagement et le partenariat avec les patients et les familles.

Recommandation n° 7 : Faire équipe avec les patients et les familles pour assurer le plus haut niveau de sécurité possible

Tactiques	Motif	Personnes concernées
7.1	L'engagement des patients est essentiel pour la sécurité des patients, mais les formations et les outils disponibles pour les patients, les familles et les employés du secteur médical sont limités.	Enseignants Organisations de soins de santé Employés du secteur médical Patients/Familles
7.2		Organisations de soins de santé Employés du secteur médical Patients/Familles
7.3	L'engagement des patients doit exister à tous les niveaux du système des soins de santé.	Organisations de soins de santé Employés du secteur médical HHS ONC Patients/Familles
7.4		Organisations de soins de santé Employés du secteur médical Patients/Familles
7.5		HHS (AHRQ) NQF Patients/Familles



Recommandation n° 8 : Veiller à ce que la technologie soit sûre et optimisée pour améliorer la sécurité des patients

Il est évident que la technologie peut améliorer la sécurité des patients, sous réserve que nous puissions minimiser les risques associés. L'informatique de la santé, qui fait appel aux DMP, aux portails de patients, aux mécanismes d'échange d'informations de santé et aux logiciels pour appareils « intelligents », a été vantée comme étant un puissant outil pour la réforme des soins de santé. Quand sa conception et sa mise en œuvre sont de qualité, l'informatique de la santé peut faciliter l'engagement des patients et la coordination des soins. Depuis la parution du rapport de l'IOM il y a 15 ans, les organisations de soins de santé adoptent de plus en plus ces nouvelles technologies, ce qui exerce un impact sur la sécurité des patients.

Les faits prouvent que l'utilisation courante de l'informatique de la santé réduit les erreurs médicales. La saisie informatisée de prescriptions médicales (CPOE) a réduit les erreurs de traitement d'environ 50 % pour les soins de courte durée (Bates et al. 1998, Radley et al. 2013). Étant donné que la CPOE élimine presque complètement les instructions écrites, les écritures illisibles ne constituent plus une source d'erreur et de retard des soins. Encore plus important, la saisie informatique peut radicalement réduire les erreurs de posologie et d'allergie aux médicaments.

Il a été démontré que les systèmes électroniques d'administration de médicaments avec vérification par code-barres réduisent de plus de 50 % les erreurs de traitement et éliminent les erreurs de transcription (Poon et al. 2010). La technologie a également réduit les erreurs directement liées aux soins cliniques, par exemple avec les pompes numériques et les codes-barres pour les transfusions (Fanikos et al. 2007, Askeland et al. 2009). L'informatique de la santé peut également améliorer les issues pour les patients ; par exemple, la mise en œuvre de DMP avancés a été associée à la réduction de la mortalité des patients hospitalisés (Amarasigham et al. 2009, Parente and McCullough 2009, Banger and Graber 2015).

Il est évident que la technologie peut améliorer la sécurité des patients, sous réserve que nous puissions minimiser les risques associés.

L'informatique de la santé n'est toutefois pas la panacée pour les erreurs médicales. La mise en œuvre de l'informatique de la santé exerce des effets en aval sur le flux de patients, la qualité des communications entre les patients et les professionnels de la santé, le temps consacré aux soins par les professionnels et le contact direct avec les patients. L'informatique de la santé peut également donner lieu à de nouveaux événements indésirables, tels que les erreurs dues à la fatigue de l'alarme, les erreurs d'identification de patient, les erreurs de copier-coller et les défaillances de logiciels. Une étude récente a confirmé l'existence d'événements indésirables liés à l'utilisation des systèmes médicaux électroniques dans le continuum des soins de santé, constatant que ces événements engendraient une « survenance substantielle de préjudices graves et de décès » (Graber 2015). Il existe également la possibilité que certains systèmes soient défectueux. Une étude de simulation d'un système CPOE dans 62 hôpitaux a observé que le système ne parvenait pas à identifier 52 % des erreurs potentiellement fatales (Metzger et al. 2010). Une autre étude a analysé des milliers d'incidents liés à la CPOE, a classifié les erreurs, a créé des prescriptions erronées autour de thèmes identifiés, et a observé des utilisateurs tentant de saisir ces prescriptions dans 16 sites d'étude (Schiff et al. 2015). Dans l'ensemble, 79,5 % des prescriptions erronées sont passées, 28 % ont été facilement saisies et 28,3 % ont été saisies sans trop de difficultés et sans avertissement.

Le manque de compatibilité entre les systèmes entrave l'intégration des données dans le continuum des soins de santé. Lors d'une enquête menée auprès de 63 organisations de soins de santé redevables, plus de 95 % d'entre elles ont cité le manque de compatibilité entre les systèmes informatiques comme un problème important (Premier 2014). Certains systèmes sont peu conviviaux, ce qui peut engendrer de nouvelles erreurs (Harrington 2013, Kellermann and Jones 2013). Il a été prouvé que l'informatique de la santé contribue à l'épuisement professionnel des cliniciens, les médecins généralistes utilisant des systèmes DMP proposant des fonctions plus complexes étant davantage sujet à l'épuisement professionnel que les professionnels utilisant des systèmes avec des fonctions moins complexes (Babbott et al. 2014).

Ces problèmes découlent avant tout de l'absence de normes claires et applicables pour le développement et l'utilisation de l'informatique de la santé et d'autres formes de technologie, y compris pour les portails et les applications destinés aux patients, la télémédecine et les nouveaux outils d'analyse ou de diagnostic. Même quand des réglementations existent, elles ne sont pas toujours respectées. Une récente lettre d'étude documente qu'un grand nombre des 50 plus grands prestataires (prestataires certifiés par l'ONC comme ayant le plus grand nombre de clients) ne réalisent pas ou pratiquement pas de tests élémentaire sur l'usage de la technologie (Ratwani et al. 2015).

L'optimisation des avantages et la minimisation des conséquences imprévues de l'informatique de la santé ont un rôle crucial. L'ONC et d'autres groupes se consacrent maintenant à l'identification des risques liés à l'informatique de la santé. Il existe des directives pour promouvoir l'utilisation sûre de l'informatique de la santé, telles que les guides SAFER qui recommandent des pratiques de sécurité clés pour la mise en œuvre des DMP (Sittig et al. 2014). De plus, les fournisseurs et les prestataires de mise en œuvre devraient échanger les informations sur les risques de sécurité de l'informatique de la santé et sur les bonnes pratiques potentielles. Ce besoin a été mis en évidence dans un rapport de la FDA ayant recommandé la création d'un centre national de sécurité de l'informatique de la santé à cet effet (ONC 2014).

Une organisation, à savoir l'ECRI Institute, a créé un partenariat national pour la sécurité des patients dans l'informatique de la santé. Cette initiative collaborative obtient des informations et des observations de la part des développeurs de l'informatique de la santé, des OSP, des prestataires participants et d'autres intervenants dans le but de réduire les risques, de promouvoir la sécurité des patients et d'améliorer les innovations de l'informatique de la santé dans un environnement ne punissant pas le partage et l'apprentissage (ECRI 2015). D'autres efforts collaboratifs de ce genre seront nécessaires pour faciliter la transparence, ainsi que l'élaboration et le partage des bonnes pratiques pour optimiser la conception et la mise en œuvre de l'informatique de la santé et ainsi améliorer la sécurité des patients.

Nous recommandons que les parties prenantes s'appuient sur les tactiques suivantes pour réaliser des progrès dans l'utilisation sûre de la technologie des soins de santé.

Recommandation n° 8 : veiller à ce que la technologie soit sûre et optimisée pour améliorer la sécurité des patients

Tactiques	Motif	Personnes concernées	
8.1	Mettre en place des mécanismes pour que les prestataires et les utilisateurs communiquent de façon transparente les dangers et les bonnes pratiques liés à la sécurité de l'informatique de la santé.	La transparence relative aux questions de sécurité est essentielle pour l'amélioration.	Organisations de soins de santé ONC Partenariats publics-privés Organisations de sécurité Prestataires
8.2	Identifier et mesurer les effets indésirables et les conséquences imprévues de l'informatique de la santé, et mettre en œuvre les bonnes pratiques identifiées pour la gestion du risque.	L'informatique de la santé peut améliorer la sécurité des patients, mais à ce jour, la piètre qualité de sa conception et de sa mise en œuvre a freiné ce potentiel.	Organisations de soins de santé HHS (AHRQ, FDA) NQF ONC Partenariats publics-privés Prestataires
8.3	Définir les attentes en matière de performance de sécurité de l'informatique de la santé, par exemple en analysant routinièrement les prescriptions dangereuses.	Il reste encore beaucoup de chemin à faire pour optimiser les systèmes existants.	Organismes de certification Organisations de soins de santé Chercheurs Prestataires
8.4	Concevoir l'informatique de la santé pour faciliter la communication et la coordination avec le patient et sa famille.	L'informatique de la santé peut faciliter l'engagement des patients.	Organisations de soins de santé Patients/Familles Prestataires



Conclusion : Appel à l'action

Bien que de nombreux progrès aient été réalisés depuis la publication du rapport *To Err Is Human* en 1999, trop de choses restent les mêmes. Dans le secteur médical, nous sommes très conscients de la complexité des difficultés de l'élimination des préjudices subis par les patients en raison des soins dispensés. Nous avons mis en œuvre des améliorations importantes dans certains cadres limités. Nous avons constaté qu'il était possible de faire des progrès.

Le panel est persuadé que nous n'avons pas su faire le grand pas en avant qui était nécessaire pour améliorer la sécurité des patients, les progrès réalisés n'étant pas suffisamment substantiels, mesurables ou applicables à tout le système. D'autres priorités ont éclipsé l'objectif de protéger les patients contre tout danger lié aux soins de santé. Le manque de collaboration, et peut-être de volonté, a freiné les progrès. Nous n'avons pas adopté une approche systémique totale de la sécurité au sein d'un seul programme coordonné.

La sécurité des patients est une question de santé publique qui nécessite toute l'attention du système des soins de santé. La sécurité ne doit pas être un enjeu concurrentiel et nous devons travailler de façon coordonnée et unifiée pour accélérer la cadence et faire de la sécurité systémique totale une réalité.

Pour réaliser cette accélération, nous avons proposé huit recommandations clés :

- 1. Veiller à ce que les leaders créent et maintiennent une culture de la sécurité**
- 2. Créer un mécanisme centralisé et coordonné pour la surveillance de la sécurité des patients**
- 3. Définir un jeu de mesures de sécurité en commun correspondant à des résultats pertinents**
- 4. Augmenter le financement de la recherche dans le domaine de la science de la sécurité des patients et des sciences appliquées**
- 5. Intégrer la sécurité à tous les niveaux du continuum des soins de santé**
- 6. Soutenir les professionnels de la santé**
- 7. Faire équipe avec les patients et les familles pour assurer le plus haut niveau de sécurité possible**
- 8. Veiller à ce que la technologie soit sûre et optimisée pour améliorer la sécurité des patients**

Le présent rapport propose des tactiques concrètes pour passer à l'action, explique l'importance de ces actions et précise les publics concernés par ces actions. Ces éléments sont également résumés en annexe.

La sécurité doit être une grande priorité et les huit recommandations fournies constituent un cadre permettant de faire la transition d'une approche décousue et fragmentaire vers un système au sein duquel règne la culture de la sécurité et une approche rigoureuse de la sécurité. Ce n'est pas par hasard que le leadership et la culture figurent en tête de notre liste de recommandations : nos panélistes estiment qu'il s'agit là du domaine le plus problématique et le plus urgent. Cependant, si la culture est nécessaire, elle n'est pas suffisante, et le présent rapport met en évidence d'autres domaines prioritaires clés.

Dans le secteur médical, nous ne pouvons plus nous permettre de laisser ces obstacles bloquer notre réussite. Il est essentiel que nous travaillions ensemble pour adopter une approche systémique de la sécurité, pour créer un programme coordonné et pour assurer un leadership organisationnel efficace accordant la priorité à la sécurité. La sécurité des patients est un domaine relativement jeune et, si des progrès ont déjà été réalisés, la cadence a été beaucoup plus lente que nous le souhaitons. Nous devons accélérer nos efforts pour créer un monde où les patients et ceux qui les soignent sont à l'abri de tout danger.



Annexe : Résumé des recommandations et des tactiques

Recommandation n° 1 : Veiller à ce que les leaders créent et maintiennent une culture de la sécurité

Tactiques	Motif	Personnes concernées	
1.1	Réorienter les conseils d'administration des organisations pour qu'ils soient redevables de la sécurité des patients par la gouvernance et la définition d'objectifs, et pour qu'ils guident tous les cadres et niveaux de direction afin que la sécurité soit une priorité (p. ex. en veillant à ce que des données et des récits concernant la sécurité soient présentés à chaque réunion du conseil).	Une culture de la sécurité est fondamentale pour améliorer la sécurité des patients et il convient de lui accorder une plus grande attention pour obtenir des améliorations.	Conseils d'administration/Organes de direction Leadership
1.2	S'assurer que le leadership et les organes de direction élaborent et mettent en œuvre des processus efficaces pour lancer et faire durer la transformation en une culture de la sécurité et du respect, une culture qui encourage l'honnêteté, qui favorise l'apprentissage et qui traite équitablement les responsabilités des individus et de l'organisation.	Les leaders ont besoin de stratégies pratiques et tactiques pour apporter des modifications culturelles véritables.	Conseils d'administration/Organes de direction Leadership
1.3	Élaborer et appliquer des « manuels » de changement culturel fondés sur les pratiques existantes et sur l'expérience opérationnelle avec des initiatives réussies de changement culturel.	Les conseils d'administration, les dirigeants et les organismes de réglementation (p. ex. agences publiques) doivent avoir des connaissances suffisantes sur la science de la sécurité pour promouvoir les efforts culturels.	Conseils d'administration/Organes de direction Leadership Organisations de sécurité
1.4	Créer une nouvelle norme exigeant de chaque administrateur, chaque dirigeant et chaque organisme de réglementation qu'il suive un programme de base sur la science de la sécurité des patients (p. ex. culture juste, systèmes).		Conseils d'administration/Organes de direction Enseignants Leadership Organismes de réglementation

Recommandation n° 2 : Créer un mécanisme centralisé et coordonné pour la surveillance de la sécurité des patients

Tactiques	Motif	Personnes concernées	
2.1	Unifier et harmoniser les activités de sécurité nationales en désignant ou en créant un organisme central de coordination.	Le manque de coordination entre les nombreuses agences fédérales et organisations de sécurité contribue à l'absence d'une stratégie nationale et entrave l'harmonisation des efforts en faveur de la sécurité des patients.	Congrès des États-Unis HHS
2.2	Étendre et accélérer les efforts collaboratifs d'amélioration (p. ex. coalitions régionales ou par spécialité) pour la sécurité des patients dans le continuum des soins de santé.	Le manque de partage de données et de bonnes pratiques limite les efforts visant à apporter des améliorations efficaces.	Organisations de soins de santé HHS Associations professionnelles Partenariats publics-privés Organisations de sécurité

Recommandation n° 3 : Définir un jeu d'indicateurs de sécurité en commun correspondant à des résultats pertinents

Tactiques	Motif	Personnes concernées	
3.1	Créer un ensemble de processus standard nationaux pour la sécurité des patients et d'indicateurs des résultats dans le continuum des soins de santé, et éliminer les mesures non valides.	Il n'existe pas assez d'indicateurs pertinents de la sécurité des patients et des préjudices subis, et certains indicateurs actuellement utilisés sont inefficaces.	HHS (AHRQ, CDC, CMS) NQF Chercheurs
3.2	Élaborer des processus et des outils pour identifier et mesurer les risques en temps réel afin de gérer les risques de façon proactive (par exemple, en identifiant les signes avant-coureurs d'une détérioration clinique).	Une grande partie des évaluations de sécurité sont rétrospectives et non prospectives.	Chercheurs Prestataires
3.3	Améliorer les systèmes de signalement de sécurité pour s'assurer que les améliorations identifiées soient mises en œuvre et qu'un feedback opportun soit fourni à toutes les personnes concernées.	Bien que des efforts importants aient été consacrés aux systèmes de signalement, ils donnent rarement lieu à de véritables améliorations. Il faut examiner avec une plus grande attention les méthodes de signalement afin d'identifier et de comprendre celles qui sont les mieux à même d'améliorer la sécurité.	Organisations de soins de santé HHS Prestataires
3.4	Mettre en place des indicateurs de sécurité dans les différents cadres du continuum des soins de santé et créer des incitations financières et non-financières pour l'innovation et l'amélioration.	Il existe très peu d'indicateurs sur la sécurité des patients en dehors des hôpitaux.	HHS (AHRQ, CDC, CMS) NQF Chercheurs

Recommandation n° 4 : Augmenter le financement de la recherche dans le domaine de la science de la sécurité des patients et des sciences appliquées

Tactiques	Motif	Personnes concernées	
4.1	Soutenir la collaboration entre les chercheurs dans les domaines de la sécurité des patients et des sciences appliquées d'une part, et les autres secteurs d'autre part.	Une méthode formelle d'apprentissage et d'innovation doit être mise en place pour la sécurité des patients.	HHS (AHRQ) Chercheurs
4.2	Identifier et mettre à disposition des sources de financement durable pour la recherche dans le domaine de la sécurité et des sciences appliquées, y compris des sources de financement fédérales et des partenariats publics-privés.	Le domaine de la sécurité des patients ne reçoit pas un financement suffisant et proportionnel à son impact sur les patients.	HHS (NIH, AHRQ) Congrès des États-Unis Fondations/Autres sources de financement Organisations de sécurité
4.3	Étendre les programmes académiques de sécurité dans les soins de santé pour former les chercheurs à la science de la sécurité et pour former les leaders à la mettre en œuvre et la gérer.	Une formation extensive du personnel est impérative pour qu'il puisse réaliser des études sur la sécurité des patients et diriger les efforts d'amélioration opérationnelle.	HHS (AHRQ) Fondations/Autres sources de financement
4.4	Encourager les organisations ayant mis en œuvre des innovations efficaces en matière de sécurité pour créer des laboratoires d'apprentissage et des environnements de collaboration et diffuser ces innovations vers d'autres organisations.	Le partage et le maintien des innovations sont essentiels pour apporter des améliorations significatives dans le domaine de la sécurité des patients.	Fondations/Autres sources de financement Organisations de soins de santé HHS Partenariats publics-privés Organisations de sécurité

Recommandation n° 5 : Intégrer la sécurité à tous les niveaux du continuum des soins de santé

Tactiques	Motif	Personnes concernées	
5.1	Augmenter le financement de la recherche pour comprendre l'épidémiologie de la sécurité des patients dans tous les cadres du continuum des soins de santé (p. ex. dans les cabinets généralistes, les cabinets spécialisés, les centres opératoires ambulatoires, les centres de dialyse et les maisons de retraite).	Il existe peu d'informations sur l'épidémiologie de la sécurité des patients en dehors des hôpitaux et sur les stratégies potentielles pour améliorer la situation, alors que la plupart des soins sont dispensés dans ces cadres ambulatoires.	Congrès des États-Unis Fondations/Autres sources de financement HHS (AHRQ, NIH)
5.2	Étendre l'infrastructure dans le continuum des soins de santé (p. ex. expertise en matière de sécurité, mécanismes de signalement, efforts collaboratifs) pour identifier et mettre en œuvre les bonnes pratiques de l'amélioration de la sécurité.	De nombreux environnements du continuum des soins de santé ne disposent pas des infrastructures nécessaires pour l'amélioration.	Pratiques et cadres ambulatoires Organisations de soins de santé Leadership

Recommandation n° 6 : Soutenir les professionnels de la santé

Tactiques	Motif	Personnes concernées	
6.1	Les organisations doivent adopter des outils et des méthodes modernes d'amélioration de la qualité, et former tous les professionnels à la culture de la sécurité et aux sciences appliquées tout au long de leur carrière.	La transmission des connaissances et des compétences requises pour améliorer la sécurité peut rehausser la satisfaction sur le lieu de travail, l'engagement, la résistance et la sécurité des patients.	Organismes de certification Enseignants Organisations de soins de santé Employés du secteur médical Organismes de délivrance de licences de professionnels de la santé Associations professionnelles Organisations de sécurité
6.2	Étendre ou développer des ressources pour soutenir les employés, dont des initiatives pour améliorer les conditions de travail et créer un environnement respectueux, des programmes pour soutenir les employés et augmenter leur résistance, des systèmes de gestion de la fatigue et des programmes de communication, d'excuse et de résolution.	La sécurité des employés est une condition requise de la sécurité des patients, mais malgré cela, les préjudices physiques et émotionnels et l'épuisement professionnel sont monnaie courante dans le secteur médical.	Conseils d'administration/ Organes de direction Enseignants Employés du secteur médical Leadership Associations professionnelles
6.3	Faire appel à la participation des employés pour identifier les domaines devant faire l'objet d'évaluations et pour créer des tableaux de bord de sécurité et de bien-être des employés qui seront examinés par les équipes de direction et les conseils d'administration.	Les dirigeants ne disposent pas d'indicateurs normalisés pour évaluer la sécurité physique et psychologique.	Conseils d'administration/ Organes de direction Employés du secteur médical HHS (AHRQ) Leadership NQF

Recommandation n° 7 : Faire équipe avec les patients et les familles pour assurer le plus haut niveau de sécurité possible

Tactiques		Motif	Personnes concernées
7.1	Dispenser des formations à la communication à tous les travailleurs du secteur médical en abordant les thèmes de la prise de décision partagée, de la sensibilité culturelle, de l'aptitude à communiquer, de l'importance de l'écoute et du respect dans les relations personnelles.	L'engagement des patients est essentiel pour la sécurité des patients, mais les formations et les outils disponibles pour les patients, les familles et les employés du secteur médical sont limités.	Enseignants Organisations de soins de santé Employés du secteur médical Patients/Familles
7.2	S'assurer que les patients et les familles ont rapidement accès aux outils, aux ressources, aux résultats des analyses et à leur dossier médical exhaustif.		Organisations de soins de santé Employés du secteur médical Patients/Familles
7.3	S'assurer que la communauté locale des patients et des familles (représentative de la population des patients) soit représentée au sein des comités et des conseils d'administration et que ces membres participent significativement à la conception des soins et aux initiatives en matière de sécurité et de qualité.	L'engagement des patients doit exister à tous les niveaux du système des soins de santé.	Organisations de soins de santé Employés du secteur médical HHS ONC Patients/Familles
7.4	Faire appel à la participation active des patients dans le cadre des soins dispensés (p. ex. prise de décision partagée, participation aux visites au chevet des patients, élimination des limites d'horaires de visite pour la famille, mise à disposition d'équipes d'intervention rapide activées par les patients) et des processus d'analyse des causes premières.		Organisations de soins de santé Employés du secteur médical Patients/Familles
7.5	Mettre en place des indicateurs pertinents sur l'engagement des patients, les résultats signalés par les patients en matière de sécurité, et mettre en place des systèmes pour recueillir les signalements d'incidents de sécurité par les patients.	L'engagement des patients est une grande priorité et il nous est impossible d'améliorer ce que nous ne pouvons pas mesurer.	HHS (AHRQ) NQF Patients/Familles

Recommandation n° 8 : veiller à ce que la technologie soit sûre et optimisée pour améliorer la sécurité des patients

Tactiques		Motif	Personnes concernées
8.1	Mettre en place des mécanismes pour que les prestataires et les utilisateurs communiquent de façon transparente les dangers et les bonnes pratiques liés à la sécurité de l'informatique de la santé.	La transparence relative aux questions de sécurité est essentielle pour l'amélioration.	Organisations de soins de santé ONC Partenariats publics-privés Organisations de sécurité Prestataires
8.2	Identifier et mesurer les effets indésirables et les conséquences imprévues de l'informatique de la santé, et mettre en œuvre les bonnes pratiques identifiées pour la gestion du risque.	L'informatique de la santé peut améliorer la sécurité des patients, mais à ce jour, la piètre qualité de sa conception et de sa mise en œuvre a freiné ce potentiel.	Organisations de soins de santé HHS (AHRQ, FDA) NQF ONC Partenariats publics-privés Prestataires
8.3	Définir les attentes en matière de performance de sécurité de l'informatique de la santé, par exemple en analysant routinièrement les prescriptions dangereuses.	Il reste encore beaucoup de chemin à faire pour optimiser les systèmes existants.	Organismes de certification Organisations de soins de santé Chercheurs Prestataires
8.4	Concevoir l'informatique de la santé pour faciliter la communication et la coordination avec le patient et sa famille.	L'informatique de la santé peut faciliter l'engagement des patients.	Organisations de soins de santé Patients/Familles Prestataires

Références

- Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). [nd]. **Clinical Clearing Environment Review (CLER) Program**. <https://www.acgme.org/acgmeweb/tabid/436/ProgramandInstitutionalAccreditation/NextAccreditationSystem/ClinicalLearningEnvironmentReviewProgram.aspx>. Référence consultée le 13 nov. 2015.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 2014. *Efforts To Improve Patient Safety Result in 1.3 Million Fewer Patient Harms: Interim Update on 2013 Annual Hospital-Acquired Condition Rate and Estimates of Cost Savings and Deaths Averted From 2010 to 2013*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 15-0011-EF. <http://www.psnnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=28573>. Référence consultée le 8 juin 2015.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [nd]. About the PSO Program. <https://www.pso.ahrq.gov/about>. Référence consultée le 19 nov. 2015.
- AHRQ Patient Safety Network (AHRQ PSNet). 2014. Patient Safety Primer: Error Disclosure. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/2>. Référence consultée le 19 nov. 2015.
- AHRQ Patient Safety Network (AHRQ PSNet). 2014. Patient Safety Primer: Safety Culture. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5>. Référence consultée le 7 nov. 2015.
- AHRQ Patient Safety Network (AHRQ PSNet). [nd]. Glossaire. <http://www.psnnet.ahrq.gov/glossary.aspx>. Référence consultée le 23 sept. 2015.
- Amarasingham R, Plantinga L, Diener-West M, Gaskin D, Powe N. 2009. Clinical information technologies and inpatient outcomes: a multiple hospital study. *Arch Intern Med* 169(2):108–114.
- American Association of Critical-Care Nurses (AACN). 2005. AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *Am J Crit Care* 14(3):187–197.
- American Nurses Association (ANA). [nd]. Nursing World. HealthyNurse™. <http://www.nursingworld.org/healthynurse>. Référence consultée le 5 juin 2015.
- Askeland RW, McGrane SP, Reifert DR, Kemp JD. 2009. Enhancing transfusion safety with an innovative bar-code-based tracking system. *Healthc Q* 12(Spec No Patient):85–89.
- Babbott S, Manwell LB, Brown R, et al. 2014. Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO Study. *J Am Med Assoc* Feb;21(e1):e100–106.
- Baines RJ, Langelaan M, de Bruijne MC, et al. 2013. Changes in adverse event rates in hospitals over time: a longitudinal retrospective patient record review study. *BMJ Qual Saf* 22:290–298.
- Banger A, Graber ML. 2015. *Recent Evidence That Health IT Improves Patient Safety: Issue Brief*. Washington, DC: Office of the National Coordinator for Health Information Technology. http://www.healthit.gov/sites/default/files/brief_1_final_feb11t.pdf. Référence consultée le 11 juin 2015.
- Batalden M, Batalden P, Margolis P et al. 2015. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf*. [epub disponible avant la version imprimée] 16 sept. <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/09/16/bmjqs-2015-004315.full>. Référence consultée le 16 nov. 2015.
- Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, et al. 1998. Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. *JAMA* 280(15):1311–1316.
- Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, Hackbarth AD. 2006. The 100,000 Lives Campaign: setting a goal and a deadline for improving health care quality. *JAMA* 295(3):324–327.
- Berwick DM, Feeley D, Loehrer S. 2015. Change from the inside out: health care leaders taking the helm. *JAMA* 313(17):1707–1708.
- Bilimoria KY, Chung J, Ju MH, et al. 2013. Evaluation of surveillance bias and the validity of the venous thromboembolism quality measure. *JAMA* Oct 9;310(14):1482–1489.
- Bishop TF, Ryan AM, Casalino LP. 2011. Paid malpractice claims for adverse events in inpatient and outpatient settings. *JAMA* Jun 15;305(23):2427–2431.
- Brennan TA, Gawande A, Thomas E, Studdert D. 2005. Accidental deaths, saved lives, and improved quality. *N Engl J Med* 353:1405–1409.
- Brownlee S, Saini V, Cassel C. 2014. When less is more: issues of overuse in health care. Health Affairs Blog. 25 avril. <http://healthaffairs.org/blog/2014/04/25/when-less-is-more-issues-of-overuse-in-health-care>. Référence consultée le 27 juil. 2015.
- Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach KN, Mendelsohn AB, Schroeder TJ, Anest JL. 2006. National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events. *JAMA* 296:1858–1866.
- Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh B-T, et al. 2006. Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care* 15:50–58.
- Catchpole KR, de Leval MR, McEwan A, et al. 2007. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Paediatr Anaesth* 17:470–478.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2012. The PROTECT initiative: advancing children's medication safety. http://www.cdc.gov/MedicationSafety/protect/protect_Initiative.html. Référence consultée le 8 mai 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2015. *Identifying Hospital-Associated Infections*. http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/2PSC_IdentifyingHAIs_NHSNcurrent.pdf. Référence consultée le 15 mai 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2015. State-based HAI prevention. <http://www.cdc.gov/hai/stateplans/required-to-report-hai-NHSN.html>. Référence consultée le 11 juin 2015.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2013. *Hospital Value-Based Purchasing Program*. http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Hospital_VBPurchasing_Fact_Sheet_ICN907664.pdf. Référence consultée le 15 mai 2015.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2014. HCAHPS: patients' perspectives of care survey. 2014. <http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS.html>. Référence consultée le 15 mai 2015.
- Chang BK, Williams LC. 2013. Meaningfully teaching patient safety to physician residents. *Focus on Patient Safety* 16(1):1–2,7–9.
- Children's Hospitals' Solutions for Patient Safety. [nd]. How it all started. <http://www.solutionsforpatientsafety.org/about-us/how-it-all-started/>. Référence consultée le 16 nov. 2015.
- Classen DC, Resar R, Griffin F, et al. 2011. "Global trigger tool" shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff (Millwood)* 30(4):581–589.
- Craig C, Eby D, Whittington J. 2011. *Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for People with Multiple Health and Social Needs*. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
- Delbanco T, Walker J, Bell SK, et al. 2012. Inviting patients to read their doctors' notes: a quasi-experimental study and a look ahead. *Ann Intern Med* 157(7):461–470.
- Dixon-Woods M, Baker R, Charles K, et al. 2014. Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Qual Saf* 23(2): 106–115.
- ECRI. 2013. Healthcare risk, quality, and safety guidance: clinical alarms. <https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/CritCare5.aspx>. Référence consultée le 12 nov. 2015.
- ECRI. 2015. The Partnership for Health IT Patient Safety. <https://www.ecri.org/resource-center/Pages/HITPartnership.aspx>. Référence consultée le 18 août 2015.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. 2012. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 27(10):1361–1367.
- Etchegaray JM, Ottosen MJ, Burrell L, et al. 2014. Structuring patient and family involvement in medical error event disclosure and analysis. *Health Aff (Millwood)* 33(1):46–52.
- Fanikos J, Fiumara K, Baroletti S, et al. 2007. Impact of smart infusion technology on administration of anticoagulants (unfractionated Heparin, Argatroban, Lepirudin, and Bivalirudin). *Am J Cardiol* 99(7):1002–1005.
- Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. 2005. Adverse drug events occurring following hospital discharge. *J Gen Intern Med* 20(4):317–323.
- Frankel AS. 2011. Patient safety organizations are step 1; data sharing is step 2. *Virtual Mentor* Sep 1;13(9):642–646. <http://journalofethics.ama-assn.org/2011/09/pfor1-1109.html>. Référence consultée le 19 nov. 2015.
- Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, et al. 2003. Patient safety: adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 348:1556–1564.
- Gandhi TK, Lee TH. 2010. Patient safety beyond the hospital. *N Engl J Med* 363(11):1001–1003.
- Graber ML, Siegal D, Riah H, Johnston D, Kenyon K. 2015. Electronic health record-related events in medical malpractice claims. *J Patient Saf* 6 nov. [epub disponible avant la version imprimée]. http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/publishahead/Electronic_Health_Record_Related_Events_in_Medical.99624.aspx. Référence consultée le 24 nov. 2015.
- Groves PS. 2014. The relationship between safety culture and patient outcomes: results from pilot meta-analyses. *West J Nurs Res* Jan;36(1):66–83.
- Harrington L. 2013. Making health information technology usable. *Health Aff (Millwood)* 32(3):629.
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. 2009. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 360:491–499.
- Health Care For All (HCFA). 2012. *Patient and Family Advisory Councils: A Review of 2011 PFAC Reports*. <http://www.ipfcc.org/advance/topics/Review-of-PFAC-2011-Reports.pdf>. Référence consultée le 11 juin 2015.
- Health and Safety Commission. 1993. *Third Report: Organizing for Safety*. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO.
- Hu YY, Fix ML, Hevelone ND, et al. 2012. Physicians' needs in coping with emotional stressors: the case for peer support. *Arch Surg* 147(3):212–217.
- Informed Medical Decisions Foundation (IMDF). [nd]. Shared decision making policy. <http://www.informedmedicaldecisions.org/shared-decision-making-policy>. Référence consultée le 11 juin 2015.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). 2004. Patient Safety Leadership WalkRounds™. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx>. Référence consultée le 11 juin 2015.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). 2015. State action on avoidable rehospitalization. <http://www.ihl.org/engage/Initiatives/completed/STAAR/Pages/default.aspx>. Référence consultée le 6 mai 2015.

- Institute of Medicine (IOM). 2000. Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press. [Rapport préparé en 1999 et publié en 2000].
- Institute of Medicine (IOM). 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (IOM). 2012. *Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care*. Washington, DC: National Academies Press.
- James JT. 2013. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf* 9(3):122–128.
- Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. 2013. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* Oct;22(10):809–815.
- The Joint Commission. 2008. Behaviors that undermine a culture of safety. *Sentinel Event Alert* 40:1–3. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_40.PDF. Référence consultée le 11 juin 2015.
- The Joint Commission. 2012. *Improving Patient and Worker Safety: Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission. <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/TJC-ImprovingPatientAndWorkerSafety-Monograph.pdf>. Référence consultée le 15 mai 2015.
- The Joint Commission. 2013. Medical device alarm safety in hospitals. *Sentinel Event Alert* 50:1–3. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_50_alarms_4_5_13_FINAL1.PDF. Référence consultée le 20 nov. 2015.
- Joynt KE, Jha AK. 2012. Thirty-day readmissions—truth and consequences. *N Engl J Med* 366(15):1366–1369.
- Kaplan GS. 2013. Respect: the foundation for quality care. Hospital Impact [blog]. http://www.hospitalimpact.org/index.php/2013/06/10/respect_the_foundation_for_quality_care. Référence consultée le 11 juin 2015.
- Kellermann AL, Jones SS. 2013. What it will take to achieve the as-yet-unfulfilled promises of health information technology. *Health Aff (Millwood)* 32:63–68.
- Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ. 2010. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med* 363(22):2124–2134.
- Leape LL, Berwick DM, Bates DW. 2002. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA* 288:501–507.
- Leonard M, Frankel A. 2012. *How Can Leaders Influence a Safety Culture?* London: The Health Foundation.
- Linzer M, Levine R, Meltzer D, Poplau S, Warde C, West CP. 2014. 10 bold steps to prevent burnout in general internal medicine. *J Gen Intern Med* 29(1):18–20.
- Lorincz CY, Drazen E, Sokol PE, et al. 2011. *Research in Ambulatory Patient Safety 2000–2010: A 10-Year Review*. Chicago: American Medical Association. https://npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Research-in-Amb-Pat-Saf_AMAr.pdf. Référence consultée le 17 août 2015.
- Lucian Leape Institute (LLI). 2013. *Through the Eyes of the Workforce: Creating Joy, Meaning, and Safer Health Care*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation. <http://www.npsf.org/?page=throughtheeyes>. Référence consultée le 15 mai 2015.
- Lyren A, Brilli R, Bird M, Lashutka N, Muething S. 2013. Ohio Children's Hospitals' Solutions for Patient Safety: a framework for pediatric patient safety improvement. *J Healthc Qual*. doi: 10.1111/jhq.12058.
- Macrae C. 2015. The problem with incident reporting. *BMJ Qual Saf* 0:1–5.
- Martin G, Ozieranski P, Willars J, et al. 2014. Walkrounds in practice: corrupting or enhancing a quality improvement intervention? A qualitative study. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 40(7):303–310.
- McCulloch P, Kreckler S, New S, Sheena Y, Handa A, Catchpole K. 2010. Effect of a “Lean” intervention to improve safety processes and outcomes on a surgical emergency unit. *BMJ* 341:c5469.
- McKee L, Charles K, Dixon-Woods M, Willars J, Martin G. 2013. “New” and distributed leadership in quality and safety in health care, or “old” and hierarchical? An interview study with strategic stakeholders. *J Health Serv Res Policy* 18(2 Suppl):11–9.
- Mello MM, Boothman RC, McDonald T, et al. 2014. Communication-and-resolution programs: the challenges and lessons learned from six early adopters. *Health Aff (Millwood)* Jan;33(1):20–29.
- Metzger J, Welebob E, Bates DW, Lipsitz S, Classen DC. 2010. Mixed results in the safety performance of computerized physician order entry. *Health Aff (Millwood)* 29(4):655–663.
- Meyer H. 2010. Life in the “Lean” lane: performance improvement at Denver Health. *Health Aff (Millwood)* 29(11):2054–2060.
- Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. 2015. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after “To Err is Human.” *BMJ Qual Saf* pii: bmjqs-2015-004405.
- Nanji KC, Patel A, Shaikh S, Seger DL, Bates DW. 2015. Evaluation of perioperative medication errors and adverse drug events. *Anesthesiology* 24 oct. [epub disponible avant la version imprimée]. <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2466532>. Référence consultée le 24 nov. 2015.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2015. *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington, DC: National Academies Press. <http://iom.nationalacademies.org/reports/2015/improving-diagnosis-in-healthcare>. Référence consultée le 20 nov. 2015.

- National Academy for State Health Policy (NASHP). 2012. *Shared Decision Making: Advancing Patient-Centered Care Through State and Federal Implementation*. <http://www.nashp.org/sites/default/files/shared.decision.making.report.pdf>. Référence consultée le 11 juin 2015.
- National Advisory Group on the Safety of Patients in England. 2013. *A Promise to Learn—A Commitment to Act: Improving the Safety of Patients in England*. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/226703/Berwick_Report.pdf. Référence consultée le 7 nov. 2015.
- National Center for Health Statistics (NCHS). 2015. FastStats A to Z. See under: Ambulatory Care, and Hospital Utilization. <http://www.cdc.gov/nchs/fastats>. Référence consultée le 11 mai 2015.
- National Institutes of Health (NIH). 2015. Estimates of funding for various research, condition, and disease categories (RCDC). http://report.nih.gov/categorical_spending.aspx. Référence consultée le 27 juil. 2015.
- National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute (NPSF LLI). 2014. *Safety Is Personal: Partnering with Patients and Families for the Safest Care*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation. <http://www.npsf.org/?page=safetyispersonal>. Référence consultée le 20 nov. 2015.
- National Patient Safety Foundation (NPSF). 2015. *RCA²: Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation. <https://npsf.site-ym.com/?RCA2>. Référence consultée le 20 nov. 2015.
- Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. 2011. The care span: the importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood)* 30(4):746–754.
- Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH. 2010. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA* 304(15):1693–1700.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). 2013. *Worker Safety in Your Hospital: Know the Facts*. https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.1_Data_highlights_508.pdf. Référence consultée le 17 août 2015.
- Office of the Inspector General (OIG), US Department of Health and Human Services. 2010. *Adverse Events in Hospitals: National Incidence Among Medicare Beneficiaries*. <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00090.pdf>. Référence consultée le 15 mai 2015.
- Office of the Inspector General (OIG), US Department of Health and Human Services. 2014. *Adverse Events in Skilled Nursing Facilities: National Incidence Among Medicare Beneficiaries*. <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-11-00370.pdf>. Référence consultée le 27 juil. 2015.
- Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC), US Department of Health and Human Services. 2014. *FDASIA Health IT Report: Proposed Strategy and Recommendations for a Risk-Based Framework*. Washington, DC: Office of the National Coordinator for Health Information Technology. https://www.healthit.gov/sites/default/files/fdasiahealthitreport_final.pdf. Référence consultée le 5 nov. 2015.
- Parente ST, McCullough JS. 2009. Health information technology and patient safety: evidence from panel data. *Health Aff (Millwood)* 28(2):357–60. doi: 10.1377/hlthaff.28.2.357.
- Poon EG, Keohane CA, Yoon CS, et al. 2010. Effect of bar-code technology on the safety of medication administration. *N Engl J Med* 362(18):1698–1707.
- Premier. 2014. Premier, Inc., eHealth Initiative survey suggests many ACOs lack mobile applications and face high costs [communiqué de presse le 24 sept.]. <https://www.premierinc.com/aco-interoperability-survey-9-24-14/>. Référence consultée le 14 mai 2015.
- Profit J, Sharek PJ, Amspoker AB, et al. 2014. Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Qual Saf* 23(10):806–813.
- Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. 2006. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 355(26):2725–2732.
- Pronovost P, Jha AK. 2014. Did hospital engagement networks actually improve care? *N Engl J Med* 371:691–693.
- Pronovost P, Ravitz A, Stoll R, Kennedy S. 2015. *Transforming Patient Safety: A Sector-Wide Systems Approach. Report of the Wisn Patient Safety Forum 2015*. <http://dprnfts5nbdps.cloudfront.net/app/media/1430>. Référence consultée le 19 nov. 2015.
- Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) Institute. [nd]. *QSEN Initiative Project Overview*. <http://qsen.org/about-qsen/project-overview/>. Référence consultée le 13 nov. 2015.
- Radley DC, Wasserman MR, Olsho LE, Shoemaker SJ, Spranca MD, Bradshaw B. 2013. Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. *J Am Med Inform Assoc* 1 mai ;20(3):470–476.
- Ratwani RM, Benda NC, Hettinger AZ, Fairbanks RJ. 2015. Electronic health record vendor adherence to usability certification requirements and testing standards. *JAMA* 314(10):1070–1071.
- Reames BN, Krell RW, Campbell DA, Jr, Dimick JB. 2015. A checklist-based intervention to improve surgical outcomes in Michigan: evaluation of the Keystone Surgery Program. *JAMA Surg* 150(3):208–215.
- Resar R, Pronovost P, Haraden C, Simmonds T, Rainey T, Nolan T. 2005. Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 31(5):243–248.
- Roberts DL, Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. 2014. A national comparison of burnout and work-life balance among internal medicine hospitalists and outpatient general internists. *J Hosp Med* 9(3):176–181.
- Rotteau L, Shojania KG, Webster F. 2014. “I think we should just listen and get out”: a qualitative exploration of views and experiences of Patient Safety Walkrounds. *BMJ Qual Saf* oct. ;23(10):823–829.

- Royal College of Physicians (RCP). 2015. *Work and Wellbeing in the NHS: Why Workforce Health Matters to Patient Care*. <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/work-and-wellbeing-in-the-nhs.pdf>. Référence consultée le 16 sept. 2015.
- Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. 2009. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care* 21(1):18–26.
- Ryan AM, Nallamothu BK, Dimick JB. 2012. Medicare's public reporting initiative on hospital quality had modest or no impact on mortality from three key conditions. *Health Aff (Millwood)* 31(3):585–592.
- Sainfort F, Karsh BT, Booske BC, Smith MJ. 2001. Applying quality improvement principles to achieve healthy work organizations. *Jt Comm J Qual Improv* 27(9):469–483.
- Schiff GD, Amato MG, Egualé T, et al. 2015. Computerised physician order entry-related medication errors: analysis of reported errors and vulnerability testing of current systems. *BMJ Qual Saf* avr. ;24(4):264–271
- Schutz W. 1982. *Profound Simplicity: Foundations for a Social Philosophy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, et al. 2006. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research* 6:44.
- Seys D, Scott S, Wu A, et al. 2013. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud* May;50(5):678–687.
- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. 2012. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 172(18):1377–1385.
- Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, et al. 2014. Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J Clin Oncol* 32(7):678–86.
- Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM. 2002. Safe but sound: patient safety meets evidence-based medicine. *JAMA* 288:508–513.
- Shojania KG, Marang-van de Mheen PJ. 2015. Temporal trends in patient safety in the Netherlands: reductions in preventable adverse events or the end of adverse events as a useful metric? *BMJ Qual Saf* sept. ;24(9):541–544. pii: bmjqs-2015-004461.
- Sikka R, Morath JM, Leape L. 2015. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf* Oct;24(10):608–610. pii: bmjqs-2015-004160.
- Singer SJ, Meterko M, Baker L, Gaba G, Falwell A, Rosen A. 2007. Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations survey. *Health Services Research* 42(5):1999.
- Singer SJ, Tucker AL. 2014. The evolving literature on safety WalkRounds: emerging themes and practical messages. *BMJ Qual Saf* 23(10):789–800.
- Singh H, Meyer AND, Thomas EJ. 2014. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf* sept. ;23(9):727–731.
- Sittig DF, Ash JS, Singh H. 2014. The SAFER guides: empowering organizations to improve the safety and effectiveness of electronic health records. *Am J Manag Care* 20(5):418–423.
- Sokol-Hessner L, Folcarelli PH, Sands KE. 2015. Emotional harm from disrespect: the neglected preventable harm. *BMJ Qual Saf* Sep;24(9):550–553.
- Sorra J, Dyer N. 2010. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research* 10:199.
- Splaine ME, Ogrinc G, Gilman SC, et al. 2009. The Department of Veterans Affairs National Quality Scholars Fellowship Program: experience from 10 years of training quality scholars. *Acad Med* 84(12):1741–1748.
- Stacey D, Légaré F, Col NF, et al. 2014. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD001431.
- Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. 2014. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med* 371(19):1803–1812.
- Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Brennan TA, Wang YC. 2007. Disclosure of medical injury to patients: an improbable risk management strategy. *Health Aff (Millwood)* janv. à fév. ;26(1):215–226.
- Thomas EJ, Classen DC. 2014. Patient safety: let's measure what matters. *Ann Intern Med* 160:642–643.
- Ulrich BT, Lavandero R, Woods D, Early S. 2014. Critical care nurse work environments 2013: a status report. *Crit Care Nurse* 34(4):64–79.
- University of Minnesota. [nd]. National Center for Interprofessional Practice and Education. <http://www.ahceducation.umn.edu/about/national-center-interprofessional-practice-and-education> Référence consultée le 19 nov. 2015.
- Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, Wilton AS, Baxter NN. 2014. Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. *N Engl J Med* 370:1029–1038.
- US Department of Health and Human Services (US DHHS). 2014. *New HHS Data Shows Major Strides Made in Patient Safety, Leading to Improved Care and Savings*. <http://innovation.cms.gov/Files/reports/patient-safety-results.pdf>. Référence consultée le 5 juin 2015.
- Vincent C, Amalberti R. 2015. Safety in healthcare is a moving target. *BMJ Qual Saf* sept. ;24(9):539–540. pii: bmjqs-2015-004403.
- Watts BV, Williams L, Mills PD, et al. 2013. Inter-professional fellowship in patient safety: curriculum and outcomes. *J Patient Saf*.

- Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, Berry WR, Lipsitz SR, Gawande AA. 2010. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Ann Surg* 251:976–980.
- Winters BD, Weaver S, Dy S. 2013. Rapid-Response Systems (NEW). In: *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*. Evidence Reports/Technology Assessments, n° 211. Chapitre 24. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133377>. Référence consultée le 13 mai 2015.
- Wolfson D, Mende S. 2015. To reduce unnecessary care, Choosing Wisely moves from awareness to implementation. Health Affairs Blog. 30 juin. <http://healthaffairs.org/blog/2015/06/30/to-reduce-unnecessary-care-choosing-wisely-moves-from-awareness-to-implementation>. Référence consultée le 27 juil. 2015.
- Wong BM, Dyal S, Etchells EE, et al. 2015. Application of a trigger tool in near real time to inform quality improvement activities: a prospective study in a general medicine ward. *BMJ Qual Saf* avr. ;24(4):272–281.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). 2012. Autonomiser les patients. <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Health-systems/patient-safety/news/news/2012/5/empowering-patients>. Référence consultée le 10 juin 2015.
- Wu AW. 2000. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 320(7237):726–727.
- Wynia MK, Classen DC. 2011. Improving ambulatory patient safety: learning from the last decade, moving ahead in the next. *JAMA* 306(22):2504–2505.
- Wynia M, Moulton B, Elwyn Glyn. 2014. Shared decision making and the use of patient decision aids. Health Affairs Blog. 17 déc. <http://healthaffairs.org/blog/2014/12/17/shared-decision-making-and-the-use-of-patient-decision-aids>. Référence consultée le 13 mai 2015.
- Yokoe DS, Anderson DJ, Berenholtz SM, et al. 2014. A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals: 2014 updates. *Infect Control Hosp Epidemiol* 35 Suppl 2:S21–31.

