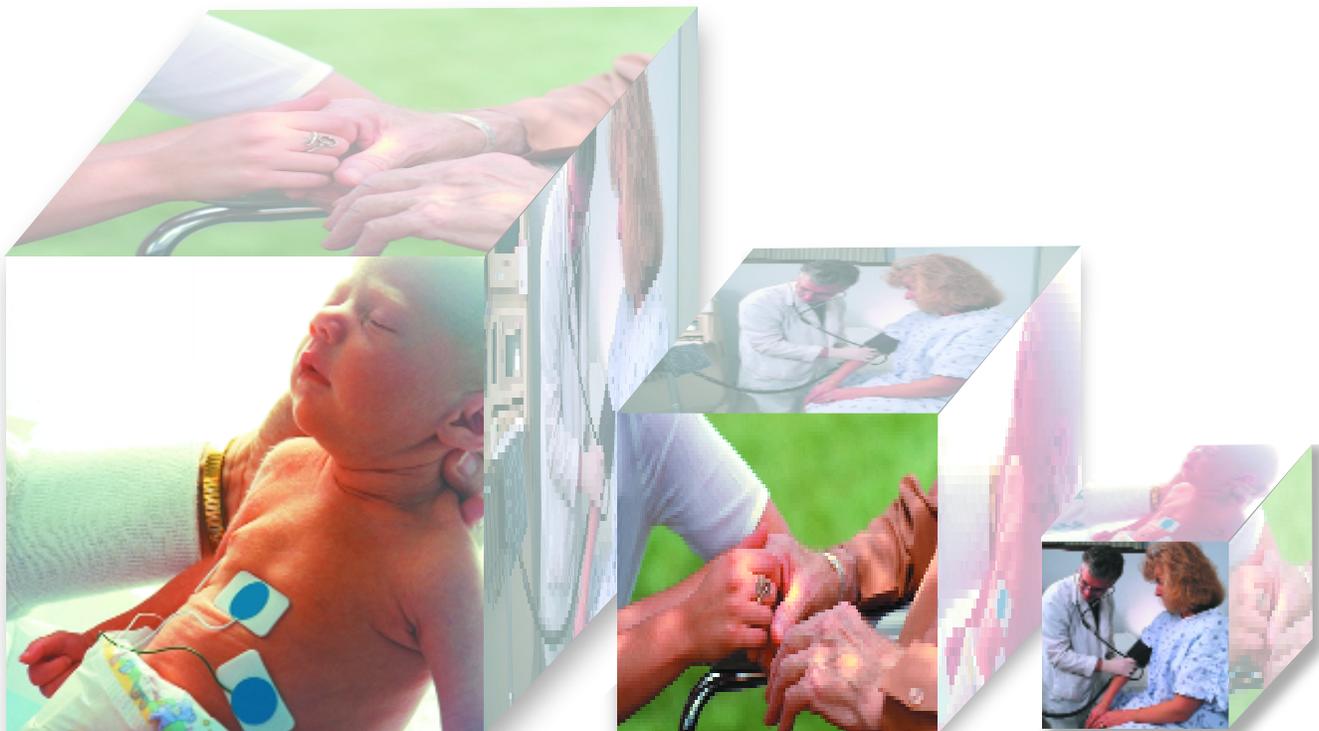


# Accroître la sécurité du système

---

Une stratégie intégrée  
pour améliorer la sécurité des patients  
dans le système de santé canadien



**Accroître la sécurité du système :**  
**Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le**  
**système de santé canadien**

**Président**

D<sup>r</sup> John Wade, FRCPC

**Membres**

G. Ross Baker, Ph.D.

M. John Bulman, C.M.

D<sup>r</sup> Peter Fraser

D<sup>r</sup> John Millar, FRCPC

M<sup>me</sup> Wendy Nicklin

D<sup>r</sup> Walter Rosser, FCFP

D<sup>r</sup> Denis Roy, FRCPC

M<sup>me</sup> Bonnie Salsman

**Secrétariat**

774, promenade Echo Drive

Ottawa, ON K1S 5N8

Tel: (613) 730-6201

Fax: (613) 730-8250

Courriel: ***patientsafety@rcpsc.edu***

Site web: ***http://rcpcs.medical.org***

### **Remerciements**

Le Comité directeur national sur la sécurité des patients aimerait souligner l'expertise et la contribution des membres des organisations suivantes :

Le groupe de travail sur les problèmes systémiques  
Le groupe de travail sur les questions de réglementation et de législation  
Le groupe de travail sur la mesure et l'évaluation  
Le groupe de travail sur la formation et le développement professionnel  
Le groupe de travail sur l'information et la communication

Le groupe de l'administration – Sécurité des patients

(Veuillez consulter les annexes A et B pour obtenir les noms et les affiliations.)

Le Comité directeur national sur la sécurité des patients aimerait également remercier les personnes suivantes :

Pierrette Leonard ARP, chargée de projet, pour son rôle clé dans la coordination et la documentation du travail du Comité directeur national sur la sécurité des patients et les groupes de travail, ainsi que dans la préparation du rapport;

Carolyn Hoffman, infirmière conseillère principale, Saskatchewan Health, pour son rôle de rédactrice consultante et de réviseure du rapport;

et enfin, pour leur participation et leur soutien exceptionnels durant la rédaction de ce rapport,

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada  
et  
Saskatchewan Health

**Accroître la Sécurité du Système :**  
Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients  
dans le système de santé canadien  
Septembre 2002  
ISBN 0-9692155-4-1

## Table des matières

<b>Sommaire</b> .....	5
<b>Introduction</b> .....	10
Contexte de la mise sur pied du Comité directeur national sur la sécurité des patients..	14
<b>Comprendre le système</b> .....	17
Un environnement à risque élevé .....	18
Un système complexe .....	20
<b>Améliorer le système</b> .....	25
Accroître la sécurité du système: principes d'action.....	26
Accroître la sécurité du système: Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien.....	27
Institut canadien pour la sécurité des patients.....	30
Processus juridique et processus de réglementation.....	32
Mesure et évaluation.....	36
Éducation et perfectionnement professionnel .....	39
Favoriser le savoir par l'information et la communication.....	42
Gouvernance .....	43
Financement .....	44
<b>Références</b> .....	47
<b>Annexes A à G</b> .....	49

## Sommaire

*« Nous souhaitons un système de soins qui permette à ceux qui prodiguent les soins d'être fiers de leur travail et à ceux qui en bénéficient, d'avoir une totale confiance dans les soins qu'ils reçoivent. »*

**Donald M. Berwick, MD, MPP**  
**Président-directeur général, Institute for Healthcare Improvement**

## Sommaire

En avril 1992, à Halifax, une fillette de quatre ans devait recevoir le dernier de ses traitements de chimiothérapie contre la leucémie. On avait diagnostiqué la maladie chez elle deux ans auparavant, mais, en ce jour d'avril, ses médecins la considéraient comme guérie. Ses médicaments, dont la *vincristine*, ont été administrés dans la salle d'opération où elle subissait également une chirurgie dentaire; il était possible d'appliquer les deux traitements au cours d'une même anesthésie. Malheureusement, certains facteurs ont fait en sorte que la *vincristine* ait été injectée dans l'espace sous-dural (dans un cathéter rachidien) et non par voie intraveineuse (à l'intérieur d'une veine). La *vincristine* injectée dans l'espace sous-dural est létale — la fillette est décédée la semaine suivante (Jones, 1996, tel que cité dans Baker et Norton, 2001).

Il est également déplorable que d'autres patients canadiens<sup>1,2</sup>, par malheur, sont eux aussi décédés des suites d'une injection rachidienne de *vincristine*, sans compter les nombreux autres Canadiens qui subissent des traumatismes ou meurent des suites d'erreurs médicales. Les progrès spectaculaires en matière de diagnostic et de traitement de la maladie ont multiplié de façon exponentielle la complexité des procédés de soins alors que règne toujours la désuétude dans les modes de communication, la formation du personnel et la conception de produits. Le vieillissement de la population, les restrictions dans les ressources, une pénurie critique de personnel soignant compétent dans des localités et des spécialités de plus en plus nombreuses, de même que les défis engendrés par les fusions et la restructuration à l'intérieur des établissements de santé se combinent pour créer un désordre sans pareil et une probabilité d'erreurs de plus en plus grande dans le système.

Le personnel soignant au Canada est de plus en plus conscient de la fréquence et de l'importance de ces effets indésirables et en grande partie évitables. Il désire porter la discussion hors des portes closes et proposer des solutions pratiques. Des autorités internationales, comme les États-Unis, ont déjà reconnu que les préoccupations sur la sécurité dans les soins de santé sont bien réelles, que leurs systèmes sont fragiles et sujets à l'erreur et qu'il faut prendre des mesures pour réduire le risque. Le Canada est considérablement en retard par rapport aux États-Unis, au Royaume-Uni et à l'Australie; ces pays acceptent le fait que les patients soient à risque significatif, ils veulent être mis au courant des questions pertinentes et investir dans l'instauration d'une culture fondée sur la sécurité.

Conscient du besoin de dialoguer davantage à ce propos, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a tenu un forum d'une journée sur la sécurité des patients à l'occasion de sa conférence annuelle tenue en septembre 2001. Plus de 50 dirigeants représentant le gouvernement, les associations du domaine de la santé et d'autres organismes non gouvernementaux ont participé à une table ronde sur la mise sur pied d'une stratégie nationale d'amélioration de la sécurité. Les participants de la table ronde ont par la suite formé un comité directeur national et cinq groupes de travail; ce rapport résume leur travail.

---

<sup>1</sup> Le terme « patient » sert à désigner toute personne qui bénéficie de services de santé au sein du continuum de soins.

<sup>2</sup> Noter que le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte

### **Accroître la sécurité du système : principes d'action**

Voici des postulats décrits sous forme de principes d'action qui peuvent servir de base aux stratégies particulières dont nous recommanderons la mise en place dans le système.

- Le système de santé canadien est guidé par le mandat national de la *Loi canadienne sur la santé* et mis sur pied d'abord à l'échelle provinciale et territoriale. Ce système est perfectionné, dynamique et caractérisé par de nombreuses pressions des compétiteurs, particulièrement en ce qui concerne le rapport entre le financement et la qualité des soins. Un niveau de collaboration sans précédent entre tous les secteurs est crucial pour mettre en place une stratégie coordonnée et efficace d'amélioration de la sécurité des patients.
- La sécurité est un aspect fondamental des soins de santé de qualité. Pour l'améliorer, le système de santé doit instaurer, maintenir et améliorer une culture de sécurité.
- Le personnel soignant, les patients et tous les autres membres du système doivent être conscients que l'erreur humaine est inévitable et que les facteurs sous-jacents du système, comme le changement continu de ce système, contribuent à la plupart des événements quasi fatals, des effets indésirables et des incidents critiques.
- Les programmes de formation et de perfectionnement professionnel détaillés qui prônent, tant pour la pratique que pour l'apprentissage, une pratique fondée sur l'expérience clinique, une vérification périodique et une approche d'équipe, peuvent réduire la probabilité que se produise une erreur humaine.
- Le système de santé doit faciliter l'identification exhaustive des dangers qui menacent nos gens (p. ex., les patients, le personnel et le personnel soignant). Il faut procéder à une identification systémique en réaction à un effet ou à un résultat indésirable reconnu, mais, encore plus important, de façon proactive, soit avant l'apparition de problèmes. Cette identification doit aller de pair avec le signalement et l'enregistrement de ces dangers (et de tout effet indésirable ou événement quasi fatal associé) dans un réseau de bases de données.
- Le système de santé doit favoriser une atmosphère de confiance où l'on encourage et récompense la transparence et la franchise dans le signalement et l'enregistrement de problèmes potentiels ou réels. Aucun blâme ne sera porté contre les personnes qui signalent de tels problèmes, sauf contre ceux qui ne signalent pas les risques d'accident, ou les incidents critiques ou encore les actes de violence prémédités ou intentionnels contre des personnes, de l'équipement ou la propriété.
- Le système de santé doit encourager le partenariat parmi tous les bénéficiaires et les fournisseurs de soins. Ces partenariats exigeront une flexibilité de plus en plus grande du système de santé et une diminution du nombre de niveaux hiérarchiques. Ces partenariats, tant ceux des personnes que ceux des professions et des organisations, sont nécessaires pour améliorer efficacement toutes les lacunes opérationnelles et systémiques.

- Le système de santé doit montrer son habileté à construire à partir de ce qui est déjà connu dans d'autres secteurs, apprendre de son expérience et être désireux de mettre en œuvre des réformes majeures au besoin et être apte à le faire. Un tel système s'emploie à analyser l'information pertinente, à mettre au point des initiatives de sécurité économiques et fondées sur les résultats, ainsi que des normes de soins cruciales pour le processus d'amélioration; il reçoit aussi régulièrement des commentaires à propos des résultats découlant des stratégies visées.
- Le système de santé doit promouvoir une communication appropriée à tous ses partenaires (p. ex., les patients, le public et le personnel soignant) quant à l'information sur la sécurité relative aux questions sur la santé. La communication doit être soutenue par des modifications du système juridique et du système de réglementation qui favorisent également une prévention et une gestion efficaces des risques.

### **Recommandations clés**

Dix-neuf recommandations ont été définies pour représenter l'étendue du travail de collaboration à entreprendre au sein de la stratégie nationale intégrée. Ces recommandations, regroupées en cinq grandes catégories, ne sont pas énumérées ici par ordre de priorité (voir le financement suggéré et les recommandations prioritaires à la page 42).

### **Créer un institut canadien pour la sécurité des patients pour faciliter la mise en œuvre d'une stratégie nationale intégrée d'amélioration de la sécurité des patients**

- (1) Créer et soutenir un *Institut canadien pour la sécurité des patients*<sup>3</sup> (titre provisoire) à but non lucratif. Les membres, d'origine multidisciplinaire, seront constitués d'experts cliniciens, de théoriciens et d'experts en administration venus de partout au Canada, expérimentés dans les domaines de la sécurité et des soins de santé.
- (2) Établir des pratiques, des technologies et des programmes nouveaux, recommandés par l'*Institut canadien pour la sécurité des patients* ou d'autres organes semblables, si cela s'avère pertinent, et les soumettre à une évaluation scientifique qui comprendrait les coûts et les bénéfices potentiels.
- (3) Instaurer dans le système des changements réputés pour améliorer la sécurité des patients.
- (4) Officialiser la responsabilité et la responsabilisation en ce qui concerne la sécurité des patients au sein des structures de gestion et des processus cliniques de tous les établissements de santé.
- (5) Concevoir et mettre en œuvre des programmes adaptés aux besoins des patients relativement à la réception, à l'examen et à la gestion des préoccupations vécues dans les établissements de santé.

---

<sup>3</sup> Le terme « institut » a été choisi pour refléter l'aspect de collaboration et d'absence de règlements du mandat de l'organisation proposée. Ce titre doit être considéré comme provisoire et a été donné pour les besoins des discussions.

### **Améliorer le processus juridique et le processus de réglementation**

- (6) Adopter des politiques de signalement non punitives appuyées par une démarche d'amélioration de la qualité au sein du système de santé.
- (7) Normaliser la réglementation sur la confidentialité des renseignements médicaux personnels dans l'ensemble du pays pour faciliter l'accès à l'information sur la sécurité des patients, tout en respectant la confidentialité des patients et des fournisseurs de soins.
- (8) Accorder davantage d'importance à l'amélioration au moyen de formation et de mesures correctives, et non par des reproches et des sanctions, dans le processus juridique, le processus de réglementation et le processus lié aux ressources humaines.
- (9) Revoir et, s'il y a lieu, modifier la *Loi sur la preuve* et la réglementation afférente dans tous les champs d'application canadiens pour s'assurer que l'information et les avis liés à la sécurité des patients et les discussions sur l'amélioration de la qualité, la documentation pertinente et les rapports ne seraient pas révélés en cas de poursuite judiciaire. La protection s'étendrait dans les cas où cette information est utilisée à l'interne ou partagée avec d'autres dans l'unique but d'améliorer la sécurité et la qualité. La formulation des lois visées doit faire en sorte que tous les faits liés à un effet indésirable soient enregistrés dans un dossier de santé auquel le patient ou le plus proche parent désigné a accès, et qu'ils ne soient pas considérés comme privilégiés.
- (10) Tenir des discussions sur les systèmes de responsabilité civile délictuelle ou quasi délictuelle et d'assurance santé, et leurs effets sur la sécurité des patients en ayant pour but de faire des recommandations qui pourraient contribuer à une culture de sécurité dans le système de santé du Canada.

### **Améliorer les processus de mesure et d'évaluation**

- (11) Mener une analyse de la faisabilité et du coût de systèmes de surveillance pour éviter les effets indésirables, les incidents critiques et les événements quasi fatals.
- (12) Recommander les types de systèmes de surveillance, y compris les indicateurs pertinents sur la sécurité des patients, que le système de santé du Canada devrait mettre au point et soutenir. Les recommandations reposeraient sur les résultats de l'étude proposée à la recommandation 11.
- (13) Obtenir du financement des autorités fédérales, provinciales ou territoriales pour investir dans les infrastructures de technologie de l'information qui acceptent l'identification normalisée, le signalement et le suivi de l'information sur la sécurité des patients.
- (14) Adopter la « sécurité des patients » comme thème transversal ou zone désignée pour les concours de recherche appuyés par l'Institut de recherche en santé du Canada, la

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé ou d'autres organisations subventionnaires, pour motiver les chercheurs canadiens à entreprendre des études dans ce domaine.

### **Établir des programmes de formation et de perfectionnement professionnel**

- (15) Créer et mettre sur pied des programmes de formation et de perfectionnement professionnel pour améliorer la sécurité des patients.
- (16) Mettre en place des programmes de formation et de perfectionnement professionnel continus pour améliorer la sécurité des patients en collaboration avec les organismes accréditifs nationaux, les établissements universitaires, les autorités provinciales d'accréditation (pour les évaluations par les pairs) ainsi que les établissements de santé et les sociétés de recherche.

### **Améliorer les processus d'information et de communication**

- (17) Faire rapport publiquement des mesures de la qualité et de la sécurité dans les soins de santé.
- (18) Élaborer du matériel éducatif destiné au public sur les mesures d'ordre personnel d'amélioration de la sécurité dans les soins de santé.
- (19) Créer un site Web pour faciliter le partage des ressources et des discussions sur la sécurité des patients.

La stratégie nationale intégrée proposée est une démarche coordonnée et élaborée qui se construit sur des structures et des processus actuels en accordant une grande importance au fait de fournir aux équipes multidisciplinaires la formation et les ressources essentielles à la diffusion de l'expertise sur la sécurité des patients dans l'ensemble du pays.

Les premières étapes sont amorcées pour accroître la sécurité du système; toutefois, elles manquent d'unification et de coordination. Pour obtenir des améliorations efficaces à l'échelle du système, il est nécessaire d'obtenir du financement à court et à long terme de la part des autorités fédérales et provinciales. Les autres intervenants dans le domaine de la santé doivent définir et offrir leur expertise et leur participation à l'appui des recommandations applicables.

## Introduction

*« A n'en pas douter, Un petit groupe de citoyens engagés et réfléchis peut changer le monde. En réalité, c'est le seul véritable moteur du changement. »*

**Margaret Mead**  
*(cité par Helvarg, 1995)*

## Introduction

Les soins de santé tels que la prescription et l'administration de médicaments, les interventions chirurgicales, les tests en laboratoire et les examens radiologiques requièrent souvent des interactions complexes entre le personnel et la technologie qui doivent s'effectuer de façon sécuritaire et efficace. Quoique les professionnels de la santé se consacrent au bien-être des patients, ils demeurent des humains et donc des êtres faillibles. Une erreur dans ce contexte peut se traduire par un handicap important ou même la mort; pourtant, l'industrie de la santé continue à se fier fortement à la vigilance personnelle plutôt que de mettre en œuvre des mécanismes connus et efficaces pour réduire de façon significative les gestes non intentionnels.

Des autorités internationales telles que les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni et l'Australie ont déjà reconnu que les préoccupations sur la sécurité dans les soins de santé sont bien réelles, que leurs systèmes sont fragiles et sujets à l'erreur et qu'il faut prendre des mesures pour réduire le risque. Le rapport *To Err is Human* (1999) de l'Institute of Medicine des États-Unis a été un facteur important qui a motivé l'action et a fortement attiré l'attention des médias, du public et des instances politiques; en effet, ce rapport estimait qu'entre 44 000 et 98 000 Américains meurent chaque année des suites d'une erreur médicale. Nombre des recommandations du rapport ont été largement appuyées par les établissements de santé fédéraux, étatiques et municipaux, qui ont mis sur pied une variété de stratégies clés.

Le rapport britannique *An Organization with a Memory* (Service national de la santé, 2000) a estimé que les effets indésirables qui causent du tort se produisent dans approximativement 10 % des admissions de patients, ou environ 850 000 fois par année. Le Service national de la santé a créé un programme complet axé sur la qualité et se prépare à le mettre sur pied; ce programme accorde beaucoup d'importance à l'amélioration de la sécurité des patients.

Selon l'étude *Quality in Australian Health Care Study* (Wilson *et al.*, 1995), 16,6 % des admissions étaient associées à un effet indésirable et, de ces admissions, 51 % étaient considérées comme facilement évitables. La publication de cette étude a finalement mené à la formation de l'Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2000). Le rôle de ce comité est de promouvoir des efforts nationaux en vue d'améliorer le système des points de vue de la sécurité et de la qualité des soins de santé, avec un effort particulier pour minimiser la probabilité et les conséquences des effets indésirables.

Il y a un manque reconnu d'information claire sur le taux d'effets indésirables dans le système de santé du Canada. Une étude (Wanzel, Jamieson *et al.*, 2000) a examiné l'incidence et la nature des complications au sein d'un département de chirurgie générale; il s'avère que 75 (39 %) des 192 patients ont souffert d'un total de 144 complications. Ces complications étaient considérées comme banales dans 42 des cas (29 %), modérées dans 90 des cas (63 %), constituant un danger de mort dans 10 des cas (7 %) et mortelles dans 2 cas (1 %). Il est particulièrement pertinent de savoir que 26 (18 %) de ces complications étaient considérées comme potentiellement attribuables à l'erreur.

L'Institut canadien d'information sur la santé et les instituts de recherche en santé du Canada ont récemment annoncé la mise en œuvre d'une étude de recherche à financement collectif sur la portée des effets indésirables survenant dans les hôpitaux de soins actifs canadiens et la disponibilité des données qui pourraient être utilisées pour permettre une surveillance continue. L'information sera obtenue au moyen d'une étude méthodique des dossiers hospitaliers de divers centres de cinq provinces. Les docteurs G. Ross Baker et Peter Norton conduiront l'étude et les résultats, prévus pour 2004, fourniront une importante base de référence pour les activités portant sur la sécurité des patients.

Une estimation juste de l'incidence que peuvent avoir les effets indésirables ne peut se faire uniquement grâce à des statistiques; elle doit également inclure la perspective humaine du point de vue du patient. Chaque personne qui reçoit des soins de santé teinte l'interaction de ses propres caractéristiques physiques, mentales et émotionnelles. Les patients sont vulnérables et se fient aux institutions d'enseignement, organisationnelles et de réglementation pour que toute intervention diagnostique et thérapeutique soit aussi sécuritaire que possible. Les circonstances entourant le décès d'une fillette de quatre ans de Nouvelle-Écosse montre un cas où le système de santé n'a pu respecter le dicton « Primo, ne pas nuire ».

En avril 1992, une patiente pédiatrique devait recevoir le dernier de ses traitements de chimiothérapie contre la leucémie. La maladie avait été diagnostiquée deux ans auparavant mais, en ce jour d'avril, ses médecins la jugeaient guérie. Ses médicaments, dont la *vincristine*, lui ont été administrés dans la salle d'opération où elle subissait également une chirurgie dentaire; il était possible d'appliquer les deux traitements au cours d'une même anesthésie. Malheureusement, certains facteurs ont fait en sorte que la *vincristine* ait été injectée dans l'espace sous-dural (dans un cathéter rachidien) et non par voie intraveineuse (à l'intérieur d'une veine). La *vincristine* injectée dans l'espace sous-dural est létale – la patiente est décédée la semaine suivante (Jones, 1996, tel que cité dans Baker et Norton, 2001). Bien que de nombreux professionnels de la santé au Canada aient entendu parler de cet incident, aucune suite n'a été donnée de manière à apporter des changements sur le plan de la sécurité qui pourraient éviter qu'une telle tragédie se reproduise.

Cette importante leçon sur la sécurité des patients n'a pourtant pas été mise à profit partout au pays et des circonstances similaires ont entraîné la mort d'un patient de sept ans à l'hôpital BC Children's en 1997. Mme Lynda Cranston, alors présidente-directrice générale de cet établissement, a annoncé publiquement l'erreur et a fait connaître la troublante nouvelle selon laquelle le système de santé n'avait pas appris des erreurs tragiques des autres.

*« Au moment d'examiner notre erreur, nous avons aussi cherché à travers le Canada, l'information sur d'autres tragédies semblables; au moins trois autres personnes sont mortes dans ce pays depuis 1989 des suites d'une injection de vincristine faite par erreur dans le liquide céphalorachidien spinal. C'était en Nouvelle-Écosse, au Québec et en Ontario. Chaque incident a fait l'objet d'une enquête exhaustive dans l'institution où il s'était produit, tant à l'interne que par des médecins légistes provinciaux. Nous avons constaté que les détails de ces erreurs n'ont pas été entièrement partagés entre les provinces, ni entre les bureaux des médecins légistes, ni entre les hôpitaux. Nous n'avons pas été en mesure d'apprendre de nos erreurs et nous n'avons pas eu la possibilité d'apprendre de celles de nos collègues. »*

**Mme Lynda Cranston (5 août 1997)**

Les circonstances peuvent varier d'un cas à l'autre, mais il n'en demeure pas moins que les patients canadiens subissent des traumatismes et même, dans certains cas, trouvent la mort à cause d'effets indésirables et évitables. Il faut accomplir un important travail d'équipe pour bâtir un système de santé plus sécuritaire au Canada.

Parmi les rapports d'effets indésirables et les tragédies personnelles, on trouve des exemples d'excellence dans les soins de santé et les autres secteurs à risque élevé qui peuvent être pris comme modèles pour améliorer la sécurité des patients. Au moment de préparer ce rapport, des intervenants de diverses disciplines de la santé et de différentes régions au Canada ont participé à une œuvre de collaboration nationale pour définir les mesures clés les plus efficaces pour réduire les événements d'effets indésirables. Le Comité directeur national sur la sécurité des patients est heureux de présenter cette information dans une stratégie exhaustive et intégrée pour faire de la sécurité des patients une priorité nationale.

## **Contexte de la mise sur pied du Comité directeur national sur la sécurité des patients**

### **Mandat, structure et réalisations attendues**

À l'occasion de sa conférence annuelle, qui s'est déroulée en septembre 2001, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a tenu une journée-forum sur la sécurité des patients à laquelle ont participé les dirigeants nationaux et internationaux du domaine de la santé de même que d'autres experts du domaine. Le forum a également permis la présentation d'un événement fermé intitulé *Table ronde sur la sécurité des patients et l'erreur en médecine : stratégie nationale canadienne*. Plus de 50 dirigeants du gouvernement, des associations du domaine de la santé et d'autres organismes non gouvernementaux ont participé à la table ronde pour échanger sur la mise en œuvre d'une approche multidisciplinaire pour s'attaquer à la question de la sécurité des patients au Canada (veuillez consulter l'annexe C). Quelques résultats importants ont ressorti de ces discussions.

- **Comité national**  
Les participants sont parvenus à un consensus national unique pour mettre en place une stratégie coordonnée en vue d'améliorer la sécurité des patients et, par le fait même, la qualité des soins de santé au Canada.
- **Comité directeur national sur la sécurité des patients**  
Les participants se sont entendus pour créer un comité directeur qui devra concevoir une stratégie nationale intégrée pour la sécurité des patients.
- **Cinq groupes de travail**  
Les participants ont recommandé la création de cinq groupes de travail pour traiter les principaux aspects de la sécurité des patients :
  - les problèmes systémiques;
  - les questions de législation et de réglementation;
  - la mesure et l'évaluation;
  - la formation et le développement professionnel;
  - l'information et la communication.
- **Plan d'action échelonné sur douze mois**  
Les participants ont chargé le Comité directeur de proposer un plan d'action et d'élaborer une solution pour le contexte canadien sur une période de douze mois. Le comité a le mandat de consulter abondamment le milieu afin de mettre en place un ensemble défini d'objectifs, des plans d'action détaillés et un échéancier réaliste, ainsi que les ressources financières et humaines nécessaires à la réalisation de ces plans.

Le Comité directeur national sur la sécurité des patients, groupe autonome devant rendre compte aux organisations participantes, a dévoilé le nom de ses membres en octobre 2001 :

- Dr **John Wade**, FRCPC, président, doyen émérite, Faculté de médecine, University of Manitoba
- **G. Ross Baker**, Ph.D., professeur agrégé, Service de la politique sur la santé, Gestion et Évaluation, University of Toronto

- M. **Allan Lefever**, juge de la cour provinciale de l'Alberta; président, Heart and Stroke Foundation Canada; coprésident, Conseil canadien des organismes bénévoles en santé (jusqu'en mai 2002)
- Dr **Larry Ohlhauser**, président-directeur général, Healthcare Solutions and Innovations (jusqu'en mars 2002)
- Dr **John Millar**, FRCPC, vice-président, Recherche et santé de la population, Canadian Institute for Health Information
- Mme **Wendy Nicklin**, vice-présidente, Nursing and Clinical Programs, The Ottawa Hospital
- Dr **Walter Rosser**, FCFP, professeur et président, Service de médecine familiale, Faculté de médecine, Queens University
- Dr **Denis Roy**, FRCPC, directeur général, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
- Mme **Bonnie Salsman**, pharmacienne et conseillère en gestion de la pharmacie d'hôpital

Dr **Peter Fraser**, premier vice-président de l'Association canadienne de protection médicale et médecin de famille actuellement en pratique clinique à Oromocto, au Nouveau-Brunswick, s'est joint au groupe en tant que membre du Comité directeur en janvier 2002. En mai 2002, M. **John Bulman**, C.M., président du conseil de la Wawanesa Mutual Insurance Company et membre de la Commission des valeurs mobilières du Manitoba, a succédé au juge Allan Lefever en tant que représentant du public à ce comité.

Le Comité directeur avait la mission suivante :

- Mettre la sécurité des patients en tête de liste des priorités de gestion.
- Créer une culture de sécurité des patients dans les soins de santé.
- Entreprendre une démarche de responsabilisation pour la sécurité des patients.
- Trouver des moyens de collecter des données et de recueillir des renseignements utiles pour améliorer la sécurité des patients.
- Créer un processus d'élaboration d'un programme de recherche pour la sécurité des patients.
- Créer un programme d'éducation du public, des bénéficiaires et des fournisseurs de soins sur la sécurité des patients.
- Déterminer les outils et les améliorations qui peuvent renforcer la sécurité des patients, des clients et des communautés.

Un groupe d'administration a également été formé; en sont membres les directeurs généraux de l'Association of Canadian Academic Healthcare Organizations, le Conseil canadien d'agrément des services de santé, l'Association médicale canadienne, l'Association canadienne de protection médicale, l'Association pharmacienne du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le sous-ministre adjoint Ian Shugart, de Santé Canada (veuillez consulter l'annexe B.) Le rôle de ce groupe était de garantir un soutien administratif approprié et efficace aux activités du Comité directeur et des groupes de travail.

Les organisations qui ont participé à la table ronde en septembre 2001 ont été invitées à proposer le nom de personnes en vue d'une éventuelle réunion avec chacun des groupes de travail. Cinq membres du Comité directeur ont agi à titre de premiers coprésidents, de pair avec une autre personne désignée par chacun des groupes de travail. Chacun de ces groupes de travail devait résoudre une question précise au moyen d'un rapport permettant de clarifier les questions pertinentes, recommander des solutions réalistes et évaluer les ressources nécessaires à la réalisation du plan dans le cadre de la démarche plus vaste mise au point par le Comité directeur.

### Cinq groupes de travail

- **Problèmes systémiques :** Dans quelle mesure la nature du système de santé contribue-t-elle aux événements d'effets indésirables et comment une nouvelle conception pourrait-elle réduire ou même éliminer toute erreur humaine?
- **Questions de réglementation et de législation :** En quoi le type de réglementation et de surveillance des professionnels de la santé et de leurs institutions et celui des systèmes juridiques peut-il améliorer la sécurité des patients?
- **Mesure et évaluation :** Comment peut-on mieux mesurer l'étendue et les répercussions du problème?
- **Formation et développement professionnel :** Comment les améliorations de la formation et du perfectionnement professionnel continue des professionnels de la santé peuvent-elles réduire les répercussions négatives et améliorer la sécurité des patients?
- **Information et communication :** De quelle façon une meilleure communication entre les différents acteurs du système de santé, et entre les autorités, peut-elle améliorer la qualité de la sécurité des patients?

Les groupes de travail, soumis à un échéancier très serré, ont rendu compte de leurs découvertes au Comité directeur au début d'avril 2002. Leurs expertises variées et leur expérience en soins de santé ont résulté en des idées fort précieuses et des recommandations qui ont été intégrées à ce rapport. Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir la liste complète des membres des groupes de travail.

Le travail réalisé par le Comité directeur national sur la sécurité des patients a été amorcé et soutenu par Santé Canada, huit ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et vingt-six établissements de santé canadiens. Leur approche de collaboration et leur aide continue ont été déterminantes dans la préparation du rapport ci-joint (veuillez consulter l'annexe C pour obtenir une liste des organisations qui ont participé à la table ronde fermée en 2001 sur la sécurité des patients).

## Comprendre le système

*« Un système de soins médicaux hautement technique et complexe était fourni non seulement par un groupe diversifié de médecins, d'autres soignants et de membres du personnel de soutien, mais aussi par un système médico-industriel qui fournissait les médicaments et l'équipement. Réduire le risque d'effets indésirables exige un examen de tous ces facteurs, ainsi que des liens qui existent entre chacun d'eux. »*

**Leape *et al.*** (1994, p. 383-384)

## Un environnement à risque élevé

On prodigue des soins de santé jour et nuit, tous les jours de la semaine. L'amélioration des diagnostics et des traitements de la maladie a complexifié les processus; cependant, la désuétude règne toujours dans de nombreuses organisations quant aux modes de communication, à la tenue des dossiers, à la formation des employés et à la structure hiérarchique, encore traditionnelle. Le vieillissement de la population, la réduction des ressources, une pénurie critique de personnel soignant compétent et les défis engendrés par les fusions et la restructuration à l'intérieur des établissements de santé se combinent pour créer un désordre sans pareil dans les systèmes, entraînant à sa suite une plus grande probabilité d'effets indésirables, qui ont parfois des conséquences mortelles. Heureusement, grâce aux efforts et à la vigilance du personnel soignant, nombre de ces événements sont évités ou à tout le moins limités.

### À quel point les soins de santé sont-ils une source de risques?

Les soins de santé sont la plupart du temps prodigués sans erreur; toutefois, des chercheurs internationaux ont documenté les préjudices et les décès évitables dans chaque situation où l'on a essayé de prendre des mesures. Il n'y a pas de raison de croire que le système de santé canadien serait à ce point différent. Les rapports isolés de patients et de professionnels de la santé contiennent suffisamment d'éléments montrant un environnement propice à l'erreur.

Il n'y a pas de secteur d'activité plus complexe que celui de la santé. Et encore, ce n'est que récemment que ce secteur a reconnu qu'on doit faire une priorité de la sécurité des patients. Nombre de méthodes et de systèmes de soins de santé sont incapables de donner à coup sûr des soins de haute qualité à chaque patient (Leape, tel que cité dans *Lessons in Patient Safety*, 2001). Tandis que les travailleurs dans le domaine de la santé ont toujours essayé de protéger les patients de tout préjudice, et ce, pour ce qui est de tous les aspects des soins, la complexité sans cesse grandissante et les changements rapides au sein du système ont contribué à une situation qui exige qu'on mette la sécurité des patients au premier plan. Il n'est plus approprié de croire que les processus antérieurs et actuels mis en place pour assurer la sécurité peuvent encore contrôler efficacement les dénouements défavorables. De façon générale, le système de santé a mis du temps à reconnaître que le rendement humain parfait est illusoire; néanmoins, les autres industries peuvent contribuer par leurs idées à la conception et à la mise en œuvre de processus dignes de confiance.

L'aviation est un excellent exemple de secteur à risque élevé ayant mis sur pied des stratégies coordonnées et approfondies pour réduire les accidents évitables. De plus, l'ergonomie a montré que, même si des effets indésirables peuvent survenir dans n'importe quelle entreprise humaine, ils peuvent être minimisés par la création d'équipement ou

---

On peut trouver des exemples dans T.A. Brennan, L.L. Leape *et al.* (1991), C. Vincent, G. Neale *et al.* (2001), Wilson, W.B. Runciman *et al.* (1995). On trouvera également une bonne revue de ces témoignages dans le chapitre 2 du rapport de l'Institut de médecine de L.T. Kohn, J.M. Corrigan *et al.*, eds.. (1999),.

d'outils appropriés, la conception des tâches elles-mêmes, l'environnement de travail, la formation du personnel et la sélection des employés.

Les contrôleurs aériens, les fabricants d'avion et les compagnies aériennes commerciales ont combiné des notions d'ergonomie au fait que des erreurs de communication et de coordination au sein d'une équipe ont mené à de tragiques accidents d'avion. Leur travail a résulté en un grand éventail de processus obligatoires et facultatifs qui ont grandement amélioré la sécurité des passagers :

- la redondance dans les systèmes opérationnels clés;
- un entraînement sur simulateur pour améliorer le travail d'équipe et préparer le personnel à d'éventuelles urgences;
- une limite du nombre d'heures de travail consécutives;
- l'obligation de rendre compte des incidents ou des accidents d'avion reconnus comme tels;
- l'obligation de rendre compte des événements quasi fatals;
- l'utilisation courante de la technologie de l'information pour obtenir de l'information de vol et les conditions météorologiques;
- une enquête approfondie et objective sur les accidents avec mention de la cause probable;
- l'utilisation de listes de vérification portant sur la procédure et comportant des alertes liées au bris d'équipement et aux erreurs humaines.

Les domaines de l'aviation et des soins de santé se ressemblent en plusieurs points; malheureusement, plusieurs des mesures qui ont amélioré de manière efficace la sécurité des passagers n'ont pas encore été adaptées ni mises en application dans le système de santé.

## Un système complexe

Tous les systèmes peuvent être décrits comme un ensemble d'éléments interdépendants qui interagissent et concourent à un but commun. Un système est composé de trois éléments clés :

### ▪ **La structure**

Chaque organisation a une structure de base composée d'éléments essentiels qui sont présents dans toutes les actions ou activités ou qui y contribuent :

- le personnel;
- l'équipement et les outils;
- l'environnement;
- l'administration.

Pour ce composant, la gestion du risque se traduit par l'application de mesures préventives, soit l'évaluation, la formation et la planification régulières de chacun des composants :

- le personnel (évaluer pour veiller à une quantité optimale de la charge de travail, aux titres de compétences adéquats et au bien-être physique et mental du personnel);
- l'équipement (évaluer pour s'assurer que l'équipement requis est accessible, est en bon état, sécuritaire et pourvu d'un service régulier comprenant un plan de remplacement par étapes et un plan d'urgence);
- l'environnement (évaluer les conceptions physiques qui pourraient nuire aux soins ou augmenter les risques pour les bénéficiaires et les fournisseurs de soins);
- l'administration (créer une culture de sécurité organisationnelle, évaluer et planifier des politiques et des procédures efficaces, dont une politique de consignation des risques actuels et potentiels pour les bénéficiaires et les fournisseurs de soins).

### ▪ **Le processus**

Tout soin ou service est donné au cours d'une ou de plusieurs étapes d'un processus. Essentiellement, un processus peut se définir par « ce qui est fait et comment cela est fait ». La communication, la résolution de problèmes, la prise de décision et la résolution de conflits font partie des processus que l'on retrouve dans le système de santé. Il est possible d'insérer la détection, la réduction ou le rétablissement d'effets indésirables évitables dans le processus. Par exemple, un infirmier ou une infirmière n'administrera pas un médicament s'il ou elle détecte une erreur de calcul dans la préparation de la dose. Les meilleures stratégies sont de déterminer les activités à risque élevé et d'intervenir avec les stratégies connues de réduction des risques potentiels.

### ▪ **Le résultat**

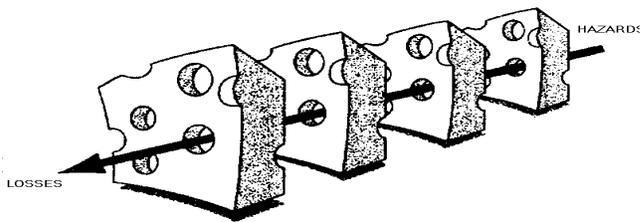
Le produit, la conséquence ou l'effet sont aussi connus comme le résultat. Dans les soins de santé, les résultats peuvent se mesurer de différentes façons, mais ils tendent à

refléter le bien-être physique et psychologique du patient, ainsi que les coûts qui y sont associés. Les efforts de gestion du risque pour ce composant se traduisent donc par la mesure des résultats et la diminution de l'incidence d'un effet indésirable évitable.

Une approche systémique de la sécurité des patients repose sur le fait que le médecin n'est pas une victime potentielle à blâmer et à punir, mais plutôt un participant qui interagit avec plusieurs autres dans un environnement hautement complexe. Les effets indésirables sont généralement perçus comme une conséquence du système; le but est donc d'améliorer la structure ou le processus, ou les deux, pour diminuer la probabilité que l'événement se reproduise.

### Dangers et mesures de défense

Le modèle de mesure de défense « fromage suisse » (J. Reason) illustre les dangers des situations à risque élevé et les mesures prises pour réduire ou bloquer ces risques. Ces mesures peuvent être structurelles, en s'appliquant, par exemple, aux niveaux de dotation et à la conception d'équipement, ou encore elles peuvent être liées au processus, comme la communication entre les membres des différentes professions ou l'aptitude à résoudre un problème.



J. Reason (2000)

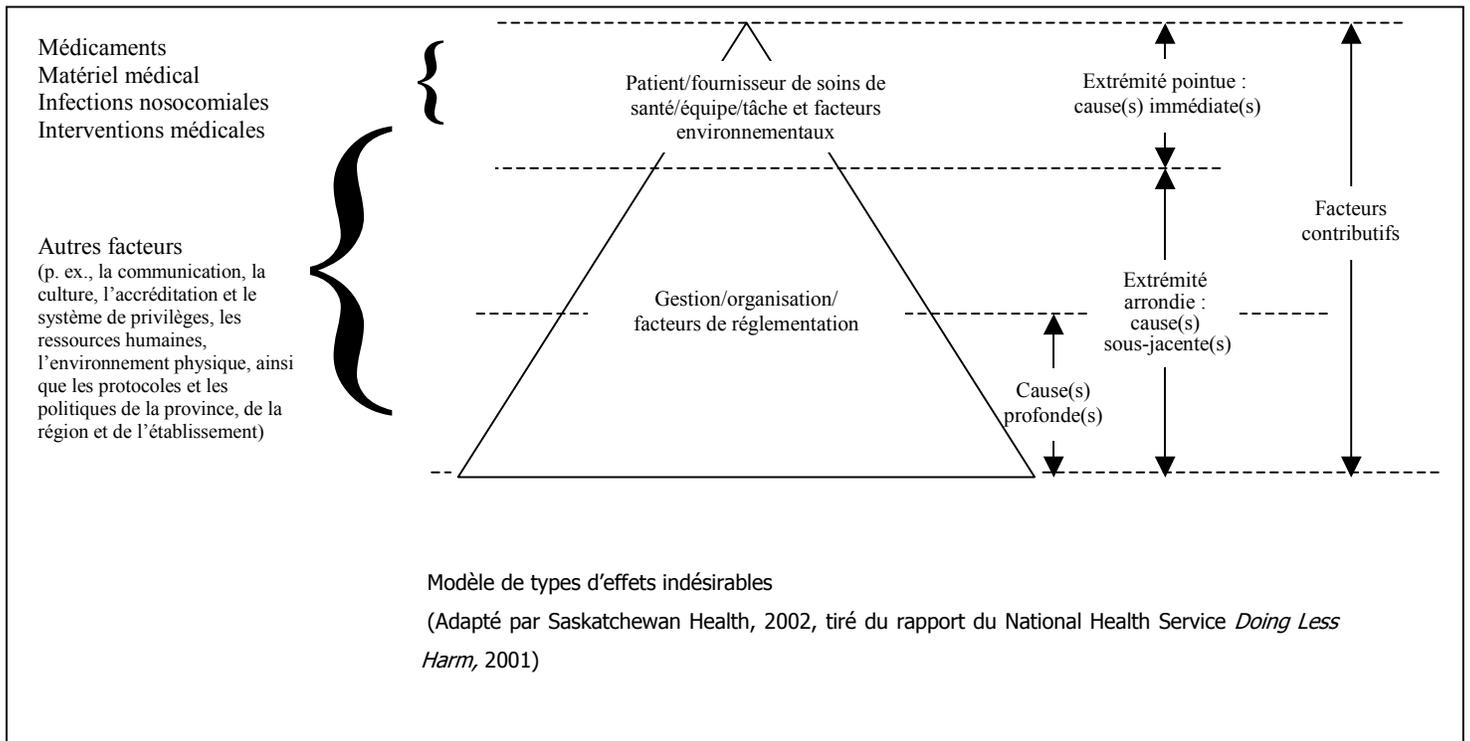
*(Traduction de la légende : Pertes←----- Dangers. Le modèle « fromage suisse » illustre comment la trajectoire d'un accident peut pénétrer les mesures de défense, les barrières et les mesures de protection.)*

De nombreux niveaux de défense concourent à réduire les probabilités que surviennent des effets indésirables; toutefois, un seul niveau ne peut être efficace à lui seul, car il comporte des « trous » ou des occasions d'échec à chaque point. À tout moment, à une heure donnée, une circonstance peut survenir là où les « trous » des différents niveaux de défense sont alignés et entraîner une erreur.

Un effet indésirable dans les soins de santé est un préjudice lié à la gestion des soins de santé plutôt qu'à une affection sous-jacente. L'événement est un effet nuisible non planifié et non désiré directement associé aux soins ou aux services prodigués à un patient, comme une réaction indésirable à un médicament, ou encore le résultat négatif à un traitement. Cet effet peut résulter de la commission d'actes (p. ex., administrer le mauvais

médicament) ou de l'omission d'actes (p. ex., négliger de procéder à l'intervention thérapeutique appropriée) et peut être lié à des problèmes de pratique, de produits, de procédures ou à d'autres aspects du système. Le terme « erreur médicale » est associé à la notion de blâme et n'est donc pas recommandé.

Le modèle suivant illustre les concepts clés des facteurs de causalité et des facteurs contributifs au moyen de cinq catégories d'effets indésirables (médicaments, matériel médical, infections nosocomiales, interventions médicales et autres facteurs) réputés pour avoir une incidence importante sur la sécurité des patients. Les cinq catégories peuvent se développer dans un système de classification normalisé d'effets indésirables élaboré par les chercheurs nationaux et internationaux dans ce domaine.



Le modèle comprend aussi la théorie « pointue et arrondie » qui a été acceptée et qui est généralement appliquée tant dans le domaine de la santé que dans d'autres domaines (Reason, 1997). L'extrémité « pointue » (immédiate), où les praticiens interagissent entre eux et avec les patients pour leur prodiguer des services médicaux, est l'espace où le praticien peut être distrait et ne pas voir une étiquette de mise en garde ou oublier une étape du processus. Malheureusement, l'extrémité « pointue » est aussi la section où la recherche de « faute » est souvent menée. Blâmer, puis punir les personnes n'est pas une approche efficace d'amélioration de la sécurité au sein du système et elle entraîne naturellement de la réticence au sein du personnel soignant à signaler les effets indésirables et à en discuter ouvertement.

À l'extrémité arrondie (éloignée) du système se trouvent les personnes chargées de la réglementation, les administrateurs, les décideurs et les fournisseurs de technologie.

L'extrémité arrondie est la source des exigences, des ressources et des contraintes qui constituent l'environnement de travail des praticiens. Les ergonomes ont montré de façon constante que l'habileté des praticiens « de l'extrémité pointue » à éviter les effets indésirables ou les événements quasi fatals (situation dans laquelle on a évité de justesse au patient un handicap ou la mort) dépend directement ou indirectement d'un ensemble de facteurs « de l'extrémité arrondie » plutôt que « de l'erreur » isolée d'un praticien.

La cause d'un effet indésirable est décrite comme un facteur précurseur qui contribue à une réaction, à un effet, à une conséquence ou à un résultat. Une cause peut être directe en ce qu'elle précède immédiatement le résultat; c'est le cas d'un acte médical (injection du mauvais médicament). Une cause peut aussi être éloignée, tel un facteur structurel sous-jacent qui influence l'action, contribuant ainsi à l'issue que l'on connaît. L'analyse des causes profondes est une technique d'enquête systématique sur un effet indésirable ou un événement quasi fatal en vue d'en déterminer les causes directes et sous-jacentes ainsi que tout autre facteur contributif.

La définition des termes liés à la sécurité des patients représente un important défi, car une diversité de personnes, de professions, d'organisations et de cultures ont attribué leurs propres interprétations à ces termes. Cependant, l'élaboration d'une nomenclature commune et exhaustive est essentielle à la coordination efficace des activités locales, régionales et nationales en matière de sécurité des patients. Veuillez consulter l'annexe D pour obtenir un miniglossaire provisoire des termes relatifs à la sécurité des patients, qui pourront s'avérer fort utiles lors des discussions.

Le système de santé est un environnement fort complexe, intégré et interdépendant. D'autres facteurs peuvent avoir une incidence importante sur la quantité et le type d'effets indésirables associés aux soins de santé. Voici quelques éléments du système pertinents à l'étude des effets indésirables :

- les réductions du nombre de lits pour soins actifs;
- la complexité accrue des interventions diagnostiques et thérapeutiques qui entraînent une plus grande acuité chez les patients;
- les préoccupations concernant le fonctionnement sécuritaire et efficace de l'équipement désuet dans plusieurs établissements de santé au Canada;
- la pénurie connue de personnel soignant compétent dans des secteurs particuliers qui engendrent un surcroît de travail;
- une diminution des occasions de mentorat des novices dans les services qui souffrent d'un surcroît de travail et d'un taux élevé de roulement du personnel;
- une restructuration continue et des changements constants qui compromettent l'habileté de l'organisation à déterminer les questions à discuter et à élaborer des stratégies opportunes et appropriées pour traiter les déficiences d'une manière coordonnée;
- un grand volume de communications interpersonnelles et interprofessionnelles qui peuvent avoir une incidence directe sur l'habileté à détecter, à pallier ou à rétablir les effets indésirables évitables;
- une culture de blâme et de nombreuses structures organisationnelles hiérarchiques traditionnelles qui nuisent au signalement des effets indésirables et à toute discussion de suivi portant sur l'amélioration de la qualité;
- le potentiel de processus inadéquats pour l'accréditation et le système de privilèges des professionnels de la santé indépendants, de même que l'accréditation et l'inscription de

professionnels indépendants qui sont des employés, ce qui affecte directement la compétence du personnel soignant en pratique privée;

- le personnel soignant qui se dit affecté par une charge de travail excessive, l'épuisement professionnel, la fatigue, le travail par quarts, les périodes prolongées de travail sur demande et le travail de fin de semaine;
- l'environnement physique comme les changements technologiques qui peuvent améliorer la sécurité des patients ou ajouter de nouveaux risques, si le personnel n'a pas été bien guidé;
- les facteurs environnementaux tels qu'un faible éclairage et des planchers glissants qui peuvent nuire à la sécurité des patients;
- les protocoles et les politiques de l'endroit, de la région et de la province qui comprennent la réglementation de pratiques telles que la réutilisation de matériel médical ou de produits jetables;
- l'absence d'une infrastructure de technologie de l'information détaillée qui permette de reconnaître les effets indésirables, de suivre la tendance et de réagir aux effets indésirables.

Le décès de deux patients de l'Ontario (en 1999 et en 2002), causé par l'injection accidentelle de chlorure de potassium non dilué, s'ajoute aux exemples canadiens de facteurs du système qui peuvent contribuer à provoquer des effets indésirables. Le chlorure de potassium concentré est souvent mis en marché au Canada dans des ampoules de plastique et des flacons qui ressemblent aux contenants d'eau stérile, de solution saline ou d'autres substances généralement inoffensives. Si une certaine quantité de flacons sont entreposés dans l'unité de soins d'un patient, le personnel risque de prendre du chlorure de potassium concentré et de l'injecter à la place d'une autre substance. En enlevant le chlorure de potassium de l'unité, on annule la possibilité qu'arrive ce type d'acte non intentionnel.

Les patients ontariens étaient soignés dans le même hôpital à environ trois ans d'intervalle. Malheureusement, le chlorure de potassium n'avait manifestement pas été retiré en entier de l'unité à la suite du premier décès. Les mêmes facteurs sont restés inchangés jusqu'à l'injection fatale suivante. Apprendre des erreurs commises et partager des solutions gagnantes de même que des mesures de protection efficaces dans la manière d'utiliser les médicaments empêcheront de refaire les mêmes erreurs (Cohen, 1999).

Lorsque différents médicaments ont une conception de produit et des emballages similaires, le système comporte une plus grande probabilité d'erreurs. Les fabricants peuvent jouer un rôle clé dans l'amélioration de la sécurité des patients en collaborant avec le personnel soignant et en mettant au point des contenants, des étiquettes et des emballages propres à chaque produit qui permettent de les distinguer facilement.

Le système de santé peut être proactif et apprendre à repérer les facteurs contributifs qui aident à éviter d'infliger des torts ou même la mort aux patients.

## Améliorer le système

*« Tout processus est parfaitement conçu pour  
obtenir les résultats escomptés. »*

**Paul B. Batalden, M.D.<sup>1</sup>**

---

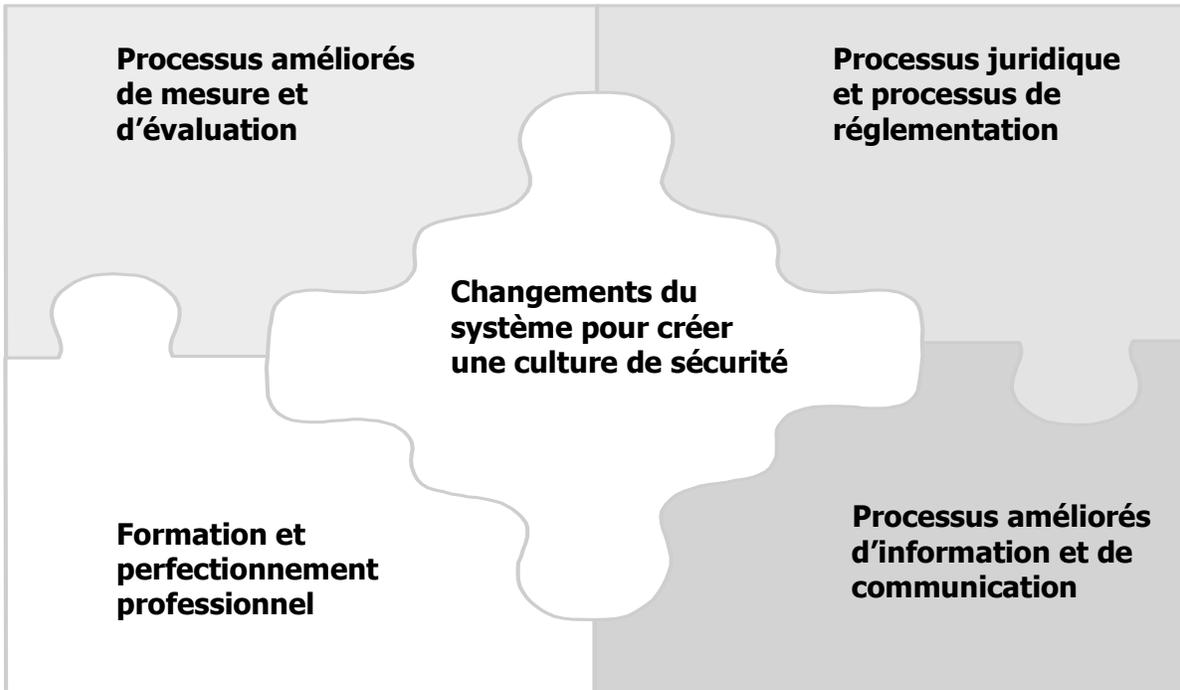
<sup>1</sup> Paul Batalden, de la *Dartmouth Medical School* et de l'*Institute for Healthcare improvement*, a servi cet argument à plusieurs reprises dans son enseignement sur l'amélioration des soins de santé.

## Accroître la sécurité du système: principes d'action

Voici des postulats décrits sous forme de principes d'action qui peuvent servir de fondement aux stratégies particulières dont nous recommanderons la mise en place dans le système.

- Le système de santé canadien est guidé par le mandat national de la *Loi canadienne sur la santé* et mis sur pied d'abord à l'échelle provinciale et territoriale. Ce système est perfectionné, dynamique et caractérisé par de nombreuses pressions des compétiteurs, particulièrement en ce qui concerne le rapport entre le financement et la qualité des soins. Un niveau de collaboration sans précédent entre tous les secteurs est crucial pour mettre en place une stratégie coordonnée et efficace d'amélioration de la sécurité des patients.
- La sécurité est un aspect fondamental des soins de santé de qualité. Pour l'améliorer, le système de santé doit instaurer, maintenir et améliorer une culture de sécurité.
- Le personnel soignant, les patients et tous les autres membres du système doivent être conscients que l'erreur humaine est inévitable et que les facteurs sous-jacents du système, comme le changement continu de ce système, contribuent à la plupart des événements quasi fatals, des effets indésirables et des incidents critiques.
- Les programmes de formation et de perfectionnement professionnel détaillés qui prônent, tant pour la pratique que pour l'apprentissage, une pratique fondée sur l'expérience clinique, une vérification périodique et une approche d'équipe, peuvent réduire la probabilité que se produise une erreur humaine.
- Le système de santé doit faciliter l'identification exhaustive des dangers qui menacent nos gens (p. ex., les patients, le personnel et le personnel soignant). Il faut procéder à une identification systémique en réaction à un effet ou à un résultat indésirable reconnu, mais, plus important encore, de façon proactive, soit avant l'apparition de problèmes. Cette identification doit aller de pair avec le signalement et l'enregistrement de ces dangers (et de tout effet indésirable ou événement quasi fatal associé) dans un réseau de bases de données.
- Le système de santé doit favoriser une atmosphère de confiance où l'on encourage et récompense la transparence et la franchise dans le signalement et l'enregistrement de problèmes potentiels ou réels. Aucun blâme ne sera porté contre les personnes qui signalent de tels problèmes, sauf contre ceux qui ne signalent pas les risques d'accident ou les incidents critiques, ou encore les actes de violence prémédités ou intentionnels contre des personnes, de l'équipement ou la propriété.
- Le système de santé doit encourager le partenariat parmi tous les bénéficiaires et les fournisseurs de soins. Ces partenariats exigeront une flexibilité de plus en plus grande du système de santé et une diminution du nombre de niveaux hiérarchiques. Ces partenariats, tant ceux des personnes que ceux des professions et des organisations, sont nécessaires pour améliorer efficacement toutes les lacunes opérationnelles et systémiques.
- Le système de santé doit montrer son habileté à construire à partir de ce qui est déjà connu dans d'autres secteurs et apprendre de son expérience et être désireux de mettre en œuvre des réformes majeures au besoin et être apte à le faire. Un tel système s'emploie à analyser l'information pertinente, à mettre au point des initiatives de sécurité économiques et fondées sur les résultats, ainsi que des normes de soins cruciales pour le processus d'amélioration; il reçoit aussi régulièrement des commentaires à propos des résultats découlant des stratégies visées.
- Le système de santé doit promouvoir une communication appropriée à tous ses partenaires (p. ex., les patients, le public et le personnel soignant) quant à l'information sur la sécurité relative aux questions touchant la santé. Une telle communication doit être soutenue par des modifications du système juridique et du système de réglementation qui favorisent également une prévention et une gestion efficace des risques.

**Accroître la sécurité du système :  
Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité  
des patients dans le système de santé canadien**



## **Accroître la sécurité du système : stratégie nationale intégrée d'amélioration de la sécurité des patients**

Prodiguer des soins de santé de haute qualité aux Canadiens va de pair avec des soins sécuritaires. Comprendre la complexité et les difficultés inhérentes au système constitue le premier pas vers un consensus de changement à l'échelle du système. L'étape suivante consiste à élaborer et à mettre en œuvre une stratégie nationale intégrée qui prête voix aux patients ainsi qu'au personnel soignant, aux organisations, aux établissements d'enseignement, aux organismes de réglementation professionnels et aux ordres de gouvernement fédéraux, provinciaux et territoriaux, et leur donne un rôle.

### **Les cinq éléments principaux pour accroître la sécurité du système :**

- 1. Créer un institut canadien pour la sécurité des patients pour faciliter l'élaboration d'une stratégie nationale intégrée d'amélioration de la sécurité des patients**  
Les responsabilités actuelles quant à la sécurité des patients sont largement réparties parmi les divers organismes professionnels et de réglementation qui ne partagent pas le même point de vue sur les questions en jeu ni la même vision d'avenir. Un des changements clés pour le système sera la création d'un organisme de coordination qui permettra un niveau sans précédent de collaboration au sein des secteurs de soins de la santé locaux, régionaux, provinciaux, territoriaux et fédéraux. Cette section comprend d'autres recommandations relatives aux stratégies à l'échelle du système.
- 2. Améliorer les processus juridique et de réglementation**  
Le contexte juridique et de réglementation actuel dans le domaine des soins de santé perpétue la peur du blâme et du procès. Par conséquent, les discussions de signalement et les processus d'amélioration de la qualité ne peuvent permettre un dialogue libre ni le partage de questions ou de préoccupations. Il y aura des recommandations clés visant à créer un environnement propice à l'amélioration de la sécurité des patients.
- 3. Améliorer le processus d'évaluation**  
L'absence d'infrastructure de technologie de l'information détaillée nous empêche d'identifier, de suivre la tendance et de réagir aux effets indésirables. Il y aura des recommandations clés visant à fournir les outils et les ressources nécessaires pour apporter des changements à l'échelle du système.
- 4. Établir des programmes d'éducation et de perfectionnement professionnel**  
Pour la plupart des membres du personnel soignant, les connaissances et les aptitudes particulières ayant trait à l'amélioration de la sécurité des patients ne font actuellement partie ni des programmes d'études, ni de l'éducation, ni des programmes de perfectionnement professionnel. Il y aura des recommandations visant à adopter une approche pédagogique multidisciplinaire coordonnée qui aidera à créer une masse critique d'expertise.
- 5. Améliorer les processus d'information et de communication**  
L'accès à une information claire et précise aidera le public de même que tous les autres intervenants du domaine de la santé d'abord à comprendre le système, puis à participer à son amélioration. Il y aura des recommandations visant à stimuler le dialogue, la compréhension et la participation.

Les cinq éléments principaux mèneront à une culture de sécurité où les mots se traduiront en actions permettant de réduire le risque pour les patients canadiens.

## **Changements à apporter au système pour créer une culture de sécurité**

Une culture et un environnement de sécurité ne peuvent naître instantanément, mais évolueront avec le temps selon les directives d'un organisme de coordination, avec l'engagement de tous les gouvernements et établissements de santé, pour fournir les fonds et les ressources de fonctionnement nécessaires à la réforme du système.

### **Recommandation**

- 1. Créer et soutenir un institut canadien pour la sécurité des patients (titre provisoire) à but non lucratif. Les membres, d'origine multidisciplinaire, seront constitués d'experts cliniciens, de théoriciens et d'experts en administration venus de partout au Canada, expérimentés dans les domaines de la sécurité et des soins de santé.**

*L'Institut canadien pour la sécurité des patients* collaborera avec les ministères territoriaux, provinciaux et fédéral de la Santé et d'autres autorités qui peuvent instituer des organismes ou donner des responsabilités relatives à la sécurité des patients, tant à des structures existantes qu'à de nouvelles structures comme le Health Quality Council en Saskatchewan. Comme la qualité des soins ne va pas sans la sécurité, il est prévu que *L'Institut* participera ou sera étroitement lié à toute structure nationale susceptible d'émerger dans le but de mesurer ou d'améliorer la qualité des services de santé au Canada. Il est important de discuter des notions de sécurité et de qualité pour être en mesure de reconnaître et de régler les questions superposées de mauvais usage, de surutilisation et de sous-utilisation des services de soins de santé, de même que les autres éléments tels que la satisfaction du patient, l'accès aux soins de santé et leur efficacité.

*L'Institut* proposé aura davantage un rôle de facilitateur que de responsable de l'exécution des actions liées à la sécurité des patients. *L'Institut* pourrait offrir une expertise reconnue dans l'amélioration de la sécurité des patients pour l'élaboration de modèles et de lignes directrices normalisés qui pourraient être modifiés par la suite pour répondre aux besoins des organismes locaux à l'échelle du pays. Les modèles pertinents incluraient des mécanismes de signalement, la terminologie et des stratégies de collecte de données, ainsi que des pratiques efficaces de réduction du risque de préjudices envers les patients. *L'Institut* travaillera aussi à minimiser la redondance et le chevauchement dans les activités liées à la sécurité des patients.

Il est possible que l'on recommande un certain nombre de pratiques cliniques et organisationnelles, de nouvelles technologies ou de nouveaux programmes, dont les programmes d'enseignement et les activités de soins aux patients, en guise de mesures destinées à améliorer la sécurité des patients. Les chercheurs, forts de leur expertise et de leur expérience, devraient se servir de plans de recherche et d'analyse appropriés pour évaluer ces pratiques, ces technologies et ces programmes nouveaux.

## ***Institut canadien pour la sécurité des patients***

### **(titre provisoire)**

L'*Institut canadien pour la sécurité des patients* est nécessaire pour coordonner, faciliter et stimuler les activités désignées par la stratégie nationale. Les mesures à prendre comprendraient un large éventail de politiques et de responsabilités d'évaluation.

- Promouvoir des changements juridiques et de réglementation afin d'améliorer le signalement des effets indésirables avec la détermination multidisciplinaire de facteurs contributifs et de recommandations d'amélioration.
- Assurer la liaison avec les gouvernements et les établissements de santé concernés pour élaborer ou modifier les politiques de sécurité des patients (dont celle sur le signalement et la divulgation).
- Promouvoir des processus efficaces de mesure et d'évaluation :
  - en collaborant avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour établir une infrastructure de technologie de l'information détaillée et des stratégies qui faciliteront l'amélioration de la sécurité des patients;
  - en révisant la justesse des données canadiennes sur la sécurité des patients lorsqu'elles seront disponibles et en donnant des commentaires aux autorités locales sur les tendances remarquées;
  - en facilitant la collecte et les méthodes de diffusion pour mesurer efficacement les effets indésirables de même que les programmes et les projets de conversion de données en savoir, puis en actes à tous les échelons du personnel soignant;
  - en recommandant de nouvelles pratiques ou technologies dont l'efficacité d'amélioration de la sécurité des patients est établie;
  - en contribuant à la mise au point d'un échéancier de recherche en vue de mesurer les effets indésirables et en réfléchissant à des pistes sur la cause de ces effets (l'analyse détaillée doit être faite par le personnel chargé de l'évaluation ou des consultants).
- Promouvoir l'élaboration de normes nationales et de points de repère ainsi que d'indicateurs de processus et de résultats sur la sécurité des patients.
- Soutenir la mise sur pied d'un programme de formation ou de perfectionnement professionnel sur les soins de santé portant sur l'amélioration de la sécurité des patients.
- Soutenir la mise sur pied d'un programme d'information et de communication pour l'amélioration de la sécurité des patients.

### **Recommandation**

- 2. Établir des pratiques, des technologies et des programmes nouveaux, recommandés par l'*Institut canadien pour la sécurité des patients* ou d'autres organes semblables, si cela s'avère pertinent, et les soumettre à une évaluation scientifique qui comprendrait les coûts et les bénéfices potentiels.**

L'*Institut canadien pour la sécurité des patients* devrait collaborer avec les chercheurs voulus pour faire en sorte que ces évaluations soient aisément disponibles pour les organisations et le personnel soignant intéressés. L'*Institut* ne referait pas le travail des structures d'évaluation existantes et ne s'engagerait pas non plus dans la réglementation de nouveaux produits ou de nouvelles procédures.

### **Recommandation**

#### **3. Instaurer dans le système des changements réputés pour améliorer la sécurité des patients.**

L'amélioration de la sécurité des patients est le résultat de trois actions interdépendantes : éviter les effets indésirables, faire connaître ces effets et réduire leurs conséquences, le cas échéant. Il y a un courant de témoignages qui émerge concernant les stratégies particulières qui peuvent améliorer la capacité du système à éviter, à détecter et à modérer les conséquences des effets indésirables. Les établissements de santé doivent revoir leurs processus pour les améliorer et adopter des pratiques efficaces qui conviennent à leur environnement, compte tenu des contraintes pratiques et financières.

L'administration de médicaments est un exemple d'un processus qui peut profiter des changements à apporter au système. Des éléments probants montrent que le taux d'erreurs liées à la médication est plus faible dans des systèmes de médication uni-dose que dans des systèmes traditionnels ou des systèmes de salle commune. Une étude pertinente a été menée en 1991 au Toronto Hospital for Sick Children (O'Brodovich et Rappaport, 1991), lors de sa brillante conversion au système de médication uni-dose. Dans cette étude, les taux d'erreur de médication observée (excluant les erreurs temporelles) ont diminué de 10,3 % à 2,9 % lorsque le système traditionnel de distribution des médicaments a été remplacé par un système uni-dose. L'étude a aussi montré une réduction de 4 % dans les coûts liés à la médication ainsi qu'une réduction du pourcentage du temps pris par le personnel infirmier pour les activités liées à la médication.

En dépit des avantages prouvés pour la sécurité et de l'efficacité des coûts des systèmes uni-dose, la majorité des hôpitaux canadiens utilisent toujours les systèmes traditionnels de distribution des médicaments, qui dépendent fortement de la vigilance humaine. Le plus récent *Hospital Pharmacy in Canada Annual Report (1999-2000)* affirme que seulement 26 % des 115 hôpitaux répondants ont des services de distribution des médicaments uni-dose ou décentralisés et automatisés qui desservent 90 % ou plus de leurs lits.

### **Recommandation**

#### **4. Officialiser la responsabilité et la responsabilisation en ce qui concerne la sécurité des patients au sein des structures de gestion et des processus cliniques de tous les établissements de santé.**

Pour rendre possible un changement de type organisationnel et culturel, il est primordial de définir clairement les responsabilités et les responsabilisations pour assurer la sécurité des patients lors d'effets indésirables, de situations dangereuses ou d'événements quasi fatals. Les établissements de santé doivent refléter leur engagement en ce qui a trait à la sécurité des patients dans leur vision, leur mission, leurs valeurs, leurs budgets, leurs structures de gestion et leurs processus cliniques.

## **Recommandation**

### **5. Concevoir et mettre en œuvre des programmes adaptés aux besoins des patients relativement à la réception, à l'examen et à la gestion des préoccupations vécues dans les établissements de santé.**

Les plaignants doivent être des partenaires dans le processus de résolution et communiquer ouvertement quand il s'agit de divulguer les faits. À l'heure actuelle, un système accusatoire dans lequel la punition est le dénouement désiré a comme résultat d'isoler les différents joueurs. Une réunion d'équipe organisée en temps opportun après un effet indésirable facilitera la discussion et, dans certains cas, la médiation, en ayant comme objectif de trouver une solution satisfaisante pour tous les participants. Un refus de discuter de ces préoccupations peut mener à faire craindre qu'une plainte formelle à l'organisme d'attribution des permis ou une poursuite judiciaire soient les deux seules options pour les plaignants.

Les patients et leur famille peuvent exposer leurs préoccupations sur les soins prodigués au personnel soignant (médecins, infirmières, etc.), au personnel de la gestion, aux organismes de réglementation, aux gouvernements et peut-être aussi aux autres intervenants. Ces préoccupations peuvent consister en des dangers, en des effets indésirables ou en des événements quasi fatals liées à des problèmes du système ou au rendement du personnel soignant. En tant que telles, ces préoccupations peuvent se révéler de belles occasions pour améliorer le personnel ou le système.

Un programme de gestion des préoccupations des patients, avec rapport public, peut contribuer à la mise sur pied d'un processus transparent pour traiter les questions portant sur la qualité des soins.

Pour de plus amples renseignements et une meilleure compréhension des questions liées au système, veuillez consulter l'annexe E – Système de gestion-cadre [The Framework Matrix] : Groupe de travail sur les questions liées au système.

## **Processus juridique et processus de réglementation**

Le contexte juridique et de réglementation actuel dans le domaine des soins de santé perpétue la peur du blâme et du litige, ce qui peut faire en sorte que des effets indésirables ne soient pas inscrits dans le dossier de santé ou, à tout le moins, communiqués verbalement à la personne responsable. Le personnel soignant a le fardeau de la perfection quant à ses connaissances, à ses habiletés et à son jugement, et n'est généralement pas encouragé à révéler des situations dangereuses, des effets indésirables ou des événements quasi fatals ou à en discuter. Même si l'information est dévoilée, les intérêts s'opposent. D'une part, il y a la nécessité d'être en mesure de collecter, d'analyser et de partager l'information; d'autre part, il y a le besoin de protéger la confidentialité des individus et de protéger l'information recueillie au cours de l'étude organisationnelle ou réglementaire d'un effet indésirable. L'adoption d'une culture de sécurité reposera sur un meilleur signalement et une meilleure discussion sur les facteurs contributifs au sein des autorités et entre elles.

### **Recommandation**

#### **6. Adopter des politiques de signalement non punitives appuyées par une démarche d'amélioration de la qualité au sein du système de santé.**

Le système de santé doit instaurer une atmosphère de confiance où l'on encourage et récompense l'ouverture et la franchise dans l'identification et le signalement des problèmes, ou de problèmes potentiels. Aucun blâme ne devrait être porté sur quiconque après un signalement, sauf si la personne a négligé de rapporter des risques d'accident ou des incidents critiques, ou encore des actes de violence prémédités ou intentionnels envers des personnes, de l'équipement ou la propriété.

### **Recommandation**

#### **7. Normaliser la réglementation sur la confidentialité des renseignements médicaux personnels dans l'ensemble du pays pour faciliter l'accès à l'information sur la sécurité des patients, tout en respectant la confidentialité des patients et des fournisseurs.**

Les ministères provincial et fédéral doivent établir les compétences législatives nécessaires pour obtenir et partager l'information sur la sécurité des patients avec toutes les autorités pertinentes. Un meilleur accès à l'information sur la sécurité des patients résultera en une meilleure compréhension des dangers particuliers pour les patients et des stratégies qui se sont révélées efficaces pour contrer ces risques. En ouvrant les portes de la communication, on réduira le sentiment d'isolement que vivent aujourd'hui les personnes et les organisations.

Les changements législatifs doivent non seulement faciliter le partage de l'information, mais aussi fournir l'occasion de coopérer à l'étude d'un cas de patient en particulier. Par exemple, il est possible qu'un effet indésirable unique soit étudié par le bureau du médecin légiste, les organismes de réglementation médicale et l'hôpital ou la régie régionale de la santé où est survenu l'incident. Une étude de collaboration facilitera une définition multidisciplinaire des facteurs contributifs et la détermination d'un ensemble de recommandations visant à améliorer le rendement des personnes ou du système.

On a l'impression que les organismes de réglementation abordent les effets indésirables évitables dans les soins de santé en recherchant et en éliminant les « pommes pourries » plutôt qu'en mettant l'accent sur l'amélioration au moyen de la formation et de mesures correctives. La perception d'une approche de type « pomme pourrie » empêche les organismes de réglementation de chercher efficacement parmi les problèmes systémiques et autres causes profondes. Tous les organismes de réglementation des soins de santé doivent aller de l'avant et adopter la pratique d'une réglementation qui suppose une amélioration continue, l'apprentissage de pratiques efficaces, une prise de décisions fondée sur les données et l'adoption de l'innovation créative.

## **Recommandation**

### **8. Accorder davantage d'importance à l'amélioration au moyen de formation et de mesures correctives, et non par reproches et des sanctions, dans les processus juridiques, réglementaires et liés aux ressources humaines.**

En choisissant de comprendre et d'améliorer les causes sous-jacentes des effets indésirables dans les soins de santé, on accordera une plus grande importance aux dimensions de la structure et du processus, de même qu'au rendement individuel. Les corrections doivent aider le professionnel de la santé à faire ce qu'il doit faire et à le faire correctement (p. ex., conception du produit, conception de la fabrication du produit, normalisation) au sein du système.

Il faut rétablir l'équilibre entre l'évaluation et l'amélioration du rendement d'une personne et la résolution des problèmes systémiques. Les organismes de réglementation continueront d'évaluer la compétence et le rendement de leurs membres et d'y remédier au besoin en se servant aussi d'autres mesures pour améliorer la sécurité des patients. Une fois révélée, l'incompétence doit être corrigée. À l'occasion, cela supposera des restrictions dans la pratique ou même l'interdiction de pratiquer. Dans la mesure du possible, il faudrait repérer et régler les problèmes sous-jacents qui nuisent au rendement; ces problèmes doivent rester l'objectif premier lors des résolutions de problèmes de performance.

En 1993, la Fédération des ordres des médecins du Canada a lancé un projet pour s'assurer que les médecins dans la pratique maintiennent un niveau approprié de rendement durant toute leur vie professionnelle. Quatre critères principaux de rendement ont été établis : la compétence, le comportement, la santé ou la bonne forme physique et l'utilisation des ressources. On a préparé un modèle canadien de suivi et d'amélioration du rendement des médecins qui accorde une importance particulière au fait que la Fédération des ordres des médecins du Canada doit collaborer avec les autres organismes médicaux à la prévention, à l'évaluation et aux mesures correctives des problèmes de rendement des médecins. Il y est question du rôle important que les organismes d'attribution des permis jouent dans le suivi et la rétroaction de tous les médecins.

Les structures éthiques personnelles et professionnelles guident également les décisions et les actions des professionnels de la santé, tant comme individus que comme membres d'institutions. Un comportement éthique est crucial pour instaurer une culture de sécurité et il doit clairement faire partie des stratégies d'amélioration.

Pour cesser de porter le blâme sur les professionnels de la santé et adopter plutôt une approche visant l'amélioration de la qualité en accordant une attention particulière à l'apprentissage tiré des effets indésirables qui auraient pu être évités, il faut miser sur une éducation efficace du public et sur le soutien qui en découlera. Les médias joueront un rôle critique dans la compréhension équilibrée du problème et des mesures d'amélioration.

Dans une approche de responsabilisation, il est correct et reconnu de recourir à un procès civil pour tenir responsable un praticien ou un établissement de santé. Par exemple,

même si le médecin a une importante responsabilité envers le bien-être de ses patients (y compris envers les décisions d'ordre médical qu'il a prises), l'hôpital ou l'établissement où les soins ont été prodigués a aussi la responsabilité des actes de ses employés. Cet arrangement crée souvent une situation où deux assureurs distincts et le personnel soignant anticipent une poursuite judiciaire. La complexité s'accroît si un organisme de réglementation enquête également sur les circonstances. Les parties devraient s'efforcer de coopérer et de communiquer davantage pour résoudre le conflit par médiation, si cela s'avère possible. Maintenir un contexte d'adversité judiciaire n'aide pas la cause du patient.

Dans un tel contexte, le personnel soignant est naturellement soucieux de fournir l'information ou de participer à des discussions sur l'amélioration de la qualité qui peuvent par la suite jouer contre lui dans une autre situation. Un passage efficace de l'actuelle culture de blâme vers une culture qui encourage la divulgation et les discussions sur les effets indésirables requerra l'accord et le soutien du personnel soignant concerné. Leurs carrières peuvent souffrir de conséquences dévastatrices en cas de oui-dire ou de conclusions prématurées fondées sur une information inexacte; il faudrait mettre en place des mesures de protection pour permettre une révision efficace des faits par les pairs.

À des degrés divers, les professionnels de la santé perçoivent un manque de protection personnelle quant à l'information donnée sur l'amélioration de la qualité ou les processus de révision par les pairs sous différentes autorités. Lorsqu'elle existe, une telle protection juridique (privilège de non-divulgation) est habituellement contenue dans la *Loi sur la preuve* de chaque province qui stipule généralement qu'il n'est pas nécessaire de produire en cour les documents et les renseignements recueillis par les comités. Toutefois, la réglementation peut être désuète; souvent elle est souvent incompatible et ne fournit pas adéquatement une approche multidisciplinaire des soins de santé ni la gamme complète de soins (p. ex., les cliniques communautaires, les soins à domicile et les services médicaux d'urgence).

### **Recommandation**

- 9. Revoir et, s'il y a lieu, modifier la *Loi sur la preuve* et la réglementation afférente dans tous les champs d'application canadiens pour s'assurer que l'information et les avis liés à la sécurité des patients et les discussions sur l'amélioration de la qualité, la documentation pertinente et les rapports ne seraient pas révélés en cas de poursuite judiciaire. La protection s'étendrait aux cas où cette information est utilisée à l'interne ou partagée avec d'autres dans l'unique but d'améliorer la sécurité et la qualité. La formulation des lois visées doit faire en sorte que tous les faits liés à un effet indésirable soient enregistrés dans un dossier de santé auquel le patient ou le plus proche parent désigné a accès, et qu'ils ne soient pas considérés comme privilégiés.**

Les changements législatifs contribueront à créer un environnement qui incite à rapporter les facteurs contributifs et les changements de médecin ou de système recommandés et à en discuter. L'information peut alors être ajoutée à un service d'archives provincial ou pancanadien de façon anonyme pour que les leçons tirées soient accessibles

partout au Canada sans devoir divulguer de l'information confidentielle sur un patient ou un praticien.

La Saskatchewan a présenté de nouvelles exigences concernant le signalement d'incidents critiques qui dispensent les personnes et les organisations de divulguer de l'information sur des incidents critiques et de signaler ces incidents. Les faits entourant l'incident demeurent accessibles, mais la discussion sur ces événements est protégée. Cette réglementation facilitera la centralisation du signalement d'incidents critiques et promouvra un environnement dans lequel les professionnels de la santé concernés peuvent discuter de leurs opinions et de leurs recommandations dans un contexte confidentiel d'amélioration de la qualité.

Des rapports indépendants (p. ex., Prichard et Dubin) ont dégagé des problèmes liés à la réforme de l'actuel système de responsabilité civile délictuelle ou quasi délictuelle, mais le contenu de ces rapports et leurs recommandations n'ont pas été assez pris en considération. De nombreux assureurs différents sont au service du praticien indépendant et des préoccupations de responsabilité corporative inhérentes aux soins de santé. Des intérêts opposés et l'importance accordée au litige pour en venir à un accord peuvent nuire au dialogue ouvert et à la discussion sur un effet indésirable. Un examen détaillé de ces questions et des solutions possibles dépasse le mandat de ce rapport; néanmoins, il est évident qu'une recherche est nécessaire pour examiner le potentiel du système de responsabilité civile délictuelle ou quasi délictuelle ou la réforme des assurances pour contribuer à la sécurité des patients.

### **Recommandation**

- 10. Tenir des discussions concernant les systèmes de responsabilité civile délictuelle ou quasi délictuelle et d'assurance santé et leurs effets sur la sécurité des patients en ayant pour but de faire des recommandations qui pourraient contribuer à une culture de sécurité dans le système de santé du Canada.**

Même s'il est nécessaire de modifier la loi pour changer le contexte juridique et réglementaire, l'instauration d'une culture de sécurité peut et doit mettre en application les différentes stratégies qui peuvent l'être à court terme.

### **Mesure et évaluation**

Une compréhension approfondie des effets indésirables survenant dans les soins de santé s'avère impossible sans des processus de mesure et d'évaluation complets qui permettent de déterminer où et pourquoi les patients courent un risque. La connaissance des types d'effets indésirables qui se produisent dans le système de santé du Canada et les stratégies visant à réduire leur incidence doivent être partagées parmi tous les établissements dans l'ensemble du Canada. Les stratégies qui contribuent à fournir une information additionnelle et une meilleure compréhension doivent être traitées en priorité.

Les systèmes de surveillance efficaces qui servent à évaluer l'incidence des événements quasi fatals, des effets indésirables et des incidents critiques sont importants pour évaluer le rendement du système et pour cerner les zones susceptibles d'amélioration. Il y a incident critique quand il existe un risque significatif de perdre un membre, une fonction ou même la vie, ou quand il y a effectivement perte d'un membre, d'une fonction ou de la vie; l'incident est considéré comme « critique » parce qu'il indique la nécessité d'une enquête et d'une réaction immédiates. Les mécanismes actuels d'identification de ces événements et incidents sont incomplets.

Le Canada reste en arrière de plusieurs pays en matière de conception d'outils de mesure. Un certain nombre de systèmes de surveillance conçus à l'étranger pourraient être implantés ici; cependant, ils doivent subir une évaluation relativement à leur utilité dans les hôpitaux et les unités de soins ambulatoires. Les systèmes de surveillance doivent aussi être complets et précis et doivent comporter des mesures pour protéger la confidentialité des patients.

### **Recommandation**

#### **11. Mener une analyse de la faisabilité et du coût de systèmes de surveillance pour éviter les effets indésirables, les incidents critiques et les événements quasi fatals.**

Le but de l'analyse est de déterminer quels systèmes conviendraient le mieux au contexte des soins de santé canadien. Il peut y avoir nécessité, pour plusieurs de ces systèmes, de vérifier si les données peuvent être traduites en information, en action et en évaluation pour tous les processus pertinents. De plus, il faut considérer des stratégies efficaces pour lier l'information d'un système de surveillance à des activités d'amélioration; cela est essentiel pour que les résultats de ces analyses contribuent à améliorer les soins et pas seulement à mieux signaler les effets indésirables.

Une combinaison de la surveillance des effets indésirables fondés sur un programme canadien, provincial, régional, organisationnel et des systèmes de déclaration sera probablement nécessaire pour obtenir toute l'information pertinente. Voici les aspects fondamentaux à examiner :

- la nature de la participation (volontaire ou obligatoire);
- les attitudes et les perceptions des professionnels de la santé;
- la portée et le champ d'application du système;
- la propriété des données et les liens hiérarchiques;
- le coût (dont les heures de travail du personnel et les autres ressources);
- la définition des événements à suivre et à signaler;
- la rapidité de production des rapports et leur précision.

L'examen doit être donné en sous-traitance à des unités d'évaluation universitaires ou à des consultants qui seraient mandatés pour choisir de tels systèmes et les évaluer selon des critères et une méthodologie exhaustifs. Comme les systèmes de surveillance des hôpitaux sont plus perfectionnés, il pourrait être utile de présenter deux évaluations : une pour les systèmes institutionnels et une autre pour les fournisseurs de la communauté.

Un rapport qui décrit en détail les forces, les faiblesses et les coûts de chaque système doit être envoyé à l'*Institut canadien pour la sécurité des patients* pour y être examiné. Les associations de la santé, les groupes professionnels et les gouvernements doivent aussi se faire remettre un exemplaire de ce rapport.

### **Recommandation**

#### **12. Recommander les types de systèmes de surveillance, y compris les indicateurs pertinents sur la sécurité des patients que le système de santé du Canada devrait mettre au point et soutenir. Les recommandations reposeraient sur les résultats de l'étude proposée à la recommandation 11.**

L'examen proposé de systèmes de surveillance énumérera un certain nombre d'options ayant une cote élevée quant à leur implantation possible. Cependant, le rendement de tels systèmes doit être vérifié avant leur implantation à grande échelle en investissant dans des projets pilotes. Des évaluations bien conçues pourront vérifier l'efficacité de ces systèmes au Canada et aider à déterminer les ressources nécessaires à leur implantation. Ces projets pilotes pourraient comporter des essais de systèmes de déclaration organisationnels et régionaux, de même que l'évaluation de renseignements informatisés et de systèmes d'aide à la décision, dont des systèmes d'entrée des commandes informatisées pour les médecins. L'évaluation devrait comprendre les éléments suivants :

- l'évaluation de la faisabilité;
- la qualité des données;
- la rentabilité;
- les contributions pour déterminer les améliorations à apporter aux soins.

Les projets pilotes dans différents environnements permettront d'évaluer la compatibilité de ces systèmes avec les réseaux d'information sur la santé régionaux existants ou prévus et les systèmes d'information locaux.

La conception d'indicateurs de la sécurité des patients doit être liée à une structure appropriée en collaboration avec les nombreuses autres activités provinciales et nationales dans le domaine de la conception de l'indicateur.

### **Recommandation**

#### **13. Obtenir du financement des autorités fédérales, provinciales ou territoriales pour investir dans les infrastructures de la technologie de l'information qui acceptent l'identification normalisée, le signalement et le suivi de l'information sur la sécurité des patients.**

Les pressions budgétaires au sein de tous les secteurs des soins de la santé ont engendré un manque de financement pour d'importantes occasions en matière de technologie de l'information et de précieux dollars pour les soins de santé continuent de se perdre dans des systèmes de technologie de l'information qui ne peuvent pas partager leurs données facilement. La surveillance et l'amélioration de la sécurité des patients seront

fragmentées et fermées jusqu'à ce que le signalement coordonné et la gestion des données soient choses réelles.

Il est essentiel que les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé travaillent ensemble à créer une infrastructure de technologie de l'information complète pour soutenir un réseau de systèmes de déclaration. Ces efforts doivent aller de pair avec le travail actuel pour mettre sur pied une structure d'information électronique du patient grâce à l'initiative Inforoute santé au Canada. Il faut aussi préparer des définitions de données standards et élaborer des protocoles de collecte de données.

### **Recommandation**

- 14. Adopter la « sécurité des patients » comme thème transversal ou zone désignée pour les concours de recherche appuyés par l'Institut de recherche en santé du Canada, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé ou d'autres organisations subventionnaires, pour motiver les chercheurs canadiens à entreprendre des études dans ce domaine.**

Les organismes subventionnaires majeurs et les autres organismes de financement au Canada financent peu la recherche scientifique sur les effets indésirables, la sécurité des patients et l'amélioration du système. Une attention particulière sur ces sujets de même que du financement augmenteraient l'intérêt des chercheurs canadiens. Une telle recherche fournirait une information précieuse pour l'amélioration de la sécurité et l'évaluation de l'efficacité des activités actuelles et proposées.

*L'Institut canadien pour la sécurité des patients* devrait organiser une réunion avec les dirigeants des organismes subventionnaires pour déterminer les moyens d'augmenter l'étendue de la recherche, dont les projets de recherche appliqués et pertinents à la politique. Les experts canadiens et internationaux doivent se rencontrer pour définir un programme de recherche sur la sécurité des patients et la réduction des effets indésirables.

### **Éducation et perfectionnement professionnel**

Pour être utile, l'information doit être analysée et convertie en action. Ce sont souvent des équipes et non des individus qui prodiguent les soins de santé. Pour améliorer la sécurité et la qualité des soins de santé, la formation, le perfectionnement professionnel et l'inspection professionnelle s'avèrent nécessaires. Les mesures locales ont besoin d'équipes en soins de santé talentueuses et multidisciplinaires pour apporter des améliorations dans la sécurité des patients.

Une stratégie coordonnée met en valeur le perfectionnement professionnel et l'éducation. Tout le personnel des soins de santé se verra offrir une formation sur le signalement, l'éducation et la mesure. L'information et le dialogue sur le dévoilement personnel d'un effet indésirable et des stratégies pour s'attaquer aux émotions qui s'ensuivent seront mis en évidence.

En construisant sur les efforts passés avec une approche coordonnée, on pourra augmenter la probabilité de changements efficaces. Certaines des premières activités sur la sécurité des patients ont eu lieu dans la spécialité de l'anesthésie :

- les premières études appliquées de l'erreur humaine en médecine;
- l'étude des revendications de négligence professionnelle pour identifier les risques;
- la diffusion à grande échelle de l'information sur la sécurité des patients;
- l'élaboration de normes de soins;
- la simulation pour la recherche et l'éducation.

Parmi les autres contributions à la sécurité des patients se trouvent la disponibilité de médicaments plus facilement contrôlables et ayant moins d'effets secondaires, un enseignement et une formation améliorés, une sécurité plus grande liée aux appareils d'anesthésie et aux connections à divers gaz médicaux et l'évolution d'une culture qui accorde la priorité à la sécurité.

Les leçons tirées dans le domaine de l'anesthésie peuvent et doivent être appliquées aux autres spécialités.

### **Recommandation**

#### **15. Créer et mettre sur pied des programmes de formation et de perfectionnement professionnel pour améliorer la sécurité des patients.**

Un programme de formation et de perfectionnement professionnel pour les étudiants universitaires, les diplômés et les étudiants des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles doit être entrepris avec l'appui de l'*Institut canadien pour la sécurité des patients*, en collaboration avec les associations en soins de santé, les établissements universitaires et les organismes de réglementation.

- Évaluer les efforts de formation actuels pour choisir les pratiques efficaces et encourager la construction d'un système national conçu pour offrir aux professionnels de la santé les connaissances, les habiletés et les attitudes requises pour garantir des soins de santé sécuritaires.
- Stimuler les projets locaux et régionaux et faire en sorte que les leçons tirées de l'expérience soient le plus possible partagées.
- Construire sur le savoir et les habiletés existantes en plus de respecter les besoins uniques des divers professionnels de la santé et des spécialités à l'aide d'une « Demande de proposition » pour mettre sur pied des programmes particuliers :
  - de simulations interdisciplinaires sur des soins de santé à risque élevé et des interventions d'urgence;
  - de programmes de formation continue pour des spécialités telles que l'obstétrique.

- Recruter des professionnels de la santé multidisciplinaires qui seront formés pour être reconnus comme des « experts en sécurité » et qui auront le mandat suivant :
  - collaborer aux normes de formation nationales;
  - créer un curriculum applicable à tous les domaines d'expertise avec les organismes d'accréditation concernés dans les disciplines de la santé en incorporant les normes des programmes de formation dans leurs programmes d'accréditation;
  - déterminer les outils et les données nécessaires pour bâtir le curriculum;
  - déterminer les moyens d'atteindre cet objectif au sein des rroupes de formation particuliers.
- Encourager la mise sur pied d'un programme principal pour encadrer les « experts en sécurité ». L'objectif pour les trois à cinq premières années serait d'avoir au moins un expert dans chaque hôpital et chaque établissement de santé important du pays. Le programme comprendrait des disciplines propres aux diverses spécialités et encouragerait les participants à mener et à coordonner les programmes de sécurité des patients locaux et nationaux.
- Évaluer régulièrement si les programmes de formation sont assez efficaces pour réduire le nombre d'effets indésirables évitables.

### **Recommandation**

#### **16. Mettre en place des programmes éducatifs et de perfectionnement professionnel continus pour améliorer la sécurité des patients en collaboration avec les organismes accréditifs nationaux, les établissements universitaires, les autorités provinciales d'accréditation (pour les évaluations par les pairs) ainsi que les établissements de santé et les sociétés de recherche.**

Un réseau d'experts provincial et local en formation doit diriger les initiatives de formation et de perfectionnement professionnel nécessaires pour en arriver à une culture de sécurité dans les soins de santé. Les stratégies de mise sur pied et d'amélioration de ce réseau devraient comprendre les éléments suivants :

- Parrainer des conférences provinciales ou dans des centres hospitaliers universitaires sur la sécurité des patients; tout le personnel soignant ou seuls les membres d'une discipline ou d'une spécialité pourraient y participer.
- Inclure le thème de la sécurité des patients dans les programmes d'enseignement médical continu et les lignes directrices cliniques qui s'y rapportent fournies par les organismes médicaux provinciaux et les sociétés nationales de spécialistes.
- Promouvoir la mise sur pied d'un comité directeur provincial ou d'un comité de coordination local pour la mise sur pied de la formation et l'implantation de la

sécurité des patients (la structure peut être similaire à celle du Ontario Guidelines Council).

### **Favoriser le savoir par l'information et la communication**

L'accès rapide à une information pertinente sur la sécurité des patients est la philosophie fondamentale de l'*Institut canadien pour la sécurité des patients*. Le public, le personnel soignant, les organismes, les établissements d'enseignement, les organismes de réglementation, les associations professionnelles, les gouvernements et d'autres partenaires en soins de santé ont besoin de recevoir une information pertinente et de discuter de ce qui compose leurs rôles et leurs responsabilités. Le dialogue et le débat qui en résultent constitueront une importante base pour l'implantation efficace de la stratégie nationale.

L'opinion du public sur les sujets de préoccupation quant au tort qui peut être causé dans le système de soins de santé et les améliorations proposées pour la sécurité des patients sont des éléments essentiels en vue de favoriser la connaissance par l'information et la communication. Être à l'écoute des patients et de leur famille qui racontent leurs expériences et font part de leurs observations au fur et à mesure qu'ils apprennent à connaître le système de santé ne peut que contribuer à fournir des idées uniques et grandioses.

### **Recommandation**

#### **17. Faire rapport publiquement des mesures de la qualité et de la sécurité dans les soins de santé.**

Il faut inclure dans les mesures de la qualité et de la sécurité des soins de santé annoncées publiquement de l'information de base sur les bénéfices généraux des soins de santé, mais l'on doit mettre l'accent sur la compréhension des risques, des effets indésirables et des événements quasi fatals du système. Les rapports seront incorporés dans un certain nombre de publications fédérales, provinciales, territoriales et non gouvernementales (telles que l'Institut canadien d'information sur la santé). L'information comprendra aussi les éléments suivants :

- des estimations de la fréquence et de l'incidence (y compris l'aspect financier) des effets indésirables dans les soins de santé, tant au Canada qu'à l'étranger;
- une description des mesures prises pour réduire les effets indésirables évitables et les coûts inhérents;
- une attention particulière sur les initiatives portant sur la sécurité des patients, anciennes et nouvelles, dans le système de santé du Canada;
- des stratégies d'amélioration de la sécurité des patients (dont celles que présente ce rapport).

### **Recommandation**

**18. Élaborer du matériel éducatif destiné au public sur les mesures d'ordre personnel d'amélioration de la sécurité dans les soins de santé.**

*L'Institut canadien pour la sécurité des patients* facilitera l'élaboration de matériel éducatif, y compris des dépliants pour les patients. Ce matériel devrait contenir de l'information sur les droits et les responsabilités des patients, les stratégies de communication en vue de parler des questions sur la sécurité des patients et les mesures d'ordre personnel que le public peut adopter pour réduire le risque de vivre un effet indésirable évitable. Les documents doivent être rédigés de façon que le public puisse bien comprendre l'information présentée.

**Recommandation**

**19. Créer un site Web pour faciliter le partage des ressources et des discussions sur la sécurité des patients.**

L'information doit être accessible à tous les partenaires en soins de santé, et ce, jour et nuit, tous les jours de la semaine. Comme Internet peut fort bien répondre à ce besoin, la technologie peut être utilisée pour faciliter les discussions en ligne ou le partage d'expériences vécues. Le site Web doit être conçu avec le soutien de *l'Institut canadien pour la sécurité des patients*. Veuillez consulter l'annexe F pour obtenir un plan d'action portant sur l'information et la communication.

**Gouvernance**

Pour améliorer la sécurité des patients, les structures existant sur les plans local, provincial et national doivent être informées et efficaces. Les attributs clés seraient les suivants :

- un groupe responsable de la création d'une culture de sécurité;
- la sécurité des patients définie comme une priorité organisationnelle ayant des responsabilités et des responsabilisations officielles;
- des ressources destinées à améliorer la prise de conscience de l'existence des risques et leur compréhension;
- des efforts soutenus pour déterminer et adopter des pratiques efficaces d'amélioration de la sécurité des patients;
- le mentorat de novices et l'appui des experts locaux en sécurité des patients;
- la participation à des partenariats pour améliorer les stratégies locales, provinciales et nationales de sécurité des patients.

***L'Institut canadien pour la sécurité des patients* (titre provisoire) – Structure de l'autorité**

Une consultation sur la structure de l'autorité aura lieu prochainement; toutefois, voici quelques-uns des principes directeurs :

- L'adhésion à l'organisme dirigeant fondé sur un large éventail de dirigeants et d'intervenants que la sécurité des patients intéresse et qui ont de l'expertise dans le domaine et qui ne sont pas nommés pour représenter des organismes
- La représentation publique de l'organisme dirigeant
- La planification de la succession pour garantir un leadership bien informé et efficace
- Des lignes directrices sur le conflit d'intérêt pour garantir des processus ouverts et transparents
- Les professionnels de la santé, les organismes (dont les assureurs), les organismes de réglementation, les associations, les institutions (dont le milieu de l'enseignement), les fabricants et les compagnies pharmaceutiques invités à soutenir le travail de l'Institut
- La responsabilisation du public et des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux
- Une structure sans lien de dépendance face au gouvernement et aux organismes de réglementation
- Un rôle important dans l'éducation du public et les services d'assistance judiciaire
- L'étude et l'évaluation de l'efficacité de l'*Institut* dans cinq ans

Il y aurait des mécanismes définis pour les organisations, dont ceux qui ont soutenu le mandat du Comité directeur national sur la sécurité des patients, pour être affilié à l'*Institut* d'une manière volontaire et non représentative. Cette affiliation aurait comme mission de fournir des avis, de mettre des programmes sur pied et de parrainer la collaboration au sein du continuum des soins de santé. Vous trouverez des exemples d'initiatives canadiennes dans l'annexe G – Sommaire des principales initiatives nationales et internationales sur la sécurité des patients.

### **Financement**

Un important financement initial et continu (minimum de cinq ans) sera requis de la part des gouvernements pour faire évoluer le plan de stratégie en mesures concrètes, en se fondant sur les recommandations prioritaires. Des sources additionnelles de financement, telles que les subventions de recherche privées ou publiques, seront nécessaires pour compléter les contributions fédérales, provinciales et territoriales. La réussite du projet d'amélioration de la sécurité des patients repose sur la mise en place de nouvelles structures et de nouvelles ressources dans la structure actuelle des activités des services cliniques, administratifs, réglementaires et de santé. Un budget intérimaire de 500 000 \$ est proposé, de même qu'un budget annuel pouvant atteindre jusqu'à 10 millions de dollars serait placé

au premier rang pour les recommandations clés suivantes figurant dans les cinq éléments principaux de la stratégie. À la page suivante, vous trouverez une estimation budgétaire préliminaire pour stimuler le dialogue et les idées.

<b>Budget (estimation)</b>	<b>Recommandations prioritaires</b>	<b>Calendrier (estimation)</b>
<b>PHASE I –</b> (Recomm. 1) Budget intérimaire 500 000 \$	(1) Créer et soutenir un institut canadien pour la sécurité des patients ( <u>titre provisoire</u> ) à but non lucratif.	Période intérimaire : Hiver de 2002-2003 (Environ 6 mois)
<b>PHASE II –</b> (Recomm. 8, 11, 13, 15, 17-19) Opérationnel jusqu'à 10 000 000 \$ par année (minimum de cinq années consécutives)	(8) Accorder davantage d'importance à l'amélioration au moyen de formation et de mesures correctives, et non par des reproches et des sanctions, dans les processus juridiques, réglementaires et liés aux ressources humaines.	2003-2004
	(11) Mener une analyse de la faisabilité et du coût des systèmes de surveillance pour éviter les effets indésirables, les incidents critiques et les événements quasi fatals.  (13) Obtenir du financement des autorités fédérales, provinciales et territoriales pour investir dans les infrastructures de la technologie de l'information qui acceptent l'identification normalisée, le signalement et le suivi de l'information sur la sécurité des patients.	2003-2004
	(15) Créer et mettre sur pied des programmes de formation et de perfectionnement professionnel pour améliorer la sécurité des patients.	2003-2004
	(17) Faire rapport publiquement des mesures de la qualité et de la sécurité dans les soins de santé. (18) Élaborer du matériel éducatif destiné au public sur les mesures d'ordre personnel d'amélioration de la sécurité dans les soins de santé. (19) Créer un site Web pour faciliter le partage des ressources et des discussions sur la sécurité des patients.	2003-2004

## Phase I

### 1. Structure intérimaire

- Créer une structure intérimaire d'autorité d'environ huit à dix membres.
- Nommer un directeur général intérimaire et tout membre de personnel de secrétariat requis.
- Mettre l'accent sur les responsabilités de la gouvernance et du personnel intérimaire pour l'élaboration du plan d'activités de la phase II, dont :
  - l'élaboration de plans stratégiques et opérationnels détaillés pour *l'Institut canadien pour la sécurité des patients*;
  - la préparation d'un budget détaillé;
  - la détermination des besoins de dotation pour la phase II (secrétariat permanent);
  - la détermination des autres types de besoins en ressources (p. ex., en technologie de l'information).

### 2. Ressources nécessaires

**Total** **500 000 \$**

- Directeur général par intérim
- Administration provisoire (fondée sur huit à dix membres)
- Consultations (juridiques incluses) et communications
- Secrétariat intérimaire et mise au point

## Phase II

La structure de l'autorité intérimaire de *l'Institut* et le personnel élaboreront un plan d'activités détaillé pour la phase II. Une estimation préliminaire pouvant atteindre jusqu'à 10 millions de dollars par année, pour un minimum de cinq années consécutives, est établie pour le fonctionnement de l'organisation. Les dépenses peuvent être prévues avec plus de précision dans le plan d'activités de la phase II.

## Références

Agency for Healthcare Research and Quality. 2001. *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Evidence Report/Technology Assessment AHRQ Publication No. 01-E058. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/index.html> (accessed September 3, 2002).

Agency for Healthcare Research and Quality. 2001. *Medical Errors: The Scope of the Problem*. Fact sheet, Publication No. AHRQ 00-PO37. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available at: <http://www.ahcpr.gov/qual/errorsix.htm>. (accessed September 3, 2002).

Australian Council for Safety and Quality in Health Care. 2001. *Safety in Practice: Making Health Care Safer. Second Report to the Australian Health Ministers' Conference*. Available at: [http://www.safetyandquality.org/articles/Publications/med\\_saf\\_rept.pdf](http://www.safetyandquality.org/articles/Publications/med_saf_rept.pdf) (accessed September 3, 2002).

Australian Council for Safety and Quality in Health Care. 2001. *National Action Plan 2001*. Canberra: Australian Council for Safety and Quality in Health Care.

Baker, R., and Norton, P. 2001. Making Patients Safer! Reducing Error in Canadian healthcare. *HealthC Pap*, 2 (1): 10-30.

Bhasale, A.L., Miller, G.C., Reid, S.E., and Britt, H.C. 1998. Analyzing Potential Harm in Australian General Practice: An Incident-Monitoring Study. *Med J Aust*, 169 (2):73-76.

Brennan, T.A., L.L. Leape, et al. 1991. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. *N Engl J Med* 324(6): 370 - 377.

British Columbia Children's Hospital. Vancouver: 1997. Statement by Cranston, L. 1997: August 5 release (revised August 8).

Cohen, M., ed., 1999, *Medication Errors*. Washington: American Pharmaceutical Association.

Cull, H. 2001. *A Summary of the Submissions on the Review of Processes Concerning Adverse Medical Events*. Ministry of Health. Dunedin (NZ). Available at: <http://www.moh.govt.nz> (accessed September 3, 2002).

Dubin, C.L. 1996. *An Independent Review of the Canadian Medical Protective Association*. Ottawa: Canadian Medical Protective Association.

Helvarg, D. 1995. *Global Guardians*. San Francisco: San Francisco Focus.

Institute for Healthcare Improvement. 2002. Boston. Available at: [www.ihl.org](http://www.ihl.org) (accessed September 3, 2002).

Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century*. Washington: National Academy Press. Available at: <http://www.nap.educatalog/10027.html> (accessed September 3, 2002).

Institute of Medicine. 1999. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press. Available at: [http://www.nap.edu/to\\_err\\_is\\_human](http://www.nap.edu/to_err_is_human) (accessed September 3, 2002).

Kohn, L. T., J. M. Corrigan, et al., eds. 1999. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press.

Leape, L.L., Brennan, T.A., et al. 1991. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. *N Engl J Med* 324 (6), 377-384.

Mayor, S. 2001. NHS introduced new patient safety agency. *BMJ* 322(28): 1013.

McKerrow, R., Rappaport, P., Bussi eres, J.F., Hall, K., Long, S and Salsman, B. *Hospital Pharmacy in Canada Annual Report 1999/2000*. Toronto, Canada: Eli Lilly. 2000. Available at: <http://www.lillyhospitalsurvey.ca> (accessed September 3, 2002).

National Health Service. 2000. *An Organization with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS*. London: Department of Health. Available at: <http://www.doh.gov.uk/orgmemreport/> (accessed September 3, 2002).

National Health Service. 2001. *Building A Safer NHS for Patients: Implementing an Organization with a Memory*. London: Department of Health. Available at: <http://www.doh.gov.uk/buildsafenhs/> (accessed September 3, 2002).

National Health Service. 2001. *Doing Less Harm: Key Requirements for Health Care Providers*. London: Department of Health. Available at: <http://www.npsa.org.uk/html/library.htm> (accessed September 3, 2002).

O'Brodovich, M. and Rappaport, P. 1991. A Study of Pre-and Post-Unit Dose Conversion in a Pediatric Hospital. *Canadian J Hosp Pharm*, 50, 5-15.

Quality Interagency Coordination Task Force. 2000. *Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact*. Rockville, MD: Quality Interagency Coordination Task Force. Available at: <http://www.healthsafetyinfo.com/pdf/errors.pdf> (accessed September 3, 2002).

Prichard, J.R.S. 1990. *Liability and Compensation in Health Care*. Federal/Provincial/Territorial Review on Liability and Compensation Issues in Health Care. Toronto: University of Toronto Press.

Reason, J. 1990. *Human Error*. New York: Cambridge University Press.

Reason, J. 1997. *Managing the risks of organizational accidents*. Brookfield (VT): Ashgate Publishing.

Reason, J. 2000. Human Error: Models and Management. *BMJ* 320 (7237): 768-70.

Saskatchewan Health. 2001. *Improving Patient Safety in Saskatchewan: Background Document for Attendees of February 18, 2002 Workshop* (pending). Regina (SK).

Sinclair, M. 2000. *The Report of the Manitoba Pediatric Cardiac Surgery Inquest: An inquiry into twelve deaths at the Winnipeg Health Sciences Centre in 1994*. Winnipeg (MB): Provincial Court of Manitoba. Available at: <http://www.pediatriccardiacinquest.mb.ca>. (accessed September 3, 2002).

Smith, G. 2002 June 17. Injection death second in 3 years: Ontario hospital's treatment with drug used for executions killed patient in 1999. *Globe and Mail* [Toronto]. Sect A: 8.

Spathe, P. 1998. Medical errors: Root Cause Analysis. *Operating Room Manager*, 14 (9), 38-41.

Vincent, C., G. Neale, et al. 2001. Adverse Events in British Hospitals: Preliminary Retrospective Record Review. *BMJ* 322(7285): 517-519.

Wanzel, K.R., Jamieson, C.G., and Bohnen, J.M. 2000. Complications on a General Surgery Service: Incidence and Reporting. *Can J Surg* 43 (2):113-7.

Wilson, R., Harrison, B., Gibberd, R., and Hamilton, J. 1999. An Analysis of the Causes of Adverse Events from the Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 170: 411-415.

Wilson, R.M., Runciman, W.G., and Gibberd, R.W., et al. 1995. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 163:458-471.

World Health Organization. 2002. *Quality of Care: Patient Safety*. Report by the Secretariat.

Zipperer, L., and Cushman, S., eds. 2001. *Lessons in Patient Safety*. Chicago: National Patient Safety Foundation.

## Annexes

- Annexe A Composition des groupes de travail, mandats et consultations externes
- Annexe B Groupe administrative et son mandat
- Annexe C Liste des organisations présentes à la table ronde restreinte 2001 sur la sécurité des patients
- Annexe D Bref glossaire préliminaire des termes sur la sécurité des patients
- Annexe E Le schéma de base du groupe de travail sur les aspects systémiques
- Annexe F Groupe de travail sur les processus d'information et de communication – plan d'action
- Annexe G Sommaire des principales initiatives sur la sécurité des patients à l'échelle nationale et internationale

# NATIONAL STEERING COMMITTEE ON PATIENT SAFETY

## COMITÉ DIRECTEUR NATIONAL SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

### COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL

#### MANDATS

#### CONSULTATIONS EXTERNES

DE JANVIER À AVRIL 2002

#### Chair / Président

D<sup>r</sup> John Wade

#### Official members / Membres officiels

G. Ross Baker, PhD

M. John Bulman, C.M.

D<sup>r</sup> Peter Fraser

D<sup>r</sup> John Millar, FRCPC

M<sup>me</sup> Wendy Nicklin

D<sup>r</sup> Walter Rosser, FCFP

D<sup>r</sup> Denis Roy, FRCPC

M<sup>me</sup> Bonnie Salsman

#### Secretariat / Secrétariat

774, prom. Echo Drive  
Ottawa, ON K1S 5N8

☎ (613) 730-6201

☎ (613) 730-8250

✉ patientsafety@rcpsc.edu

### Aspects systémiques

#### **Membres :**

Wendy Nicklin (coprésidente)	Vice-présidente, programmes cliniques et de soins infirmiers, Hôpital d'Ottawa
Kim Vicente (coprésidente)	Professeure de génie biomédical et des matières biologiques, Université de Toronto
Jan Davies	Professeur d'anesthésie, <i>Foothills Medical Centre</i>
Robin J. Ensom	Pharmacien chef, <i>St. Paul's Hospital-Providence Health Care</i> (jusqu'à mars 2002)
Philip Hebert	Professeur adjoint, Département de médecine communautaire et familiale, <i>Sunnybrook and Women's Hospital</i>
Carolyn Hoffman	Coordonnatrice, Qualité des soins de la province, Santé Saskatchewan
Gilles Lanteigne	Directeur, Conseil canadien d'agrément des services de santé
Patricia Lefebvre	Chef pharmacienne, Centre de santé de l'Université McGill
Bonnie Salsman	Pharmacienne et conseillère en gestion de pharmacie d'hôpital
Valerie Shannon	Directrice des soins infirmiers, Centre de santé de l'Université McGill
David U	Président et chef de la direction, <i>Institute for Safe Medication Practices Canada</i>
Ian White	Professeur agrégé, Département d'anesthésie, Université du Manitoba
Carol Appathurai	Observateur invité/représentant du Comité consultatif sur les services de santé

#### **Mandat :**

Examiner dans quelle mesure la conception du système de santé contribue à la survenue d'incidents indésirables et de quelle façon de nouvelles structures pourraient réduire ou éliminer les erreurs d'origine humaine ou systémique.

#### **Consultations externes :**

Jeannie Callum	Directrice de la médecine transfusionnelle, <i>Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre</i>
François Champagne	Université de Montréal
Albert Eros	Gestionnaire régional de pharmacie
Mita Giacomini	Affiliée au CHEPA et au Département d'épidémiologie clinique et de biostatistique, <i>McMaster University</i>
Michel P. Lalonde	Conseiller en soins de santé
Shaun MacCormick	Médecin chef/directeur des services professionnels, <i>Colchester East Hants Health Authority</i>
Clare MacNeil	Vice-présidente, Services cliniques, <i>South Shore Regional Hospital</i>

David McLeod  
Stewart McMillan  
Joe Mikhael

Vice-président, Association des hôpitaux de l'Ontario  
Médecin-conseil, Santé Saskatchewan  
Résident/ACIR

Heather Milan	Gestionnaire régional de pharmacie, Régie régionale de la santé de Winnipeg
Fiona Miller	Affiliée au CHEPA et au Département d'épidémiologie clinique et de biostatistique, <i>McMaster University</i>
Mike Opadiran	Dossier médical électronique, <i>University Health Network</i>
Linda Poloway	Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux
J. Dean Sandom	Directeur général, Amélioration de la qualité/Information sur la santé

Groupe de travail sur les processus de mesure et d'évaluation  
 Groupe de travail sur les aspects juridiques et réglementaires  
 Groupe de travail sur l'éducation et le perfectionnement professionnel  
 Groupe de travail sur les processus d'information et de communication

## **Processus de mesure et d'évaluation**

### ***Membres :***

G. Ross Baker (coprésident)	Professeur agrégé, Département de la politique de la santé, Gestion et évaluation, Université de Toronto
Alan Forster (coprésident)	Chercheur associé, Institut de recherche en santé d'Ottawa
Lauren Donnelly	Directrice générale, Direction des services de santé de courte durée et d'urgence, Santé Saskatchewan
Ed Etchells	<i>Sunnybrook and Women's Health Care Centre</i> , Toronto (Ontario)
Peter Norton	Président, médecine familiale, Université de Calgary
Judith Ritchie	Directrice adjointe de la recherche en sciences infirmières, Centre de recherche de l'Université McGill
David Rosenbloom	Directeur de la pharmacie, <i>Hamilton Health Sciences Centre</i>
Robyn Tamblyn	Professeure agrégée, Département de médecine, Université McGill
Geoff Taylor	Professeur, Maladies infectieuses, Université de l'Alberta

### ***Mandat :***

Définir les étapes préalables à la mise en œuvre de systèmes de surveillance de la sécurité du patient au Canada. Ces systèmes seront conçus à la fois pour la surveillance continue et l'évaluation des interventions afin de réduire au minimum les répercussions.

### ***Consultations externes :***

Geoff Anderson	Chercheur, Université de Toronto
Matt Bowes	Secrétaire, Association canadienne des internes et des résidents
Jafna Cox	<i>Queen Elizabeth II Health Science Centre</i>
Dale Dauphinee	Directeur général, Conseil médical du Canada
Diane Doran	Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Toronto
Ian Hart	Professeur émérite, Université d'Ottawa
Lynn Johnston	Coprésidente, Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers
Garry King	Pharmacien d'hôpital
Harold Lopatka	Directeur de programme, Programme d'utilisation des médicaments de l'Alberta
Linda McGillis Hall	Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Toronto
Robert Reid	Université de la Colombie-Britannique
Supriya S. Sharma	Gestionnaire, Direction des produits biologiques et connexes, Bureau de l'évaluation des produits fabriqués sous licence, Santé Canada

L. Thompson Commission sur l'utilisation des services de santé, Saskatchewan  
 Rebecca Warburton Économiste de la santé, Université de Victoria

Groupe de travail sur les aspects systémiques  
 Groupe de travail sur les aspects juridiques et réglementaires  
 Groupe de travail sur l'éducation et le perfectionnement professionnel  
 Groupe de travail sur les processus d'information et de communication

### **Aspects juridiques et réglementaires**

#### ***Membres :***

Larry Ohlhauser (coprésident)	Président et chef de la direction, <i>Healthcare Solutions and Innovations</i> (jusqu'à mars 2002)
Trevor Theman (coprésident)	Secrétaire général adjoint, Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta (à compter de mars 2002)
Louise Sweatman (coprésidente)	Directrice de la politique de réglementation, Association des infirmières et infirmiers du Canada
Allan H. Lefever (président adjoint)	Juge, Cour provinciale de l'Alberta; président, <i>Heart and Stroke Foundation</i>
William Beilby	Directeur, Service de recherche et d'éducation, Association canadienne de protection médicale
Tim Caulfield	Directeur de recherche, Centre juridique de l'Université de l'Alberta
Gordon Crelinsten	Médecin principal, Université McGill
Pierre Deschamps	Directeur de recherche, Faculté de droit, Université McGill
Janet Harding	Gestionnaire, Département des services pharmaceutiques, <i>Royal University Hospital</i> , région sanitaire de Saskatoon
Dennis Kendel	Secrétaire général, Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan
Ginette Lemire Rodger	Directrice des soins infirmiers, Hôpital d'Ottawa
Anu MacIntosh-Murray	Faculté des études sur l'information, Université de Toronto
William D.B. Pope	Secrétaire général, Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba
Catherine Tolton	Avocate générale et secrétaire générale, Régie régionale de la santé de Winnipeg

#### ***Mandat :***

Examiner de quelle façon le système de réglementation et de surveillance des professionnels de la santé et de leurs associations professionnelles, ainsi que l'ordre juridique peuvent améliorer la sécurité du patient.

#### ***Consultations externes :***

Brian Carter	Directeur, Relations gouvernementales et d'entreprise, <i>IMS Health</i> (Canada)
James Clarke	Président, Association canadienne des internes et des résidents
Joan Gilmour	<i>Osgoode Hall Law School, York University</i>
Bruce MacLeod	Urgentologue, Université de Calgary
Thomas Paton	Directeur de pharmacie, <i>Sunnybrook and Women's College, Health Sciences Centre</i>
Robert J. Robson	Conseiller principal sur la gestion des risques et la responsabilité civile dans le domaine de la santé

Groupe de travail sur les processus de mesure et d'évaluation  
 Groupe de travail sur les aspects systémiques  
 Groupe de travail sur l'éducation et le perfectionnement professionnel  
 Groupe de travail sur les processus d'information et de communication

## Éducation et perfectionnement professionnel

### **Membres :**

Walter Rosser (coprésident)	Professeur et président, Département de médecine familiale, Faculté de médecine, <i>Queen's University</i>
Nadia Mikhael  (coprésidente)	Directrice, Bureau de l'éducation, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Alecs Chochinov	Directeur clinique, Programme des services d'urgence, Hôpital général de Saint-Boniface
Pat Croskerry	Conseillère clinique sur la sécurité du patient, <i>Capital Health</i> , Hôpital général de Dartmouth
Dave Davis	Vice-doyen, Éducation médicale continue, Université de Toronto
Jean Gray	Vice-doyenne, Éducation médicale continue, Université Dalhousie
Anil Gupta	Résident principal – cardiologie, <i>University of Western Ontario</i>
Wayne Hindmarsh	Doyen, Faculté de pharmacie, Université de Toronto
Daniel Klass	Secrétaire général adjoint; directeur, Gestion de la qualité, immatriculation et éducation, Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario
Marianne Lamb	Vice-doyenne, Sciences de la santé, <i>Queen's University</i> (à compter de février 2002)
John Parboosingh	Conseiller en perfectionnement professionnel auprès du directeur général, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Jeff Turnbull	Président, Service de médecine, Hôpital d'Ottawa

### **Mandat :**

Étudier l'impact de l'amélioration de l'éducation et du perfectionnement professionnel permanent des professionnels de la santé sur la réduction des incidents indésirables et le rehaussement de la sécurité du patient.

### **Consultations externes :**

*Association of Canadian Academic Healthcare Organizations*  
 Association des facultés de médecine du Canada  
 Association canadienne des internes et des résidents  
 Association canadienne pour l'éducation médicale  
 Association canadienne des écoles universitaires de nursing  
 Collège canadien de pharmacie clinique  
 Conseil canadien d'agrément des programmes de pharmacie  
*Canadian Council of Continuing Education in Pharmacy*  
 Conseil canadien de l'agrément des services de santé  
 Association canadienne des soins de santé  
 Association médicale canadienne  
 Association canadienne de protection médicale  
 Association des infirmières et infirmiers du Canada  
 Association des pharmaciens du Canada  
 Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux  
 Collège des médecins du Québec  
 Collège des médecins de famille du Canada  
 Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta  
 Conseil en éducation médicale  
 Fédération des ordres des médecins du Canada  
 Conseil médical du Canada  
 Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie  
 Associations nationales de médecins spécialistes  
 Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Dyanne Affonso	Faculté des sciences infirmières, Université de Toronto
Doug Craig	Département d'anesthésie, Université du Manitoba
Lisa Crawford	Gestionnaire, Développement communautaire, La Société d'arthrite
Paul Davis	<i>Heritage Medical Research Centre</i> , Université de l'Alberta
Dawn Frail	Gestionnaire, Évaluation des produits pharmaceutiques, Nouvelle-Écosse
Jill Kernahan	Département de médecine d'urgence, Université du Manitoba
W. James King	Chef, service de médecine pédiatrique, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario
James McCormack	Professeur agrégé, Sciences pharmaceutiques, Université de la Colombie-Britannique
David McLeod	Vice-président, Association des hôpitaux de l'Ontario
Karen Neufeld	Hôpital général de Saint-Boniface
Jill Newstead	Résidente, ACIR
Lindsay Nicolle	Présidente, Comité consultatif auprès du Centre de prévention et de maîtrise des maladies infectieuses
Beverly Orser	<i>Sunnybrook and Women's College, Health Sciences Centre</i>
Yvonne Steinert	Vice-doyenne, Faculté de médecine, Université McGill
Milton Tenenbein	Directeur, Services de santé d'urgence, Université du Manitoba
John Turnbull	Faculté de médecine, <i>McMaster University</i>
Sandra Winklebauer	Pharmacienne et conseillère en pharmacie
James Wright	Département de médecine, Hôpital universitaire de la Colombie-Britannique, Hôpital de Vancouver

Groupe de travail sur les processus de mesure et d'évaluation

Groupe de travail sur les aspects systémiques

Groupe de travail sur les aspects juridiques et réglementaires

Groupe de travail sur les processus d'information et de communication

## **Processus d'information et de communication**

### ***Membres :***

John Millar (coprésident)	Vice-président, Recherche et santé de la population, Institut canadien d'information sur la santé
Bill Leslie (coprésident)	Conseiller principal, Bureau des produits fabriqués sous licence, Direction des produits thérapeutiques, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada
Michele Brennan	Gestionnaire de l'amélioration de la qualité, <i>Whitehorse General Hospital</i>
Elizabeth Carlton	Conseillère principale, Législation et politique, Association des hôpitaux de l'Ontario
Hanif Chatur	Résident en médecine familiale et vice-président de l'Association provinciale des résidents de la Colombie-Britannique (PAIR-BC)
Mary Ferguson-Pare	Vice-présidente, Services infirmiers, <i>University Health Network</i>
Paula Hextall	Gestionnaire du risque, Régie régionale de la santé de Regina
Carol Kelly	Directeur, Assurances, Association des hôpitaux du Québec
Anne McGuire	Directrice générale, Régie régionale de la santé de la vallée de l'Annapolis
Denis Morrice	Président et chef de la direction, La Société de l'arthrite (à compter de février 2002)
Melanie Rantucci	Membre du Conseil, Association des pharmaciens du Canada
Mark Taylor	Administrateur général, Service de chirurgie, Hôpital général de Saint-Boniface et Université du Manitoba

**Mandat :**

Étudier l'incidence de l'amélioration des communications entre les divers intervenants du système de santé, notamment les patients et le public, et entre les zones de responsabilité, sur le rehaussement de la sécurité du patient.

**Consultations externes :**

Association médicale canadienne  
Association des infirmières et infirmiers du Canada  
Association canadienne des soins de santé  
Collège des médecins de famille du Canada  
Association des pharmaciens du Canada  
Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

John Gray	Directeur général, Association canadienne de protection médicale
Ron Browne	Directeur général, <i>Whitehorse General Hospital</i>
Linda Hamilton	Gestionnaire, Pratique professionnelle et politique, <i>College of Registered Nurses of Nova Scotia</i>
Carolyn Moore	Directrice générale, <i>College of Registered Nurses of Nova Scotia</i>
Supriya Sharma	Gestionnaire, Division des produits biologiques et connexes, Bureau de l'évaluation des produits fabriqués sous licence, Santé Canada
Galt Wilson	Président, Comité d'éthique, Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique
Lisa Crawford	Gestionnaire, Développement communautaire, La Société d'arthrite

Groupe de travail sur les processus de mesure et d'évaluation  
Groupe de travail sur les aspects systémiques  
Groupe de travail sur les aspects juridiques et réglementaires  
Groupe de travail sur l'éducation et le perfectionnement professionnel

# NATIONAL STEERING COMMITTEE ON PATIENT SAFETY

## COMITÉ DIRECTEUR NATIONAL SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

### GROUPE ADMINISTRATIF

---

**D<sup>r</sup> Michel Brazeau**

Directeur général

**Le Collège royal des médecins et chirurgiens  
du Canada**

---

**M. Glenn Brimacombe**

Directeur général

Association of Canadian Academic Healthcare  
Organizations

---

**D<sup>r</sup> John Gray**

Directeur général

Association canadienne de protection médicale

---

**D<sup>r</sup> Calvin Gutkin**

Président directeur général

Collège des médecins de famille du Canada

---

**M<sup>me</sup> Elma Heidemann**

Directrice générale

Conseil canadien d'agrément des services de santé

---

**M. Jeff Poston**

Directeur général

Association des pharmaciens du Canada

---

**M. Ian Shugart**

Sous-ministre adjoint

Santé Canada

---

**M. William Tholl**

Directeur général

Association médicale canadienne

**Chair / Président**

D<sup>r</sup> John Wade

**Official members**

*/Membres officiels*

G. Ross Baker, PhD

M. John Bulman, C.M.

D<sup>r</sup> Peter Fraser

D<sup>r</sup> John Millar, FRCPC

M<sup>me</sup> Wendy Nicklin

D<sup>r</sup> Walter Rosser, FCFP

D<sup>r</sup> Denis Roy, FRCPC

M<sup>me</sup> Bonnie Salsman

**Secretariat /  
Secrétariat**

774, prom. Echo Drive  
Ottawa, ON K1S 5N8

☎ (613) 730-6201

☎ (613) 730-8250

✉ [patientsafety@rcpsc.edu](mailto:patientsafety@rcpsc.edu)

## **Mandat**

---

Assurer le soutien administratif approprié et efficace des activités du Comité directeur et des cinq groupes de travail. Pour ce faire, le Groupe administratif veillera à la gestion des opérations financières, à la fourniture des ressources, à la préparation des documents et rapports, à la coordination et aux communications.

Le Groupe administratif rendra compte aux organisations participantes, il n'interviendra pas dans les activités du Comité directeur, ni dans celles des groupes de travail.

Le mandat du Groupe administratif prendra fin au même moment que les activités du Comité directeur national sur la sécurité des patients le 28 septembre 2002.

# NATIONAL STEERING COMMITTEE ON PATIENT SAFETY

## COMITÉ DIRECTEUR NATIONAL SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

### ORGANISATIONS PRÉSENTES

#### À LA TABLE RONDE RESTREINTE SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

*Le 22 septembre 2001*

#### Chair / *Président*

D<sup>r</sup> John Wade

#### Official members / *Membres officiels*

G. Ross Baker, PhD

M. John Bulman, C.M.

D<sup>r</sup> Peter Fraser

D<sup>r</sup> John Millar, FRCPC

M<sup>me</sup> Wendy Nicklin

D<sup>r</sup> Walter Rosser, FCFP

D<sup>r</sup> Denis Roy, FRCPC

M<sup>me</sup> Bonnie Salsman

#### Secretariat / *Secrétariat*

774, prom. Echo Drive  
Ottawa, ON K1S 5N8

☎ (613) 730-6201

☎ (613) 730-8250

✉ [patientsafety@rcpsc.edu](mailto:patientsafety@rcpsc.edu)

#### ***Administration publique fédérale***

Santé Canada

#### ***Administrations publiques provinciales***

Alberta

Saskatchewan

Ontario

Québec

Nouvelle-Écosse

#### ***Administrations publiques territoriales***

Territoires du Nord-Ouest

Nunavut

#### ***Organisations de la santé***

*Association of Canadian Academic Healthcare Organizations*

Association des facultés de médecine du Canada

Association canadienne des médecins d'urgence

Association canadienne des internes et des résidents

Collège canadien des directeurs de services de santé

Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé

Conseil canadien d'agrément des services de santé

Association canadienne des soins de santé

Institut canadien d'information sur la santé

Association médicale canadienne

Association canadienne de protection médicale

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Association des pharmaciens du Canada

Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

Collège des médecins de famille du Canada

Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta

Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba

Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick

Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse

Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan

Réseau d'ACQ

La Fédération des ordres des médecins du Canada

Institut de recherche en services de santé

*Institute for Safe Medication Practices Canada*

Conseil médical du Canada

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

## NATIONAL STEERING COMMITTEE ON PATIENT SAFETY

## COMITÉ DIRECTEUR NATIONAL SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

## BREF GLOSSAIRE PRÉLIMINAIRE DES TERMES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

## (POUR FACILITER LA DISCUSSION)

**Chair / Président**D<sup>r</sup> John Wade**Official members****/Membres officiels**

G. Ross Baker, PhD

M. John Bulman, C.M.

D<sup>r</sup> Peter FraserD<sup>r</sup> John Millar, FRCPCM<sup>me</sup> Wendy NicklinD<sup>r</sup> Walter Rosser, FCFPD<sup>r</sup> Denis Roy, FRCPCM<sup>me</sup> Bonnie Salsman**Secretariat/****Secrétariat**774, prom. Echo Drive  
Ottawa, ON K1S 5N8

☎ (613) 730-6201

☎ (613) 730-8250

✉ patientsafety@rcpsc.edu

Définir les termes portant sur la sécurité du patient n'est pas une mince affaire étant donné que diverses personnes, professions, organisations et cultures les interprètent déjà à leur manière. Toutefois, il est essentiel de connaître en profondeur la terminologie de ce domaine, et de la partager, si l'on veut coordonner les activités sur la sécurité du patient à l'échelle locale, régionale et nationale. À l'évidence, il n'y a pas qu'une bonne façon de définir ces termes, mais les définitions qui suivent s'inscrivent dans une tentative d'englober les aspects fondamentaux en vue d'une compréhension commune de la notion de sécurité du patient.

Les termes sont présentés selon l'ordre alphabétique. En outre, chaque terme s'accompagne d'une icône '**S\*P\*R**' où l'une des lettres est en gras selon que le terme se rapporte à la « structure, au processus ou au résultat ». (Cette classification permet de savoir où diriger l'intervention, dans le déroulement des événements, pour que le problème soit bien cerné et réglé.)

**S\*P\*R****Acte dangereux**

L'erreur fait suite à une omission ou un acte, non intentionnel dans les deux cas, qui ne relève pas de l'infraction d'une 'règle'. Il existe trois types d'erreurs : l'oubli, l'erreur de jugement et le manquement. La violation correspond à l'infraction intentionnelle d'une règle ou l'écart volontaire d'une procédure ou d'une norme opératoire sécuritaire; la violation peut avoir un dénouement favorable si elle a pour objectif, par exemple, d'éviter un effet néfaste au patient. Le sabotage est un acte malveillant posé dans l'intention de nuire ou de causer un préjudice.

**S\*P\*R****Analyse des causes profondes**

Une technique d'étude systématique d'un incident critique en vue de déterminer les facteurs contributifs. L'analyse vise à cerner les états latents qui sous-tendent la fluctuation du rendement et à formuler des recommandations quant aux améliorations à apporter pour réduire la probabilité de récurrence.

**S\*P\*R****Cause**

Un facteur antérieur qui contribue à l'incident, à l'effet, au résultat ou à l'issue. La cause peut être proche en ce qu'elle précède immédiatement le résultat, comme une intervention. D'autre part, elle peut être éloignée, tel un facteur structural sous-jacent qui influence l'intervention et, par là, contribue à façonner l'issue. Les résultats n'ont jamais de causes simples.

**S\*P\*R**

### **Complication**

Une maladie ou une lésion consécutive à une autre maladie ou lésion ou à une intervention clinique.

**S\*P\*R**

### **Défaillance active**

Une intervention ou un processus se déroulant pendant la prestation directe de soins de santé qui ne parvient pas à atteindre le but escompté, par exemple, une erreur par omission ou une erreur commise. Bien que certaines défaillances actives puissent être néfastes au patient, elles ne le sont pas toutes.

**S\*P\*R**

### **Degré de risque**

La probabilité qu'un danger, qu'un effet néfaste ou qu'une lésion survienne dans le système de santé.

**S\*P\*R**

### **Effet indésirable**

Appelé également 'effet secondaire', l'effet indésirable est occasionné par un traitement médicamenteux. En fait, l'effet indésirable représente l'effet non voulu subi par le patient. Malgré cela, des cliniciens compteront parfois sur certains ou tous ces effets indésirables connus pour traiter un patient.

**S\*P\*R**

### **Ergonomie**

Une branche du génie qui porte sur la conception de processus efficaces axés sur le facteur humain en vue d'améliorer la fiabilité et la sécurité.

**S\*P\*R**

### **Erreur (voir également l'acte dangereux)**

L'erreur découle d'une omission ou d'un acte non intentionnel, mais ne relève pas de l'infraction d'une 'règle'. Dans l'absolu, l'erreur humaine est inévitable, mais en réalité bien des erreurs peuvent être évitées, ou repérées au moment où elles sont commises, ou leurs effets peuvent être atténués par un traitement.

**S\*P\*R**

### **Erreur de jugement**

Une erreur commise par suite d'une défaillance cognitive dans l'évaluation de l'information, l'élaboration des plans et la détermination des conséquences probables d'une intervention prévue.

**S\*P\*R**

### **Erreur médicale**

Une erreur survenant dans le cadre de la prestation des soins de santé.

**S\*P\*R**

### **État latent**

Les défauts de structure du système à l'origine des facteurs provoquant des erreurs.

**S\*P\*R**

### **Évitable**

Épithète qui caractérise un processus ou un résultat prévisible qu'il est possible de prévenir. Ce ne sont pas tous les incidents ou les incidents indésirables qui sont évitables, quoique le potentiel de prévention évolue avec le temps et les mesures adoptées, et qu'il soit influencé par la structure globale du système.

**S\*P\*R**

### **Évitement de justesse (voir également l'échapper belle)**

La situation dans laquelle le patient esquivait de justesse une complication grave.

### **S\*P\*R**

#### **Examen de cas multidisciplinaire**

Discussion ouverte entre les membres de l'équipe soignante en vue de cerner les causes fondamentales d'un incident critique et de déterminer les stratégies de prévention d'incidents semblables à l'avenir. Un professionnel qualifié anime la discussion dans un contexte d'amélioration de la qualité, et les opinions exprimées pendant l'examen sont confidentielles.

### **S\*P\*R**

#### **Facteur contributif** (*ou facteur déterminant*)

Sur le même principe qu'une cause, il s'agit d'un facteur antérieur à un incident, à un effet, à un résultat ou à une issue. Le facteur contributif peut être une défaillance active ou le motif de la survenue d'une défaillance active, tel un facteur conjoncturel ou un état latent qui a joué un rôle dans le processus menant au résultat.

### **S\*P\*R**

#### **Gestion des risques**

L'ensemble des activités organisationnelles conçues pour prévenir les effets néfastes au patient ou limiter les répercussions financières ou organisationnelles d'un incident indésirable.

### **S\*P\*R**

#### **Incident**

Un événement survenant à la suite d'un problème dans la prestation des soins. Si l'incident entraîne un effet néfaste, les lésions ou complications ainsi causées peuvent être légères ou graves. Dans ce dernier cas, l'incident est jugé 'critique'.

### **S\*P\*R**

#### **Incident critique**

Un incident dans la prestation des soins qui comporte un risque élevé de mortalité, de perte de membre ou d'incapacité fonctionnelle. Ce type d'incident est considéré comme étant 'critique' car il soulève la nécessité d'un examen et d'une réponse immédiats, non seulement en raison de l'état réel du patient ou du risque qu'il a couru, mais également parce qu'il s'agit de la manifestation de problèmes sur les plans des processus et de l'organisation des soins.

### **S\*P\*R**

#### **Incident indésirable**

Une lésion, une blessure, un préjudice découlant de la prise en charge clinique plutôt que d'une maladie sous-jacente. Un incident indésirable, nuisible par définition, est imprévu et non voulu, et il est directement relié aux soins ou aux services dispensés à un patient/client; il peut prendre la forme d'une réaction indésirable à un médicament ou du résultat défavorable d'un traitement. La survenue de l'incident indésirable peut être la conséquence d'un acte posé (p. ex., l'administration d'un médicament inapproprié) ou d'une omission (p. ex., le défaut de procéder à l'intervention thérapeutique appropriée), et il constitue la manifestation d'un problème qui touche la pratique, les produits, les procédures ou d'autres aspects du système.

### **S\*P\*R**

#### **L'échapper belle** (*voir également l'évitement de justesse*)

La situation dans laquelle le patient esquivait de justesse une complication grave.

### **S\*P\*R**

#### **Manquement**

Un type d'erreur ayant trait aux actes observables. Le manquement découle fréquemment de l'inattention ou d'une perception faussée.

**S\*P\*R**

### **Oubli**

Une erreur qui découle en règle générale d'un trou de mémoire.

**S\*P\*R**

### **Processus**

Une ligne de conduite ou une procédure définissant ce qui est fait et comment cela est fait. Voici des exemples de ces activités interreliées au sein du système de santé : les communications, la résolution de problèmes, la prise de décision et le règlement de conflits.

**S\*P\*R**

### **Réaction indésirable aux médicaments**

Une réaction grave, indésirable ou inattendue à un médicament.

**S\*P\*R**

### **Résultat**

Un produit, un résultat ou un effet. Dans le domaine de la santé, les résultats peuvent être mesurés de diverses façons, et reflètent dans l'ensemble le bien-être physique et psychologique du patient, et les coûts qui y sont reliés.

**S\*P\*R**

### **Risque**

Un danger éventuel, comme la mort, une blessure ou un effet néfaste, plus ou moins prévisible. Le risque peut être catégorisé selon l'étendue du préjudice potentiel (aucun, léger, modéré, grave) et sa fréquence (jamais, rarement, parfois, souvent).

**S\*P\*R**

### **Sécurité du patient**

La notion d'œuvrer continuellement à l'évitement, à la gestion et à la correction des actes dangereux dans le système de santé.

**S\*P\*R**

### **Structure**

Le cadre de soutien ou ses éléments essentiels, soit tous les éléments du système de santé en place avant que n'importe quelle intervention ou activité se déroule.

**S\*P\*R**

### **Système**

Un ensemble d'éléments interdépendants qui interagissent pour atteindre un but commun. Les éléments du système peuvent être classés sous diverses rubriques, comme les facteurs sociogéographiques : le pays, la province, l'organisation ou l'établissement, le prestataire de soins de santé et d'autre part, le patient/client/famille. Même si le terme est utilisé pour désigner à la fois le système de santé dans l'ensemble et ses composantes, il devrait être réservé pour décrire le premier. Dans tous les cas, on devrait utiliser un déterminant pour préciser le terme, comme système de surveillance.

### **Autres termes :**

Par ailleurs, certains termes comportent une définition et renvoient également à des valeurs sociétales particulières, parfois éloignées de la définition du dictionnaire. C'est pourquoi nous proposons que les termes qui suivent ne soient pas d'usage courant dans le débat sur la sécurité du patient.

### **Accident**

Un événement qui frappe une ou plusieurs personnes et qui entraîne la mort ou des blessures, ou qui cause des dommages ou dégâts matériels. Toutefois, la connotation rattachée au mot donne à penser que l'événement est de nature fortuite et imprévisible, et de cause indéterminée. Comme il est facile de supposer un lien avec la notion de 'malchance', nous préconisons de ne pas utiliser ce terme.

### **Blâme**

Le fait de désigner un ou des coupables à la suite d'une erreur ou d'un incident indésirable. Toutefois, s'en tenir à jeter le blâme empêche de prendre en considération la complexité du système de santé et l'incidence des états latents sur les incidents en question. Qui plus est, l'attribution du blâme suscite un sentiment de honte qui, dans le contexte d'erreurs potentielles, peut contribuer à créer un climat de peur des représailles.

### **Faute**

Le mot désigne un manquement à une règle morale ou une imperfection blâmable. Est souvent rattachée à ce mot la connotation péjorative de blâme ou de responsabilité. C'est pourquoi, il est préférable, dans le cadre des activités sur la sécurité du patient, de ne pas utiliser ce mot pour désigner les gestes posés.

### **Imprudence**

Agir sans égard aux conséquences ou au danger, de façon téméraire et insouciant. Le terme ne peut s'appliquer à un professionnel de la santé que dans des circonstances très restreintes, comme dans l'étude du dossier par un comité de déontologie ou de discipline, ou au cours de procédures judiciaires. Malheureusement, beaucoup s'en remettent à ce terme pour expliquer un incident indésirable ou attribuer le blâme par la suite. L'usage du terme devrait être réservé à la cour ou aux organismes de réglementation professionnelle.

### **Négligence**

Manque de vigilance à l'égard de ce qui devrait être fait; faire preuve d'insouciance, de mépris ou d'un manquement à l'égard des soins ordinaires. Toutefois, la notion de négligence a également cours dans le milieu juridique, et les actes d'une personne ne peuvent être caractérisés de négligence que par un tribunal en vertu de quatre critères précis. Par conséquent, ce mot ne devrait pas être utilisé pour qualifier les actes d'un prestataire de soins, à moins qu'un tribunal ait jugé que ces actes relèvent de la négligence.

## NATIONAL STEERING COMMITTEE ON PATIENT SAFETY

## COMITÉ DIRECTEUR NATIONAL SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

## LE SCHÉMA DE BASE DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES ASPECTS SYSTÉMIQUES

	<b>STRUCTURE</b> →	<b>PROCESSUS</b> →	<b>RÉSULTAT</b>
<b>ÉLÉMENTS socio-géographiques</b>	<p><b>Règlements</b></p> <p><b>Lignes directrices et procédures</b> (notamment les modes d'évaluation proactive et réactionnelle du système)</p> <p><b>Administration</b> (y compris le pouvoir de la direction)</p> <p><b>Financement</b></p> <p><b>Culture</b> (dans ses aspects statiques et dynamiques)</p> <p><b>Milieu</b> (notamment l'emplacement, les locaux, la ventilation, l'éclairage, le chauffage, les caractéristiques ergonomiques)</p> <p><b>Équipement</b> (à savoir le nombre, la conception, la maintenance, la disponibilité, les pièces de rechange, les produits non durables)</p> <p><b>Personnel/dotation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les personnes (soit le nombre, la formation, l'expérience, les compétences)</li> <li>- Les équipes (à savoir la composition, et les procédures de fonctionnement normalisées et d'urgence)</li> </ul> <p><b>Population/patients/clients/familles</b> (à savoir le nombre, le sexe, l'origine ethnique, les caractéristiques)</p>	<p><b>Tâches accomplies</b></p> <p><b>Méthodes particulières</b> suivies (à savoir la gamme de traitements; les communications; la résolution de problèmes; la prise de décision; le règlement de conflits; le signalement des erreurs potentielles, des évitements de justesse, des occasions où quelqu'un 'a sauvé la mise'; la divulgation des incidents au patient /client/à la famille, au personnel et aux instances appropriées)</p>	<p><b>Résultats finals favorables/défavorables</b> (soit la mort, la maladie, l'incapacité, le malaise, l'insatisfaction et les coûts), et la communication des résultats au patient/client/à la famille, au personnel et aux instances appropriées</p> <p><b>Vérification et évaluation systématiques continues</b> des résultats en les rattachant aux indicateurs structureaux et procéduraux, et aux points de référence internes et externes (y compris l'auto-évaluation et l'examen par des pairs, et le débriefing et l'évaluation de l'équipe)</p> <p><b>Étude et compte rendu périodiques</b> des résultats indésirables</p> <p><b>Formulation et mise en œuvre de recommandations</b> quant à l'amélioration</p> <p><b>Rétroaction</b> aux parties concernées</p> <p><b>Examen continu</b></p>
<b>Adm. publ. féd.</b>			
<b>Adm. publ. prov. et terr.</b>			
<b>Organisation / établissement</b>	Voir les exemples à la page suivante		
<b>Le personnel</b>			
<b>Les patients</b>			

## Exemple : Application du schéma de la sécurité du patient à l'examen proactif de l'innocuité d'un médicament

Voici un exemple de mise en application pratique du schéma dans le cadre de l'examen proactif de l'innocuité d'un médicament à l'échelle fédérale, territoriale et provinciale; à l'échelon de l'organisation ou de l'établissement ainsi qu'au niveau du patient, du médecin, de l'infirmière et du pharmacien. La sécurité d'un médicament tient aux réactions indésirables qu'il peut provoquer, lesquelles sont de deux types : inévitables et potentiellement évitables. Les incidents indésirables inévitables sont des réactions graves, indésirables ou inattendues à un médicament. Elles sont impossibles à prévenir et sont désignées par l'appellation réactions indésirables au médicament (RIM). Elles se répartissent en effets toxiques ou réactions allergiques en l'absence de facteurs de risque. Les incidents médicamenteux indésirables potentiellement évitables découlent d'erreurs médicamenteuses qui provoquent des effets néfastes. Les erreurs médicamenteuses ne causent pas toutes un préjudice (parce que l'erreur a été décelée et que les effets ont été atténués). Lorsqu'elles causent des effets néfastes, ces erreurs découlent d'actes dangereux et d'états latents dans le système, et il est possible de les prévenir par l'amélioration du système.

	<b>STRUCTURE</b> →	<b>PROCESSUS</b> →	<b>RÉSULTAT</b>
<b>Échelle fédérale, provinciale et territoriale</b>	<b>EXAMINER</b>	<b>ÉTUDIER</b>	<b>ÉVALUER</b>
	<p><b>Lignes directrices et procédures</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- autorisation de mise sur le marché du médicament</li> <li>- marketing du médicament</li> <li>- prescription du médicament</li> <li>- suivi</li> <li>- alertes (à l'intention des professionnels et du public)</li> <li>- retrait de médicament</li> </ul> <p><b>Médicament</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- caractéristiques pharmacologiques</li> <li>- appellation (chimique, générique, commerciale)</li> <li>- apparence, étiquetage et conditionnement</li> <li>- contre-indications</li> <li>- effets indésirables (le type, la gravité, la fréquence, la durée)</li> <li>- mises en garde</li> <li>- conservation (p. ex., réfrigération)</li> <li>- modalités d'administration (la dose, la voie, les fournitures, le moment d'administration)</li> </ul> <p><b>Information sur le médicament</b></p>	<p><b>Les activités de marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'industrie pharmaceutique (p. ex., les représentants pharmaceutiques, les relationnistes et les agents de publicité)</li> <li>- les groupes d'intérêt particulier (p. ex., la Société d'arthrite)</li> </ul> <p><b>La prescription de médicament</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les médecins spécialistes</li> <li>- les autres personnes autorisées à prescrire (dentistes, chiropraticiens, etc.)</li> </ul> <p><b>L'exécution des ordonnances</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les pharmaciens</li> </ul> <p><b>L'acquisition de médicament par le patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à la pharmacie</li> <li>- d'autres sources, dont l'achat illégal dans Internet</li> </ul> <p><b>Les erreurs médicamenteuses potentielles</b></p>	<p><b>Résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Premier résultat – l'effet thérapeutique du traitement médicamenteux</li> </ul> <p><b>Sécurité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deuxième résultat – les résultats indésirables du traitement ou effets indésirables du médicament</li> </ul> <p><b>Coûts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troisième résultat – coût du traitement, dont le coût associé aux effets indésirables</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organismes de réglementation (Canada, É.-U., Europe, Australasie)</li> <li>- sociétés pharmaceutiques</li> <li>- effets indésirables/résultat</li> <li>- organismes de signalement (Canada, É.-U.)</li> </ul> <p><b>Information sur la population</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le nombre</li> <li>- l'âge</li> <li>- le sexe</li> <li>- les facteurs culturels</li> <li>- la comorbidité (p. ex., la grossesse)</li> <li>- les allergies</li> <li>- les antécédents médicamenteux et la prise actuelle de médicaments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- au moment de la prescription</li> <li>- au moment de l'interprétation de l'ordonnance</li> <li>- au moment de la distribution du médicament</li> <li>- au moment de l'administration du médicament</li> <li>- au moment du suivi</li> </ul>	
--	---	--	--

Échelon de l'organisation ou de l'établissement	EXAMINER	ÉTUDIER	ÉVALUER LES RÉSULTATS POTENTIELS
	<p><b>Examineurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- comité de pharmacologie et de thérapeutique, CMDP</li> <li>- services spécialisés (p. ex., anesthésie, maladies infectieuses)</li> <li>- comité de liaison entre la pharmacie et les soins infirmiers</li> <li>- MAC</li> </ul> <p><b>Médicament</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- caractéristiques pharmacologiques</li> <li>- appellation (chimique, générique, commerciale)</li> <li>- apparence, étiquetage et conditionnement</li> <li>- indications</li> <li>- contre-indications</li> <li>- effets indésirables (le type, la gravité, la fréquence, la durée)</li> <li>- mises en garde</li> <li>- conservation (p. ex., réfrigération)</li> <li>- modalités d'administration (la dose, la voie, les fournitures, le moment d'administration)</li> </ul> <p><b>Patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le nombre</li> <li>- l'âge</li> <li>- le sexe</li> <li>- les facteurs culturels</li> <li>- la comorbidité, notamment la grossesse</li> <li>- les allergies</li> <li>- les autres médicaments</li> </ul>	<p><b>Sécurité du médicament</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exécuter une analyse des conditions et des effets de la défaillance sur les médicaments que l'on envisage d'ajouter à la liste des médicaments</li> </ul> <p><b>Erreurs médicamenteuses potentielles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au moment de la prescription</li> <li>- au moment de l'interprétation</li> <li>- au moment de l'exécution de l'ordonnance</li> <li>- au moment de l'administration</li> <li>- au moment de la surveillance</li> </ul>	<p><b>Résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Premier résultat – effet thérapeutique du traitement médicamenteux</li> </ul> <p><b>Sécurité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deuxième résultat – résultats indésirables du traitement ou effets indésirables du médicament</li> </ul> <p><b>Coûts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troisième résultat – coût du traitement, dont le coût des effets indésirables</li> </ul> <p><b>Retrait du médicament de la liste des médicaments</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- économies de coût</li> <li>- informer les prescripteurs de l'indisponibilité du médicament</li> <li>- modifier les paramètres de la prescription automatisée</li> <li>- informer certains patients de l'indisponibilité du médicament (au besoin)</li> </ul> <p><b>Ajout d'un médicament à la liste des médicaments</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le coût</li> <li>- informer les prescripteurs de la disponibilité du médicament</li> <li>- modifier les paramètres de la prescription automatisée</li> <li>- informer certains patients de la disponibilité du médicament (au besoin)</li> </ul>

Au niveau du personnel (médecin/ infirmière/ pharmacien) et du patient	EXAMINER	ÉTUDIER	ÉVALUER LES RÉSULTATS POTENTIELS
	<p><b>Patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'âge</li> <li>- le sexe</li> <li>- les facteurs culturels</li> <li>- la comorbidité, notamment la grossesse</li> <li>- les allergies</li> <li>- les autres médicaments</li> </ul> <p><b>Médicament</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- caractéristiques pharmacologiques</li> <li>- appellation (chimique, générique, commerciale)</li> <li>- étiquetage et conditionnement</li> <li>- indications</li> <li>- contre-indications</li> <li>- effets indésirables (le type, la gravité, la fréquence, la durée)</li> <li>- mises en garde</li> <li>- conservation (p. ex., nécessité de réfrigérer)</li> <li>- modalités d'administration (dose, voie, fournitures, choix du moment)</li> </ul> <p><b>Sources d'information sur le médicament</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- professionnel de la santé (médecin, pharmacien, infirmière, autre)</li> <li>- non-professionnel (famille, amis, collègues)</li> <li>- Internet, bibliothèque</li> <li>- organisations de la santé</li> <li>- autre</li> </ul>	<p><b>Indication</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- autorisée</li> <li>- non autorisée</li> </ul> <p><b>Modalités d'administration</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la dose</li> <li>- la voie</li> <li>- les fournitures</li> <li>- le moment d'administration</li> </ul> <p><b>Erreurs médicamenteuses potentielles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au moment de la prescription</li> <li>- au moment de l'interprétation</li> <li>- au moment de l'exécution de l'ordonnance</li> <li>- au moment de l'administration</li> <li>- au moment de la surveillance</li> </ul>	<p><b>Résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Premier résultat – effet thérapeutique du traitement médicamenteux (l'état pour lequel le médicament est prescrit : amélioré, aucun changement, aggravé)</li> </ul> <p><b>Sécurité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deuxième résultat – résultats indésirables du traitement ou effets indésirables (délimiter, traiter consigner, faire rapport)</li> </ul> <p><b>Coûts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troisième résultat – coût du traitement, dont le coût des effets indésirables</li> </ul> <p><b>Décision quant au médicament</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quatrième résultat – maintenir le traitement ou l'interrompre</li> </ul>

**Exemple : Application du schéma de sécurité du patient à l'examen réactionnel d'un résultat indésirable – le décès d'un patient**

Voici un exemple d'application pratique du schéma à l'examen réactionnel du décès d'un patient. L'étude du cas indique que le décès est relié à une erreur médicamenteuse. Au nombre des facteurs contributifs sous-jacents, mentionnons l'étiquetage similaire des deux médicaments en cause, ainsi qu'un problème concernant la conservation du médicament. L'examen du dossier se conclut par des recommandations quant à l'élaboration et à la mise en œuvre de lignes directrices, pour diminuer le risque de récurrence d'un incident de même nature.

	<b>STRUCTURE</b> →	<b>PROCESSUS</b> →	<b>RÉSULTAT</b>
<b>Cycle réactionnel</b>	<p>S/O</p> <p><b>Mécanisme de notification de la famille</b> défini dans les lignes directrices et procédures</p> <p><b>Mode de présentation du rapport de décès</b> défini dans les lignes directrices et procédures, notamment la notification de l'administration</p> <p><b>Enquête du décès</b> définie dans les lignes directrices et procédures</p> <p><b>Mode de diffusion du rapport d'enquête</b> défini dans les lignes directrices et procédures, notamment le fait que l'administration assume la responsabilité du suivi</p>	<p>S/O</p> <p><b>Tâche</b> : notification de la famille <b>Méthode</b> : telle qu'elle est décrite dans les lignes directrices et procédures (dont les faits sur les événement prémorbides immédiats et le plan de l'enquête)</p> <p><b>Tâche</b> : faire état du décès auprès des comités et parties appropriés <b>Méthode</b> : également les informer de la venue d'un rapport de suivi sur l'enquête du décès</p> <p><b>Tâche</b> : enquête sur le décès <b>Méthode</b> : examiner les processus pour déceler des actes dangereux, examiner la structure pour détecter la présence et l'impact d'états latents</p> <p><b>Tâche</b> : diffusion des résultats d'enquête <b>Méthode</b> : diffusion d'une alerte de sécurité particulière à toutes les disciplines à l'interne/aux organisations de sécurité indépendantes à l'externes, ainsi qu'aux organismes</p>	<p><b>Décès du patient</b></p> <p><b>Famille informée</b></p> <p><b>Présentation du rapport de décès</b> (coroner/médecin légiste, comité d'examen des décès de l'établissement ou de l'organisation, base de données provinciale et nationale sur les décès)</p> <p><b>Enquête sur le décès</b> (résultats de l'examen : bolus intraveineux d'épinéphrine par erreur, provoquant un IM, causant le décès; l'étiquette de l'épinéphrine semblable à celle du glycopyrrolate; le médicament conservé dans le mauvais tiroir; anesthésiste seul)</p> <p><b>Rapport sur les résultats de l'enquête</b> diffusé à la famille, et aux organismes ou organisations de sécurité des soins de santé de l'établissement, de l'organisation, de la province, du pays</p>

	<p><b>Mise sur pied d'un groupe de travail chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre d'améliorations, notamment de nouvelles lignes directrices et procédures, et d'assurer la surveillance continue afin d'éviter la récurrence</b> définie dans les lignes directrices et procédures, notamment en ce qui concerne le délai de réponse des personnes, services, établissements, organisations, provinces, régions géographiques et organismes fédéraux appropriés</p>	<p>gouvernementaux de surveillance de l'innocuité des médicaments; bulletin sur la sécurité du patient; bulletins d'information</p> <p><b>Tâche :</b> élaboration et mise en œuvre des améliorations, dont les nouvelles lignes directrices et la surveillance continue pour éviter la récurrence, d'où la nécessité, le cas échéant, de réécrire les lignes directrices et procédures</p> <p><b>Méthode :</b> adopter l'approche nécessaire pour s'adjoindre l'expertise à l'interne et l'expertise à l'externe nécessaires</p>	<p><b>Élaboration et mise en œuvre des recommandations d'amélioration</b></p>
--	--	--	---

# NATIONAL STEERING COMMITTEE ON PATIENT SAFETY

## COMITÉ DIRECTEUR NATIONAL SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

### SOMMAIRE DES PRINCIPALES INITIATIVES SUR LA SÉCURITÉ DU PATIENT À L'ÉCHELLE NATIONALE ET INTERNATIONALE

#### Chair / Président

D<sup>r</sup> John Wade

#### Official members / Membres officiels

G. Ross Baker, PhD

M. John Bulman, C.M.

D<sup>r</sup> Peter Fraser

D<sup>r</sup> John Millar, FRCPC

M<sup>me</sup> Wendy Nicklin

D<sup>r</sup> Walter Rosser, FCFP

D<sup>r</sup> Denis Roy, FRCPC

M<sup>me</sup> Bonnie Salsman

#### Secretariat / Secrétariat

774, prom. Echo Drive  
Ottawa, ON K1S 5N8

☎ (613) 730-6201

☎ (613) 730-8250

✉ patientsafety@rcpsc.edu

### Échelle nationale

#### *Santé Canada*

Santé Canada finance les programmes de recherche des Instituts canadiens de recherche en santé<sup>1</sup> (ICRS) et de l'Institut canadien d'information sur la santé<sup>2</sup> (ICIS) ainsi que d'autres études sur la sécurité du patient. Ainsi, Santé Canada a dernièrement passé un marché avec un tiers pour l'étude de faisabilité sur l'établissement d'un système pancanadien de repérage et de signalement des incidents reliés aux médicaments. Dans la même veine, le ministère a également parrainé une enquête nationale visant à collecter des données sur la prévention de l'erreur dans la prestation des soins de santé et sur la mesure dans laquelle les organisations signalent ces incidents et étudient la situation.

#### *Les Instituts canadiens de recherche en santé et l'Institut canadien d'information sur la santé*

Les ICRS et l'ICIS ont commandé une étude de recherche, qu'ils financent en commun, pour examiner l'étendue des incidents indésirables dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada et la disponibilité des données qui pourraient être utilisées pour appuyer la surveillance continue en vue de les réduire. Les résultats de l'étude, une primeur au Canada, devraient être rendus publics en 2004.

#### *Le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS)*

Le CCASS est une organisation sans but lucratif, indépendante, d'envergure nationale, dont le rôle consiste à examiner avec objectivité les soins et la qualité des services offerts par un établissement de santé particulier. Les visiteurs du CCASS comparent les constatations du processus d'agrément aux normes pancanadiennes. L'évaluation porte sur tous les types de risques susceptibles d'être présents dans une organisation de santé, mais plus particulièrement sur le risque clinique. Les normes d'agrément canadiennes précisent les critères d'évaluation et de gestion des risques. Le CCASS

<sup>1</sup> Les Instituts canadiens de recherche en santé (ICRS) représentent le principal organisme fédéral chargé de la recherche en santé. L'objectif de l'organisme consiste à créer de nouvelles connaissances et à les appliquer en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé, et de renforcer le système de santé canadien.

<sup>2</sup> L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme pancanadien autonome et sans but lucratif qui offre en temps opportun l'information appropriée et nécessaire à l'introduction de politiques de santé avisées, à la gestion efficace du système de santé canadien et à la sensibilisation du public quant aux facteurs qui influencent la santé.

---

collabore à des initiatives canadiennes concertées sur la sécurité des patients et l'erreur médicale, et il envisage de modifier les normes pour mettre l'accent sur ces aspects.

### ***La Coalition canadienne sur la prévention et le signalement des erreurs médicamenteuses (CCPSEM)***

À l'automne 2000, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) et le Bureau d'évaluation des produits fabriqués sous licence de Santé Canada ont organisé un atelier sur invitation afin d'aborder certaines questions fondamentales sur la prévention et le signalement des incidents médicamenteux. L'atelier a donné lieu, entre autres, à la recommandation d'établir une coalition de parties prenantes, à savoir *La Coalition canadienne sur la prévention et le signalement des erreurs médicamenteuses (CCPSEM)*. La Coalition, formée en février 2001, a pour mandat d'élaborer des options, sous la forme d'un plan d'activités, de système de prévention et de signalement des incidents médicamenteux, qui soit global, durable, viable et abordable pour les Canadiens. Le produit escompté est un programme de gestion des risques inhérents à l'usage des médicaments tout en étant axé sur un objectif de prévention des risques. La Coalition se compose de représentants de groupes de consommateurs, de la profession médicale, de la profession infirmière, de la pharmacie, d'associations de santé, de la gestion de l'information, des administrations publiques fédérale et provinciales et de l'industrie pharmaceutique.

À la suite d'une demande de propositions, Sierra Systems Inc. a été sélectionné pour collaborer à l'élaboration du rapport. Pendant cette phase, la Coalition a consulté plus de 50 intervenants à l'échelle nationale et internationale. Le rapport a été remis aux membres de la Coalition et à des intervenants de l'externe le 24 juillet 2002. Pour obtenir un exemplaire du rapport, communiquez avec M. Bill Leslie, président, CCPSEM, par courrier électronique à [bill\\_leslie@hc-sc.gc.ca](mailto:bill_leslie@hc-sc.gc.ca).

### ***L'Association canadienne des soins de santé (ACS)***

L'ACS est une fédération d'établissements de santé provinciaux et territoriaux, et d'organisations de santé de tout le Canada. Par sa composition, l'Association représente une vaste gamme de soins, notamment les soins de courte durée, les soins à domicile et les soins communautaires, les soins de longue durée, la santé publique, la santé mentale, les soins palliatifs, les services liés à la toxicomanie, les services destinés aux enfants, aux jeunes et aux familles, des services de logement, et des groupes professionnels et des organismes de réglementation professionnelle. L'organisation est réputée pour son rôle de chef de file pancanadien dans la promotion d'une réponse coordonnée et efficace aux « erreurs médicales ».

Dans un premier temps, l'ACS a réparti les questions systémiques dans les catégories ci-dessous (l'Association entend diffuser sous peu une note documentaire complète à ce sujet) :

- Les obstacles culturels (promotion d'une « culture de la sécurité » qui favorise l'ouverture et l'analyse objective de l'erreur).
- Adoption d'une approche « globale » (puisque la plupart des erreurs surviennent à la suite d'une série de défaillances dans le processus complexe de la prestation des soins).
- Signalement de l'erreur (s'agissant des 'erreurs médicales', nécessité d'élaborer et de mettre en œuvre des normes de signalement exhaustives et des mécanismes d'application).
- Gouverne et leadership (une réponse coordonnée et efficace aux erreurs médicales au Canada est nécessaire).

### ***The Institute for Safe Medication Practices (Canada)***

*L'Institute for Safe Medication Practices (ISMP Canada)* est une organisation autonome et sans but lucratif, établie en vue de collecter et d'analyser des rapports d'erreur médicamenteuse et de formuler des recommandations en matière d'amélioration de la sécurité du patient. Au même titre que son homologue

américain, l'ISMP US, ISMP Canada entend promouvoir des pratiques sûres d'usage des médicaments dans tous les milieux de soins au pays.

Ses objectifs précis s'énoncent comme suit :

- Examiner le compte rendu d'erreurs médicamenteuses, transmis par les praticiens, et formuler des recommandations en vue de réduire la probabilité de récurrence.
- Publier et diffuser de l'information aux milieux de santé et aux praticiens par des moyens électroniques efficaces en vue de promouvoir l'usage sécuritaire des médicaments et des stratégies de réduction des effets néfastes des erreurs.
- Participer avec des organisations professionnelles à des programmes concertés d'éducation sur les incidents médicamenteux indésirables et sur leur prévention.
- Intervenir en tant qu'expert-conseil auprès d'établissements de santé et d'autres milieux de soins sur l'utilisation des médicaments.
- Mettre au point des instruments éducatifs et d'évaluation de l'amélioration de la qualité à l'intention des professionnels et des établissements de santé.
- Former et maintenir un solide partenariat avec ISMP US et d'autres organisations de sécurité du patient à l'échelle provinciale et nationale.
- Offrir des programmes éducatifs aux étudiants universitaires et aux professionnels de la santé.

ISMP Canada œuvre à l'amélioration de la sécurité du patient de diverses façons, notamment par :

- La distribution du bulletin d'information ISMP (qui renferme des alertes sur des erreurs médicamenteuses relevées, comme celles ayant trait à l'étiquetage et au conditionnement).
- Un questionnaire d'évaluation de la sécurité de l'usage des médicaments (un instrument conçu pour permettre aux organisations d'évaluer elles-mêmes la sécurité des pratiques ayant trait aux médicaments, de cerner les possibilités d'amélioration et de comparer leurs résultats avec les résultats regroupés d'hôpitaux semblables du point de vue des caractéristiques démographiques).
- Un logiciel de signalement et d'analyse de l'erreur médicamenteuse (Analyse-err). Le logiciel comporte deux éléments, soit une section de signalement factuel objectif et un exercice d'analyse des causes profondes (en usage dans plusieurs hôpitaux canadiens).

Il est possible d'obtenir plus de renseignements au sujet de l'organisation en consultant son site Web à <http://www.ismp-canada.org>.

## **Échelle internationale**

### **ÉTATS-UNIS**

#### **The Institute of Medicine Report**

La publication en 1999 du rapport de l'*Institute of Medicine* (IOM) intitulé *To Err is Human : Building a Safer Health System* a incité les États-Unis à mettre l'accent sur les erreurs médicales évitables.

L'IOM est une organisation du secteur privé, créée en vue de conseiller le gouvernement fédéral des États-Unis sur des questions d'ordre technique ou scientifique. Par suite de son examen des principales études américaines sur les incidents indésirables et les erreurs médicamenteuses, l'organisation a estimé que de 44 000 à 98 000 personnes décèdent dans les hôpitaux chaque année par suite d'une erreur médicale dans ce pays. Même en utilisant le décompte estimatif le plus bas des décès, les erreurs médicales représentent la huitième principale cause de décès aux États-Unis, avant les accidents automobiles, le cancer du sein et le SIDA. Selon l'étude, environ 7 000 personnes meurent chaque année des suites d'une erreur médicamenteuse exclusivement. Le rapport propose diverses stratégies pour améliorer la sécurité du patient,

notamment la mise en application de système sécuritaire d'usage des médicaments et un système de signalement des erreurs médicales à l'échelle du pays.

Trois mois après la publication du rapport de l'IOM, un groupe inter-institutionnel du gouvernement fédéral, le *Quality Interagency Coordination Task Force* (QuIC), a rendu publique sa réponse, *Doing What Counts for Patient Safety : Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact*. Le rapport, produit à la demande du président des États-Unis, renferme un relevé des interventions fédérales continues pour réduire les incidents médicaux indésirables et des recommandations précisant plus de 100 initiatives que devraient entreprendre des organismes fédéraux.

En janvier 2001, l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) a confié au *Evidence-Based Practice Centre* de l'Université Stanford la tâche d'étudier la documentation scientifique sur l'amélioration de la sécurité. Le rapport, *Making Health Care Safer : A Critical Analysis of Patient Safety Practices*, offre une évaluation approfondie des données probantes sur les pratiques exemplaires en matière de sécurité de la prestation des soins de santé.

En mars 2001, l'IOM a publié un deuxième et dernier rapport, *Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century*. Ce rapport, inspiré du premier rapport de l'IOM, contient des recommandations générales sur une conception renouvelée du système de santé américain, dont des lignes directrices précises à l'intention des décideurs, des chefs de file du domaine de la santé, des cliniciens, des organismes de réglementation, des usagers et d'autres personnes. Ce rapport exhaustif comprend :

- un ensemble d'attentes en matière de rendement du système de santé au XXI<sup>e</sup> siècle;
- un ensemble de dix règles nouvelles d'encadrement de la relation entre le patient et le clinicien;
- un cadre organisationnel pour améliorer l'intégration de l'acquittement des frais et de la reddition de comptes à l'amélioration de la qualité;
- les principales étapes d'une démarche de promotion de la pratique fondée sur des données probantes et de renforcement des systèmes d'information et cliniques.

Dans son dernier rapport, l'IOM admet que le système de santé est complexe; l'Institut cerne des pratiques qui compromettent la qualité des soins et étudie des méthodes systémiques pour instaurer le changement.

### **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)**

La Commission évalue et agréée près de 18 000 établissements et programmes de santé aux États-Unis. Organisation autonome et sans but lucratif, la JCAHO représente la principale organisation d'agrément et d'établissement de normes en santé aux États-Unis. Œuvrant depuis 1951, la JCAHO a élaboré des normes professionnelles à la fine pointe et évalué la conformité à ces points de référence des organisations de la santé. Sa mission consiste à améliorer continuellement la sécurité et la qualité des soins dispensés au public en agréant les établissements de santé et en offrant des services connexes à l'appui de l'amélioration du rendement dans les organisations de santé.

Par suite de son analyse des causes profondes de 64 incidents indésirables chirurgicaux ou postopératoires, l'organisation a relevé les huit causes profondes suivantes :

- piètre communication entre les prestataires de soins;
- non-respect de la procédure établie;
- insuffisance des ressources humaines au moment opportun;
- évaluation préopératoire incomplète;
- absence de certains titres et droits de pratique;
- supervision inappropriée du personnel à l'interne;
- procédures de surveillance postopératoire incohérentes;
- défaut de remise en question de commandements inappropriés.

---

## The National Patient Safety Foundation (NPSF)

La NPSF entend intervenir en tant que catalyseur et moteur de l'amélioration de la sécurité du patient. Dans cette optique, la Fondation poursuit quatre objectifs principaux :

- accroître la sensibilisation;
- édifier une base de connaissances;
- mettre sur pied une tribune d'échange de connaissances;
- faciliter la mise en œuvre de pratiques qui améliorent la sécurité du patient.

Dans les dernières années, la Fondation a acquis une réputation d'excellence en matière de facilitation du dialogue et de la collaboration sur les aspects de la sécurité du patient; d'ailleurs, la constitution de la base de connaissances est en cours à plein régime. À titre d'exemple de la détermination de la Fondation, citons le centre d'échange d'information, qui aspire à devenir la plus vaste collection de documentation sur la sécurité du patient dans le monde. Elle cherche également à préciser le rôle du patient dans l'amélioration de la sécurité du système de santé.

Il est possible d'obtenir plus de renseignements sur la Fondation en consultant son site Web à <http://www.npsf.org>.

## Institute for Healthcare Improvement

L'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI) est une organisation sans but lucratif qui soutient des initiatives intégrées et concertées d'amélioration des systèmes de santé aux États-Unis et au Canada. L'Institut a produit une série de documents intitulée *Breakthrough Series*, portant chacun sur l'amélioration d'un aspect particulier du système de santé. La rédaction de chacun des documents fait intervenir de 20 à 40 organisations de la santé qui étudient les plus récentes données sur l'amélioration d'un aspect clinique ou fonctionnel particulier et qui déterminent des moyens efficaces d'appliquer cette information en vue d'obtenir une amélioration rapide. La série comprend le modèle réputé de l'Institut, *Plan-Do-Study-Act* (PDSA), d'accélération de l'amélioration et un guide étape par étape en vue de réduire les incidents indésirables tout en s'attaquant aux obstacles qui entravent le changement.

Il est possible d'obtenir plus de renseignements au sujet de l'Institut en consultant son site Web à <http://www.ihl.org>.

## ROYAUME-UNI

En 2000, le *National Health Service* (NHS) a publié *An Organization with a Memory : Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS*. Le rapport indique que près de 400 patients sont décédés ou ont été gravement atteints à la suite d'une réaction indésirable à un médicament, et que près de 10 000 personnes ont éprouvé une réaction indésirable grave à des médicaments (dont certaines sont inévitables) en 1999. Les auteurs estiment qu'un incident indésirable survient dans une proportion d'environ 10 % des admissions dans les hôpitaux du Royaume-Uni. Ils recommandent la création d'un nouveau système, de portée nationale, de signalement et d'analyse des incidents indésirables dans la prestation des soins afin de tirer des enseignements de l'expérience et d'adopter des mesures correctives. En outre, la recommandation mise de l'avant dans le rapport soutient la nécessité d'analyser les incidents indésirables à l'échelon local dans le but d'améliorer les résultats cliniques. L'élaboration d'une stratégie d'établissement de la capacité locale d'analyse est intégrée au plan de mise en œuvre d'envergure nationale.

Le NHS a produit un certain nombre de rapports pertinents, dont *Building a Safer NHS for Patients, Doing Less Harm – Key Requirements for Health Care Providers* et *Measurement and Monitoring of Surgical Adverse Events*.

Pour plus de renseignements sur les rapports et activités du NHS, consulter le site Web : <http://www.doh.gov.uk>.

### AUSTRALIE

En 1994, le ministère de la Santé de l'Australie a commandé l'étude sur la qualité des soins de santé en Australie afin de déterminer l'étendue des incidents indésirables dans les hôpitaux australiens. C'est par l'examen des dossiers médicaux hospitaliers que l'étude a pu estimer les préjudices subis par les patients dans les milieux de soins. L'étude est structurée sur le modèle de l'étude *Harvard Medical Practice* aux États-Unis.

Les résultats de l'étude découlent de l'examen de 14 179 admissions dans 28 hôpitaux de deux États. L'examen s'est amorcé par une sélection initiale effectuée par des infirmières autorisées en vertu de critères normalisés et stricts, suivie de l'analyse et de la documentation par deux médecins indépendants ou, en cas de désaccord, par trois. L'étude révèle que 51 % des 16,6 % admissions attribuables à des incidents indésirables sont jugées évitables. Dans 77,1 % de ces cas, l'incapacité a disparu en 12 mois, alors que dans 13,7 % des cas, l'incapacité est permanente, et que les décès représentent 4,9 % des cas (Wilson et collab., 1995). L'étude est disponible en ligne dans *Medical Journal of Australia* à <http://www.mja.com.au/>.

Le Conseil australien pour la sécurité et la qualité des soins de santé a été créé en janvier 2000 pour faciliter et coordonner un plan d'action national quant à la sécurité des soins de santé. Dans son premier rapport paru en juillet 2000, le Conseil préconise de financer un plan d'action national quinquennal en vue d'améliorer la sécurité et la qualité du système de santé australien. En février 2001, le Conseil a produit un plan d'action national précisant les étapes du programme national de sécurité du patient. Dans le plan d'action de la première année, le Conseil détermine quatre priorités :

- améliorer l'utilisation des données et de l'information dans tout le système afin de rehausser la sécurité des soins;
- renforcer les mécanismes assurant la sécurité des milieux cliniques et organisationnels;
- favoriser activement la rétroaction et la participation des consommateurs;
- repenser la conception des systèmes et processus de soins pour établir une solide culture de fiabilité et de sécurité.

Depuis lors, le Conseil a créé un site Web pour promouvoir ses activités et faciliter la rétroaction, a mené un sondage auprès des professionnels de la santé afin de relever les obstacles et les possibilités en matière d'amélioration de la sécurité de la prestation des soins, a parrainé une conférence et un atelier à l'intention des consommateurs, et fait paraître deux rapports sur la sécurité du patient. En septembre 2001, le Conseil a joint ses efforts à ceux du *British Medical Journal* et de l'*Institute of Healthcare Improvement* (É.-U.) pour organiser le premier Forum Asie-Pacifique sur l'amélioration de la qualité dans les soins de santé.

Les publications du Conseil australien pour la sécurité et la qualité des soins de santé sont disponibles en ligne à <http://www.safetyandquality.org>.

## **NOUVELLE-ZÉLANDE**

En mars 2001, Hellen Cull a publié un rapport intitulé *Review of Processes Concerning Adverse Medical Events* qui examine les systèmes existants de signalement et d'étude d'incidents indésirables mis sur pied par les organismes néo-zélandais suivants :

- la Commission sur la santé et l'incapacité
- le Conseil médical de la Nouvelle-Zélande
- le tribunal disciplinaire des praticiens médicaux
- *ACC Medical Misadventure Unit*

Helen Cull relève les enseignements tirés de cet examen. Elle recommande des changements d'ordre législatif et procédural afin de repérer les résultats médicaux indésirables et d'adopter en temps opportun des mesures correctives. L'information contenue dans le rapport vise à appuyer l'évolution législative, à améliorer le cadre de réglementation de l'exercice de la profession des divers intervenants en santé, notamment les processus de signalement et d'étude des incidents indésirables.

Pour plus de renseignements sur ce rapport, consulter le site Web du ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande à <http://www.moh.govt.nz>.