

**LES GOUVERNEMENTS ET LA SÉCURITÉ DU PATIENT
EN AUSTRALIE, AU ROYAUME-UNI
ET AUX ÉTATS-UNIS**

**Examen des politiques, des cadres institutionnels et de
financement et des initiatives en cours**

**Préparé pour le Comité consultatif sur les services de santé
Groupe de travail sur la qualité des services de santé**

**RAPPORT DÉFINITIF
août 2002**

J. Paul Gardner
G. Ross Baker
Peter Norton
Adalsteinn D. Brown

Table des matières

Introduction	1
Cadres politiques	2
Définitions de l'expression « sécurité du patient »	2
Incidence	2
Rapports et enquêtes	2
Études	3
Coûts liés aux fautes professionnelles	3
Réactions des médias	4
Réactions des gouvernements	4
Leadership du gouvernement	4
Cibles et objectifs visant à réduire le nombre d'erreurs	5
Recherche	6
Financement et institutions	7
Présomptions politiques sur la sécurité du patient	7
Frais cachés considérables liés à la non-intervention	8
Rapports entre la qualité et la sécurité	8
Approche systémique – déceler et prévenir les tendances d'erreurs	8
Changement culturel – ne pas blâmer la personne	9
Systèmes de préparation de rapports sur les erreurs et les incidents quasi fatals	9
Analyse de la cause fondamentale	10
Commentaires aux fournisseurs et aux établissements	11
Participation et plaintes du patient	11
Besoin d'une réforme de la faute professionnelle : coût et divulgation	11
Cadres institutionnels	14
Groupes d'élaboration de politiques et organismes consultatifs	14
Orientation politique	14
Élaboration de politiques nationales et organismes consultatifs	14
Élaboration de politiques au niveau de l'État, organismes de consultation et de coordination	15
Surveillance administrative de la part du gouvernement	15
Organisations du secteur privé	15
Organismes consultatifs et réglementaires locaux	16
Agences exploitantes	17
Organismes responsables de la préparation des rapports d'incident	17
Systèmes d'analyse de la cause fondamentale et préparation des rapports sur les résultats	20
Évaluation, examen et agrément de l'institution	20
Évaluation individuelle d'un fournisseur de soins	21
Établissement et diffusion des lignes directrices cliniques	21
Rôle des organismes professionnels de réglementation	22
Participation et plaintes du patient	23
Cadres de financement	24
Australie	24
Royaume-Uni	26
États-Unis	26
Comparaison et analyse des stratégies	28
Résumé des stratégies	28
Similitudes des stratégies	29
Différences entre les stratégies	30
Analyse du financement	31
Évaluations des stratégies	32
Notes en fin de texte	33
Annexe	34

Introduction

Aux États-Unis, l'Institute of Medicine a conclu que les défaillances des systèmes médicaux constituent la plus importante cause évitable de décès. Au Royaume-Uni, les experts estiment que 10 p. 100 des patients hospitalisés sont blessés de façon accidentelle. Les coûts estimés de ces décès et de ces blessures se situent dans les milliards de dollars. Il est raisonnable de présumer que ce problème existe actuellement dans tous les systèmes de santé avancés.

Les initiatives visant à prévenir ces défaillances et ces blessures sont les plus évoluées en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Ce document compare les politiques, les institutions et le financement qu'utilisent les gouvernements de ces trois pays pour réduire le nombre de défaillances et d'erreurs. L'annexe décrit les principales initiatives de chaque pays.

En comparant les initiatives axées sur la sécurité du patient dans ces trois pays, il faut évidemment tenir compte de la structure de leur système de santé et de leurs gouvernements. Le fédéralisme, en particulier, constitue un facteur déterminant de la façon dont les initiatives axées sur la sécurité du patient sont rendues.

Les systèmes de santé varient grandement selon l'orientation, le financement et le fonctionnement du gouvernement. Par conséquent, pour comparer les politiques ou les initiatives, il est parfois nécessaire de comparer l'initiative publique dans un pays avec l'initiative privée d'un autre pays, afin de placer la participation gouvernementale à l'égard de la sécurité du patient dans le contexte global des initiatives axées sur la sécurité du patient.

La première section trace les grandes lignes des politiques qu'ont adoptées les gouvernements et leurs partenaires en soins de santé. Il existe un consensus politique entre les trois pays.

La deuxième section examine les cadres institutionnels servant à l'élaboration et à la prestation des initiatives axées sur la sécurité du patient. Les institutions sont divisées en organismes politiques et consultatifs et en agences exploitantes. Il existe donc comme prévu des différences appréciables en raison des différents systèmes de santé et systèmes gouvernementaux.

La troisième section traite du soutien financier qu'offrent les gouvernements de ces trois pays à l'égard des initiatives axées sur la sécurité du patient. Il existe aussi des différences appréciables dans les montants qu'ils accordent comme soutien et les initiatives qu'ils appuient.

La plupart des initiatives sont très jeunes, ayant été amorcées au cours des deux dernières années. Il n'y a toujours pas eu d'évaluation complète des initiatives de ces pays, mais on a documenté quelques évaluations d'initiatives cliniques et le Royaume-Uni a évalué son système pilote de préparation des rapports d'incident.

Cadres Politiques

Définitions de l'expression « Sécurité du Patient »

Il n'existe toujours pas de définition acceptée universellement de l'expression « sécurité du patient ». La définition la plus élégante est peut-être celle qui est mentionnée dans le rapport américain intitulé *To Err is Human*. Le rapport définit la sécurité du patient comme étant le fait d'être « à l'abri des blessures accidentelles ». La Nouvelle-Galles du Sud (Australie) élabore comme suit la définition de l'expression :

Un important objectif de tout système de santé vise la guérison sans risque des consommateurs de soins dans toutes les composantes de son système. Il doit éviter les torts résultant des soins qu'il prodigue, par omission ou par commission, et de l'environnement dans lequel ils sont prodigués, et atténuer les risques dans les processus de prestation des soins¹. [TRADUCTION]

La *Harvard Medical Practice Study* définit une « réaction adverse » comme une « blessure non intentionnelle causée par la surveillance d'un médecin et qui résulte en une incapacité mesurable ». [TRADUCTION] Cependant, même en l'absence de blessure, il peut survenir un *near miss* (incident quasi fatal) – concept emprunté à la sécurité aérienne – qui doit être déclaré et analysé.

Au Royaume-Uni, il y a eu aussi des discussions sur la nécessité de surveiller la sécurité du patient pour repérer non seulement les accidents, mais aussi les fournisseurs de soins dont les gestes négligents ou intentionnels causent des torts aux patients.

Incidence

Les trois pays reconnaissent que les patients subissent des blessures dans leur système de santé à une fréquence élevée. Diverses sources en démontrent la preuve.

1. Rapports et enquêtes

La *Harvard Medical Practice Study*, réalisée en 1991, a été la première étude à grande échelle effectuée sur l'incidence des réactions adverses en milieu hospitalier. Les chercheurs ont examiné les dossiers de 30 195 patients dans 51 hôpitaux de l'État de New York pour déterminer le nombre de patients qui ont subi des blessures résultant des soins qu'ils ont reçus. Dans l'ensemble, 3,7 p. 100 des patients ont subi des blessures et 58 p. 100 de ces incidents ont été jugés évitables. La négligence dans les soins a occasionné 28 p. 100 de toutes les blessures. Les événements opératoires sont, selon l'étude, le type de réaction adverse le plus commun, dont les infections de plaie et les complications, lesquelles représentent environ la moitié de tous les événements. Les réactions adverses liées aux médicaments sont les événements non opératoires les plus communs; elles représentent 19 p. 100 de toutes les réactions adversesⁱⁱ. On estime qu'entre 44 000 et 98 000 décès résultent chaque année des suites de réactions adverses.

Les auteurs de la *Quality in Australian Health Care Study* (1995) ont utilisé la méthode de la *Harvard Medical Practice Study*. Les résultats de cette étude démontrent un taux de réactions adverses de 16,6 p. 100 dans les hôpitaux australiens. Ce taux indique qu'il se produit environ 230 000 réactions adverses évitables par année dans les hôpitaux australiens, que 30 000

personnes souffrent d'un certain genre d'incapacité permanente et qu'entre 10 000 et 14 000 personnes meurent des suites d'une réaction adverse évitableⁱⁱⁱ. Les analyses supplémentaires des données australiennes visant à les rendre plus comparables aux méthodes américaines ont réduit l'incidence globale des réactions adverses à environ 13 p. 100.

Au Royaume-Uni, un rapport intitulé *An organisation with a memory* précise ce qui suit :

La recherche suggère qu'environ 850 000 (entre 300 000 et 1,4 million) réactions adverses surviennent chaque année dans le secteur hospitalier du NHS, résultant, en plus des journées d'hospitalisation, en coûts directs de 2 milliards de livres; certaines réactions adverses sont peut-être des complications inévitables du traitement, mais environ la moitié d'entre elles pourraient être évitées^{iv}. [TRADUCTION]

En juin 2002, le médecin chef a déclaré que un million de patients hospitalisés – soit un sur 10 – subiront chaque année une blessure accidentelle^v. Une étude pilote réalisée par Charles Vincent dans deux hôpitaux d'enseignement à l'aide des outils australiens d'examen des dossiers a déterminé une incidence de réactions adverses chez 11 p. 100 des patients. La *Bristol Inquiry* estime que les décès causés par des réactions adverses au Royaume-Uni peuvent atteindre 25 000.

2. Études

Le *Commonwealth Department of Health and Aged Care*, en Australie, a commandé la réalisation d'un sondage d'opinion publique auprès de 1 501 personnes. Les résultats de l'étude démontrent un taux de réactions adverses déclarées par les intéressés de 6,5 p. 100. L'étude a en plus demandé aux participants si la sécurité du patient avait été améliorée, si elle était demeurée la même ou si elle s'était détériorée. Les résultats démontrent que les participants appartenant au groupe d'âge de 45 à 54 ans sont convaincus que la sécurité du patient se détériore^{vi}.

Aux États-Unis, le *Commonwealth Fund* a publié les résultats d'une étude effectuée en 2002, dont certaines questions traitaient de la sécurité du patient :

Vingt-deux pour cent des répondants ont déclaré qu'eux-mêmes ou un membre de leur famille avait été victime d'une erreur médicale quelconque. Dix pour cent ont déclaré que leur état ou celui d'un membre de leur famille s'était détérioré à la suite d'une erreur dans un cabinet de médecin ou à l'hôpital, et que 16 p. 100 avaient reçu, en pharmacie ou à l'hôpital, un mauvais médicament ou une mauvaise posologie. Environ un tiers (33 p. 100) des répondants ont déclaré que l'erreur d'ordonnance s'était produite durant leur hospitalisation.

À l'échelle nationale, ces déclarations se traduisent par environ 22,8 millions de personnes dont au moins un membre de leur famille... a été victime d'une erreur^{vii}... [TRADUCTION]

3. Coûts liés aux fautes professionnelles

L'incidence et les coûts liés aux fautes professionnelles des médecins donnent une indication du taux de problèmes rattachés à la sécurité du patient, même si la majorité des patients blessés ne reçoivent aucune compensation. Les coûts ont augmenté de façon spectaculaire dans les trois pays. La plus importante organisation s'occupant des fautes professionnelles en Australie a récemment déclaré faillite. Le Congrès américain discute d'une législation conçue pour réduire les coûts associés à la responsabilité en matière de faute professionnelle. Aux États-Unis, les compensations moyennes accordées en situation de faute professionnelle ont augmenté de 76 p. 100 entre 1996 et 1999^{viii}. Au Royaume-Uni, le coût total annuel de règlement a septuplé depuis 1995-1996. Le nombre de nouvelles réclamations contre des spécialistes a augmenté de 76 p. 100 entre 1990 et 1998^{ix}.

4. Réactions des médias

Les médias des trois pays ont grandement traité des questions de sécurité du patient et plus particulièrement de l'incidence élevée. Les principales organisations médiatiques, notamment le *New York Times*, le *Wall Street Journal*, le *Philadelphia Inquirer*, le *Boston Globe* et le réseau CBS ont mis en vedette la sécurité du patient. L'image peut-être la plus convaincante a servi à décrire le taux américain de décès résultant d'erreurs médicales : « Deux Boeing 747 qui s'écrasent tous les trois jours »^x.

Réactions des gouvernements

1. Leadership du gouvernement

Les gouvernements des trois pays ont réagi au problème en adoptant un rôle de leader à l'égard de l'élaboration d'initiatives axées sur la sécurité du patient.

En Australie, la conférence nationale des ministres australiens de la Santé – organisme principal de coordination des questions politiques en matière de santé – a joué un rôle de premier plan dans l'élaboration d'initiatives axées sur la sécurité du patient. Par exemple, elle a mis sur pied l'*Australian Council for Safety and Quality in Health Care* en 1999. Le gouvernement du Commonwealth (national) transfère aux États/territoires des fonds pour les initiatives axées sur la sécurité du patient et les deux paliers de gouvernement ont signé des ententes – décrites plus loin dans ce document – qui contiennent la disposition suivante :

Le Commonwealth et [les gouvernements des États/territoires] ont convenu de la nécessité de s'engager à l'échelle nationale, en partenariat avec les cliniciens et les consommateurs, à améliorer la sécurité et la qualité des soins de santé et ils reconnaissent la présence de certains problèmes liés à la sécurité du patient et à la qualité des soins, lesquels sont mieux gérés sur le plan national^{xi}. [TRADUCTION]

Les gouvernements des États et des territoires australiens adoptent aussi un rôle de leader. Tous les États possèdent des stratégies sur la sécurité du patient et des conseils en matière d'assurance de la qualité dont le mandat vise à faire progresser les initiatives axées sur la sécurité du patient. Le ministère de la Santé de certains États possède une direction générale chargée de gérer la sécurité du patient.

Au Royaume-Uni, le plus important fonctionnaire lié à la sécurité du patient est le médecin chef du Department of Health. Son cabinet publie plusieurs rapports et documents de consultation. En 2001 seulement, il a fait paraître sept importants rapports gouvernementaux traitant de la sécurité du patient. Le gouvernement du Royaume-Uni a créé et financé cinq nouveaux organismes dont le mandat comprend la question de la sécurité du patient.

Le président américain Clinton a accordé une importance de premier plan à la question de la sécurité du patient en réponse au rapport de l'Institute of Medicine intitulé *To Err is Human*. Une entité de coordination - le *Quality Interagency Council* (QulC) – a travaillé à la préparation de la réaction des organismes fédéraux sur la question de la sécurité du patient. De plus, l'*Agency for Health Care Research And Quality* (AHCRQ) a joué un rôle de leader dans l'élaboration de la recherche et des initiatives axées sur la sécurité du patient. Afin de couvrir les soins de santé du secteur privé, le *National Quality Forum*, parrainé par le gouvernement, a aussi aidé à coordonner certaines activités liées à la sécurité du patient grâce à son rôle dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale sur la mesure de la qualité des soins de santé et la préparation des rapports sur ce sujet.

2. Cibles et objectifs visant à réduire le nombre d'erreurs

En Australie, le *Safety and Quality Council's Action Plan* a établi quatre domaines prioritaires :

1. *Meilleure utilisation des données pour repérer les erreurs et les défaillances du système, en tirer des leçons et les prévenir*
2. *Soutien aux travailleurs du système de santé qui pratiquent de façon sécuritaire*
3. *Promotion active des possibilités de commentaires et de participation des consommateurs*
4. *Refonte des systèmes et facilitation d'une culture de sécurité*^{xii}

En juin 2000, le gouvernement du Royaume-Uni a précisé quatre cibles particulières :

1. *Réduire à zéro, d'ici la fin de l'année 2001, le nombre de patients qui meurent ou qui deviennent paralysés à la suite d'une mauvaise administration d'injections vertébrales.*
2. *Réduire de 25 p. 100, d'ici la fin de l'année 2005, le nombre de cas de torts causés dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie qui mènent à des poursuites judiciaires.*
3. *Réduire de 40 p. 100, d'ici la fin de l'année 2005, le nombre d'erreurs graves liées à l'administration de médicaments sur ordonnance.*
4. *Réduire à zéro, d'ici mars 2002, le nombre de suicides chez les patients atteints de maladie mentale qui se pendent à des lits non repliables ou à des tringles de rideau de douche*^{xiii}.

En plus de ces quatre cibles, le gouvernement détermine d'autres domaines de pratique clinique à risques élevés en vue de considérer, au besoin, une intervention ciblée plus précoce. Il a désigné des initiatives « transversales » qui pourraient mener à une réduction des risques si l'on y introduisait l'aspect de la sécurité, notamment :

- *L'examen de l'environnement de sécurité – déterminer les modifications dans les pratiques de soins qui pourraient réduire les risques et améliorer la sécurité du patient.*
- *L'examen des pratiques cliniques – conjointement avec les collègues royaux, les organisations professionnelles et les associations de spécialistes, déterminer les procédures qui présentent des risques élevés.*
- *Les acquisitions en matière de sécurité – aborder la question de la sécurité dans une optique de politique d'achat pour l'ensemble du NHS.*
- *La conception en matière de sécurité – rechercher des commentaires du milieu de la conception pour trouver des possibilités précédemment méconnues qui peuvent améliorer la sécurité.*
- *Les ordinateurs servant à réduire le nombre d'erreurs – examiner, dans une vaste sphère, le potentiel des ordinateurs afin de réduire le nombre et les conséquences des erreurs.*
- *Les séances d'information sur la sécurité – établir la portée de séances d'information officielles « préprocédure » dans un nombre choisi de situations cliniques à risque élevé.*
- *La simulation des risques – améliorer la capacité du personnel à l'exposition et à la gestion du risque dans les laboratoires de simulation.*
- *Le rôle du patient en matière de sécurité – examiner à fond le potentiel des patients pour faciliter la promotion et la réalisation des objectifs de sécurité.*

Aux États-Unis, le président Clinton a adopté les cibles qu'a déterminées l'Institute of Medicine et qui visent à réduire les erreurs médicales de 50 p. 100 au cours des cinq prochaines années. Plus particulièrement, les *Centers for Disease Control and Prevention* ont précisé sept enjeux liés à cette cible de réduction de 50 p.100 :

1. Réduire de 50 p. 100 les réactions adverses liées aux sondes chez les patients dans les établissements de soins.
2. Réduire de 50 p. 100 les réactions adverses chirurgicales ciblées.
3. Réduire de 50 p. 100 le nombre d'hospitalisations et le taux de mortalité résultant d'infections des voies respiratoires chez les patients en soins de longue durée.
4. Réduire de 50 p. 100 les infections ciblées causées par des bactéries résistantes aux antimicrobiens :
 - a. en prévenant les infections; en diagnostiquant et en traitant les infections de façon appropriée;
 - b. en optimisant l'administration d'agents antimicrobiens;
 - c. en prévenant la transmission chez les patients dans les établissements de soins.
5. Éliminer les erreurs de laboratoire menant à des résultats néfastes pour le patient.
6. Éliminer, chez le personnel en soins de santé, les blessures causées par les piqûres accidentelles avec des aiguilles.
7. Observer fidèlement (100 p. 100) les lignes directrices de l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) sur la vaccination du personnel en soins de santé.

En juillet 2002, la *U.S. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) a annoncé six objectifs à atteindre dans le domaine de l'agrément et des activités connexes :

1. Améliorer l'exactitude de l'identification du patient.
2. Améliorer l'efficacité des communications entre fournisseurs de soins.
3. Améliorer la sécurité de l'administration de médicaments dont les conséquences d'alerte sont élevées.
4. Éliminer les erreurs liées aux interventions chirurgicales – mauvais site, mauvais patient et mauvaise procédure.
5. Améliorer la sécurité liée à l'utilisation des pompes à perfusion.
6. Améliorer l'efficacité des systèmes d'alarme clinique^{xiv}.

La JCAHO prévoit publier annuellement des objectifs et des recommandations, à l'échelle nationale, sur la sécurité du patient et elle rendra publiques, sur une base annuelle, les données recueillies sur la réalisation des objectifs.

3. Recherche

Tous les gouvernements reconnaissent qu'il faudra effectuer beaucoup de recherche pour améliorer la sécurité du patient. Les États-Unis agissent à titre de leader dans le domaine de la recherche en raison de leur important engagement envers le financement de la recherche – 50 millions de dollars américains. Presque tout le financement fédéral aux États-Unis est consacré à la recherche et aux projets de démonstration, dont la moitié est liée à la recherche sur les systèmes de préparation de rapports d'incident.

Le Royaume-Uni a attribué 2,5 millions de livres à la recherche en matière de sécurité du patient. La *Research and Development Directorate* du *Department of Health* consacre des fonds :

- à bâtir une infrastructure de recherche en facilitant la mise sur pied de centres d'excellence ou de réseaux de centres et d'unités de recherche;
- à mettre en valeur le potentiel en promouvant une recherche pluridisciplinaire, en investissant dans les programmes d'études supérieures ou de recherche;
- à établir des programmes thématiques de projets connexes.

4. Financement et institutions

D'autres sections de ce document traitent du financement gouvernemental pour des initiatives axées sur la sécurité du patient et pour des institutions établies sur ordre du gouvernement pour offrir des programmes sur la sécurité du patient. Il est important de noter que, dans le cas de l'Australie et du Royaume-Uni – deux pays qui possèdent des services de santé grandement financés par les deniers publics –, presque toutes les initiatives axées sur la sécurité du patient sont contrôlées, parrainées et financées par le gouvernement, auquel elles rendent des comptes.

La situation est différente aux États-Unis. Le *Leapfrog Group* est un bon exemple de la façon dont l'acquisition de soins de santé dans le secteur privé a contribué à la mise en œuvre d'initiatives hospitalières axées sur la sécurité du patient. Les initiatives axées sur la sécurité du patient de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) sont financées à même les frais d'agrément versés par les organisations de soins de santé.

Présomptions politiques sur la sécurité du patient

Les trois compétences possèdent des présomptions politiques communes.

1. Frais cachés considérables liés à la non-intervention

L'*Australian Patient Safety Foundation* fait remarquer que les coûts des réactions adverses excèdent 2 milliards de dollars australiens par année. Le *Task Force on Quality in Australian Health Care* a estimé, en 1996, que les réactions adverses évitables coûtaient au système de santé australien environ 867 millions de dollars par année – 1,7 million de jours-patients. La somme de 867 millions de dollars ne tient pas compte des frais de poursuite, des coûts de règlement, des coûts d'invalidité continue ou de la perte de productivité.

Comme on l'a précisé précédemment, les réactions adverses au Royaume-Uni coûtent environ 2 milliards de livres par année. En outre,

Le NHS paie environ 400 millions de livres par année sous forme de règlement de poursuites pour négligence clinique et une responsabilité possible de 2,6 milliards de livres pour les poursuites en cours et prévues^{xv}. [TRADUCTION]

Aux États-Unis, le rapport *To Err is Human* estime que les coûts annuels des erreurs médicales s'élèvent à 37,6 milliards de dollars, dont environ 17 milliards sont considérés comme évitables et la moitié – 8,5 milliards – sont directement liés à des frais de soins de santé. Ces estimations sont fondées sur diverses présomptions qui empêchent toute comparaison directe, mais qui sont notables en raison de leur grande échelle.

2. Rapports entre la qualité et la sécurité

Aux États-Unis et en Australie, la sécurité du patient fait partie intégrante des efforts déployés pour améliorer la qualité des soins de santé. Un rapport australien précise ce qui suit : « Il existe une forte corrélation entre la sécurité et la qualité – les normes de sécurité appauvries reflètent

un service de piètre qualité »^{xvi}. Aux États-Unis, le *Quality Interagency Council* (QuIC) a travaillé à la coordination des réactions du gouvernement fédéral liées aux efforts déployés dans le domaine de la sécurité du patient; en Australie, le *Safety and Quality Council* joue le principal rôle de coordination des activités. Ces exemples laissent entendre que les frontières entre les efforts déployés pour la sécurité du patient et ceux qui le sont pour la qualité des soins sont souvent difficiles à établir. Il est aussi difficile de séparer le financement lié à la sécurité du patient de celui axé sur la qualité des soins.

Les efforts déployés pour la sécurité du patient semblent avoir initialement été perçus comme des efforts subsidiaires à la qualité des soins. Cependant, au cours des dernières années, les efforts déployés à l'égard de la sécurité du patient sont devenus un point central primaire et ils sont perçus comme une condition essentielle à tout programme de qualité efficace. Par exemple, le budget fédéral américain, pour l'exercice en cours, a diminué le budget du QuIC, mais il a augmenté les fonds affectés à la sécurité du patient.

Le *New South Wales Framework* précise que « le service de santé axé sur la qualité des soins accorde de l'importance à la prévention des résultats néfastes en simplifiant et en améliorant le processus des soins ».

Au Royaume-Uni, on a mis l'accent de façon plus marquée sur la sécurité du patient à l'extérieur d'un contexte de qualité des soins. Ce fait est peut-être le résultat d'initiatives axées sur la sécurité du patient émanant d'incidents « scandaleux » très médiatisés comme ceux de la *Bristol Infirmary* qui ont forcé le NHS à reconnaître le besoin d'accroître le contrôle sur les activités cliniques. Certains processus et un bon nombre d'institutions, notamment la *National Patient Safety Authority*, se consacrent à la sécurité du patient, alors que d'autres comme la *Commission for Health Improvement* jouent un rôle tant dans les initiatives axées sur la sécurité du patient que dans celles qui sont liées à la qualité des soins.

Les trois compétences ne sont pas en désaccord sur la proximité des rapports entre la sécurité du patient et la qualité des soins; cependant, le rapport entre les efforts axés sur la sécurité du patient et les initiatives plus générales liées à la qualité des soins continue d'évoluer.

3. Approche systémique – déceler et prévenir les tendances d'erreurs

Les défenseurs de la sécurité du patient citent souvent le modèle d'efforts positifs déployés par l'industrie du transport aérien pour améliorer la sécurité aérienne. Par exemple, l'industrie américaine du transport aérien a réduit son taux d'accident de deux tiers entre 1950 et 1990^{xvii}. Elle y est arrivée en faisant de la sécurité une priorité, en étudiant les explications fournies par les systèmes concernant les erreurs plutôt qu'en blâmant la personne et en instituant, à l'échelle de l'industrie, un système de préparation de rapports sur les erreurs.

Le rapport britannique *An Organisation With a Memory* présente un bon résumé d'une approche systémique en matière de soins de santé :

L'erreur humaine est communément blâmée pour les défaillances, étant donné qu'il s'agit du facteur le plus facile à déterminer qui survient immédiatement avant une réaction adverse. Pourtant, deux faits importants sur l'erreur humaine sont souvent négligés. Premièrement, les meilleures personnes peuvent faire les pires erreurs. Deuxièmement, loin d'être aléatoires, les erreurs cadrent dans des tendances récurrentes^{xviii}. [TRADUCTION]

Il existe également un concept corollaire qui veut que les systèmes doivent être conçus pour surmonter les déficiences humaines :

L'erreur représente une partie inévitable de la condition humaine – les systèmes doivent être conçus pour reconnaître ce fait et ils ne doivent pas être fondés sur des attentes de perfection irréalistes^{xix}.

4. Changement culturel – ne pas blâmer la personne

La logique du système s'étend à la notion précisant que pour déterminer les problèmes d'un système il faut préciser et déclarer les problèmes. En outre, la culture organisationnelle doit encourager la préparation de rapports. La culture existant dans les organisations de soins de santé décourage la reconnaissance et la déclaration des erreurs, et ce, pour les raisons suivantes : crainte d'une poursuite judiciaire; crainte d'une mesure disciplinaire ou du mépris de la part des collègues et prédisposition humaine à éviter d'admettre la commission d'une erreur.

Les politiques des trois pays reposent sur la nécessité d'effectuer un changement profond de pensée et de comportement chez les fournisseurs et les établissements de soins de santé à l'égard des causes des erreurs médicales et de la façon de les prévenir. Le changement culturel est un des concepts clés des trois pays.

La Nouvelle-Galles du Sud a, par exemple, retardé l'introduction de son système de préparation des rapports d'incident afin de persuader les fournisseurs et les établissements des avantages du système et d'accentuer le niveau d'acceptabilité en ce qui a trait à la préparation des rapports d'incident.

Un autre aspect d'un changement culturel renforce le concept voulant que toute personne peut commettre une erreur et qu'elle ne devrait pas être pénalisée en conséquence. Les citations suivantes, tirées de trois rapports différents, illustrent ce point :

La médecine n'est pas une science parfaite. Parfois, les choses ne se déroulent pas comme prévu. Même les meilleures personnes peuvent commettre les pires erreurs. Notre engagement partagé vise à travailler pour minimiser les erreurs, réduire leur impact lorsqu'elles surviennent, apprendre de ces erreurs et apporter des améliorations à la qualité clinique, plaque tournante de la réforme dans le NHS. Le changement de la culture et des systèmes du NHS, autant que la modification des techniques de travail du personnel, mènera aux améliorations que souhaitent les patients^{xx}.

Un changement culturel substantiel s'impose pour que les services de santé progressent de façon significative dans la réduction du nombre d'erreurs. Tous les fournisseurs de soins de santé « doivent accepter la notion que l'erreur accompagne inévitablement la condition humaine, même chez les professionnels les plus consciencieux dont les normes sont très élevées. Les erreurs doivent être acceptées comme une preuve qu'il y a des failles dans le système et non comme un défaut de caractère. » Il faut, par conséquent, accorder une attention particulière aux changements de système pour réduire les risques d'erreur ou leurs conséquences sur le patient^{xxi}.

Le groupe d'experts considère que le système de santé australien doit favoriser une culture « au-delà du blâme », dans laquelle la responsabilité de l'amélioration de la sécurité et de la qualité ne repose pas sur les personnes, mais plutôt sur les organismes, les organisations et les gouvernements^{xxii}. [TRADUCTION]

5. Systèmes de préparation de rapports sur les erreurs et les incidents quasi fatals

Les trois pays ont élaboré ou créent actuellement des organismes nationaux ou étatiques de préparation de rapports d'incident. Ces organismes sont décrits plus en détail dans la prochaine section. Le raisonnement politique des systèmes de préparation de rapports est bien décrit dans le rapport britannique intitulé *An Organisation With a Memory*, dont voici quelques extraits :

- *Une sensibilisation de la nature, des causes et des incidences des défaillances est une composante vitale de la prévention – (« Vous ne pouvez pas connaître ce que vous ne savez pas »).*

- Une analyse d'échecs doit examiner les causes profondes et non les seuls événements proximaux; il n'est pas sage de considérer les erreurs humaines en les isolant des processus et des systèmes globaux.
- Les systèmes de réduction d'erreurs et de gestion des erreurs peuvent faciliter la prévention ou atténuer les effets des défaillances individuelles.
- Les systèmes éprouvés d'information sur la sécurité représentent une condition préalable de l'apprentissage systématique lié aux défaillances. Ils doivent tenir compte du fait que les incidents de faible niveau ou les incidents quasi fatals peuvent servir de baromètre utile pour des risques plus graves et ils peuvent permettre d'apprendre des leçons avant qu'un incident majeur se produise.
- Muni d'approches d'analyse convenables, il est possible de déterminer les thèmes communs ou les caractéristiques des défaillances qui pourraient faciliter la prédiction et la prévention d'éventuelles réactions adverses^{xxiii}. [TRADUCTION]

Un système de préparation de rapports utilisé en Australie-Occidentale a décrit son but comme suit :

Il est prévu que ce système permettra l'agrégation et l'analyse efficaces des données servant à déterminer les taux d'incidents de base, les tendances et les modèles d'incidents, ainsi que les facteurs déterminants. De plus, il mettra en valeur l'élaboration et l'évaluation des initiatives visant à prévenir et à réduire le nombre et la gravité des incidents cliniques. [TRADUCTION]

La question de savoir si la préparation de rapports d'incident devrait être volontaire ou obligatoire a fait l'objet d'un important débat. Le Royaume-Uni sera sans doute la première compétence à adopter un système national et obligatoire de préparation de rapports. L'Australie a amorcé l'élaboration d'un système national fondé sur l'agrégation des systèmes d'État; les responsables n'ont toujours pas précisé si ce système sera obligatoire à l'échelle nationale ou seulement dans certains États. Le Congrès américain a tenu plusieurs audiences sur les avantages et les désavantages des différentes approches de préparation de rapports; plusieurs projets de loi ont été proposés au Congrès, mais aucun n'a été adopté. La *Joint Commission* possède un système volontaire de préparation de rapports sur les événements révélateurs qui se produisent dans les hôpitaux, mais elle éprouve certaines difficultés à utiliser efficacement cette information.

6. Analyse de la cause fondamentale

L'obtention des données d'un rapport d'incident ne représente que la première étape. Les trois pays reconnaissent qu'il est essentiel d'analyser la cause fondamentale des incidents graves.

La plaque tournante des exigences... réside dans le besoin d'établir la ou les causes sous-jacentes des incidents graves à l'aide d'une analyse de la cause fondamentale. À moins de bien comprendre les incidents néfastes pour le patient, aucune leçon ne sera apprise et aucune amélioration notable ne sera réalisée pour veiller à une réduction des risques de torts pour les prochains patients... La détermination et la réparation des systèmes défectueux sont, par conséquent, cruciaux pour réduire d'éventuels risques de torts... et est l'ethos au fondement d'un nouveau système national^{xxiv}. [TRADUCTION]

Les trois pays investissent des sommes considérables dans l'analyse de la cause fondamentale. Par exemple, au Royaume-Uni, le *National Patient Safety Agency* est voué à la préparation de rapports d'incident et à l'analyse de la cause fondamentale. Dans l'État de Victoria, il existe un *Root Cause Analysis and Risk Reduction Action Plan*. Aux États-Unis, le *National Center for Patient Safety* de la *Veterans Administration* utilise une analyse de la cause fondamentale pour examiner les réactions adverses et concevoir des façons de prévenir la récurrence des incidents.

L'analyse de la cause fondamentale est souvent effectuée à la fois localement, à l'endroit où est survenu l'incident, à l'échelon régional (au Royaume-Uni) et par un organisme national qui

observe les tendances. La recherche de façons de partager les résultats d'une analyse de la cause fondamentale entre les organisations représente un enjeu clé.

7. Commentaires aux fournisseurs de soins et aux établissements

Les fournisseurs et les établissements doivent reconnaître les avantages que procure la participation aux systèmes de préparation de rapports d'incident et d'analyse de la cause fondamentale. L'avantage évident repose sur le fait qu'ils peuvent partager leurs expériences, ce qui peut leur permettre d'éviter les accidents que les autres ont connus.

Au Royaume-Uni, le *National Patient Safety Agency* a le mandat de « recueillir les rapports de l'ensemble de la nation et d'instaurer des mesures préventives afin de permettre à l'ensemble du pays d'apprendre de chaque situation et de faire en sorte que la sécurité du patient dans tout le NHS soit chaque fois améliorée ». La *Veterans Administration* des États-Unis possède un site Web qui diffuse les conclusions des analyses de la cause fondamentale.

Les organisations de normalisation, dont le *National Institute of Clinical Studies* en Australie et le *National Institute for Clinical Excellence* au Royaume-Uni utilisent aussi ces conclusions.

8. Participation et plaintes du patient

Les patients seront peut-être en mesure d'éviter les erreurs s'ils sont mieux informés à l'égard de leurs soins de santé. Par exemple, les patients pourront peut-être remarquer une erreur d'ordonnance ou d'administration en connaissant mieux les médicaments convenant à leur état.

Presque chaque processus de sécurité en ce qui a trait au patient en vigueur en Australie comprend un engagement envers la participation du patient. La première « action nationale » du *National Expert Advisory Group* visait à « soutenir les méthodes permettant d'accroître la participation du consommateur dans les soins de santé ». Le premier point de l'*Australian National Strategy* est de mettre en valeur la « participation du consommateur ou de la collectivité dans la prise de décisions ». On trouve, parmi les priorités du *Safety and Quality Council*, une « promotion active des possibilités, pour le consommateur, de faire des commentaires et de participer ».

En Australie et au Royaume-Uni, les plaintes des patients sont perçues comme d'importantes sources d'information sur la sécurité du patient et la qualité des soins. Les mécanismes utilisés sont décrits dans une prochaine section.

Un observateur américain a fait remarquer que la place importante qu'accorde le consommateur au mouvement sur la sécurité du patient s'est révélée un facteur de réussite déterminant, permettant aux groupes comme le *Leapfrog Group* de réussir à demander aux établissements de mettre en œuvre des mesures liées à la sécurité du patient.

Aux États-Unis, la *National Patient Safety Foundation* a amorcé des efforts concertés pour inciter les patients à suggérer des façons d'améliorer les soins.

9. Besoin d'une réforme de la faute professionnelle : coût et divulgation

Trois facteurs propulsent la réforme de la faute professionnelle : les crises liées au coût et à la disponibilité de la protection, le conflit entre le besoin de changement culturel et la tradition litigieuse en lien avec la divulgation et l'inefficacité des poursuites délictuelles à titre de mécanismes visant à améliorer les comportements des praticiens et les pratiques organisationnelles.

Certaines poursuites pour faute professionnelle résultent d'erreurs médicales. Des programmes efficaces de sécurité du patient pourraient inverser la flambée des coûts des fautes professionnelles. Les trois pays gèrent actuellement des situations de crise en matière de disponibilité et de coûts liés à la protection contre la faute professionnelle offerte aux médecins et aux établissements. Les trois pays ont entrepris des processus de réforme législative.

La sécurité du patient a, pour la première fois au début des années 1990, capté l'attention du gouvernement australien en raison de préoccupations sur la protection contre la faute professionnelle. Il existe actuellement une crise, car l'organisation voit 73 p. 100 de son marché se retirer des affaires en avril 2002. La *United Medical Protection* – organisme semblable à l'*Association canadienne de protection médicale* – représentait plus de 40 000 des 55 000 médecins australiens. Cette situation a obligé le gouvernement du Commonwealth à garantir une protection aux médecins.

Dans un communiqué sur l'assurance d'une protection, le ministre australien et ses homologues des États ont fait remarquer les rapports avec la sécurité du patient :

Les ministres de la Santé confirment, par conséquent, leur engagement à mener une action conjointe du Commonwealth, des États et des territoires, par l'entremise de l'Australian Council for Safety and Quality in Health Care, visant à réduire les réactions médicales adverses, à encourager les médecins à informer pleinement leurs patients de tout risque possible et à divulguer plus ouvertement les situations qui tournent mal.

Ils ont convenu des deux points suivants :

- *Le Council continuera de dresser une liste de réactions adverses catastrophiques nécessitant une intervention particulière et de formuler, d'ici juillet 2002, une liste de recommandations aux ministres de la Santé;*
- *Les ministres de la Santé élaboreront des propositions législatives uniformes à l'échelle nationale pour veiller à ce que l'expression de regret d'un médecin ne soit pas interprétée comme une reconnaissance de responsabilité^{xxv}. [TRADUCTION]*

En juillet 2002, le gouvernement du Commonwealth a annoncé qu'un juge de la Cour suprême examinerait les questions d'indemnisation médicale.

Le gouvernement britannique est aussi préoccupé par la flambée rapide des coûts liés à la faute professionnelle. Tel qu'il est mentionné plus haut, les réclamations pour faute professionnelle ont septuplé depuis les années 1995 et 1996. La valeur nette actuelle des réclamations non réglées s'élevait à environ 2,6 milliards de livres en mars 2000. Le Royaume-Uni est inquiet de la possibilité qu'un environnement litigieux de faute professionnelle empêche le changement culturel nécessaire pour réaliser des programmes efficaces de sécurité du patient. L'étude *Bristol Inquiry* a recommandé ce qui suit :

Le système devrait être aboli afin de retirer la contre-incitation liée à la déclaration ouverte et à la discussion des événements avertisseurs représentés par le système de négligence clinique. Il devrait être remplacé par un autre système servant à compenser les patients qui subissent des torts attribuables à un traitement reçu de la part du NHS^{xxvi}. [TRADUCTION]

En réponse à la *Bristol Inquiry*, le gouvernement a déclaré ce qui suit :

Nous sommes d'accord sur le fait qu'il faut réformer le système actuel de compensation pour négligence clinique. Un Livre blanc sera publié au début de l'année 2002, lequel précisera des propositions de réforme au système. Ces propositions seront recommandées par un comité présidé par le médecin chef, lequel étudie toutes les options possibles de réforme^{xxvii}. [TRADUCTION]

Dans le document de consultation servant à la préparation du Livre blanc, le médecin chef a demandé des commentaires sur deux autres scénarios :

Quels exemples clés des systèmes existants d'indemnisation hors faute le comité devrait-il examiner avant de considérer d'éventuels modèles de changement? Et quels sont les avantages et les désavantages?

Quels sont les éventuels avantages et désavantages liés à l'introduction d'un système à tarif fixe pour une blessure particulière? [TRADUCTION]

Le Livre blanc n'a toujours pas été publié.

Les États-Unis connaissent aussi une crise liée à la protection contre la faute professionnelle médicale. Les coûts augmentent de façon si dramatique que les assureurs délaissent le domaine de la faute professionnelle médicale; les entreprises qui continuent d'offrir une protection ont grandement augmenté leurs primes d'assurance et le Congrès et les législatures d'État se débattent pour trouver une solution législative. Bien que cette situation chronique dure depuis longtemps, elle semble actuellement atteindre son point culminant. En avril 2002, le projet de loi intitulé *Help Efficient Accessible, Low-cost Timely Health Care Act* (HEALTH) a été déposé au Congrès. La loi vise à contrôler les primes d'assurance pour responsabilité médicale et les dommages-intérêts exemplaires accordés par le jury. La loi établirait un plafond de 250 000 \$ pour les dommages-intérêts non économiques, limiterait les honoraires conditionnels de l'avocat du plaignant, limiterait la loi de prescription et fonderait les sommes accordées pour dommages-intérêts sur la culpabilité.

En juillet 2002, le Department of Health and Human Services des États-Unis a publié le rapport intitulé *Confronting the New Health Care Crisis: Improving Health Care Quality and Lowering Costs by Fixing Our Medical Liability System*. Ce rapport, en soutien au projet de loi HEALTH, précise ce qui suit :

Les litiges excessifs nuisent aux efforts déployés pour améliorer la qualité des soins. Les hôpitaux, les médecins et les infirmiers et infirmières sont réticents à déclarer les problèmes et à participer à des efforts conjoints axés sur l'amélioration des soins, craignant d'être poursuivis en justice, même s'ils n'ont rien fait de mal^{xxviii}.

Selon plusieurs experts, l'obstacle n° 1 des systèmes plus efficaces d'amélioration de la qualité des soins dans les organisations de soins de santé demeure la peur de créer de nouveaux véhicules de responsabilité en effectuant de sérieuses analyses sur la façon dont les soins de santé peuvent être améliorés^{xxix}. [TRADUCTION]

Le rapport cite en plus une étude qui conclut que « l'approche trop émotive et individualisée des règles de droit applicables aux préjudices... a résulté en un échec tragique »^{xxx}.

Cadres institutionnels

Groupes d'élaboration de politiques et organismes consultatifs

1. Orientation politique

Les hauts responsables de l'élaboration des politiques de chaque pays ont participé à l'élaboration d'initiatives axées sur la sécurité du patient, lesquelles diffèrent d'un pays à l'autre.

Le président américain Clinton a endossé les conclusions de l'étude de l'Institute of Medicine intitulée *To Err is Human* en créant le *Quality Interagency Coordination Task Force*, chargé de préparer la réponse du gouvernement. En Australie, l'*Australian Health Ministers Conference* est l'instance dirigeante des efforts sur la sécurité du patient. Au Royaume-Uni, le ministre de la Santé assume le rôle de leader politique à cet égard.

2. Élaboration de politiques nationales et organismes consultatifs

Chaque pays possède une structure différente de prestation de conseils au gouvernement sur les initiatives axées sur la sécurité du patient.

En Australie, l'*Australian Safety and Quality Council* est l'organisme consultatif principal. Le Conseil, établi en 2000, compte 22 membres, dont la plupart sont des universitaires du domaine médical ou des chefs de programmes axés sur la sécurité du patient. Il offre des conseils, élabore des plans d'action nationale, négocie les modalités de financement avec les gouvernements et présente de fréquents rapports aux ministres de la Santé et à la population. De par sa représentation nationale et étatique, le Conseil élabore des normes de concert avec les fonctionnaires de l'État dans une optique de préparation de normes nationales.

Aux États-Unis, le *Quality Interagency Coordination Task Force* (QulC) a le mandat de coordonner les efforts du gouvernement fédéral visant à réduire les erreurs médicales. Le groupe était initialement présidé par le Secretary of Health et le Secretary of Labour, et les membres provenaient de 11 organismes gouvernementaux. L'administration Bush a moins soutenu ces activités que l'administration Clinton. Le forum gouvernemental *National Quality Forum*, dont le mandat est d'élaborer la préparation de rapports sur la qualité, tente de coordonner les efforts sur la sécurité du patient dans le secteur des soins de santé privés.

Il n'existe pas d'organisme politique consultatif au Royaume-Uni. L'étude *Bristol Inquiry* a recommandé la mise sur pied d'un *Council for the Quality of Health Care*, mais le gouvernement ne s'est pas engagé à le créer.

3. Élaboration de politiques au niveau de l'État, organismes de consultation et de coordination

Les gouvernements des États et des territoires de l'Australie comptent, sous divers noms, des « Quality Councils » qui sont responsables des initiatives axées sur la sécurité du patient. En vertu des *Australian Health Funding Agreements*, les États et les territoires doivent posséder des plans stratégiques qui incorporent des initiatives axées sur la sécurité du patient. Tous ces conseils sont consultatifs et ils traitent de sujets comme l'évaluation des programmes de sécurité du patient, l'examen des stratégies et les rapports avec le conseil national *Safety and Quality Council*.

En raison des débuts du transfert des responsabilités en Grande-Bretagne, le Pays de Galles et l'Écosse n'ont toujours pas élaboré leurs propres structures de sécurité du patient. L'Angleterre demeure essentiellement un État unitaire gouverné par le Parlement de Westminster, au sein duquel le *National Health Service* et le *Department of Health* jouent un rôle national. Le Pays de Galles a adopté plusieurs initiatives anglaises axées sur la sécurité du patient et l'Écosse en a adopté quelques-unes.

Aux États-Unis, le modèle utilisé est un regroupement d'associations de fournisseurs des États pour former des coalitions sur la sécurité du patient (voir les exemples présentés dans l'annexe). Ces coalitions englobent habituellement les associations qui représentent les hôpitaux, les médecins, les infirmiers et infirmières, les pharmaciens et pharmaciennes et les consommateurs de services de santé. Dans certaines situations, ces coalitions ont dans leurs rangs un représentant du gouvernement de l'État. De plus, les *Centers for Medicare and Medicaid Services* (fédéral) ont créé, au niveau des États, des *Quality Improvement Organizations* (QIO) à partir des anciennes *Peer Review Organizations* et ces QIO ont adopté une certaine responsabilité du contrôle de la sécurité du patient dans les activités des *Medicare* et des *Medicaid*.

4. Surveillance administrative de la part du gouvernement

En Australie, les gouvernements des États coordonnent toutes les initiatives axées sur la sécurité du patient. Tel qu'il est décrit plus loin dans le texte, le gouvernement du Commonwealth offre, sous forme de paiements de transfert, des fonds destinés aux initiatives axées sur la sécurité du patient, mais il n'en dirige pas lui-même.

Les ministères de la Santé des États australiens les plus importants possèdent des directions générales sur la qualité chargées de contrôler le financement et les programmes axés sur la sécurité du patient. Les directeurs généraux siègent aux réunions du *State Quality Officials Forum*, organisme qui offre des conseils au *Safety and Quality Council*.

Au Royaume-Uni, les efforts liés à la sécurité du patient sont coordonnés, sur le plan administratif, par le médecin chef du *Department of Health*.

En raison de la nature de son système de soins de santé et des divergences d'opinion entre les parrains des différentes initiatives législatives, le gouvernement fédéral américain ne possède pas d'organisme chargé de l'administration des initiatives axées sur la sécurité du patient faisant partie du mandat national.

5. Organisations du secteur privé

En Australie et aux États-Unis, d'importantes organisations nationales du secteur privé participent à la sécurité du patient. Ces organisations du secteur privé étaient, dans la plupart des cas, déjà présentes avant la création des établissements parrainés par le gouvernement. Plusieurs d'entre elles ont été sélectionnées et décrites plus loin dans ce texte pour illustrer le rôle qu'elles jouent et la façon dont elles facilitent de manière très tangible la mise en place d'initiatives du secteur privé en soulevant d'abord, dans la population, les questions liées à la sécurité du patient.

L'*Australian Patient Safety Foundation* (APSF) a été fondée en 1989. Toute personne et organisation qui démontre un intérêt pour la sécurité du patient peut y adhérer. Son conseil compte des représentants des collèges de médecins, du personnel paramédical et du *Consumers' Health Forum*, groupe national de défense. La APSF s'est initialement penchée sur les questions de sécurité en matière d'anesthésie. Elle a principalement concentré ses efforts sur

l'*Australian Incident Monitoring System* (AIMS), premier système de contrôle volontaire en Australie.

Aux États-Unis, la *National Patient Safety Foundation* a été établie en 1997 par l'*American Medical Association* avec le soutien de plusieurs fondations et sociétés. Sa mission vise à « améliorer, de façon mesurable, la sécurité du patient dans le processus d'administration des soins de santé » à l'aide d'un programme axé sur la systématisation et l'élaboration de nouvelles connaissances sur la prévention des erreurs et sur la défense publique et professionnelle afin d'en améliorer la sensibilisation aux problèmes de sécurité du patient, de soutenir la résolution de ces problèmes et de veiller à l'application de la recherche.

Aux États-Unis, le *Leapfrog Group*, composé de plus de 100 organisations des secteurs privé et public qui offrent des avantages en matière de soins de santé, travaille avec les experts du monde médical de l'ensemble des États-Unis à la détermination des problèmes et à la proposition de solutions qui, selon lui, amélioreront les systèmes hospitaliers qui pourraient s'effriter et causer des torts aux patients. Le groupe se concentre sur les hôpitaux des régions urbaines. Environ 32 millions de consommateurs de soins de santé, dans les 50 États américains, sont couverts par des employeurs faisant partie du *Leapfrog Group*. Collectivement, ils dépensent 53 milliards de dollars américains à des prestations de maladie. Les membres du *Leapfrog Group* utilisent leur pouvoir d'achat auprès des systèmes de santé et des fournisseurs de soins de santé pour récompenser les établissements qui respectent des normes précises.

Aux États-Unis, le *Patient Safety Institute* (PSI) est une initiative de collaboration composée, entre autres, d'entreprises technologiques à but lucratif ayant comme objectif l'amélioration des soins et la réduction des coûts des soins de santé à l'aide de la technologie, afin de mettre en valeur les rapports patient-fournisseur. Les initiatives du PSI sont axées sur l'élaboration, pour les problèmes de sécurité du patient, de solutions de technologie de l'information à faible coût.

6. Organismes consultatifs et réglementaires locaux

La Nouvelle-Galles du Sud compte 17 *Area Quality Councils*; ces comités sont sous l'égide des agences exploitantes, c'est-à-dire les *Area Health Service Boards*. Les conseils visent « à définir, à mesurer, à contrôler, à améliorer les services et à préparer des rapports sur les services pour les consommateurs, les cliniciens et les gestionnaires, l'*Area Health Service Board*, le *Department of Health* et le *ministre de la Santé* ». Les *Area Quality Councils* préparent en plus des rapports et des recommandations pour le *Council on Quality in Health Care* de l'État. Le gouvernement de l'État nomme, pour chaque région, un agent de la sécurité du patient responsable de l'élaboration d'un système de préparation de rapports d'incident.

Le gouvernement du Royaume-Uni a créé le concept de contrôle clinique en 1998. Au Royaume-Uni, « chaque organisation locale du NHS a, en vertu de la loi, le devoir d'assurer, de contrôler et d'améliorer la qualité de ses services. Ce devoir a été mis en œuvre par le programme de contrôle clinique »^{xxx1}.

Le contrôle clinique peut se définir comme un cadre par lequel les organisations du NHS doivent rendre compte de l'amélioration continue de la qualité de leurs services et de la protection des normes élevées de soins par la création d'un environnement dans lequel l'excellence des soins cliniques peut se répandre^{xxxii}. [TRADUCTION]

Le contrôle clinique se compose des éléments suivants :

- *Éducation – perfectionnement professionnel continu pour les cliniciens*
- *Vérification clinique – mesure du rendement contre des normes convenues*
- *Efficacité clinique – mesure de l'efficacité de l'intervention*

- *Gestion du risque – minimisation des risques pour les patients, les praticiens et l'organisation*
- *Recherche et développement – réalisation et mise en pratique de la recherche*
- *Transparence – processus ouvert aux enquêtes minutieuses de la population*^{xxxiii}

Chaque organisation faisant partie du NHS doit nommer un clinicien qui sera chargé du contrôle clinique et devra rendre compte au président et au conseil.

Aux États-Unis, la *Veterans Administration* a mis sur pied quatre *Patient Safety Centers* qui offrent aux établissements de santé consacrés aux anciens combattants une aide et une formation en élaborant des activités liées à la sécurité du patient.

Agences exploitantes

1. Organismes responsables de la préparation des rapports d'incident

Les systèmes de préparation de rapports d'incident peuvent se comparer selon les critères suivants :

- Palier national, étatique ou local
- Volontaire ou obligatoire
- Déclaration d'événements avertisseurs¹ seulement, d'autres blessures ou d'incidents quasi fatals
- Utilisation des résultats au niveau local seulement ou déclaration aux autorités régionales ou nationales
- Couverture des hôpitaux seulement ou aussi des établissements de soins primaires

Le tableau suivant illustre la condition actuelle de l'évolution selon les thèmes clés des systèmes de préparation de rapports des trois pays.

¹ Les événements avertisseurs sont définis comme des « événements relativement peu fréquents et précis qui se produisent indépendamment de l'état d'un patient; ils reflètent communément les failles du système hospitalier et du processus et produisent des résultats inutiles pour le patient ». L'organisme de préparation de rapports les énumère souvent. Voir l'annexe.

SYSTÈMES DE PRÉPARATION DE RAPPORTS D'INCIDENT

Compétence	Organisme	Date de début	Volontaire ou obligatoire	Couverture	Type d'incident	Destination du rapport
Australie : national	Australian Patient Safety Foundation – AIMS	1994	Volontaire	Hôpitaux	A causé ou aurait pu causer des torts	
Australie : Victoria	Gouvernement de l'État	2002	Obligatoire	Hôpitaux	Réactions adverses, incidents quasi fatals	Agrégés au gouvernement de l'État
Australie : Victoria	Gouvernement de l'État	2001	Obligatoire	Hôpitaux	Événements avertisseurs	Gouvernement de l'État dans 5 jours
Australie : Occidentale	Metropolitan Health Services	2001	Obligatoire	Réseau d'hôpitaux		Local
Royaume-Uni	National Patient Safety Agency	2002 (projet pilote)	Obligatoire	National – hôpitaux et établissements de soins primaires	Tous les incidents, même s'il n'y a pas de tort	NPSA
États-Unis : national	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations		Volontaire	Hôpitaux	Événements avertisseurs	JCAHO
États-Unis : national	<i>Veterans Administration</i>	1999	Obligatoire	Hôpitaux des anciens combattants	Tous les incidents – volontaire pour les incidents quasi fatals	VA
États-Unis : États	Divers États ex. : New York		Obligatoire	Tous les hôpitaux	Événements avertisseurs	Gouvernement de l'État

Plusieurs autres initiatives australiennes au niveau des États ne figurent pas dans le tableau (voir les détails présentés dans l'annexe). Les États discutent en outre de la possibilité d'imposer l'utilisation du système AIMS à l'échelle nationale.

L'expérience vécue par d'autres compétences laisse supposer que plusieurs problèmes peuvent survenir durant l'élaboration de tout système de préparation de rapports, notamment :

- Changement culturel : tel qu'il a été discuté précédemment, le changement culturel est une condition nécessaire à la réussite de tout système de préparation de rapports.
- Juridique : les fournisseurs et les établissements doivent être convaincus que les rapports d'incident préparés de bonne foi n'auront pas de conséquences médico-légales adverses. Il sera peut-être nécessaire de protéger l'information contre toute divulgation pour encourager la préparation de rapports.
- Portée de la couverture de l'incident et du caractère volumineux : est-ce que le système déclare uniquement les événements avertisseurs, les événements comprenant des blessures, les incidents quasi fatals ou tous les incidents? Plus le réseau de définition

des incidents est large, plus le volume de rapports sera lourd. Le système doit être mis à l'échelle pour recevoir et analyser tous les rapports; sinon, les personnes qui préparent les rapports n'en auront plus confiance.

- Volontaire ou obligatoire : les systèmes gouvernementaux sont toujours obligatoires (parce qu'il est évident que seuls les gouvernements peuvent mettre sous mandat) et les initiatives privées sont volontaires. Dans certaines situations, une initiative privée telle que l'agrément des hôpitaux aux États-Unis peut devenir quasi obligatoire en raison de l'exigence précisant que l'établissement qui reçoit le financement fédéral de *Medicare* doit être agréé.
- Hôpitaux de soins actifs seulement ou aussi de soins primaires, de soins de longue durée et de soins communautaires : la plupart des systèmes de préparation de rapports n'englobent que les hôpitaux, sauf une importante exception, soit le système NPSA au Royaume-Uni, qui envisage, à l'avenir, de couvrir en plus les hôpitaux de soins primaires.
- Ressources – locales ou centrales : les hôpitaux locaux et les autres contributeurs doivent être dotés d'effectifs compétents pour administrer le système et former les autres membres du personnel; l'organisme central qui reçoit les données doit être en mesure de les recevoir et de communiquer effectivement avec les contributeurs.
- Problèmes de TI : un nouveau système de préparation de rapports doit être informatisé pour faciliter l'accès, la présentation et la vitesse de transmission pour l'organisme qui prépare le rapport et la réception par l'organisme central. Cependant, comme l'a découvert le Royaume-Uni, cela ajoute des enjeux d'intégration de divers systèmes et plates-formes en place actuellement à l'intérieur d'un système fonctionnel.
- Codage : afin de déceler les modèles sous-jacents d'incidents, ceux-ci doivent être codés de façon uniforme au niveau local (pour des raisons d'exactitude); cela exige un consensus sur un système de codage à utiliser et la formation du personnel local à cet égard.
- Formation : tous les fournisseurs de soins de santé doivent être formés (et acculturés) sur le système et sur la façon de l'utiliser. Un petit cadre de personnes dévouées ne suffit pas à assurer la réussite.
- Destination des rapports : les données brutes et les conclusions subséquentes de l'analyse de la cause fondamentale peuvent être limitées à un accès local ou envoyées à une autorité régionale ou peut-être même à une autorité nationale.
- Période de présentation des rapports : il sera peut-être nécessaire d'envoyer un rapport obligatoire dans les jours qui suivent l'événement avertisseur ou de l'incorporer dans le rapport annuel de l'établissement dans les situations d'événements moins graves.
- Anonymat : la protection de l'identité du patient et du fournisseur est certes la norme, mais dans certains systèmes (p. ex., le NPSA au Royaume-Uni), il est possible de partager l'information avec d'autres autorités, notamment la santé publique ou la police, selon la nature de l'événement.

La préparation de rapports d'incidents n'est d'aucune façon un processus à point. Le système utilisé au Royaume-Uni et les systèmes des États en Australie sont toujours au stade du développement. Le *National Patient Safety Agency* (NPSA) du Royaume-Uni a récemment annoncé les résultats d'un projet pilote qui a amélioré la prise et l'analyse des incidents dans 40 fiduciaires du NHS. Le NPSA a connu des difficultés lors de l'établissement des systèmes dans les établissements de soins primaires et de santé mentale. Mais les résultats démontrent qu'environ 10 p. 100 des patients dans les hôpitaux de soins actifs ont vécu des réactions adverses et ont déterminé des concentrations dans les soins actifs. Le système précédent – AIM (Australie) – continue d'être amélioré. Le système de santé des anciens combattants (États-Unis) a mis en place un système fondé sur le système de préparation de rapports de l'industrie de l'aviation.

L'Agency for Health Research and Quality (AHRQ) des États-Unis dépense 25 millions de dollars américains pour la recherche liée aux systèmes de préparation de rapports. Il est par conséquent prématuré de porter un jugement sur l'efficacité de tout système.

2. Systèmes d'analyse de la cause fondamentale et préparation des rapports sur les résultats

Tous les systèmes de préparation de rapports mentionnés dans le tableau précédent sont en mesure de produire une analyse de la cause fondamentale. Dans la plupart des systèmes, l'analyse de la cause fondamentale s'effectue sur le plan local avant d'être acheminée à une autorité centrale. Cette dernière a ensuite la responsabilité de déceler les tendances ressortant de la base de données et, si une tendance est détectée, d'informer la collectivité des soins de santé et la population des nouveaux risques déterminés.

3. Évaluation, examen et agrément de l'institution

Il existe dans les trois pays un lien entre l'évaluation, l'examen et l'agrément de l'institution et les initiatives liées à la sécurité du patient et à la qualité des soins. Il est présumé qu'il est possible d'assurer la sécurité du patient et la qualité des soins, jusqu'à un certain point, par un processus d'agrément ou d'examen qui étudie les politiques, les procédures et les ressources reliées aux initiatives axées sur la sécurité du patient et sur la qualité des soins.

Il existe cependant certaines différences sur la façon d'y arriver. Le Royaume-Uni adopte une approche gouvernementale, contrairement à l'Australie et aux États-Unis, qui prônent une approche non gouvernementale.

La *Commission for Health Improvement*² (Royaume-Uni) concentre ses efforts sur l'évaluation du rendement de ses fiduciaires à l'égard de la sécurité du patient et de la qualité des soins – Examens du concept de contrôle clinique – dans un cycle quadriennal. La Commission est en place depuis 1999 et elle est chargée d'enquêter sur les défaillances systémiques. La CHI est un organisme parrainé et financé par le gouvernement qui a le pouvoir de réaliser ces enquêtes et ces examens et de publier ses conclusions. Elle contrôle de plus, sur les plans local et national, la mise en pratique des lignes directrices cliniques nationales.

Le gouvernement australien ne compte pas d'organisme comparable, mais le *Safety and Quality Council* examine présentement le processus d'agrément institutionnel. Le Conseil mentionne, dans un document de travail, que l'agrément ne garantit pas présentement l'assurance que les soins de santé sont prodigués de façon sécuritaire dans le milieu agréé. Le Conseil a l'intention d'élaborer des « normes essentielles de sécurité » pour les organismes d'agrément. Les Australiens adopteront peut-être un système d'organismes d'agrément concurrentiels selon un modèle semblable à celui de l'embauche de vérificateurs externes.

Aux États-Unis, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) accrédite plus de 17 000 organisations et programmes axés sur les soins de santé. La JCAHO a élaboré des normes de sécurité du patient qui sont incorporées dans son processus d'agrément des hôpitaux :

En juillet 2001, des normes supplémentaires de sécurité du patient sont entrées en vigueur dans les hôpitaux. Ces normes touchent un bon nombre d'importantes questions liées à la sécurité du patient, dont la mise en pratique des programmes de sécurité du patient, la responsabilité des dirigeants de l'organisation à l'égard de la création d'une culture de sécurité, la prévention des

² Le gouvernement du Royaume-Uni a récemment annoncé la création d'une nouvelle *Commission for Healthcare Audit and Inspection* (CHA) qui regroupera l'*Audit Commission*, la *Commission for Healthcare Improvement* et la *National Care Standards Commission*.

erreurs médicales par l'analyse et la refonte potentielles des systèmes de patients qui sont vulnérables (p. ex., les demandes, la préparation et l'administration de médicaments) et la responsabilité de l'hôpital de préciser au patient ou à la patiente s'il ou si elle a subi des torts en raison des soins prodigués. La JCAHO considère la mise en pratique de normes semblables de sécurité du patient pour l'ensemble de ses programmes d'agrément... Environ 50 p. 100 des normes de la JCAHO sont directement liées à la sécurité du patient et certaines normes supplémentaires sont indirectement liées à la sécurité du patient. [TRADUCTION]

Les acheteurs américains élaborent des normes qui peuvent servir de forme d'agrément *de facto*. Le *Leapfrog Group*, composé d'entreprises faisant partie du groupe Fortune 100, utilise son pouvoir d'achat combiné avec les systèmes de santé et les fournisseurs de soins de santé pour récompenser les établissements qui respectent les normes précisées. Ses normes initiales comprenaient la question de savoir si un hôpital possédait des systèmes informatisés d'entrée des ordonnances médicales, des renvois hospitaliers fondés sur l'expérience clinique et une disponibilité en tout temps des médecins certifiés en soins critiques dans les unités de soins intensifs (USI). Les hôpitaux qui répondent à ces critères reçoivent une note supérieure durant les évaluations liées aux demandes de proposition.

4. Évaluation individuelle d'un fournisseur de soins

Le Royaume-Uni possède un système unique pour évaluer annuellement chaque médecin qui travaille au sein du *National Health Service*. Ce système a été mis en place en 2001 pour les spécialistes et en 2002 pour les médecins de famille. Un médecin parmi les pairs formé à titre d'agent d'évaluation effectue le travail. Le processus est conçu pour fournir des commentaires aux médecins sur leur rendement de la dernière année et pour déterminer ses besoins en matière de perfectionnement. Cependant, si un agent d'évaluation perçoit qu'un médecin met ses patients à risque, l'employeur prend les mesures correctrices appropriées.

Une des mesures correctrices appropriées consiste à adresser le médecin en question à la nouvelle *National Clinical Assessment Authority*. La NCAA peut offrir des conseils à l'autorité locale ou procéder à une évaluation complète. Ses rapports sont confidentiels, sauf si un pouvoir légal de fournir l'information est invoqué, notamment par le *General Medical Council*.

5. Établissement et diffusion des lignes directrices cliniques

Les gouvernements reconnaissent que des lignes directrices cliniques contribuent grandement à la sécurité du patient et à la qualité des soins prodigués. Les gouvernements des trois pays ont financé des institutions nationales chargées d'élaborer des lignes directrices cliniques.

Les trois institutions diffusent les lignes directrices et financent la recherche sur les lignes directrices. Les institutions américaine et britannique élaborent des lignes directrices et l'institution australienne utilise les lignes directrices élaborées par d'autres sources.

En Australie, le *National Institute of Clinical Studies* (NICS) a le mandat de rétrécir les écarts entre l'expérience clinique et la pratique clinique et de faciliter le changement culturel lié à la pratique clinique. Il n'élabore pas de normes cliniques, mais il les précise et en informe la collectivité australienne des soins de santé.

Au Royaume-Uni, le *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) offre aux patients, aux professionnels de la santé et à la population une « orientation fiable sur les pratiques exemplaires actuelles ». Il a le mandat d'élaborer des lignes directrices cliniques – il en a déjà publié cinq et 31 autres sont en préparation. Les médecins « doivent tenir compte pleinement de l'orientation dans le cadre de l'exercice de leur jugement clinique ». Le NICE élabore également des outils de vérification clinique pour permettre aux professionnels de la santé de vérifier si ses lignes

directrices sont bien observées. En outre, le NICE conseille le gouvernement sur les procédures, les produits pharmaceutiques et les technologies qui devraient être remboursées par le NHS.

Aux États-Unis, l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) parraine et effectue la recherche visant à fournir des renseignements fondés sur l'expérience clinique à l'égard des résultats, de la qualité, des coûts, de l'utilisation des soins de santé et de l'accès aux soins. L'information aide les décideurs du domaine des soins de santé – patients et cliniciens, directeurs des systèmes de santé, acheteurs et responsables de l'élaboration des politiques – à prendre des décisions éclairées et à améliorer la qualité des services de santé. Le AHRQ dirige aussi le *National Guideline Clearinghouse*.

Des trois institutions, le NICE du Royaume-Uni joue le rôle le plus vaste et possède la plus importante autorité, d'une part en raison de ses rapports avec le NHS et, d'autre part, du fait qu'il est plus dirigiste par rapport au financement et à l'observation.

6. Rôle des organismes professionnels de réglementation

Aux États-Unis et en Australie, les organismes professionnels de réglementation ont été créés par les États et les territoires. Au Royaume-Uni, ils sont organisés à l'échelon national. Dans les trois pays, rien ne prouve qu'un organisme professionnel de réglementation joue un rôle important dans les initiatives axées sur la sécurité du patient.

En Australie, les organismes de réglementation ne sont pas représentés au sein des conseils des États et du conseil national sur la qualité des soins et la sécurité du patient. Il est impossible de trouver des publications ou des énoncés d'organismes de réglementation sur la sécurité du patient ou sur la qualité des soins.

Au Royaume-Uni, les organismes professionnels de réglementation sont actuellement assujettis à une réforme. La *Bristol Inquiry* a noté les faiblesses des organismes de réglementation existants et a recommandé une coordination plus efficace de leurs travaux et des mécanismes de reddition de comptes plus précis. Cet automne, le Parlement étudiera le projet de loi intitulé *National Health Services Reform and Health Care Professions Bill*, qui comprend un *Council for the Regulation of Health Care Professionals*. Le Conseil aurait le pouvoir d'enquêter et de préparer un rapport sur le rendement de chaque organisme de réglementation et d'ordonner à un organisme de réglementation d'adopter, entre autres, des règles, des règlements, des arrêtés et des plans et de porter en appel toute décision disciplinaire de l'organisme de réglementation jugée trop indulgente.

Le *General Medical Council* considère un plan de réévaluation des médecins; ce plan ne devrait pas se réaliser avant plusieurs années. Il est intéressant de remarquer que le GMC réagit moins vite, comparativement au gouvernement, à l'établissement de nouveaux programmes visant à aborder les questions de sécurité du patient.

Cependant, le *General Medical Council*, de concert avec d'autres organisations médicales importantes, a endossé les initiatives gouvernementales axées sur la sécurité du patient dans un communiqué conjoint intitulé *A Commitment to Quality, A Quest for Excellence*.

Aux États-Unis, plusieurs initiatives axées sur la sécurité du patient sont organisées à l'échelle nationale, excluant peut-être par le fait même toute présence importante de réglementation au niveau de l'État. Les initiatives axées sur la sécurité du patient au niveau de l'État semblent cependant inclure les associations professionnelles volontaires, mais exclure les organismes professionnels de réglementation.

7. Participation et plaintes du patient

En Australie, il existe deux organismes qui traitent les plaintes contre les praticiens de la santé – les organismes professionnels de réglementation et les *State Health Complaints Commissions*. Ces dernières sont des organismes légaux indépendants ayant un vaste mandat d'enquête sur les plaintes contre un fournisseur, un hôpital et tout autre établissement public ou privé dans lequel les soins sont prodigués, en plus des fournisseurs non réglementés. Ces commissions peuvent renvoyer un cas à un organisme disciplinaire professionnel et présenter la plainte devant l'organisme disciplinaire. Les commissions possèdent un pouvoir d'enquête indépendant. Par exemple, dans la Nouvelle-Galles du Sud, la *Health Complaints Commission* doit enquêter sur une plainte dans les situations suivantes :

- *La plainte traite d'un important problème de santé publique et de sécurité.*
- *La plainte soulève d'importantes questions sur les soins et le traitement prodigués par un professionnel de la santé, notamment un médecin, un dentiste, un infirmier ou une infirmière.*
- *Il peut être requis de prendre une mesure disciplinaire contre un praticien des soins de santé.*
- *Une autorité d'enregistrement de santé, notamment un Medical Board, est d'avis qu'une plainte doit faire l'objet d'une enquête^{xxxiv}.*

Au Royaume-Uni, le NHS possède une procédure formelle pour traiter les plaintes, au niveau local, accompagnée d'un examen indépendant de niveau supérieur. L'examen récent de ce processus a incité le gouvernement à présenter des réformes. Les réformes comprennent l'introduction du service intitulé *Patient Advocacy and Liaison Service* (PALS) dans chaque fiduciaire du NHS. Cent PALS « indicateurs » ont été financés en 2001 et 2002 au coût de 10 millions de livres^{xxxv}. Le gouvernement britannique s'est engagé à fournir plus d'information aux patients. Les données sur le rendement des consultants et de leurs unités ou équipes seront à l'avenir publiées pour que les cliniciens et les patients puissent en prendre connaissance^{xxxvi}. Un *National Knowledge Service* soutiendra l'apport de renseignements de grande qualité aux patients et au personnel^{xxxvii}.

Aux États-Unis, il ne semble pas exister de mécanisme national d'utilisation des plaintes des patients à titre de moyen de détermination des défaillances des systèmes et des erreurs. Cependant, bon nombre de gros systèmes, notamment la *Veterans Administration* et les systèmes de santé à but lucratif, ont conçu des mécanismes de collecte des plaintes venant des patients.

Cadres de financement

Australie

L'Australie finance les initiatives axées sur la sécurité du patient et la qualité des soins à même un financement du gouvernement du Commonwealth (fédéral) et de fonds provenant des États et des territoires. Ces fonds sont ensuite répartis entre les programmes de soins de santé et les initiatives axées sur la sécurité du patient et la qualité des soins.

1. Financement du gouvernement du Commonwealth

Paiements de transfert aux gouvernements des États et des territoires

Le gouvernement du Commonwealth contribue au financement des soins de santé. Les dépenses des soins de santé sont réparties comme suit : le gouvernement du Commonwealth – 47 p. 100; les gouvernements des États et des territoires – 23 p. 100; les organismes non gouvernementaux – 30 p. 100^{xxxviii}. Les fonds du gouvernement du Commonwealth sont transférés aux gouvernements des États et des territoires en vertu d'un nouveau mécanisme connu sous le nom de *Australian Health Care Agreements* (AHCA). Les premières ententes couvrent la période du 1^{er} juillet 1998 au 30 juin 2003.

Les ententes couvrent plus que le financement des services; elles comprennent une section sur « l'amélioration et la mise en valeur de la qualité ». Elles précisent que les fonds du gouvernement du Commonwealth peuvent être répartis entre les États et les territoires afin de soutenir des programmes d'amélioration de la qualité des soins.

Le gouvernement du Commonwealth a accordé environ 660 millions de dollars australiens sur cinq ans à l'ensemble de l'Australie pour appuyer des initiatives axées sur la sécurité du patient et la qualité des soins^{xxxix}. Le financement est réparti selon la population.

Financement organisationnel – *Safety and Quality Council*

Le gouvernement du Commonwealth finance l'organisme national *Safety and Quality Council*. Le budget de l'exercice 2001/2002 y a assigné 22 millions de dollars sur quatre ans. Les gouvernements des États et des territoires ont fourni au Conseil une somme supplémentaire de 33 millions de dollars sur cinq ans. Le tableau suivant décompose le plan de dépenses du Conseil.

Budget quinquennal du *Safety and Quality Council*

<i>En millions de dollars australiens</i>	An 1	An 2	An 3	An 4	An 5	Total
Données et information	1 350	3 900	3 750	2 550	2 050	13 600
Normes et agrément	0 360	1 500	3 800	3 200	2 700	11 560
Commentaires et participation du consommateur	0 490	0 900	1 350	1 000	0 750	4 490
Changement culturel	2 600	8 650	6 300	4 900	3 900	26 350
TOTAL	4 800	14 950	15 200	11 650	9 400	56 000

2. Financement des gouvernements des États

Transferts aux programmes et aux établissements

En vertu de l'*Australian Health Care Agreement*, la plupart des États et des territoires attribuent directement aux autorités sanitaires régionales un financement pour les initiatives axées sur la sécurité du patient et la qualité des soins. Ces autorités sont censées dépenser les fonds sur de telles initiatives. Cependant, les mécanismes de reddition de comptes entre les deux paliers de gouvernement et entre les gouvernements des États et des territoires et leurs autorités sanitaires régionales à l'égard des fonds réservés à la sécurité du patient et à la qualité des soins sont faibles. Il est impossible de séparer les questions touchant la sécurité du patient et la qualité des soins, mais les responsables australiens déclarent que les initiatives axées sur la sécurité du patient sont mises en évidence.

Certains États profitent de programmes financés par les AHCA. Victoria – dont la population est de 4,8 millions de personnes – participe à un programme « bonus pour la qualité » de 43,5 millions de dollars pour mettre en place des systèmes de qualité des soins et de sécurité du patient. Une autre somme de 33 millions de dollars est allouée à 43 projets sur la qualité liés aux indicateurs d'accès.

Queensland – dont la population est de 3,6 millions d'habitants – a réservé 23 millions de dollars de son financement des AHCA uniquement aux initiatives axées sur la sécurité du patient.

Les négociations sur le renouvellement des AHCA sont amorcées et les responsables de la sécurité du patient, au niveau de l'État, proposent une meilleure reddition de comptes pour le financement de la sécurité du patient et de la qualité des soins.

Financement organisationnel

Tel qu'il est précisé précédemment, les gouvernements des États et des territoires ont remis 33 millions de dollars sur cinq ans à l'organisme national *Safety and Quality Council* pour financer son plan d'action.

En outre, les États et les territoires possèdent leurs propres conseils. Les modèles de financement varient; par exemple, le budget administratif annuel du *Quality Council* de l'État de Victoria est de l'ordre de 3 millions de dollars. Le *Council on Quality in Health Care* de la Nouvelle-Galles du Sud ne compte pas de budget administratif; il est financé par la *Health Quality Branch*.

Directions générales chargées de la qualité et de la sécurité

Certains ministères de la Santé d'un État possèdent des directions générales chargées de la qualité des soins et de la sécurité du patient. La *Health Quality Branch* de la Nouvelle-Galles du Sud compte sur un budget de 1,5 million de dollars et sur huit membres du personnel assignés aux initiatives axées sur la sécurité du patient.

La *Quality and Care Continuity Branch* de l'État de Victoria a environ 15 membres du personnel qui travaillent sur les initiatives axées sur la sécurité du patient.

Royaume-Uni

Le financement du Royaume-Uni pour les initiatives axées sur la sécurité du patient provient entièrement du *Department of Health* et de son *National Health Service*. Environ 47 millions de livres (116 millions de dollars canadiens) sont attribuées annuellement aux organismes qui travaillent entièrement ou en grande partie sur des initiatives axées sur la sécurité du patient.

Organisation	Budget (en millions de livres)
<i>Commission for Health Improvement</i>	11,3
<i>National Institute for Clinical Excellence</i>	13,1
<i>National Patient Safety Agency</i>	15,0
<i>National Clinical Assessment Authority</i>	7,7
TOTAL	47,1

En raison de son rôle directeur sur ses fiduciaires, le NHS a le pouvoir d'imposer des exigences en matière de sécurité du patient, et il doit le faire; ces exigences sont satisfaites à même les ressources existantes. Par exemple, le contrôle clinique est une responsabilité locale imposée par l'organisme central NHS, lequel fournit les ressources pour qu'un clinicien s'en charge. Les fiduciaires doivent de plus fournir à chaque médecin une période de préparation pour son évaluation annuelle.

Le NHS finance aussi le *Patient Safety Research Program*. Son budget est de 2,5 millions de livres.

États-Unis

Aux États-Unis, le financement accordé à la sécurité du patient provient d'un mélange de sources gouvernementales et privées.

1. Gouvernement fédéral

L'*Agency for Healthcare Quality and Research* est le plus important organisme fédéral participant à la sécurité du patient. Il possède un budget global de l'ordre de 251,7 millions de dollars américains, dont 60 millions sont consacrés à sa *Patient Safety Initiative*. Ce financement comprend des sommes d'argent assignées à la recherche (50 millions), aux subventions d'enjeux qui fourniront des mesures incitatives pour mettre en place des interventions liées à la sécurité du patient et fondées sur des systèmes dans les organisations de soins de santé (3 millions) et à la formation sur place d'experts en sécurité du patient (2 millions).

2. Mesures incitatives du secteur privé – le *Leapfrog Group*

Comme on l'a mentionné précédemment, les membres du *Leapfrog Group* accordent à des hôpitaux possédant des systèmes informatisés d'entrée des ordonnances médicales, des renvois hospitaliers fondés sur l'expérience clinique et une disponibilité en tout temps des médecins certifiés en soins critiques dans les unités de soins intensifs (USI) un avantage dans le processus d'appel d'offres pour les prestations de soins de santé des employés. La mise en pratique de ces mesures – particulièrement les systèmes informatisés d'entrée des ordonnances médicales –

requiert un investissement de taille. Les gouvernements ne financent cependant pas les hôpitaux pour ce genre d'amélioration.

Néanmoins, certains hôpitaux se sentent forcés de se conformer. *Sutter Health*, important réseau de centres médicaux du nord de la Californie comptant 25 hôpitaux et plus de 100 cliniques, a annoncé un investissement de 50 millions de dollars américains pour une technologie liée aux normes du *Leapfrog Group*. Cette technologie comprend des bracelets d'identification à code à barres pour le patient et des liens vers les systèmes informatisés de médicaments pour veiller à ce que le bon patient reçoive le bon médicament. *Sutter Health* ne reçoit aucun financement du gouvernement fédéral ni de celui de l'État.

3. Financement du secteur privé

Le tableau suivant illustre certaines des plus importantes initiatives axées sur la sécurité du patient du secteur privé américain et leur budget annuel.

Organisme	Budget (en millions de dollars américains)
<i>National Patient Safety Foundation</i>	2,4
<i>Leapfrog Group</i>	0,8
<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*</i>	51,0
<i>Institute for Safe Medication Practices</i>	3,0
<i>National Quality Forum**</i>	2,5
TOTAL	59,7

* La moitié du budget de 102 millions de dollars

** Subvention de lancement

Comparaison et analyse des stratégies

Résumé des stratégies

Stratégie australienne :

- Leadership du gouvernement du Commonwealth (fédéral) : la majorité du financement provient du gouvernement du Commonwealth, en plus d'un important soutien et de fonds supplémentaires de la part des gouvernements des États et des territoires.
- Le *Safety and Quality Council*, organisme national, fournit une orientation politique et tente de bâtir un consensus fédéral, étatique et territorial et une coopération quant au programme.
- Plusieurs documents d'orientation et de consultation du *Safety and Quality Council*.
- Mise en œuvre d'un programme faisant autorité en matière de santé à l'échelle étatique, territoriale et locale.
- Accent mis sur des systèmes de préparation de rapports d'incident et d'analyse de la cause fondamentale.
- Presque tous les efforts sont actuellement axés sur les hôpitaux.
- Réforme des systèmes d'agrément pour les rendre plus efficaces en matière de sécurité du patient.
- La plupart du financement du *Safety and Quality Council* est attribué au changement culturel.

Stratégie britannique :

- Leadership et orientation du *Department of Health* et du *National Health Service*.
- Utilisation de nombreux mécanismes, dont le contrôle clinique, la réglementation, la reddition de comptes et la préparation de rapports, le financement et la recherche.
- Reddition de comptes de la part du fournisseur et de l'établissement pour les organismes nationaux centralisés.
- Organisations et cadres nationaux axés sur la sécurité du patient mis sur pied par le gouvernement pour établir la politique clinique (NICE)(NSF), exploiter les systèmes de préparation de rapports d'incident (NPSA), évaluer les médecins (NCAA) et évaluer et enquêter sur les établissements (CHI)(NCSC).
- Exigences locales en matière de qualité et de sécurité par l'intermédiaire d'exigences en matière de contrôle clinique.
- Préparation de rapports et analyse de la cause fondamentale obligatoires au niveau national.
- Aucun fonds n'est alloué aux établissements locaux (fiducies) pour la sécurité du patient, mais des exigences leur sont imposées, dont la période de temps accordée au médecin pour se préparer à son évaluation annuelle et le contrôle clinique.
- Évaluation annuelle des médecins par des pairs.
- Portée complète du programme, y compris les hôpitaux et les établissements de soins primaires.
- Inclusion des soins de santé des secteurs public et privé.

Stratégie américaine :

- Financement du gouvernement fédéral limité au financement de la recherche et des programmes des hôpitaux de la *Veterans Administration*.
- Peu ou pas de financement, au niveau de l'État, pour la sécurité du patient; certains États gèrent des systèmes de préparation de rapports d'incident avertisseurs.
- La recherche est la principale priorité du gouvernement fédéral et la majorité du financement est assigné à l'élaboration des systèmes de préparation de rapports d'incident.
- Aucun financement fédéral n'est apporté aux hôpitaux pour l'élaboration ou la gestion de programmes axés sur la sécurité du patient; il semble que les hôpitaux assument eux-mêmes les coûts des initiatives axées sur la sécurité du patient.
- Accent appréciable mis sur les solutions technologiques, entre autres, les systèmes informatisés d'entrée des ordonnances médicales et le codage à barres des médicaments.
- Confiance accordée à l'agrément (JCAHO), y compris l'examen des programmes axés sur la sécurité du patient.
- Financement du secteur privé utilisé à titre de force de propulsion – les employeurs du *Leapfrog Group* demandent des mesures liées à la sécurité du patient dans les programmes de santé utilisés pour leurs employés.
- Plusieurs organismes du secteur privé contribuent aux efforts liés à la sécurité du patient.
- Efforts en grande partie limités aux hôpitaux et aux médicaments.

Similitudes des stratégies

Tel qu'il est mentionné plus haut, les trois pays partagent presque les mêmes présomptions de politique au sujet de la sécurité du patient, dont le fait de comprendre que les réactions adverses représentent un problème commun dans les milieux de soins de santé. Le fait que le taux soit de 3,7 p. 100 ou de 22 p. 100 n'influe pas sur le problème, car, même au plus bas taux, le nombre de patients touchés est dramatique. Le taux le plus bas produit chaque année aux États-Unis un minimum extrapolé de 44 000 décès. L'*Institute of Medicine* américain considère que les erreurs médicales représentent la plus importante cause évitable de décès.

Les trois stratégies se fient sur des systèmes de préparation de rapports et des analyses de la cause fondamentale : en Australie, un mélange de systèmes gouvernementaux aux paliers des États et des territoires obligatoires et de systèmes d'organisations volontaires pour les hôpitaux; au Royaume-Uni, un système gouvernemental obligatoire pour les hôpitaux et les établissements de soins primaires; aux États-Unis, un mélange de systèmes nationaux volontaires (JCAHO) et de systèmes d'État obligatoires pour les hôpitaux. La plupart des systèmes de préparation de rapports sont au stade de développement. Au Royaume-Uni, le projet pilote auquel participent les fiduciaires du NHS ont éprouvé des difficultés avec l'analyse de la cause fondamentale et les commentaires positifs.

Aucun des trois pays n'utilise d'organismes professionnels de réglementation pour leur prestation de programmes liés à la sécurité du patient. En raison du mandat des organismes professionnels de réglementation de protéger la population, leur rôle limité peut sembler bizarre. Au Royaume-Uni, il semble que le *General Medical Council* s'est avéré inefficace, selon les résultats de l'étude *Bristol Inquiry*. Il peut cependant sembler irréaliste de présumer que les organismes professionnels de réglementation peuvent faire des miracles pour la sécurité du patient, étant donné que leur autorité et leurs antécédents sont grandement limités à intervenir après le fait, dans un contexte disciplinaire, auprès d'un praticien en particulier, et que leur mandat ne leur permet pas de traiter avec les établissements et les systèmes multifournisseurs. Ils possèdent en

plus des ressources restreintes. (Certains organismes canadiens de réglementation ont adopté un rôle plus progressiste à l'égard des programmes d'évaluation par des pairs et ont exprimé un intérêt pour les initiatives axées sur la sécurité du patient. Il existe peut-être ici plus de possibilités de participation de la part des organismes de réglementation.)

Les États-Unis en particulier et le Royaume-Uni financent les efforts de recherche. La stratégie australienne semble préférer se fier en grande partie sur les résultats des autres. Aux États-Unis, la moitié du budget annuel alloué à la recherche (50 millions de dollars américains) sert à l'élaboration de systèmes de préparation de rapports d'incidents. Ce fait confirme que les systèmes de préparation de rapports sont loin d'être parfaits.

Les trois pays font face à une crise liée à la couverture contre les poursuites en responsabilité médicale et reconnaissent qu'ils doivent réformer leurs systèmes de poursuites ou les éliminer entièrement. Il existe en outre une reconnaissance du fait que les systèmes de préparation de rapports d'incidents sont incompatibles avec un environnement litigieux dans lequel la divulgation peut être néfaste au sens juridique. Le Congrès américain tente de réformer les lois sur l'indemnisation, le Royaume-Uni publiera sous peu un Livre blanc et l'Australie vient de former une commission judiciaire.

Différences entre les stratégies

Les gouvernements nationaux jouent des rôles très différents. Le gouvernement britannique est clairement en charge de la situation, car il dirige et finance toutes les initiatives. En Australie, le système fédéral limite le rôle du gouvernement national, mais cela n'a pas empêché le gouvernement du Commonwealth de prôner une politique nationale et un leadership de financement et d'arriver à un consensus sur la priorité des initiatives axées sur la sécurité du patient et la qualité des soins.

Il existe aux États-Unis peu de leadership fédéral et moins de financement. Les rôles de leadership envisagés pour le AHRQ et le QulC ne se sont pas concrétisés, en partie en raison du fait que l'administration Bush a mis plus d'accent sur le rôle des *Centers for Medicare and Medicaid Services*. La plupart des initiatives axées sur la sécurité du patient sont gérées et financées par les organisations du secteur privé et par les hôpitaux. Le degré de participation est à toute fin utile proportionnel au niveau de financement public fourni par le système de santé. Il n'est pas surprenant de remarquer que le financement du gouvernement national à l'égard des soins de santé est une variable explicative du degré de participation dans le domaine de la sécurité du patient.

À l'exception notable du financement de la recherche, le Royaume-Uni est le seul pays qui a étendu les initiatives axées sur la sécurité du patient aux établissements de soins primaires. La preuve en suggère la nécessité. Les résultats de l'étude *Commonwealth Fund* réalisée sur les patients américains démontrent que plusieurs erreurs de médicaments sont survenues dans les cabinets de médecins; au Royaume-Uni, 11 p. 100 des médecins adressés à la *National Clinical Assessment Authority* travaillaient dans des établissements de soins primaires.

La stratégie américaine se fie moins sur les fournisseurs et le changement culturel et plus sur la recherche et la technologie. Cette orientation est peut-être influencée par le puissant rôle de l'*Agency for Healthcare Research and Quality*, organisme principalement concerné par le financement de la recherche. En outre, il s'agit peut-être d'une conséquence de l'influence de la sécurité aérienne sur le modèle américain, dans laquelle les systèmes sont conçus pour surmonter les faiblesses humaines.

Les États-Unis sont le seul pays où les initiatives du secteur privé, notamment le *Leapfrog Group*, ont une incidence plus directe sur la prestation des soins de santé que les initiatives gouvernementales. Le gouvernement fédéral américain ne semble pas utiliser le financement de *Medicare* et de *Medicaid* pour exiger des améliorations en matière de sécurité du patient.

Le Royaume-Uni possède l'application la plus uniforme à l'égard des initiatives axées sur la sécurité du patient. L'Australie vient au deuxième rang, mais le système fédéral composé d'États et de territoires de différentes tailles ne se prête pas à une application uniforme, même si le financement accordé, *per capita*, en vertu des *Australian Health Care Agreements*, atténue jusqu'à un certain point ce problème. Les États-Unis manquent de normes nationales imposées par le gouvernement, mais l'agrément de la JCAHO peut être considéré comme une norme nationale *de facto*.

Analyse du financement

En Australie et au Royaume-Uni, les gouvernements nationaux – à titre de principaux bailleurs de fonds des hôpitaux et des autres services de santé – investissent dans les initiatives axées sur la sécurité du patient. Aux États-Unis, les gouvernements financent 45 p. 100 des soins de santé, mais ils n'investissent pas un montant comparable à celui du Royaume-Uni ou de l'Australie, si le nombre et le coût des incidents et des décès évitables servent de repères.

Coûts des incidents et investissements gouvernementaux liés à la sécurité du patient

	Estimation des coûts des incidents évitables (en millions)	Nombre estimé de décès par année – gamme	Investissement lié à la sécurité du patient (en millions)	\$CAN (en millions)
Australie	867 \$A	10-14 000	141 \$A	120
Royaume-Uni	2 000 £	25 000	47£	117
États-Unis	17 000 \$US	de 44 000 à 100 000	60 \$US	95

Il faut préciser que ces données ne reflètent pas les sommes d'argent totales dépensées dans chaque pays pour les initiatives axées sur la sécurité du patient. Aux États-Unis, en particulier, il semble que la plupart des coûts des initiatives axées sur la sécurité du patient soient absorbés par les hôpitaux qui mettent sur pied les programmes afin de respecter les normes de la JCAHO ou qui achètent des systèmes informatiques pour se conformer aux exigences du *Leapfrog Group*.

L'ampleur de l'investissement gouvernemental varie grandement, comme l'illustre le tableau suivant.

Investissements gouvernementaux *par personne* pour la sécurité du patient

	Investissement annuel (en millions)	Population (en millions)	<i>Par personne</i>	\$CAN <i>par personne</i>
Australie	141 \$A	19	7,42 \$A	6,38
Royaume-Uni	47 £	59	0,86 £	2,13
États-Unis	60 \$US	273	0,22 \$US	0,35
États-Unis (y compris le secteur privé)	119,7 \$US	273	0,44 \$US	0,70

Les données australiennes sont sans doute quelque peu gonflées, étant donné qu'elles comprennent le financement attribué à la qualité par les *Australian Health Care Agreements*. Cependant, même si la moitié de ce financement n'est aucunement lié à la sécurité du patient, il indique tout de même que l'Australie investit le plus *par personne*. L'Australie est le seul des trois

pays qui accorde aux organisations de première ligne des fonds gouvernementaux pour la sécurité du patient – les gouvernements d'État ou de territoire fournissent aux autorités locales de santé des fonds en vertu des AHCA.

Au fur et à mesure que les initiatives axées sur la sécurité du patient grandissent et que des mesures efficaces deviennent disponibles, les prochaines étapes exigeront un investissement de capital et de fonctionnement dans les hôpitaux, les cabinets de médecins et d'autres milieux de soins de santé. La stratégie américaine est peut-être la plus dispendieuse à mettre en pratique en raison du fait qu'elle est en grande partie fondée sur la technologie. Il semble évident que l'ensemble de l'investissement gouvernemental devra considérablement augmenter pour espérer mettre en pratique les solutions technologiques comme les systèmes informatisés d'entrée des ordonnances médicales, les systèmes de codage à barres des médicaments et les systèmes informatisés de préparation de rapports d'incident.

Évaluations des stratégies

La plupart des initiatives axées sur la sécurité du patient sont très jeunes, ayant débuté en 2001 ou en 2002, ou étant actuellement au stade de projet pilote. Aucune évaluation n'a été effectuée concernant les efforts globaux des trois pays. Il semble qu'aucun des trois gouvernements n'a entrepris d'évaluation ou, le cas échéant, elle n'a pas été publiée.

Il sera peut-être nécessaire de mettre en place un système de préparation de rapports d'incidents pleinement élaboré pendant plusieurs années avant d'en évaluer les résultats.

Deux évaluations de l'efficacité des mesures cliniques américaines liées à la sécurité du patient sont décrites dans l'annexe.

Notes en fin de texte

- ⁱ *A Framework for Managing the Quality of Health Services in New South Wales*, NSW Health, p. 2.
- ⁱⁱ Brennan et coll., « Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study 1 », *New England Journal of Medicine*, p. 324 à 370, 1991.
- ⁱⁱⁱ Commonwealth Department of Health and Family Services, *Task Force on Quality in Australian Health Care: Final Report*.
- ^{iv} *Ibid.*, p. 5.
- ^v *Im patients suffer harm in NHS hospitals*, Guardian, 19 juin 2002.
- ^{vi} Richard B. Clark, *Australian Patient Safety Survey*, Commonwealth Department of Health and Aged Care, août 2001.
- ^{vii} Karen Davis et coll., *Room for Improvement: Patients Report on the Quality of their Health Care*, The Commonwealth Fund, avril 2002, p. 3 et 4.
- ^{viii} U.S. Department of Health and Human Services, *Confronting the New Health Care Crisis: Improving Health Care Quality and Lowering Costs by Fixing Our Medical Liability System*, Washington, 24 juillet 2002, p. 9.
- ^{ix} National Audit Office, *Handling Clinical Negligence Claims in England*, mai 2001, p. 1.
- ^x Cité dans l'article de M.L. Millenson, « Pushing the profession: how the news media turned patient safety into a priority », *Quality and Safety in Health Care* 2002, 11 : p. 57 à 63.
- ^{xi} Commonwealth of Australia, *Australian Health Care Agreement with State of New South Wales*, paragraphe 29, p. 9.
- ^{xii} Safety and Quality Council, *Action Plan 2001*, p. 4.
- ^{xiii} *Building a safer NHS for patients*, p. 45
- ^{xiv} www.jcaho.org, News release, 24 juillet 2002.
- ^{xv} National Audit Office, *Handling Clinical Negligence Claims in England*, mai 2001.
- ^{xvi} Enduring Solutions, *A Patient Safety Plan for the ACT*, février 1999, p. v.
- ^{xvii} Institute of Medicine, *To Err is Human*, p. 4.
- ^{xviii} *Ibid.*, p. 21.
- ^{xix} Enduring Solutions, *A Patient Safety Plan for the ACT*, février 1999, p. v.
- ^{xx} National Health Service, *A Commitment to Quality, a Quest for Excellence*, juin 2001, p. 7.
- ^{xxi} *Ibid.*, p. 17.
- ^{xxii} *Ibid.*, p. i.
- ^{xxiii} *Ibid.*, p.46.
- ^{xxiv} Department of Health & National Patient Safety Agency, *Doing Less Harm: Improving the Safety and Quality of Care Through Reporting, Analysing and Learning from Adverse Incidents Involving NHA Patients – Key Requirements for Health Care Providers*, p. 7 et 8.
- ^{xxv} Communiqué : Ministerial Meeting on Medical Indemnity, 23 avril 2002.
- ^{xxvi} *Op. cit.*, p. 451.
- ^{xxvii} *Op. cit.*, p. 162.
- ^{xxviii} U.S. Department of Health and Human Services, *Confronting the New Health Care Crisis: Improving Health Care Quality and Lowering Costs by Fixing Our Medical Liability System*, Washington, 24 juillet 2002, p. 1.
- ^{xxix} *Ibid.*, p. 6.
- ^{xxx} *Ibid.*, p. 7.
- ^{xxxi} Department of Health, *Shifting the Balance of Power, The Next Steps*, p. 44.
- ^{xxxii} www.doh.gov.uk/clinicalgovernance
- ^{xxxiii} Nigel Starey, *What is Clinical Governance?* Hayward Medical Communications, p. 2.
- ^{xxxiv} NSW Health Complaints Commission, *The Complaints Process*, p. 8.
- ^{xxxv} *Response to Bristol*, p. 141.
- ^{xxxvi} *Ibid.*, p. 12.
- ^{xxxvii} *Ibid.*, p. 5.
- ^{xxxviii} Commonwealth Department of Health and Aged Care, *Australia: Selected Health Care Delivery and Financing Statistics – September 2000*, p. 4.
- ^{xxxix} Australian Capital Territory Government, *Quality First: a commitment to quality and safety and act health services*, p. 5.