

CONSEILS MARSH : DES PATIENTS EN SÉCURITÉ : INTERVENTIONS FONDÉES SUR L'EFFICACITÉ

Au cours des dernières années, la culture des soins de santé a subi un important changement directement axé sur la conception et la prestation de soins sécuritaires pour le patient.

Même si elle est devenue une question centrale et une force motrice de premier plan dans les dépenses en soins de santé, l'intégration de la sécurité du patient a connu son lot de défis, comme une transformation des priorités, un accès limité aux fonds ou aux ressources, ainsi que le processus complexe du choix de l'intervention à mettre en œuvre. Ces *Conseils Marsh* mettent en évidence les principaux défis posés par la mise en œuvre de mesures relatives à la sécurité du patient et les pratiques les plus susceptibles d'améliorer la sécurité du patient tout en évaluant les conséquences économiques sur le système de santé et sur l'ensemble de la société.

Différentes études américaines ont déterminé qu'« environ 3 à 4 % des patients hospitalisés sont victimes d'un

grave événement indésirable... dont une proportion importante (de 30 à 50 %) peut être évitée ».^{1, 2} De récents documents canadiens affirment que le taux d'événements indésirables au Canada représente 7,5 % de toutes les hospitalisations³.

Pour mieux comprendre la question à l'échelle mondiale, l'équipe de la sécurité du patient de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mené une étude mondiale sur les problèmes dans ce domaine. Malgré les écarts entre les pays selon leur situation économique (développé/revenu élevé, en transition/revenu moyen et en développement/faible revenu), 23 graves problèmes de sécurité ont été cernés⁴, puis sous-divisés en 3 catégories : structure, processus et résultats⁵.

Dix faits sur la sécurité du patient

1. La sécurité du patient est une importante question de santé mondiale.
2. Un patient sur dix pourrait contracter une maladie ou être blessé durant son hospitalisation.
3. Les infections en milieu hospitalier touchent 14 patients hospitalisés sur 100.
4. La majorité des gens n'ont pas accès aux appareils médicaux pertinents.
5. Entre 2000 et 2010, les injections dangereuses ont diminué de 88 %.
6. Les erreurs en matière de soins chirurgicaux contribuent de façon importante aux maladies, même si 50 % des complications associées à ces soins peuvent être évitées.
7. De 20 à 40 % des dépenses en soins de santé sont gaspillées en raison de la mauvaise qualité des soins.
8. Un voyageur a une chance sur un million de tomber malade ou d'être blessé, alors que pour un patient hospitalisé, le risque augmente à une chance sur trois cents.
9. La participation des patients et de la collectivité ainsi que l'autonomisation sont essentielles.
10. Les partenariats entre hôpitaux jouent un rôle fondamental dans le partage des renseignements et les possibilités d'apprentissage relatifs à la sécurité du patient.

Source : OMS, « 10 Facts on Patient Safety ».

1 A. JHA, éd., « Summary of the evidence on patient safety: Implications for research », Organisation mondiale de la santé de Genève, 2008.

2 A.K. JHA, N. PRAPOSA-PLAZIER, I. LARIZGITIA, et collab., « Patient Safety Research: an overview of the global evidence », *Qual Saf Health Care*, 2010, no 19, pp. 42-47.

3 G.R. BAKER, P.G. NORTON, V. Fintoft et collab., « The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada », *CMAJ*, 2004, no 170, pp. 1678-1686.

4 Selon la classification 2006 de la Banque mondiale.

5 L. L. LEAPE, D.M. BERWICK et D.W. BATES, « What Practices will most improve Safety? Evidence Based Medicine Meets Patient Safety », *JAMA*, vol. 4, no 288, 2002, pp. 501-507.

- **Problèmes structureaux** – Les problèmes entourant la dotation en personnel, la complexité des patients, le volume de patients et la pression mise sur l'amélioration du débit ont tous contribué à un environnement propice aux soins non sécuritaires aux patients. Ces environnements ont aussi créé des défis en matière de communication, un facteur majeur des événements indésirables chez les patients.
- **Problèmes liés au processus** – Dans les pays développés, malgré les technologies les plus perfectionnées, les diagnostics erronés continuent à créer des résultats indésirables importants pour les patients. D'autres problèmes liés au processus comptent entre autres des valeurs de laboratoire essentielles non remarquées, un manque de coordination du cercle de soins et des ruptures dans les communications. Dans les pays en transition et en développement, ces processus sont compliqués davantage par des médicaments de qualité inférieure, des pratiques d'injection dangereuses et un faible contrôle de la qualité.
- **Problèmes liés aux résultats** – Les événements indésirables associés aux médicaments continuent à empoisonner les systèmes de santé partout dans le monde. Selon l'OMS, de 7,5 à 10,4 % des malades hospitalisés subissent des événements indésirables causés par des erreurs dans la médication. Aux États-Unis seulement, les événements indésirables liés à la médication entraînent 140 000 décès par an. On croit que plus de 56 % de ces décès pourraient être évités⁶. Les infections nosocomiales (contractées à l'hôpital) sont une autre menace importante à la sécurité du patient. Une étude nationale menée au Canada a révélé qu'environ 220 000 cas d'infections nosocomiales s'étaient traduits par le décès d'à peu près 8 000 patients⁷. L'étude « European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) » révèle une prévalence d'infections nosocomiales de 20,8 % entraînant une augmentation de 2,5 % de la durée de l'hospitalisation⁸.

ALLER À LA SOURCE DU PROBLÈME

Dans les multiples études réalisées à l'échelle nationale et internationale, le principal centre d'intérêt est la sécurité du patient en tant que problème associé aux systèmes⁹, ce qui signifie que les mesures concernant la sécurité du patient doivent être appliquées simultanément par TOUTES les parties prenantes, à l'interne et à l'externe. Même si « le succès des efforts pour améliorer la sécurité du patient dépend du degré d'intégration de la sécurité au système même »¹⁰, une démarche ascendante permettra une plus grande participation du personnel en contact direct avec la clientèle et produira de meilleurs résultats en matière d'intégration des changements aux processus et aux politiques. Le résultat final est une culture centrée sur la sécurité du patient. Pour y arriver, une synergie des éléments suivants est nécessaire :

1. Cerner ce qui fonctionne (efficacité).
2. Veiller à ce que le patient le reçoive (utilisation pertinente).
3. Offrir une prestation parfaite, sans erreurs¹¹ avec la participation du personnel en contact direct avec la clientèle, acquérir une conformité (plutôt que la forcer) et mettre en œuvre les meilleures interventions¹².

PRENDRE DES DÉCISIONS DIFFICILES

Par le passé, les interventions en matière de sécurité du patient naissaient d'une pratique factuelle. En 2008, Shojania et Ranji ont publié une étude de toutes les interventions ayant contribué à l'amélioration des résultats liés à la sécurité du patient et ont découvert des « preuves que les interventions plus cliniques réduisaient les complications des soins et étaient mieux acceptées par rapport aux interventions plus explicitement axées sur la sécurité »¹³. De même, la campagne « 100 000 lives » de l'Institute for Healthcare Improvement a fait la promotion de la mise en

6 A. JHA, éd., « Summary of the evidence on patient safety: Implications for research », Organisation mondiale de la santé de Genève, 2008.

7 L. KHOURY et M. IOKHELES, « Factual Causation and Healthcare-Associated Infections », Health Law Journal, no 17, 2009, pp. 195-228.

8 L. KHOURY et M. IOKHELES, « Factual Causation and Healthcare-Associated Infections », Health Law Journal, no 17, 2009, pp. 195-228.

9 L. L. LEAPE, D.M. BERWICK et D.W. BATES, « What Practices will most improve Safety? Evidence Based Medicine Meets Patient Safety », JAMA, vol. 4, no 288, 2002, pp. 501-507.

10 H. BUCHAN, « Different Countries, different cultures: convergent or divergent evolution for health care quality? », Qual Health Care, no 7, 1998, pp. 62-67.

11 L. L. LEAPE, D.M. BERWICK et D.W. BATES, « What Practices will most improve Safety? Evidence Based Medicine Meets Patient Safety », JAMA, vol. 4, no 288, 2002, pp. 501-507.

12 R. Q. LEWIS et M. FLETCHER, « Implementing a national strategy for patient safety: lessons from the National Health Service in England », Qual Saf Health Care, no 14, 2005, pp. 135-139.

œuvre d'interventions factuelles plutôt que l'utilisation de solutions générales centrées sur la sécurité du patient ¹⁴. Shonajia et collaborateurs (2001) ont conçu un cadre de travail pour la sélection des interventions à mettre en œuvre en fonction des critères suivants :

- **Portée du problème** : Évalue la prévalence et la gravité du problème de sécurité.
- **Efficacité** : Détermine la solidité des preuves appuyant l'intervention.
- **Vigilance nécessaire** : Le besoin de surveillance des résultats ou des conséquences indésirables possibles.
- **Problèmes de mise en œuvre** : Coût et complexité de l'intervention.
- **Élan et synergie avec les autres interventions** : Certaines interventions peuvent créer un élan dans l'organisation lorsqu'elles sont harmonisées à son orientation stratégique.

Source : K. G. Shojania, B. W. Duncan, K. M. McDonald et collab., « Making healthcare safer: a critical analysis of patient safety practices », publication AHRQ no 01-E058, juillet 2001. Disponible au <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety>. Accès : 11 juin 2014.

Une fois l'intervention sélectionnée en fonction des critères ci-dessus, un autre facteur dont il faut tenir compte est la hiérarchie d'intervention de sécurité du patient. Voici des listes d'interventions dont l'efficacité est appuyée par des preuves solides.

PRATIQUES FORTEMENT RECOMMANDÉES EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ DU PATIENT

- Listes de vérification préopératoire et listes de vérification d'anesthésie pour prévenir les événements indésirables associés à une intervention chirurgicale;
- Listes de vérification pour éviter les infections liées aux cathéters centraux;
- Mise en place d'ordres de suspension ou de rappels pour la réduction de l'utilisation des sondes urinaires;
- Interventions visant la diminution de la pneumonie sous ventilation assistée, comme l'élévation du lit, les soins buccaux à la chlorhexidine et l'aspiration des sécrétions sous-glottiques;
- Hygiène des mains;
- Liste « Ne pas utiliser » pour les abréviations dangereuses;

- Interventions conçues pour réduire les plaies de lit;
- Précautions pour réduire les infections causées par les soins de santé;
- Utilisation d'échographies en temps réel pour le placement des cathéters centraux;
- Interventions prophylactiques pour la thromboembolie veineuse.

Source : « Agency for Healthcare Research and Quality Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices », <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/services/quality/ptsafetysum.pdf>

PRATIQUES RECOMMANDÉES EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ DU PATIENT

- Interventions pour réduire les chutes;
- Utilisation de pharmaciens cliniques pour limiter les événements indésirables liés à la médication;
- Documents de directives préalables concernant les traitements de survie;
- Consentement éclairé avec un accent sur une meilleure compréhension du patient des risques possibles des traitements et des interventions;
- Formation en équipe;
- Bilan comparatif de médicaments;
- Mise en place de mesures des résultats chirurgicaux;
- Appareils ou équipes d'urgence rapides;
- Moyens complémentaires pour la détection des événements indésirables;
- Système informatisé de saisie des commandes aux fournisseurs;
- Utilisation d'exercices de simulation d'interventions en matière de sécurité du patient.

Source : « Agency for Healthcare Research and Quality Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices », <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/services/quality/ptsafetysum.pdf>

Le National Centre for Patient Safety du département américain des Anciens combattants croit que les mesures axées sur les changements systémiques et non sur la mémoire individuelle sont plus efficaces. Voici la hiérarchie de sécurité du patient que ce centre a tracée :

13 S. R. RANJJI et K. G. SHOJANIA, « Implementing Patient Safety Interventions in Your Hospital: What to Try and What to Avoid », Med Clin N Am, no 92, 2008, pp. 275-293.

14 Ibidem

Mesures renforcées Accent sur le changement de système, s'appuient moins sur les facteurs humains, comme la mémoire et la vigilance	• Changements architecturaux ou physiques de l'environnement; • Nouveaux appareils dont la facilité d'utilisation peut être mise à l'essai avant l'achat; • Contrôles techniques, comme les fonctions forcées; • Simplification de processus (élimination des étapes inutiles); • Normalisation des appareils et des processus, comme les cheminements cliniques; • Participation absolue de la haute direction et du conseil à l'appui de la sécurité du patient.
Mesures intermédiaires	• Redondance; • Augmentation du personnel/réduction de la charge de travail; • Logiciels/avancées ou modifications technologiques; • Élimination et réduction des distractions; • Mise en place de listes de vérification; • Élimination des doublons; • Relectures pour assurer une communication claire; • Documentation et communication améliorées.
Mesures plus faibles (reposent davantage sur la mémoire et les facteurs humains, comme la vigilance)	• Doubles vérifications; • Avertissements et étiquettes; • Mise en œuvre de nouvelles procédures ou politiques; • Études supplémentaires.

Source : National Centre for Patient Safety, Veterans Affairs, US Department of Health.

CONCLUSION

Bien que les interventions en matière de sécurité fondées sur des preuves soient mises en valeur dans ce document, il est aussi essentiel de faire remarquer que plusieurs interventions liées à la sécurité du patient seront fondées sur le jugement et l'expérience, alliés aux meilleures preuves possibles.

Pour en savoir plus, communiquez avec votre représentant Marsh local ou visitez le site www.marsh.ca.

Marsh est une des Sociétés Marsh & McLennan, tout comme Guy Carpenter, Mercer et Oliver Wyman.

Le présent document et les recommandations, données d'analyse ou avis offerts par Marsh (collectivement, l'« analyse de Marsh ») ne constituent pas des conseils sur une situation personnelle et ne doivent pas servir de fondement en ce sens. Le présent document contient des renseignements confidentiels et exclusifs à Marsh et il ne peut en aucun cas être transmis à un tiers, notamment à d'autres assureurs, sans le consentement écrit préalable de Marsh. Les énoncés concernant des questions d'ordre actuariel, fiscal, comptable ou juridique sont fondés uniquement sur notre expérience en tant que courtiers d'assurance et de consultants en prévention des sinistres et ne doivent pas être considérés comme étant des conseils de cet ordre, conseils que vous devriez obtenir auprès de vos propres conseillers professionnels spécialisés dans ces domaines. Les modélisations, données d'analyse ou projections de tous genres sont assujetties à des facteurs d'incertitude inhérente, et l'analyse que Marsh en fait est susceptible d'être touchée de façon substantielle si les hypothèses, conditions, renseignements ou facteurs sur lesquels l'analyse est fondée sont inexacts ou incomplets ou s'ils viennent à changer. Les renseignements figurant aux présentes sont fondés sur des sources que nous jugeons fiables, mais nous ne formulons aucune déclaration ou garantie quant à leur exactitude. Sauf stipulation contraire dans une entente conclue entre vous et Marsh, Marsh n'est aucunement tenue de mettre à jour son analyse et n'a aucune obligation envers vous ni qui que ce soit d'autre à l'égard de celle-ci ou de tout service rendu à vous ou à Marsh par un tiers. Marsh ne formule aucune assertion ou garantie en ce qui concerne l'application du libellé des polices ou la situation financière ou la solvabilité d'assureurs ou de réassureurs. Marsh ne donne aucune garantie quant à la disponibilité, au coût ou aux modalités de la couverture d'assurance.

Copyright © 2014 – Marsh Canada Limitée et ses permettant. Tous droits réservés. www.marsh.ca | www.marsh.com

USDG-7052F (C140623KB): 2014/06/26

Pour garantir la mise en place des interventions, des éléments fondamentaux doivent exister, entre autres favoriser et préserver une culture de sécurité du patient, comprendre le problème, faire participer les parties prenantes et continuellement surveiller le rendement des principales mesures. Améliorer la sécurité du patient dans le système de santé produira de meilleures occasions d'offrir des services améliorés, de réduire les coûts et d'améliorer les économies et l'utilisation des ressources.

Les consultants en matière de risque clinique de Marsh évaluation des risques peuvent offrir aux clients du milieu des soins de santé des conseils et une expertise de conception de programme qui contribueront à réduire les événements indésirables et à améliorer la qualité des soins.