

FICHE SUR LA DIMENSION DE LA SÉCURITÉ DU CADRE D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DU CSBE

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	2
Positionnement de la sécurité dans le cadre d'évaluation de la performance du CSBE	3
Figure 1 : Cadre d'évaluation de la performance du CSBE	3
État des connaissances sur la sécurité	4
Conceptualisation de la notion de sécurité	4
Rôles des individus et des organisations quant à la sécurité dans le système de santé et de services sociaux	4
Facteurs qui influencent la sécurité	5
Définitions	7
Annexe : Résumé de la méthodologie de la recherche documentaire	10
Questions de recherche	10
Documents consultés	11
Figure A1 : Diagramme PRISMA résumant la recherche documentaire sur la sécurité	14
Bibliographie	15

INTRODUCTION

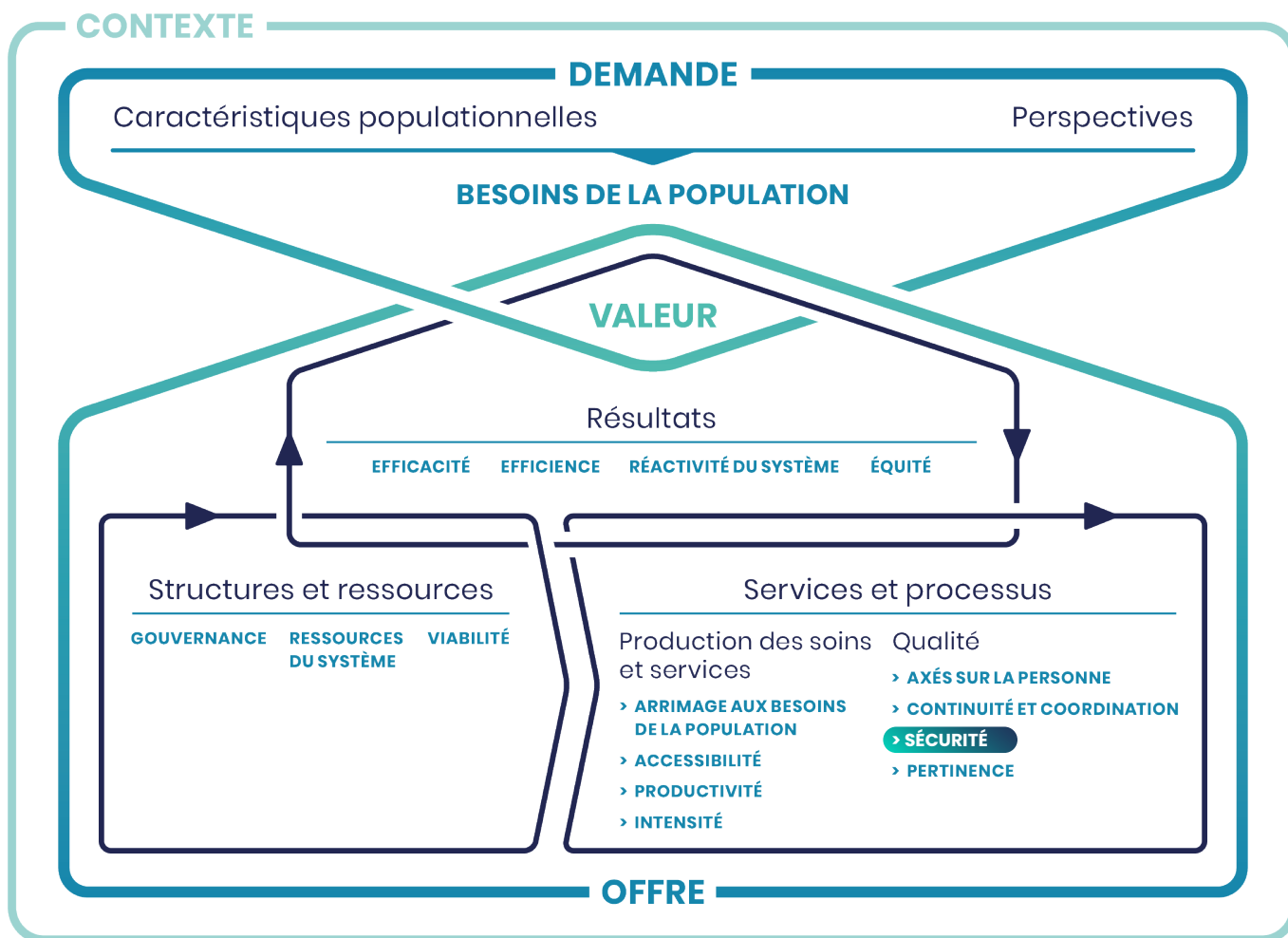
Depuis la publication en 2000 du document phare *To Err Is Human* de l'Institute of Medicine, la notion de sécurité des soins a pris une importance grandissante au sein du système de santé (Dückers, M. et al., 2009; HQSC, 2016). Dès lors, plusieurs agences gouvernementales et internationales d'évaluation de la performance ont incorporé la sécurité en tant que dimension dans leur cadre d'évaluation. C'est notamment le cas du Commonwealth Fund, de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), de l'European Observatory on Health Systems and Policies, de l'Institute for Health Improvement (IHI) et de la National Academy of Medicine (NAM) (CWF, 2006; EOHSP, 2010; Kelley, E. et Hurst, J., 2006; NAM, 2001; Stiefel, M. et Nolan, K., 2012). Ces mêmes agences ont publié divers articles et guides de pratique abordant exclusivement la thématique de la sécurité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié le guide *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety* tandis que l'Institut canadien pour la sécurité des patients a présenté *The Canadian Patient Safety Dictionary* (Canadian Patient Safety Institute et al., 2003; WHO, 2009). Les enjeux liés à la sécurité sont omniprésents dans le parcours des usagers dans le système de santé et des services sociaux. Il est en effet reconnu qu'un patient canadien sur dix-sept, lors d'un séjour hospitalier, subit au minimum un préjudice (ICIS, 2022). Il est donc primordial d'accorder de l'importance à cette dimension, d'autant plus que la sécurité est intimement liée aux soins de haute qualité. De fait, la sécurité constitue l'une des composantes qui définit la qualité (CWF, 2006; European Commission, 2016; HQBC, 2020; Institute of Medicine - Committee on Quality of Health Care in America, 2000; McLoughlin, V. et al., 2006). Il est en effet attendu de la part des usagers que les soins et les services reçus lors d'une interaction avec le système de santé soient sécuritaires et ne nuisent pas à leur santé ou à leur intégrité. Par conséquent, il était indispensable pour le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) d'inclure la dimension de la sécurité dans son cadre d'évaluation de la performance.

En résumé, cette fiche contient d'abord une présentation des principales assises conceptuelles en lien avec la sécurité. Le positionnement de la sécurité dans le cadre d'évaluation, la conceptualisation de la notion de sécurité, le rôle des individus et des organisations de santé et de services pour garantir la sécurité ainsi que les facteurs influençant la sécurité seront notamment abordés. Par la suite, des définitions de la sécurité et de ses sous-dimensions seront présentées. Enfin, des indicateurs seront fournis à titre d'exemple pour faciliter la compréhension des concepts.

POSITIONNEMENT DE LA SÉCURITÉ DANS LE CADRE D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DU CSBE

La sécurité est une dimension du cadre d'évaluation de la performance du CSBE qui s'inscrit dans les services et les processus (figure 1). Plus précisément, la sécurité est une composante de la qualité (HQO, 2015; MSSS, 2012; Pronovost, P. J. et al., 2009).

Figure 1 : Cadre d'évaluation de la performance du CSBE



ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA SÉCURITÉ

Conceptualisation de la notion de sécurité

Un système de santé et de services sociaux sécuritaire est celui qui n'occasionne aucun événement indésirable aux usagers à la suite d'une intervention (Canadian Patient Safety Institute et al., 2003; European Commission, 2016; HQO, 2015; HQSC, 2016; ICIS, 2013b; Institute of Medicine - Committee on Quality of Health Care in America, 2000; MSSS, 2012; NAM, 2001). Il existe pour les agences spécialisées et les experts diverses manières d'étudier ces événements indésirables et d'en concevoir l'analyse et l'évaluation de la sécurité. Après avoir consulté un large pan de la littérature, deux perspectives ressortent clairement.

La première perspective aborde l'analyse de la sécurité des usagers de manière **prospective**; elle se concentre sur les processus et les mécanismes permettant de minimiser les conséquences et d'éviter l'occurrence d'un événement indésirable. Pour atteindre un niveau de sécurité optimal pour les usagers, il est nécessaire de mettre en place des conditions favorables qui permettront de dispenser des soins et des services tant dans les pratiques cliniques que dans les processus cliniques et administratifs (Canadian Patient Safety Institute et al., 2003). Selon l'approche prospective, il est possible d'anticiper les préjudices potentiels et de formuler par la suite des recommandations sur les pratiques sécuritaires à instaurer (Canadian Patient Safety Institute et al., 2003; Pronovost, P. J. et al., 2009). Ces recommandations et ces normes de pratique émanent notamment des processus d'accréditation offerts par certaines institutions comme Agrément Canada et la Health Standards Organization (HSO). Cependant, même si certains enjeux de sécurité sont évitables, d'autres sont à l'inverse difficiles ou impossibles à enrayer ou à empêcher.

Ainsi, la seconde approche, l'approche **rétrospective**, vise à collecter des données et à étudier les causes profondes des événements indésirables nous permettant d'en analyser et d'en comprendre l'occurrence. Ici, on vise à mettre en œuvre des mécanismes concrets de prévention, de protection ou de mitigation par l'analyse rétrospective des causes profondes expliquant l'occurrence des événements indésirables. Il sera alors possible d'en utiliser les conclusions et, de ce fait, de réduire la gravité des événements indésirables ou de les empêcher (Emanuel, L. et al., 2008; HQSC, 2016).

En résumé, les deux approches se distinguent par la sécurité qui est garantie au patient à deux moments différents, soit *a priori* et *a posteriori* de l'événement indésirable. Néanmoins, ces deux perspectives sont complémentaires. En effet, plusieurs agences et chercheurs envisagent la sécurité comme une combinaison de l'approche prospective et rétrospective. C'est notamment la posture adoptée par le CSBE dans son cadre d'évaluation de la performance.

Rôles des individus et des organisations quant à la sécurité dans le système de santé et de services sociaux

À l'origine, il était communément accepté que la sécurité des patients incomrait principalement aux individus responsables de la prestation des soins et des services de santé. Les causes des événements indésirables étaient notamment associées à l'oubli, à des épisodes d'inattention, à l'absence de motivation, à l'insouciance, à un manquement aux principes éthiques et professionnels, à la négligence et même à l'irresponsabilité (Reason, J., 2000). Ainsi, selon cette conception **individuelle** de la sécurité, les actions pour favoriser la sécurité ou pour atténuer les conséquences d'événements indésirables retombent sur les comportements humains, les pratiques et les actes médicaux (par exemple, gestes, remarques, comportements, savoir-être et savoir-faire). Or, dans les faits, la sécurité n'est généralement pas causée par l'erreur humaine.

Dans le système de santé, la sécurité ne peut jamais être tenue pour acquise puisque le degré de complexité et d'incertitude est très élevé (Reason, J., 2000). Par conséquent, la sécurité découle majoritairement d'enjeux **systemiques et organisationnels** (par exemple, manque de ressources, roulement de personnel, stress devant le volume d'utilisateurs, milieu physique ou lacunes en matière de conception et de construction). En d'autres termes, la sécurité est grandement influencée par les pratiques de gestion, les modalités de fonctionnement des organisations et la culture organisationnelle vis-à-vis de la sécurité. Ces dernières sont à leur tour influencées par les mécanismes de gouvernance du système (Emanuel, L. et al., 2008; NAM, 2001). Il est par conséquent nécessaire de mettre en place des mécanismes de prévention et de protection organisationnels pour éviter ou atténuer les événements indésirables (Reason, J., 2000). En effet, pour améliorer la sécurité, il est plus efficace de modifier l'environnement dans lequel travaillent les professionnels de la santé et d'améliorer les processus de travail que de contrôler leur pratique dans les moindres détails. Un contrôle excessif des gestes des praticiens serait au contraire néfaste pour la sécurité des patients et nuirait à la liberté de pratique et de jugement des professionnels (Amalberti, R. et al., 2005). Du fait de la complexité du système de santé, un renforcement exagéré du contrôle ne garantit pas automatiquement une meilleure sécurité (Amalberti, R. et al., 2005). Pour améliorer la sécurité, il est alors nécessaire d'analyser une multiplicité de facteurs et d'agir par l'ajout de mesures de prévention, de protection, de mitigation ainsi que de soutien à la décision et à l'intervention (IUPLSSS, 2020; Reason, J., 2000). Il est également possible d'intervenir sur le plan individuel en ayant soin de renforcer des capacités et des compétences des professionnels de la santé à l'aide de formation de base et de formation continue (Reason, J., 2000).

En somme, la sécurité à l'intérieur du système de santé et de services sociaux est assurée dès lors que nous portons notre attention sur un ensemble d'éléments qui couvrent tout autant la gouvernance et la gestion, les pratiques cliniques et administratives de même que de la culture, et ce de manière à assurer la prévention, la protection et la mitigation des événements indésirables.

Facteurs qui influencent la sécurité

Plusieurs éléments peuvent nuire directement ou indirectement à la sécurité des patients tout au long du continuum des soins. Il est possible de répertorier les six facteurs d'influence recensés dans la littérature selon leur impact sur la sécurité sur le plan individuel ou organisationnel.

Ainsi, dans le but d'assurer la sécurité des utilisateurs à un niveau individuel, les employés du domaine de la santé et des services sociaux doivent :

- S'assurer que leur **pratique** et les **processus cliniques** sont conformes aux normes de sécurité les plus strictes. Puisque les interventions occasionnent une part importante des événements indésirables, le respect des normes et des recommandations cliniques permet de réduire les risques pour l'utilisateur (Dückers, M. et al., 2009; Institute of Medicine - Committee on Quality of Health Care in America, 2000). Ainsi, il existe un lien entre la pertinence et la sécurité découlant de la pratique médicale. Pour rappel, cette dimension du cadre se définit par la capacité à offrir, en fonction des bonnes pratiques, des soins et des services au bon moment, à la bonne personne, de manière adaptée à ses besoins et de façon à entraîner les meilleurs bénéfices possibles (IUPLSSS, 2020). La multiplication

d'actes non pertinents augmente l'exposition des patients à des risques et ultérieurement à des événements indésirables (ICIS, 2013b).

- Faire preuve de **leadership** et d'un **engagement collectif**. Il est, en effet, nécessaire que les professionnels du système de santé aient le désir de développer une culture organisationnelle valorisant la sécurité à tous les égards de leur pratique (Institute of Medicine - Committee on Quality of Health Care in America, 2000). Idéalement, ces derniers encouragent la mise en place d'initiatives favorisant la sécurité chez les usagers pour qu'elle devienne ultimement une priorité institutionnelle (Institute of Medicine - Committee on Quality of Health Care in America, 2000).
- Favoriser la coordination **entre les professionnels** impliqués auprès des usagers. En effet, plusieurs événements indésirables se produisent par manque de clarté concernant les étapes à suivre en cas de situations à haut risque pour la sécurité des patients. En d'autres termes, les transitions entre institutions, départements ou équipes sont propices aux événements indésirables, d'où la nécessité d'assurer la coordination et la communication (HQSC, 2016).

Le développement d'organisations sécuritaires nécessite que les décideurs et les gestionnaires mettent en œuvre des mécanismes de gouvernance et des modalités de gestion pour la garantir. Pour y arriver, ils peuvent notamment :

- Adopter des **réglementations** ainsi que des mécanismes de surveillance et de contrôle pour garantir la sécurité des usagers. Concrètement, le contrôle de l'État sur la sécurité peut s'exprimer sous forme d'ordres professionnels, de lois ou de normes et de recommandations provenant d'agences gouvernementales spécialisées en matière de sécurité (Institute of Medicine - Committee on Quality of Health Care in America, 2000). Dans le but de déterminer les causes profondes des événements indésirables, le gouvernement peut également implanter un processus obligatoire de captation d'événements indésirables et des quasi-incident. Dans un tel contexte, les praticiens et les gestionnaires seraient alors contraints de rapporter tous les événements dangereux et tous ceux qui ont le potentiel de l'être à un organisme responsable de la sécurité. Il serait par la suite possible d'analyser et d'utiliser ces résultats pour orienter les cadres réglementaires et ultérieurement contribuer à l'amélioration continue des processus cliniques et organisationnels.
- Élaborer et mettre en œuvre des modalités de gestion et des **processus organisationnels** contribuant à la sécurité. Comme il a été mentionné dans la section précédente, les événements indésirables ne sont pas uniquement causés par le comportement humain (Reason, J., 2000). Par conséquent, il est nécessaire de concevoir et de mettre en place des processus et des pratiques organisationnelles constituant des barrières préventives en vue d'éviter tout événement indésirable. Ces mesures peuvent être de nature matérielle et fonctionnelle (par exemple, équipement de protection, liste d'étapes à suivre) ou encore symbolique (pensons au marquage et à l'étiquetage) (IUPLSSS, 2020). Ces mesures visent à modifier le milieu de pratique des professionnels ainsi que leurs conditions de travail de manière à réduire les risques d'événements indésirables (Reason, J., 2000).
- Implanter une **culture d'apprentissage** au sein de l'organisation. Le partage d'expérience, la mise en œuvre de cycles d'amélioration continue ainsi que l'évaluation sont des moyens pour implanter une culture d'apprentissage et l'amélioration de la sécurité de soins (Emanuel, L. et al., 2008; Institute of Medicine - Committee on Quality of Health Care in America, 2000; NAM, 2001). Pour mettre en place une culture d'apprentissage, il est préférable d'éviter le blâme et de faire preuve de transparence quant aux quasi-incident et aux événements indésirables qui se sont produits (Emanuel, L. et al., 2008).

Définitions

Tableau 1 : Définitions des ressources du système, de ses sous-dimensions et exemples d'indicateurs

Composante	Dimension	Sous-dimensions
Services et processus	Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> Pratiques préventives Quasi-incidents Événements indésirables
Définition de la sécurité		
<p>La sécurité regroupe l'ensemble des actions que les individus et les organisations prennent pour prévenir ou remédier à une situation potentielle ou réelle portant préjudice à la santé et au bien-être d'une personne lorsqu'elle interagit avec un clinicien, un professionnel ou une composante du système de santé (WHO, 2009). La notion de sécurité renvoie ainsi à la capacité d'une organisation, et plus largement des individus qui la composent, à mettre en œuvre des stratégies et des actions pour prévenir, protéger, analyser et minimiser les événements indésirables durant l'ensemble du parcours d'une personne dans le système de santé et de service sociaux.</p>		
Définition des sous-dimensions et exemples d'indicateurs		
Pratiques préventives		
<p>Les pratiques préventives comprennent l'intégralité des démarches mises en œuvre par les organisations et les individus pour limiter les risques de préjudices chez les usagers (Dückers, M. et al., 2009). L'objectif est de réduire la répétition d'événements indésirables qui se sont produits par le passé ou qui pourraient potentiellement survenir de nouveau (Emanuel, L. et al., 2008). Pour y arriver, il est nécessaire d'identifier, de comprendre et d'agir sur les facteurs qui contribuent à la présence du risque et qui pourraient évoluer en incident (WHO, 2009). Les stratégies de prévention se déclinent sous de multiples formes et englobent notamment l'élimination du risque, le remplacement de processus ou de technologies, la surveillance précoce (<i>monitoring</i>), la prévention, la protection et la facilitation des étapes et des conditions de travail (Hollnagel, E., 2008).</p>		
<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de patients évalués pour le risque de chute dans leurs premiers jours d'admission en centre de soins de longue durée (HQBC, 2020) Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019) 		

Quasi-incidents

Les quasi-incidents (*near misses* ou *close calls* en anglais) regroupent les actes non sécuritaires qui ont le potentiel de nuire à la santé de l'utilisateur, mais qui, ultimement, ne causent aucun tort (WHO, 2009; Wu, A., 2011). Concrètement, il existe deux types de quasi-incidents : d'abord ceux qui ne sont aucunement ressentis par les usagers; ensuite ceux qui sont perçus par les usagers sans toutefois compromettre leur santé (Wu, A., 2011). Dans le cas des quasi-incidents, une détérioration de la santé est évitée soit par chance, par des mécanismes d'interception (détection), par des interventions précoces et rapides ou par la robustesse du patient (Wu, A., 2011).

- Nombre d'erreurs de livraison de médicaments par la pharmacie pour lesquelles le personnel infirmier a su éviter l'erreur avant qu'un usager ne soit touché (IUPLSSS, 2020)
- Nombre de chariots de médicaments non sécurisés répertoriés dans le corridor (IUPLSSS, 2020)

Événements indésirables

Les événements indésirables rassemblent les incidents qui résultent en un préjudice chez l'utilisateur à la suite d'un soin ou d'un service offert par un professionnel ou une organisation du système de santé (WHO, 2009). Les événements indésirables regroupent par conséquent les actes qui mènent à des blessures et à des complications occasionnées par la fréquentation du système de santé plutôt que par la progression naturelle de la maladie (Canadian Patient Safety Institute et al., 2003). Ces préjudices, qui perturbent autant la santé physique que psychologique de la personne affectée, peuvent, dans les cas les plus extrêmes, mener à la mort (Canadian Patient Safety Institute et al., 2003; Dückers, M. et al., 2009). Les événements indésirables, qui sont de par leur nature inattendus et non désirés, découlent fréquemment de la négligence, du non-respect des normes établies, des dysfonctionnements organisationnels ou du système ou de processus inadéquats (Canadian Patient Safety Institute et al., 2003). Concrètement, les événements indésirables se présentent sous de multiples formes : par exemple, une réaction à un mauvais dosage de médicament, une erreur lors d'une transfusion sanguine ou une chute accidentelle sont tous des cas d'événements indésirables (Canadian Patient Safety Institute et al., 2003).

- Proportion d'hospitalisations durant laquelle un événement indésirable s'est produit et/ou a été traité (AIHW, 2004)
- Nombre d'infections au *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) pour 1 000 hospitalisations (AIHW, 2004; European Commission, 2016)
- Taux de procédures chirurgicales au cours desquelles un corps étranger a été laissé dans l'organisme (par 100 000 chirurgies) (ICIS, 2013a)
- Taux d'interactions médicamenteuses (MSSS, 2012)

Enjeu de validité de certains indicateurs utilisés pour évaluer la sécurité

Il existe certaines nuances importantes à prendre en compte au moment d'analyser les d'indicateurs fondés sur la déclaration des quasi-incidents et des événements indésirables. La validité des données, notamment pour les quasi-incidents, est faible, car ils sont peu souvent déclarés dans certains milieux. Cela s'explique par l'absence d'une culture de soins axée sur la sécurité ou par la présence d'outils de signalement exerçant un effet dissuasif sur le personnel (McLoughlin, V. et al., 2006). Ainsi, la présence d'un nombre élevé d'événements indésirables et de quasi-incidents peut être interprétée différemment selon les milieux évalués. Par exemple, un milieu qui a mis en place des outils de captation précis ou une culture de transparence et d'imputabilité collectera un nombre élevé d'événements indésirables et de quasi-incidents. Dans ce cas précis, le nombre élevé d'événements indésirables et de quasi-incidents semblerait être l'indicateur d'une mauvaise performance de l'organisation comparativement à une autre où les quasi-incidents et les événements indésirables sont peu recensés. Pourtant, cette organisation pourrait se soucier de bien répertorier les incidents de manière à les éviter. De ce fait, lors d'une analyse à un niveau systémique et de comparaisons entre des organisations de santé, il peut être complexe de déterminer si les événements indésirables ou les quasi-incidents collectés permettent de porter un jugement valide sur la sécurité du fait de la variation dans la collecte des quasi-incidents et des événements indésirables. Au Québec, toutefois, où certains événements indésirables sont à déclaration obligatoire, les renseignements servent à construire des indicateurs robustes et à comparer les milieux entre eux (MSSS, 2020).



BIBLIOGRAPHIE

- Australian Institute of Health and Welfare. (AIHW). (2004). *National Report on Health Sector Performance Indicators 2003*. Canberra. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/809ad023-c871-403c-a20b-5bd95877811e/nrhspi03a.pdf.aspx?inline=true>
- Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D., et al. (2005). Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care. *Annals of Internal Medicine*, 142(9), 756-764. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00012>
- Canadian Patient Safety Institute, Davies, J. M., Hébert, P. C., et al. (2003). The Canadian Patient Safety Dictionary. *Canadian electronic library. Canadian health research collection*.
- The Commonwealth Fund. (CWF). (2006). *Framework for a High Performance: Health System for the United States*. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2006_aug_framework_for_a_high_performance_health_system_for_the_united_states_commission_framework_high_performance_943_pdf.pdf
- Dückers, M., Faber, M., Cruisberg, J., et al. (2009). Safety and Risk Management Interventions in Hospitals: a Systematic Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 66(6 Suppl), 90s-119s. <https://doi.org/10.1177/1077558709345870>
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., et al. (2008). What Exactly Is Patient Safety? *Agency for Healthcare Research and Quality*.
- European Observatory on Health Systems and Policies. (EOHSP). (2010). *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. Cambridge. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/135970/E94887_Part_1.pdf
- Expert Group on Health Systems Performance Assessment. (European Commission). (2016). *SO WHAT? - Strategies across Europe to assess quality of care*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/sowhat_en_0.pdf
- Hollnagel, E. (2008). Risk+barriers=safety? *Safety Science*, 46(2), 221-229. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssci.2007.06.028>
- Health Quality BC. (HQBC). (2020). *British Columbia Health Quality Matrix*. <https://bcpsqc.ca/wp-content/uploads/2020/02/BC-Health-Quality-Matrix-March-2020.pdf>
- Health Quality Ontario. (HQO). (2015). *Quality Matters: Realizing Excellent Care for All*. <http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/health-quality/realizing-excellent-care-for-all-en.pdf>
- Health Quality & Safety Commission New Zealand. (HQSC). (2016). *From knowledge to action: A framework for building quality and safety capability in the New Zealand health system*. <https://www.hqsc.govt.nz/assets/Our-work/Leadership-and-capability/Building-leadership-and-capability/Publications-resources/From-knowledge-to-action-Oct-2016.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS). (2013a). *Analyse comparative du système de santé du Canada : comparaisons internationales*. https://secure.cihi.ca/free_products/Benchmarking_Canadas_Health_System-International_Comparisons_FR.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS). (2013b). *Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien*. https://secure.cihi.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_FR.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2022). *Les préjugés dans les hôpitaux canadiens... une réalité*. <https://www.cihi.ca/fr/les-prejudices-dans-les-hopitaux-canadiens-une-realite>
- Institute of Medicine - Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Dans Kohn, L. T., Corrigan, J. M. et Donaldson, M. S. (dir.). National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/9728>
- Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux. (IULSSS). (2020). *Pour des trajectoires de soins et de services performantes :- un outillage pour l'analyse et la mesure*. Sherbrooke, Québec. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4270660>
- Kelley, E. et Hurst, J. (2006). Health Care Quality Indicators Project. *OECD Health Working Papers*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>
- McLoughlin, V., Millar, J., Mattke, S., et al. (2006). Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), 14-20. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl030>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). *Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000166/?&date=ASC>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020). *Déclaration des incidents et des accidents: lignes directrices*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-735-01W.pdf>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf
- Page, M. J., Moher, D. et Bossuyt, P. M. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pronovost, P. J., Goeschel, C. A., Marsteller, J. A., et al. (2009). Framework for Patient Safety Research and Improvement. *Circulation*, 119(2), 330-337. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.107.729848>

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *British Medical Journal*, 320(7237), 768-770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Stiefel, M. et Nolan, K. (2012). A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. *Institute for Health Improvement*. <https://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/AGuidetoMeasuringTripleAim.aspx>

World Health Organization. (WHO). (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety* (publication n° 9786069409374 (Romanian)). Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>

Wu, A. (2011). *Near Miss with Bedside Medications*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://psnet.ahrq.gov/web-mm/near-miss-bedside-medications>

