

LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET LA SANTÉ MENTALE



PARRAINÉ PAR :



RAPPORT PRÉSENTÉ PAR :



Auteurs

Tracey A. Brickell, D.Psych.

Chef de projet, Projet de recherche sur la sécurité des patients et la santé mentale
British Columbia Mental Health and Addiction Services

Tonia L. Nicholls, Ph.D.

Universitaire de carrière à la *Michael Smith Foundation for Health Research*
British Columbia Mental Health and Addiction Services

Ric M. Procyshyn, Pharm.D., Ph.D.

Chercheur en psycho-pharmacologie
British Columbia Mental Health and Addiction Services

Carla McLean, M.A. (Ph.D. Student)

Spécialiste de l'analyse qualitative
British Columbia Mental Health and Addiction Services

Rebecca J. Dempster, Ph.D.

Consultante en recherche clinique
British Columbia Mental Health and Addiction Services

Jennifer A. A. Lavoie, M.A. (doctorant)

Agente de recherche
British Columbia Mental Health and Addiction Services

Kimberly J. Sahlstrom, M.A.

Agente de recherche / Coordonnatrice
British Columbia Mental Health and Addiction Services

Todd M. Tomita, M.D., FRCPC

Psychiatre consultant
British Columbia Mental Health and Addiction Services

Eugene Wang, M.D., FRCPC

Psychiatre consultant
British Columbia Mental Health and Addiction Services

Référence suggérée :

Brickell, T. A., Nicholls, T. L., Procyshyn, R. M., McLean, C., Dempster, R. J., Lavoie, J. A. A., Sahlstrom, K. J., Tomita, T. M., & Wang, E. (2009). *La sécurité des patients et la santé mentale*. Edmonton, Alberta: Institut canadien pour la sécurité des patients et Association des hôpitaux de l'Ontario.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients tient à souligner qu'elle a obtenu un soutien financier de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada.

ISBN: 978-1-926541-10-5

Remerciements

Nous tenons à remercier :

- **des *British Columbia Mental Health and Addiction Services*** : Brooke Ballantyne-Scott et Suzana Mitrovic pour leur assistance dans l'organisation et la coordination de l'examen de la documentation; Kristen Howard pour l'établissement du calendrier et les entrevues des intervenants clés; Alina Bonci, Anna Warner et Kimberly McIntosh pour leurs recherches dans la documentation; Katherine Rossiter pour son aide dans la préparation des questions d'entrevue.
- **de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et de l'Association des hôpitaux de l'Ontario (AHO)** : Orvie Dingwall (ICSP) pour ses connaissances techniques en matière d'examen de la documentation; Sandi Kossey (ICSP) et Dominique Taylor, Cyrelle Muskat, Michelle Caplan et Deborah Cumming (AHO) pour leur participation au développement de la recherche et à l'édition du document.
- **du Comité consultatif sur la santé mentale et la sécurité des patients**
 - Présidente, Glenna Raymond, présidente et directrice générale, *Whitby Mental Health Centre*
 - Lynda Bond, directrice, Recherche, qualité et amélioration du rendement, *BC Mental Health and Addiction Services*
 - Michelle Caplan, analyste des politiques, Affaires législatives et juridiques, Association des hôpitaux de l'Ontario
 - D^e Linda S. Courey, directrice, Services de santé mentale, *Cape Breton District Health Authority*
 - Deborah Cumming, analyste des politiques, Politiques, Affaires législatives et juridiques, Association des hôpitaux de l'Ontario
 - Orvie Dingwall, bibliothécaire et gestionnaire de projet, Institut canadien pour la sécurité des patients
 - Pat Fryer, consultante, Sécurité des patients, gestion des risques et qualité; présidente, *Ontario Health Care Risk Management Network*
 - Sandi Kossey, gestionnaire de projet, Institut canadien pour la sécurité des patients
 - Marie Owen, directrice des opérations, Institut canadien pour la sécurité des patients
 - Elaine Santa Mina, professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université Ryerson
 - Cyrelle Muskat, consultante en sécurité des patients et en pratiques cliniques exemplaires, Association des hôpitaux de l'Ontario
 - Dominique Taylor, consultante en sécurité des patients et en pratiques cliniques exemplaires, Association des hôpitaux de l'Ontario
 - D^r George D. Watson, directeur médical exécutif, *Alberta Mental Health Board*
 - Cheryl Williams, directrice de programme, Santé mentale et services d'urgence, *Rouge Valley Health System*

Table des matières

Table des matières	4
Sommaire	6
Mieux comprendre la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale	8
Historique	8
Définir la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale	8
Problèmes associés au calcul des taux d'incidents liés à la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale	9
Les incidents liés à la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale	9
Facteurs contributifs	11
Facteurs liés aux patients.....	12
Facteurs liés au personnel soignant	12
Facteurs organisationnels.....	12
Environnement physique.....	13
La relation entre la sécurité des patients et la sécurité des employés.....	13
Initiatives nationales qui influencent la sécurité des patients	14
Discussion	14
Examen de la documentation	15
Historique	15
Incidents liés à la sécurité des patients inclus et exclus.....	15
Stratégie d'examen de la documentation publiée.....	15
Stratégie d'examen de la littérature grise.....	15
Incidents liés à la sécurité des patients inclus dans l'étude	16
Violence et agression	16
Victimisation des patients.....	16
Suicide et automutilation	17
Isolement et contention.....	18
Chutes et autres accidents des patients.....	19
Fuite et disparition de patients.....	20
Événements iatrogènes médicamenteux	20
Erreurs de diagnostic	21
Lacunes dans la documentation	22
Recherche de grande qualité	22
Perspective canadienne	22
Populations sous-étudiées	22
Secteurs sous-étudiés de la santé mentale	22
Perspective des patients.....	22
Préjudices psychologiques et émotionnels	22
Évaluation des risques, formation et intervention	22
Discussion	23
Key Entrevue des intervenants clés	24
Historique	24
Méthode	24
Analyse	24
Résultats	25
Définir la question, reconnaître les obstacles qui lui sont propres et fixer des priorités.....	25
Questions prioritaires – Événements indésirables, accessibilité des services et qualité des soins.....	25
Stratégies de sécurité des patients – Pratiques et initiatives actuellement en cours	25

Transmission du savoir à d'autres milieux de soins de santé.....	26
Améliorations, obstacles et défis.....	26
Discussion	27
Table ronde	28
Historique	28
Méthode	28
Analyse	28
Résultats	29
Sujet de discussion #1 : « Quels sont les thèmes, les questions et les actions prioritaires en matière de sécurité des patients en santé mentale? »	29
Stigmatisation	29
Accessibilité des soins.....	29
Voix ou participation des patients	29
Normalisation des définitions, de la nomenclature, des mesures et des pratiques	30
Communications, intégration des services et collaboration interprofessionnelle	30
Promotion d'une culture de sécurité des patients.....	30
Événements indésirables et lourdeur croissante des cas psychiatriques	30
Sujet de discussion #2 : « Quels sont les outils, les pratiques exemplaires et les stratégies utilisés présentement pour optimiser la sécurité des patients qui reçoivent des soins psychiatriques? »	30
Sujet de discussion #3 : « Quelles sont les prochaines étapes et les orientations futures pour la sécurité des patients en santé mentale? »	31
Action à l'échelle nationale.....	31
Leadership	31
Recherche et évaluation.....	31
Participation des patients et de leurs familles.....	32
Éducation	32
Financement	32
Étendre la portée de la sécurité des patients.....	32
Discussion.....	32
Résultats et thèmes émergents	33
Planification et politique.....	33
Pratique	33
Recherche.....	34
Conclusion	35
Annexe A: Stratégie de recherche dans la documentation publiée	36
Résultats de la recherche sur la sécurité des patients et la santé mentale.....	36
Stratégie de recherche Medline (le mercredi 9 avril 2008) n=2 561	37
Stratégie de recherche PsycINFO (21 avril 2008), n=972.....	42
Stratégie de recherche Embase (4 mai 2008), n=1 643.....	43
Stratégie de recherche CINAHL, 14 mai 2008 (n=1 057).....	44
Annexe B: Sites Web	46
Annexe C: Échantillon de tableur.....	48
Annexe D: Questions d'entrevue des intervenants clés.....	50
Annexe E: Guide des participants aux discussions par petits groupes	51
Annexe F: Intervenants clés et participants à la Table ronde.....	52
Notes bibliographiques.....	55

Sommaire

Historique

Un très grand nombre de patients sont traités et soignés quotidiennement sans incident par des intervenants en santé partout dans le monde. Comme dans d'autres domaines à risque élevé (p. ex. aviation et énergie nucléaire), il est possible que des événements liés à la sécurité se produisent pendant la prestation des soins, ce qui expose les patients à des risques de blessure ou de préjudice. En soins de santé, les articles de recherche publiés portent surtout sur les établissements de soins de courte durée, ce qui influence grandement notre compréhension de la sécurité des patients. Bien qu'un grand nombre des facteurs de risque de sécurité présents dans ces établissements s'applique aussi au secteur de la santé mentale, il existe dans ce secteur des risques différents de ceux des établissements de soins médicaux. Isolement et contention, automutilation et suicide, fuites et capacité d'autodéfense réduite font partie du quotidien des usagers des services de santé mentale. La population desservie et l'environnement dans lequel les soins sont prodigués s'ajoutent aux autres particularités de la sécurité des patients dans ce secteur. Dans certaines circonstances, cette particularité tient davantage au diagnostic et à la population desservie qu'à l'environnement; dans d'autres, c'est le contraire.

Ce n'est que récemment que la sécurité des patients en santé mentale a été reconnue comme un domaine en soi et, de ce fait, le sujet est peu connu et les publications dans le domaine sont rares. Il manque donc d'information pour guider les systèmes, les pratiques, les politiques et la prestation des services en matière de sécurité des patients. Toutefois, avant d'aller plus loin, il faut en établir une définition claire, fixer un ordre de priorités et élaborer des stratégies pour solutionner les problèmes de sécurité des patients.

Conscients de ces lacunes, l'Association des hôpitaux de l'Ontario et l'Institut canadien pour la sécurité des patients ont choisi par voie de concours une équipe de recherche des *British Columbia Mental Health and Addiction Services* et l'a mandatée de rédiger un document d'information sur les principales questions de sécurité des patients actuellement débattues dans le secteur de la santé mentale. L'équipe a utilisé trois méthodologies distinctes : 1) l'examen en profondeur de la documentation et de la littérature grise; 2) l'analyse des données recueillies au cours d'une série d'entrevues téléphoniques; et 3) l'analyse des discussions par petits groupes lors d'une Table ronde sur invitation tenue à Toronto en septembre 2008.

Dans le présent document, la « santé mentale » a été définie comme étant l'ensemble des diagnostics répertoriés dans *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association [APA], 1997)*. On a examiné la sécurité des patients dans les milieux suivants : a) soins primaires, secondaires et tertiaires; b) centres hospitaliers, secteur privé et autres services de santé mentale en milieu communautaire; et c) étudié les populations suivantes : enfants, adolescents, jeunes adultes, adultes plus âgés.

Recherche dans la documentation

Les documents publiés ont été recensés dans quatre bases de données électroniques (Medline, CINAHL, Embase et PsycINFO) et la littérature grise dans 66 sites Web (sites Web canadiens et internationaux sur la sécurité des patients, la santé mentale, les soins de santé du secteur public, sites de bibliothèques, etc.). Environ 1500 documents ont été examinés. L'examen de la documentation était limité aux publications sur huit incidents clés liés à la sécurité des patients : violence et agression; victimisation des patients; automutilation et suicide; isolement et contention; chutes et autres accidents; fuite et disparition de patients; événements iatrogènes médicamenteux; erreurs de diagnostics. Étaient exclus les incidents touchant des malades qui reçoivent des soins à l'extérieur du secteur de la santé mentale; les atteintes à la vie privée; les effets indésirables connus de certains médicaments; la défaillance de matériel médical sans lien avec la santé mentale; et les maladies infectieuses.

Entrevues des intervenants clés

Dix-neuf entrevues téléphoniques d'intervenants clés du domaine de la sécurité des patients ou de la santé mentale ont été réalisées. Les entrevues visaient à recueillir de l'information sur les initiatives actuelles et la recherche; sur les stratégies d'amélioration de la sécurité des patients; les questions d'actualité; les lacunes dans les connaissances et les pratiques actuelles; et les obstacles à l'amélioration de la sécurité des patients. On a enregistré et transcrit les entrevues qui ont ensuite fait l'objet d'une analyse qualitative. Les analyses consistaient en un processus en deux étapes : 1) codifier chaque entrevue par sujets facilement classables et susceptibles de fournir certaines données quantitatives de base, et 2) identifier des thèmes plus vastes qui ont émergé des données.

Table ronde

Soixante-douze professionnels spécialistes de la sécurité des patients ou de la santé mentale ont assisté, sur invitation, à une Table ronde tenue le 18 septembre 2008 à Toronto, Ontario. Les participants, divisés en petits groupes de discussion de 8 à 10 personnes, se sont penchés sur trois sujets. Les notes prises pendant les discussions ont fait l'objet d'une analyse qualitative. L'analyse consistait en un processus en deux étapes : 1) identifier les thèmes communs aux trois sujets de discussion, et 2) organiser et classer l'information obtenue de chaque groupe sous chacun des thèmes identifiés.

Résultats

La recherche a permis de tirer certaines conclusions en matière de planification, de politiques, de pratiques et de recherche. Ces conclusions suggèrent que la cause de la sécurité des patients en santé mentale a besoin de défenseurs et de leadership à l'échelle nationale. Elle a aussi besoin d'un cadre ou d'une stratégie de sécurité des patients qui s'attaque aux problèmes propres aux milieux de soins de santé mentale partout au Canada, notamment la normalisation de la terminologie et de la nomenclature relatives à la sécurité des patients, des pratiques, des mécanismes de déclaration et des politiques. Toutefois, la première étape consiste à obtenir un consensus « relatif » sur ce qui entre dans la définition de la sécurité des patients en santé mentale, afin de pouvoir définir des solutions concises et applicables, dont les objectifs sont clairs.

Si on veut améliorer la sécurité des patients dans les milieux de soins de santé mentale, il faut instaurer une culture de sécurité qui devienne bien ancrée à tous les échelons de l'organisation. Une culture de sécurité favorise une approche systémique et encourage la participation du personnel et des patients à l'examen des incidents liés à la sécurité des patients; elle permet aux patients et à leurs familles et aidants de jouer un rôle plus actif dans la prise de décisions, les soins aux patients, l'évaluation des risques et les interventions de sécurité. Une culture juste reconnaît que la discrimination envers les personnes atteintes de maladie mentale et leur marginalisation rendent plus difficile leur accès aux soins, minent la qualité et la sécurité des soins qu'ils reçoivent et nuisent à leur pronostic; une culture juste combat la stigmatisation dont sont victimes les personnes atteintes de maladie mentale.

L'adoption de pratiques plus sécuritaires pour les patients psychiatriques exige des communications efficaces, l'intégration des services et la collaboration interprofessionnelle, particulièrement aux points de transition. Elle requiert en outre le recours à des outils validés empiriquement et largement répandus, ainsi que des programmes d'éducation et de formation pour concevoir et mettre en œuvre des interventions de sécurité des patients basées sur l'expérience clinique. Pour mener ces recherches, il faut des fonds suffisants pour attirer des chercheurs de haut calibre capables de concevoir et de mettre en œuvre des méthodologies de recherche rigoureuses.

Mieux comprendre la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale

Historique

Un très grand nombre de patients sont traités et soignés quotidiennement sans incident par des intervenants en santé partout dans le monde. Toutefois, des incidents, comme les événements iatrogènes médicamenteux, les erreurs de diagnostics, les chutes, peuvent survenir pendant la prestation des soins, ce qui expose les patients à des risques de blessure et de préjudice. Depuis la publication par l'*Institute of Medicine* d'un important rapport intitulé *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 1999) soulignant l'ampleur de l'impact des erreurs médicales sur la mortalité et la morbidité dans le système de santé américain, les établissements de soins de santé du monde entier se sont sentis obligés de concevoir et mettre en place des pratiques exemplaires en matière de sécurité des patients, ce qui a entraîné le développement de systèmes de déclaration, de politiques et de procédures. L'un des indicateurs clés de la sécurité des patients est le taux d'événements indésirables touchant les patients d'un hôpital. Les événements indésirables sont des blessures ou des complications involontaires causées par la gestion des soins de santé et non par les maladies sous-jacentes du patient¹. Ces événements causent des blessures et des handicaps, prolongent la durée de l'hospitalisation et peuvent même entraîner la mort (Baker et al., 2004). L'étude canadienne sur les événements indésirables a découvert que 7,5 % des patients admis en 2000 dans un hôpital de soins de courte durée étaient victimes d'au moins un événement indésirable et que 36,9 % de ceux-ci étaient jugés évitables (Baker et al., 2004).

Bien qu'un grand nombre des facteurs de risque de sécurité qui existent dans ces établissements s'applique aussi au secteur de la santé mentale, il existe des risques propres à ce contexte parce que plus courants chez les patients psychiatriques ou atypiques dans les établissements de soins de courte durée. Parmi ceux-ci, mentionnons des problèmes de sécurité liés à l'isolement et à la contention, à l'automutilation et au suicide, aux fuites et à la capacité d'autodéfense réduite. À l'heure actuelle, il n'existe pas d'information facilement accessible sur les types d'incidents et les causes des événements indésirables qui surviennent dans le cours du traitement des patients des établissements de soins de santé mentale du Canada. Cette lacune est d'autant plus étonnante que les études comparatives de différents milieux hospitaliers montrent que les unités internes de psychiatrie affichent les taux d'événements iatrogènes médicamenteux parmi les plus élevés (e.g., Bates, 2003).

¹ Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Du fait de ce manque de connaissances, il existe peu d'articles scientifiques et de résultats convaincants pour guider les systèmes, les pratiques, les politiques et la prestation sécuritaire de services dans les établissements de santé mentale. L'Association des hôpitaux de l'Ontario (AHO) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) ont donc choisi par voie de concours une équipe de recherche des *British Columbia Mental Health and Addiction Services* (BCMHAS) et l'a mandatée de rédiger un document d'information sur les questions de sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale. Le document inclut un examen en profondeur de la documentation et de la littérature grise, l'analyse des données recueillies au cours d'une série d'entrevues téléphoniques structurées et l'analyse des discussions par petits groupes dans le cadre d'une table ronde sur invitation. Le document a été préparé sous la direction et la coordination de l'AHO, de l'ICSP et du Comité consultatif pancanadien sur la sécurité des patients et la santé mentale (comité consultatif).

Dans le présent document, la « santé mentale » a été confinée à l'ensemble des diagnostics répertoriés dans *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association [APA], 1997)*. La sécurité des patients recevant des soins primaires, secondaires et tertiaires a été examinée dans les centres hospitaliers, le secteur privé et autres services de santé mentale en milieu communautaire. La recherche a porté sur tous les âges de la vie (enfants, adolescents, jeunes adultes, adultes plus âgés). Un débat fait actuellement rage dans les publications sur le terme à utiliser pour désigner les patients atteints de maladie mentale qui utilisent les services de santé. Dans les articles et en pratique clinique, on emploie indifféremment bénéficiaires, consommateurs, clients et patients. Dans le présent rapport, pour plus de clarté, nous avons choisi d'utiliser le mot « patients ».

Problèmes de définition de la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale

Ce n'est que récemment que la sécurité des patients dans les établissements de santé mentale a été reconnue comme un domaine de recherche en soi dans les publications sur la sécurité des patients. Elle n'a pas non plus été définie. Elle est souvent incluse dans le concept global de sécurité des patients sans qu'un seul argument ait été soulevé en faveur d'une définition séparée. Un examen de la documentation a permis de constater que les recherches sur la sécurité des patients et la santé mentale sont publiées dans des revues générales de sécurité des patients.

Bien qu'on trouve de nombreuses définitions de la sécurité des patients dans la documentation et la littérature grise, aucune définition unique n'a été adoptée universellement et, par conséquent, le domaine souffre de l'absence d'une nomenclature commune (Chang, Schye, Croteau, O'Leary, & Loeb, 2005; Kohn et al., 1999; Comité directeur national sur la sécurité des patients, 2002). De plus, il faut définir non seulement *sécurité des patients*, mais les termes connexes, comme *incidents liés à la sécurité des patients*, *événements indésirables* et *incidents évités de justesse*.

Il n'y a pas de définition claire commune de la sécurité des patients utilisée partout au Canada. (Baker et al., 2007). Le *Canadian Patient Safety Dictionary* (Davies, Hébert, & Hoffman, 2003), conçu pour pallier le manque de terminologie commune relative à la sécurité des patients, recommande que la sécurité des patients soit définie comme « la réduction et l'atténuation des effets des actes dangereux posés dans le système de santé, ainsi que l'adoption de pratiques exemplaires reconnues, qui donnent des résultats optimaux ». Cependant, l'avancement des connaissances et de la compréhension des concepts de sécurité des patients à l'échelle nationale et internationale, ainsi que la nécessité de les uniformiser et les clarifier dans tous les types d'établissements, ont conduit au réexamen des définitions et des termes utilisés dans le domaine. L'initiative de classification internationale pour la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :

« vise à définir, à harmoniser et à regrouper les concepts de sécurité des patients en une classification internationalement reconnue. Celle-ci aiderait à cerner, saisir et analyser les facteurs pertinents d'une manière propice à l'apprentissage et à l'amélioration du système. La classification doit être adaptable et uniforme dans tout le spectre des soins de santé et dans toutes les langues et cultures » (2008, para. 2).

L'OMS a créé en 2007 un cadre conceptuel de classification pour la sécurité des patients (*Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*), présentement mis à l'essai sur le terrain. Ce cadre représente un consensus entre les spécialistes internationaux de la question et les données les plus récentes sur la sécurité des patients partout dans le monde, y compris les établissements psychiatriques et leurs patients. Le langage et les définitions utilisés dans le présent document sont donc conformes aux recommandations du cadre de l'OMS.

Un *incident lié à la sécurité des patients* est défini comme « un événement ou une situation qui aurait pu causer ou qui a causé inutilement un préjudice à un patient. Il a un sens plus restreint que le terme incident qui, utilisé dans un contexte général, a le sens plus large d'un événement ou une situation qui aurait pu causer ou qui a causé inutilement un préjudice à toute personne ou a entraîné une plainte, une perte ou des dommages » (OMS, 2007, p.7) (traduction libre).

Un *événement indésirable* est « un incident qui cause un préjudice à un patient » (OMS, 2007, p.7). Un *préjudice* est considéré comme un résultat qui affecte négativement la santé d'un patient ou sa qualité de vie, incluant la maladie, les blessures, les souffrances, la perte de fonction et la mort, et peut donc être de nature physique, sociale ou psychologique (OMS, 2007).

Un *incident évité de justesse* est « un incident qui aurait pu causer un préjudice mais qui ne l'a pas fait soit par chance ou grâce à une intervention opportune » (OMS, 2007).

Problèmes associés au calcul des taux d'incidents liés à la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale

Bowers (2000) a mis en lumière un problème connexe qui afflige les publications sur la sécurité des patients dans les établissements psychiatriques : les variations dans les méthodes de calcul des taux d'incidents. Il a décrit cinq méthodes de calcul possibles qui varient en fonction du dénominateur utilisé : 1) l'hôpital; 2) la salle; 3) le nombre de lits; 4) les admissions; ou 5) l'occupation des lits. Chacune de ces méthodes peut être exprimée en fonction du patient ou de l'événement, si bien que les taux de certains incidents peuvent être calculés de 10 façons différentes. Si certaines méthodes sont clairement plus utiles que d'autres, il reste plusieurs méthodes acceptables qui produisent des taux très différents. Sans une entente sur la méthode de calcul des taux d'incidents, il est difficile d'établir des comparaisons entre les études et les rapports, et celles-ci peuvent être trompeuses. Bowers recommande que la méthode de calcul des incidents liés à la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale soit déterminée par l'objet de la recherche et que les chercheurs fassent preuve d'une plus grande rigueur dans leurs calculs des taux d'incidents. Les scientifiques devraient, à tout le moins, indiquer la façon dont ils sont arrivés aux taux présentés.

Incidents liés à la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale

En plus des événements indésirables, qui surviennent dans tous les environnements médicaux, les patients recevant des traitements psychiatriques sont exposés à des incidents qui sont exclusivement ou fortement associés aux établissements de soins de santé mentale. Pour comprendre les innombrables facteurs qui mènent aux événements indésirables, il faut un système pour les classer. Sans un langage commun pour définir ces incidents, incidents évités de justesse et événe-

ments indésirables et en discuter, il est difficile de mettre en place un système permettant de classer les incidents liés à la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale. Les différents systèmes de déclaration font appel à des systèmes de classification différents, qui sont regroupés en fonction du type d'incident, de sa gravité, du lieu où il est survenu et de la population touchée. Malgré plusieurs tentatives en ce sens (Chang et al., 2005; Nath & Marcus, 2006), l'examen de la documentation pour le présent rapport n'a pas permis de recenser un système de classification consensuel universel des incidents liés à la sécurité des patients dans les services ou milieux psychiatriques.

Un rapport fondamental sur la sécurité des patients et la santé mentale, publié en 2006 par la *National Patient Safety Agency* (NPSA) du Royaume-Uni, était la première enquête exhaustive portant sur les incidents liés à la sécurité des patients psychiatriques. Les incidents les plus fréquemment déclarés par le secteur de la santé mentale à la NPSA sont des accidents (p. ex., trébuchements et chutes), des fuites ou tentatives de fuite, des agressions, automutilations et suicides. Les agressions, l'automutilation et les fuites comptaient pour plus de la moitié de tous les incidents déclarés à la NPSA en 2005. Dans le rapport de 2006, les accidents, fuites, agressions et comportements autodestructeurs comptaient pour 84 % de tous les incidents. Les autres types d'incidents pertinents étaient liés aux erreurs de médicaments, à l'administration de mauvais traitements, au consentement et à la confidentialité, à la documentation, au diagnostic et au matériel médical.

Malgré les nombreux rapports sur le taux élevé de détresse, de peur et de stigmatisation déclarés par les patients psychiatriques, (Mind, n.d.), seul un très petit nombre de chercheurs se sont penchés sur les préjudices émotionnels ou psychologiques qui peuvent être associés à la maladie mentale, aux traitements psychiatriques et aux atteintes à la liberté et à l'autonomie que subissent les patients. On met trop souvent l'accent sur les préjudices physiques, négligeant les préjudices émotionnels et psychologiques que peuvent subir les patients à la suite d'un incident lié à la sécurité. Un autre aspect de la sécurité des patients qui commence à peine à émerger est celui du racisme et de la discrimination raciale dont sont victimes les patients de minorités ethniques dans les établissements psychiatriques. Le rapport du ministère de la Santé du Royaume-Uni (2005) sur l'égalité des races dans le secteur de la santé mentale a attiré l'attention sur ce sujet encore peu étudié. Le rapport soulignait aussi l'importance de la formation sur la diversité culturelle, ethnique et religieuse, notamment sur les façons de réagir au racisme explicite, caché et institutionnel.

Il existe en outre une tension entre les mesures de sécurité et l'autonomie des patients. Un certain nombre de politiques conçues pour augmenter la sécurité des patients psychiatriques sont controversées et peuvent poser des dilemmes éthiques aux intervenants, en raison des limites qu'ils imposent aux droits fondamentaux des patients. Il suffit de mentionner les unités verrouillées, les fouilles des patients et la confiscation des objets interdits, ainsi que les mesures de sécurité et la télésurveillance en circuit fermé (Bowers et al., 2002). Le manque de clarté au sujet des politiques et des procédures liées à l'observation et au recours à la contention et de l'isolement peut contribuer aux incidents liés à la sécurité (*Department of Health*, 2002b).

Comparativement aux incidents déclarés dans neuf autres milieux médicaux, la NPSA (2005) a découvert que les milieux psychiatriques arrivaient au troisième rang pour le taux de décès et au cinquième rang pour le taux de préjudices graves résultant d'un événement lié à la sécurité des patients. Chang et al. (2005) ont découvert que les hôpitaux et les unités psychiatriques venaient respectivement au deuxième et au troisième rang des milieux les plus propices aux incidents liés à la sécurité, après les hôpitaux généraux. Toutefois, il est important de souligner que la majorité des incidents déclarés à la NPSA n'a causé aucun préjudice (65,4 %) ou peu de préjudice (22,7 %). Seulement 1,3 % des incidents ont été fatals et 0,6 % ont entraîné des préjudices graves. Les incidents d'automutilation sont plus susceptibles d'entraîner la mort (NPSA, 2006). Comme très peu d'études portent sur les préjudices psychologiques et autres, on sait peu de choses sur la gravité des préjudices émotionnels et psychologiques que subissent les patients psychiatriques après un incident lié à la sécurité.

Le secteur de la santé mentale se compose de plusieurs types d'établissements, autres que les hôpitaux psychiatriques et les unités internes. Le traitement des personnes atteintes de maladie mentale est de plus en plus souvent dispensé dans des centres communautaires, des résidences, des foyers de soins infirmiers et des cliniques externes. Les services d'urgence, des milieux à risque élevé d'incidents de sécurité, présentent les mêmes risques pour les patients psychiatriques ou toxico-manes. Le taux et le type d'incidents touchant les patients psychiatriques varient d'un milieu à l'autre (NPSA, 2005). Par exemple, les événements iatrogènes médicamenteux sont plus susceptibles d'être déclarés par les cliniques externes et les établissements communautaires, tandis que les incidents d'automutilation surviennent plus souvent dans les résidences privées. Les services de soins à domicile et les foyers de soins infirmiers déclarent le plus grand nombre d'accidents, tandis que les décès et préjudices graves surviennent davantage dans les résidences privées.

Malgré le nombre et la variété de services psychiatriques offerts dans la communauté, il existe davantage de données sur les incidents liés à la sécurité des patients institutionnalisés. La NPSA (2006) a remarqué qu'un nombre disproportionné d'incidents est déclaré dans les milieux internes. Ce phénomène est peut-être attribuable à l'accès plus facile pour le personnel de ces établissements aux différents systèmes de déclaration. Il est aussi possible que le nombre élevé d'incidents reflète la plus grande complexité des cas traités en institution par rapport à ceux des établissements communautaires. Le mouvement de désinstitutionalisation, combiné aux améliorations dans les soins communautaires, a changé le visage des soins psychiatriques aux patients institutionnalisés. Les critères d'admission et d'internement dans ces établissements sont tels que ces milieux ont un taux disproportionné de patients atteints de troubles mentaux graves. Aujourd'hui, les patients hospitalisés sont davantage susceptibles de présenter simultanément des problèmes psychiatriques et de toxicomanie, d'être suicidaires ou à risque de suicide, d'avoir des antécédents de violence et de poser un risque pour le personnel et pour les autres patients, d'être vulnérables aux préjugés, de n'avoir aucune inhibition sexuelle, de s'évader de l'unité et de souffrir de plusieurs problèmes médicaux en même temps (*Standing Nursing & Midwifery Advisory Committee*, 1999). À mesure que les soins deviennent plus complexes dans les unités internes, les risques d'incidents liés à la sécurité des patients augmentent. On peut faire la distinction entre les différents types de services en fonction de la clientèle desservie : adultes, aînés, patients bénéficiant de services de psychiatrie légale, enfants, adolescents, patients en réadaptation, services à l'intention des alcooliques et des toxicomanes (NPSA, 2006). La NPSA a suggéré que les patients recevant des soins dans des établissements ou unités gériatriques étaient victimes d'un pourcentage légèrement plus élevé d'incidents liés à la sécurité que ce à quoi on pourrait s'attendre sur la base des admissions.

En se basant sur le guide de référence *Seven Steps to Patient Safety* (NPSA, 2004b) pour tous les milieux médicaux, la NPSA a récemment élaboré et lancé un document spécifique à la santé mentale. *Seven Steps to Patient Safety in Mental Health* (NPSA, 2008b) propose un cadre pour aider les organisations et les intervenants en santé mentale à améliorer la sécurité des patients recevant des soins psychiatriques. Les sept étapes font partie d'un processus continu d'amélioration de la sécurité des patients, d'abord à l'échelle locale, puis dans tous les milieux de soins psychiatriques. Un document qui l'accompagne intitulé *Good Practice Examples* (NPSA, 2008a) donne des exemples spécifiques de différents « trusts » du *National Health Service* en Angleterre et au pays de Galles.

Facteurs contributifs

La recherche réalisée dans des environnements autres que médicaux a démontré que, dans la plupart des cas, une défaillance involontaire, comme un incident lié à la sécurité, ne peut être attribué à un seul facteur (*Department of Health*, 2000; Vincent, TaylorAdams, & Stanhope, 1998). Les incidents liés à la sécurité sont typiquement le résultat « d'une interaction complexe entre un ensemble varié d'éléments, dont le comportement humain, les aspects technologiques du système et toutes sortes de défaillances organisationnelles et procédurales » (*Department of Health*, 2000, p.19). Comme les incidents liés à la sécurité dans d'autres systèmes, les incidents liés à la sécurité des patients de tous les milieux de soins de santé sont le résultat d'un ensemble complexe de facteurs contributifs et interactifs plutôt que d'une seule erreur de la part d'un individu ou dans le système (Kohn et al., 1999; Nath & Marcus, 2006). Avant de pouvoir élaborer des stratégies pour atténuer et prévenir les incidents liés à la sécurité des patients, il faut d'abord et avant tout comprendre les facteurs qui les causent. Certains facteurs contributifs sont communs à tous les milieux de soins; d'autres sont propres à la santé mentale (Nath & Marcus, 2006).

On peut catégoriser les facteurs contribuant aux incidents liés à la sécurité des patients de plusieurs façons. On peut, par exemple, les diviser en facteurs humains (erreurs humaines) et facteurs systémiques (environnement physique, conception de l'unité, dotation en personnel, hétérogénéité des patients, activités structurées, politiques et procédures). Dans le passé, on était porté à blâmer les personnes pour les incidents liés à la sécurité des patients, soit les patients eux-mêmes pour avoir pris des risques, soit le personnel soignant pour avoir commis des erreurs. Quand on se concentre sur des facteurs individuels, on formule des solutions individuelles, comme des stratégies à l'intention de praticiens en particulier. Cette approche fait abstraction de l'environnement dans lequel se produisent les incidents liés à la sécurité des patients, ce qui rend difficile l'identification des « erreurs actives » commises par les individus et la prévention de leur récurrence (*Department of Health*, 2000). Bien qu'une action ou une omission individuelle puisse être la cause immédiate d'un incident lié à la sécurité, une analyse plus profonde du système révèle souvent une série d'événements ou de divergences des pratiques sécuritaires attribuables à des facteurs environnementaux ou organisationnels (Vincent et al., 1998).

Les chercheurs ont donc tourné leur attention sur la façon dont les facteurs systémiques contribuent aux incidents liés à la sécurité des patients (Jayaram, 2006). L'approche systémique des incidents liés à la sécurité des patients considère les événements indésirables comme le résultat de multiples facteurs systémiques (Marshall, Leloitt, & Hill, 2004; Co-

mité directeur national sur la sécurité des patients, 2002). L'inclusion de facteurs systémiques étend la responsabilité de réagir aux incidents et d'améliorer la sécurité des patients à l'ensemble du système, au lieu de la restreindre aux seuls professionnels de la santé. Ainsi, lors de la survenue d'un événement indésirable, on ne met pas l'accent sur la personne qui a commis une erreur active, mais sur les raisons de l'incapacité du système à en prévenir la survenue (*Department of Health*, 2000). On s'inspire en cela d'autres industries à haut risque, comme l'aviation et l'industrie nucléaire (Kohn et al., 1999).

La recherche sur la sécurité des patients et la santé mentale a mis du temps à adopter une perspective et une approche systémiques. Toutefois, conscients qu'il n'existe pas un seul facteur ou groupe de facteurs pour expliquer les incidents liés à la sécurité des patients, nous examinerons dans les sections qui suivent différents facteurs qui peuvent contribuer aux événements indésirables dans les milieux de soins de santé mentale.

Facteurs liés aux patients

Les incidents liés à la sécurité des patients psychiatriques sont co-dépendants, de sorte que les patients à risque pour un type de comportement problématique (p. ex., risque de fuite) présentent des risques plus élevés d'autres comportements problématiques (p. ex., agressivité) (Bowers, 2006; Marshall et al., 2004; Nicholls, Brink, Desmarais, Webster, & Martin, 2006). En particulier, les patients qui ont des comportements comme la fuite, l'automutilation et le suicide, ainsi que des comportements provocateurs, ont de fortes chances d'avoir aussi des comportements agressifs. Si beaucoup de chercheurs dépeignent les patients comme des agresseurs ou des victimes, dans la réalité, les patients gèrent activement les risques pour eux-mêmes et les risques qu'eux-mêmes représentent pour les autres. La recherche a montré que les patients jouent un rôle actif dans l'amélioration de la sécurité de l'environnement institutionnel pour eux-mêmes, en évitant les situations et les contacts avec les individus à risque, en prévenant les autres patients de leur comportement explosif, en désamorçant des situations potentiellement à risque, en demandant de la surveillance ou autre intervention du personnel et en établissant des liens de protection avec d'autres patients (Quirk, Leloitt, & Seale, 2005). Ces résultats soulignent l'importance de faire participer pleinement les patients aux stratégies de sécurité.

L'un des facteurs propres à la santé mentale est l'impact du diagnostic psychiatrique. La symptomatologie psychiatrique perturbe les communications entre les patients et le personnel soignant et peut, de ce fait, interférer avec la description de leurs problèmes médicaux généraux et leurs problèmes de santé mentale. De plus, en raison de la nature même de la maladie mentale, il est peu probable que les patients cherchent de l'aide quand leur état se détériore (Druss, 2007). Elle rend aussi plus difficile pour les patients de se retrouver dans les

dédales du système de santé. D'autres symptômes, comme la consommation co-morbide de drogues, peuvent augmenter les risques que les patients s'en prennent au personnel ou à d'autres patients ou qu'ils aient des comportements autodestructeurs ou suicidaires (NPSA, 2006). Ces patients courent donc le risque qu'on leur prescrive des doses excessives de médicaments par crainte de comportements violents de leur part et en raison des problèmes de communication avec eux (Nath & Marcus, 2006).

Facteurs liés au personnel soignant

La recherche a montré que les professionnels de la santé mentale sont un facteur important des taux d'incidents liés à la sécurité des patients dans les unités de soins internes. Les taux d'agression, d'automutilation et de fuite étaient influencés par la capacité des professionnels d'adopter une attitude positive et de contrôler leur peur et leur colère envers les patients et leurs comportements (Bowers, Simpson, & Alexander, 2005). En outre, les demandes du milieu de travail sont aussi étroitement associées aux incidents liés à la sécurité des patients. Dans les milieux psychiatriques, les facteurs associés au volume de cas et au peu de temps consacré à chaque patient ont été associés aux incidents liés à la sécurité des patients (*Department of Health*, 2002b; Nath & Marcus, 2006).

Le manque de communications entre les professionnels de la santé et entre le personnel soignant, et les patients et leurs familles, a été associé aux incidents liés à la sécurité des patients (Santé Canada, 2007; Lang & Edwards, 2006; Marshall et al., 2004; NPSA, 2005). Il se peut que le roulement élevé du personnel, le manque d'expérience, la fatigue et les conflits interpersonnels aient une influence négative sur les communications. Pour les soins de santé en général, les communications au sujet des soins de santé mentale sont particulièrement problématiques. Une étude américaine portant sur la qualité de l'information clinique fournie au moment d'un transfert dans une maison de soins a découvert que l'information sur l'état cognitif et la dépression était souvent manquante. L'information sur l'état dépressif ne figurait que dans 5 pour cent des cas que l'équipe de recherche avait déclarés dépressifs (Brown et al., 2006). En général, l'amélioration des communications entraîne une amélioration de la sécurité des patients. Il se commet moins d'erreurs liées à la sécurité des patients dans les systèmes où le personnel est bien coordonné et reçoit beaucoup de rétroaction (*Australian Resource Centre for Hospital Innovations*, 2003).

Facteurs organisationnels

Les systèmes autres que cliniques, comme les ressources humaines, le recrutement et la stabilité du personnel, les programmes de formation et les processus d'admission et de congé sont tous des lieux à risque pour la sécurité des patients, mais ils sont hors du contrôle des personnes qui prodiguent les soins aux patients atteints de maladie mentale. Divers facteurs organisationnels influencent non seulement la fréquence

des incidents et des incidents évités de justesse, mais aussi la probabilité qu'ils soient déclarés. Parmi ceux-ci, mentionnons au premier rang les procédures et politiques de déclaration des incidents en place dans l'organisation, ainsi que la culture de l'organisation, qui reconnaît (ou minimise) l'importance de la sécurité des patients et des leçons que l'on peut en tirer. La fragmentation des soins de santé mentale et entre les systèmes de soins médicaux et psychiatriques contribue à la survenue des incidents liés à la sécurité des patients (Druss, 2007), notamment l'échange d'information, le manque de ressources communautaires et la pénurie de lits et de personnel dans le système de la santé mentale.

On pense que le fonctionnement de l'ensemble du système, incluant l'accès à diverses composantes du continuum de soins, pourrait aussi avoir un impact sur la sécurité des patients en santé mentale. Le manque de disponibilité des ressources communautaires, incluant l'hébergement, augmente les pressions sur les services d'urgence psychiatriques, qui deviennent *de facto* des services internes. Ces pressions finissent éventuellement par augmenter les risques liés à la sécurité des patients (*Mood Disorders Society of Canada*, 2008). De plus, les établissements psychiatriques reflètent les circonscriptions hospitalières qu'ils desservent. Les unités des quartiers défavorisés, caractérisés par la pauvreté, la consommation de drogues et la violence, sont davantage susceptibles d'avoir des taux élevés d'incidents liés à la sécurité des patients, comme la violence et la fuite.

Les différents modèles de soins influencent aussi la sécurité des patients. Par exemple, le transfert des consultations psychiatriques dans les services des urgences médicales à des services des urgences psychiatriques. Traditionnellement, on pouvait obtenir dans n'importe quel service des urgences une consultation psychiatrique en cas d'urgence comportementale. Ce modèle stressait les ressources des urgences. Dans les modèles des urgences psychiatriques, les patients sont triés par une équipe séparée composée de professionnels de la santé mentale, tout en étant évalués médicalement conjointement avec le personnel du service des urgences. Ce système procure une évaluation psychiatrique immédiate et permet une prise de décisions plus éclairées quant à l'hospitalisation ou non des patients. Ce modèle est réputé pour améliorer la sécurité des patients en faisant diminuer le temps d'attente, le recours aux médicaments d'urgence, les procédures d'isolement et de contention et les fuites de patients. Il permet ainsi de procéder à des examens psychiatriques plus complets et plus approfondis (Woo, Chan, Ghobrial, & Sevilla, 2007).

Environnement physique

En général, un environnement physique mal conçu, notamment la disposition et les caractéristiques physiques du milieu, contribue aux incidents liés à la sécurité des patients et au sentiment d'insécurité dans une unité de soins (*College*

of Registered Psychiatric Nurses of British Columbia, 2006; *Department of Health* 2002a; McGeorge & Rae, 2007). De nombreux articles proposent des conseils sur l'aménagement physique idéal d'une unité de soins internes (Bolton, 2006; *Department of Health*, 2002a; Goodall, 2006; Marshall et al., 2004; *Royal College of Psychiatrists*, 1998), dont de l'information et certaines recommandations judicieuses. En voici quelques exemples : la création de salles réservées aux femmes, afin de protéger les patientes des contacts sexuels non désirés, du harcèlement et des agressions sexuelles; salles de bains, toilettes, chambres et salles communes adéquates, plafonds hauts, abondance de lumière naturelle, couloirs larges, salles calmes; et aires de verdure à l'extérieur, toutes des mesures visant à maximiser l'espace et à minimiser les comportements agressifs et impulsifs. D'autres interventions recommandées incluent l'installation de fenêtres incassables à ouverture limitée et l'enlèvement de tout accessoire avec lequel les patients pourraient se pendre (y compris les tringles à rideaux, rails de commode, tuyaux exposés, poutres décoratives, etc.); l'installation de portes que les patients peuvent verrouiller, mais que le personnel est autorisé à ouvrir en suivant des protocoles précis; l'installation de portes qui s'ouvrent dans les deux sens, escamotables au besoin, pour éviter les barricades (*Mental Health Act Commission*, 2008; *Royal College of Psychiatrists*, 1998).

Comme c'est le cas pour la plupart des articles sur la sécurité des patients et la santé mentale, il existe peu de données sur l'influence de la conception physique sur la sécurité des patients externes et les milieux communautaires de santé mentale. On sait peu de chose sur l'agencement des lieux et la conception de résidences privées et la sécurité des patients résidant à leur domicile.

La relation entre la sécurité des patients et la sécurité des employés

Les interactions entre la sécurité des patients et la sécurité des employés sont importantes et complexes (Kohn et al., 1999; Lang & Edwards, 2006). Les deux groupes ont certains types de problèmes de sécurité en commun et les facteurs qui font augmenter les incidents liés à la sécurité de chacun se chevauchent. Les incidents, comme la violence et les agressions, les contacts sexuels non désirés, les agressions sexuelles et le harcèlement sexuel posent autant de risques de sécurité, sinon plus, pour les travailleurs de la santé que pour les patients. De plus, les conditions de travail du personnel peuvent avoir un impact sur leur capacité de prévenir, détecter et solutionner les incidents liés à la sécurité. Les défis en matière de sécurité auxquels les intervenants sont confrontés ont un impact sur la qualité des soins qu'ils prodiguent aux patients et, par conséquent, sur les incidents liés à leur sécurité. Il n'est donc pas

étonnant que des facteurs, comme les mauvaises conditions de travail, la dotation en personnel et le manque d'autonomie au travail, aient un effet négatif non seulement sur la sécurité du personnel, mais aussi sur celle des patients (Banerjee et al., 2008). De plus les employés impliqués dans les incidents indésirables sont souvent tourmentés par des sentiments de culpabilité et par la crainte d'être blâmés par leurs collègues, ce qui peut aussi avoir des conséquences sur leur rendement au travail.

La nature transactionnelle de la sécurité des patients et des employés suggère que tout effort pour améliorer l'une doit tenir compte de l'autre. Il semble néanmoins que les stratégies mises en place pour améliorer la sécurité de ces deux groupes soient différentes. Bowers et al. (2002) ont constaté qu'il existe deux approches de sécurité dans les unités psychiatriques internes du *National Health Service* du Royaume-Uni. Les deux approches mettent l'accent sur des aspects différents. La première, caractérisée par la sécurité des portes, les restrictions et le bannissement de certains articles, met l'accent sur la sécurité des patients, tandis que l'autre, caractérisée par les gardiens, les alarmes et les fouilles, met l'accent sur la sécurité du personnel.

Ces approches divergentes suggèrent que, malgré les liens entre la sécurité des patients et la sécurité des employés, il est possible que les gestionnaires et les décideurs y voient des concepts distincts, voire opposés. Cette compétition se reflète dans les opinions opposées de Yassi et Hancock (2005) qui estiment que la sécurité des patients ne pourra être améliorée qu'en améliorant celle du personnel et Kohn et al. (1999), convaincus que la sécurité du personnel sera améliorée dès lors qu'on améliorera celle des patients. Le concept d'une culture de la sécurité, qui met également l'accent sur les patients et le personnel, pourrait servir de point de rencontre de ces deux grandes approches.

Initiatives nationales qui influencent la sécurité des patients

Des avancées récentes dans les stratégies provinciale et nationale sur la santé mentale, y compris la *Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health* (2006) et la Commission de la santé mentale du Canada (n.d.), fournissent les bases d'une approche exhaustive et collaborative d'amélioration des soins et des politiques de santé mentale pour tous les Canadiens. On sait que l'amélioration de la réforme des soins de santé mentale, y compris les efforts pour intégrer les services de santé mentale, éviter la stigmatisation et la discrimination,

augmenter le financement de la recherche en santé mentale et faciliter les stratégies d'éducation et de transmission du savoir, pourrait, indirectement, avoir une influence positive inattendue sur la sécurité des patients dans les services psychiatriques. Bien qu'elles ne s'attaquent pas directement aux problèmes de sécurité des patients, ces stratégies continueront à favoriser les améliorations du système de santé mentale. Ces succès feront de la sécurité des patients et la santé mentale une priorité nationale.

Discussion

Cette section a permis de comprendre que la sécurité des patients n'est pas une question unidimensionnelle, mais le résultat de l'interaction complexe d'un ensemble varié d'éléments contributifs et interactifs, incluant les facteurs liés aux patients, les facteurs liés au personnel soignant, les facteurs organisationnels et les facteurs environnementaux. Malgré l'apparition timide de la sécurité des patients dans la documentation au cours des 10 dernières années, la plupart des articles concernent les établissements de soins de courte durée, ce qui influence grandement notre compréhension de la sécurité des patients. Si certains facteurs liés aux patients sont communs à tous les environnements, d'autres sont propres au secteur de la santé mentale. Dans certaines circonstances, cette particularité tient davantage à l'environnement qu'au diagnostic et à la population desservie; dans d'autres, c'est le contraire. Il faudra plus de recherche pour comprendre la nature de cette interaction et son rapport avec la sécurité des patients.

La suite du présent document présentera de l'information sur les questions de sécurité des patients dans les milieux de santé mentale. Cette information a été obtenue à l'aide de trois méthodes de recherche : 1) l'examen de la documentation, 2) l'analyse des entrevues des intervenants clés, et 3) l'analyse des discussions de la Table ronde. Chaque méthode est présentée dans une section séparée, qui comprend une description de la méthode de recherche et ses principales conclusions. Nous décrivons ensuite brièvement les thèmes généraux qui reviennent dans les conclusions des trois méthodes de recherche.

Examen de la documentation

Historique

Afin de faire un survol des publications significatives sur la sécurité des patients et la santé mentale et d'identifier les tendances actuelles et les lacunes, nous avons effectué un examen des documents publiés et de la littérature grise. Cette méthodologie est la première des trois méthodologies utilisées.

Incidents liés à la sécurité inclus et exclus

Après s'être consultés, l'AHO, l'ICSP et le comité consultatif ont choisi huit incidents liés à la sécurité des patients pour circonscrire la stratégie d'examen de la documentation :

1. Violence et agression.
2. Victimation des patients.
3. Suicide et automutilation.
4. Isolement et contention.
5. Chutes et autres accidents des patients.
6. Fuite et disparition de patients.
7. Événements iatrogènes médicamenteux.
8. Erreurs de diagnostic.

En établissement le cadre du document, nous avons exclus les cinq catégories suivantes :

1. Les incidents touchant des malades qui reçoivent des soins à l'extérieur du secteur de la santé mentale.
2. Les atteintes à la vie privée.
3. Les effets indésirables connus de certains médicaments.
4. La défaillance de matériel médical sans lien avec la santé mentale.
5. Les maladies infectieuses.

La lutte anti-infectieuse et la prévention des incendies ont été incluses dans le rapport. Un examen de la documentation sur la lutte anti-infectieuse a révélé que la majorité des résultats n'étaient pas exclusifs au secteur de la santé mentale (p. ex., l'hygiène des mains du personnel, le contrôle des patients atteint du VIH/SIDA ou de tuberculose). Un examen de la documentation sur la prévention des incendies et les précautions à prendre a donné des résultats qui n'étaient pas propres aux environnements de santé mentale ni particulièrement pertinents (p. ex. la santé mentale des pompiers, le stress post-traumatique après un incendie, l'impact d'un incendie, les enfants pyromanes). Ces résultats n'ont pas été classés parmi les incidents individuels liés à la sécurité des patients et ne seront pas étudiés.

Stratégie d'examen de la documentation publiée

Nous avons fait des recherches dans quatre bases de données ; *Medline*, la *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Embase* et *PsycINFO*. Nous avons utilisé une variation de la stratégie de recherche ultra sensible de Cochrane pour extraire une plus grande proportion de résultats de grande qualité. Nous avons limité nos recherches aux résultats en anglais, utilisant de vraies personnes et publiés en 1999 et après. La limite temporelle a été fixée à l'année de publication du rapport *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Kohn et al., 1999) que d'aucuns estiment être le texte fondateur du mouvement pour la sécurité des patients. Nous avons extrait 974 documents publiés pour examen. Les quatre stratégies de recherche figurent à l'Annexe A.

Stratégie d'examen de la littérature grise

Nous avons consulté 68 sites Web, dont de prestigieux sites canadiens et internationaux sur la sécurité des patients, la santé mentale, les soins de santé gouvernementaux et les sites de bibliothèques gouvernementales ou de santé. Vous trouverez une liste de ces sites Web à l'Annexe B. Pour chaque site Web, nous avons entré des mots clés (mental, psychiatrie, psychiatrique, psychiatre, psychotique, psychotrope et judiciaire) dans la principale boîte de recherche. Si l'un de ces mots ne produisait pas plus de 20 entrées, chacune était examinée individuellement pour déterminer si elle remplissait les critères d'inclusion. Si l'un de ces mots produisait plus de 20 entrées, le mot était combiné avec l'un de 32 mots clés (sécurité, erreur, accident, qualité, indésirable, toxicité, déclaration, incident, suicide, contention, protection, isolement, immobilisation, risque de fuite, confusion, sécurité, errance, viol, sexuel, victime, violence, assaut, agression, diagnostic, erreur de diagnostic, sous diagnostiqué, sur diagnostiqué, non diagnostiqué, co-morbidité, sous traitement et chute). Vingt-quatre pour cent des sites Web ont été déclarés impossibles à utiliser (ils n'ont pas de boîte de recherche, les résultats de recherche sont contradictoires ou impossibles à suivre et à enregistrer), auquel cas on choisissait le lien « publication » ou « recherche » et on faisait un balayage visuel des résultats affichés. Deux tableurs (voir Annexe C et exemples) ont été maintenus pour documenter le processus de recherche. Quarante-trois documents de littérature grise ont été extraits pour révision.

Pendant la révision des documents extraits par les deux recherches, environ 110 documents additionnels ont été répertoriés par les chercheurs à partir de listes de références. Ces documents ont été extraits sur demande. Les sections suivantes comportent un bref historique de chacun des huit incidents liés à la sécurité des patients et un survol des lacunes dans la recherche qui ont été mises au jour par l'examen de la documentation.

Incidents liés à la sécurité des patients inclus dans l'étude

Violence et agression

La violence et l'agression sont les aspects de la sécurité des patients du secteur de la santé mentale qui ont reçu le plus d'attention. Les patients psychiatriques sont particulièrement vulnérables aux préjudices associés à l'agression et à la violence, tant comme auteurs et témoins que comme victimes (NPSA, 2006). Les termes « agression » et « violence » sont souvent utilisés sans distinction; toutefois, les spécialistes du domaine ont tenté de séparer ces termes si étroitement associés. L'examen de la documentation montre qu'il reste des zones grises dans la nomenclature et qu'il n'existe aucune définition claire qui fait consensus de ce qui constitue une agression et un acte de violence. Le présent rapport utilise les définitions de l'étude MacArthur sur l'évaluation des risques de violence (Monahan et al., 2001; Steadman et al., 1998). *Aggression* se rapporte à tout comportement dans lequel le patient place ses mains sur une autre personne dans l'intention de lui causer du tort. *Violence* est définie comme les menaces avec une arme à la main, les agressions sexuelles et les voies de faits causant des blessures.

Bien que la majorité des personnes atteintes de maladie mentale ne représentent pas de risques pour les autres, il subsiste un préjugé bien ancré associant maladie mentale et risque de violence, comme l'ont confirmé plusieurs vastes études d'adultes (voir Hiday et al., 1997, cité dans Rocca, Villari, & Bogetto, 2006; Steadman et al., 1998; Swanson, Holzer, Ganju, & Jono, 1990). L'examen de la documentation suggère que les agressions et les assauts violents sont l'un des types d'événements le plus fréquemment à l'origine des déclarations d'incidents liés à la sécurité des patients (NPSA, 2006). En se basant sur l'analyse de près de 45 000 incidents de comportement perturbateur et agressif survenus dans 116 organisations d'Angleterre et du Pays de Galles, la NPSA a déclaré 10 467 incidents de comportement perturbateur et agressif, comptant pour 23,4 % des déclarations. Pour ce qui est de leur fréquence, ces incidents viennent au deuxième rang des motifs de déclaration, immédiatement derrière les accidents (34,7 %).

Le problème de la violence et de l'agression s'est alourdi dans les milieux hospitaliers où des professionnels en soins aigus et tertiaires et en psychiatrie légale fournissent des soins à une population de plus en plus concentrée d'individus qui ont des troubles mentaux graves et des besoins exceptionnels. Lanza a conclu que la violence perpétrée par les résidents des foyers de soins infirmiers et les patients atteints de maladie mentale est un problème insidieux, très ancien et largement non déclaré dans les organisations de santé mentale (1992, cité dans Brickhouse, 1997). Les diagnostics doubles sont un autre problème croissant, particulièrement dans les unités de soins de courte durée. Fait à noter, la mauvaise utilisation de médicaments, combinée à la maladie mentale, est un important facteur de prédiction de violence et d'agression (Flannery & Penk, 1999; *Healthcare Commission*, 2005; *National Institute for Clinical Excellence*, 2001; Steadman et al., 1998). La violence et l'agression sont aussi pertinentes dans d'autres situations touchant la sécurité des patients. La recherche montre que les individus qui ont des comportements perturbateurs, comme l'agression ou la violence, sont plus susceptibles d'avoir des antécédents d'autres comportements dangereux et risquent davantage d'avoir dans l'avenir des comportements perturbateurs, comme l'agression, la violence, la fuite, l'auto-mutilation et le suicide, le vandalisme et la consommation de drogues (Bowers, Simpson, & Alexander, 2003; NPSA, 2004a; Nicholls et al., 2006; Webster, Martin, Brink, Nicholls, & Middleton, 2004).

La violence est peut-être le facteur le plus stigmatisant associé à la maladie mentale; c'est pourquoi il est essentiel de se rappeler que la majorité des patients atteints de maladie mentale *ne sont pas* agressifs (Rocca et al., 2006). On attribue à tort une proportion exagérée de la violence sociétale aux personnes atteintes de troubles mentaux. Contrairement à cette croyance, la recherche montre que même parmi les patients institutionnalisés dans des hôpitaux judiciaires, car ils présentent un "risque trop élevé" pour la population, un grand nombre (40 %) n'avait eu aucun comportement violent sur une période de suivi de un an. Les individus qui commettaient un acte violent le faisaient rarement et ne pratiquaient que des formes mineures d'agression (p. ex. des menaces verbales) (Nicholls, Brink, Greaves, Lussier, & Verdun-Jones, 2009).

Victimisation des patients

Un milieu de soins de santé mentale devrait dégager une atmosphère de sécurité, de soins et de soutien, des caractéristiques essentielles dans un environnement thérapeutique censé favoriser la guérison. Malheureusement, de nombreux patients psychiatriques affirment ne pas se sentir en sécurité quand ils sont en traitement (Mind, n.d.). La rapidité avec laquelle les patients atteints de maladie mentale sont victimisés est un autre sujet de préoccupation. S'il est largement reconnu que les personnes atteintes de maladie mentale présentent

un risque un peu plus élevé, mais robuste, de commettre des agressions et des actes de violence, il est moins connu qu'elles sont par le fait même considérablement plus à risque d'être victimisées par les autres. En fait, contrairement à la notion fort répandue que la maladie mentale est un important facteur de prédiction de la criminalité et de la violence, les malades mentaux sont davantage susceptibles d'être victimes de violence que de présenter un risque de violence pour les autres.

Il n'y a pas grand-chose dans la documentation sur la définition de « victimisation ». Les définitions et la recherche semblent se concentrer sur les préjudices physiques associés à la victimisation, à l'exclusion des conséquences psychologiques, émotionnelles ou autres (p. ex., financières). Dans le présent rapport, la *victimisation* est définie comme toute forme d'abus financier, sexuel, physique, psychologique et verbal envers le patient par un ou des tiers (Galpin & Parker, 2007; Webster et al., 2004).

Le *Royal College of Psychiatrists* (n.d.) a conclu que les patients sont, en général, satisfaits de la manière dont le personnel soignant résout les comportements menaçants et violents entre patients (c.-à-d. 75 % estiment que le personnel le fait bien). Cependant, le taux de satisfaction baisse à 63 % quand il s'agit de la façon dont le personnel résout les problèmes de comportement menaçant ou violent du personnel envers les patients.

Les enquêtes visant à déterminer dans quelle mesure les établissements de santé mentale appliquent des politiques et des procédures adéquates révèlent la persistance de certaines lacunes. Bien que les politiques écrites ne garantissent pas la prestation de soins appropriés, elles sont à tout le moins une indication que la question est reconnue et que la direction y accorde peut-être une certaine importance (Warner, Nicholas, Patal, Harris, & Ford, 2000). La *Mental Health Act Commission* (1998, citée dans Copperman & Knowles, 2006) a conclu que la violence et le harcèlement sont fréquents dans les unités internes; l'absence de politiques écrites est une lacune importante. Le *Royal College of Psychiatrists* (n.d.) a également constaté que de nombreuses institutions ne sont pas dotées de politiques et de procédures en matière de sécurité des patients (entre 4 % et 54 %). En se basant sur ces chiffres, le *Royal College of Psychiatrists* a recommandé aux organisations de sensibiliser le personnel et de l'encourager à déclarer en toute confiance les incidents liés à la sécurité, d'améliorer les systèmes de protection des adultes vulnérables aux abus et de continuer à réduire la violence dans les milieux de soins de santé mentale.

La recherche sur la victimisation et la santé mentale n'en est qu'à ses premiers balbutiements. Une poignée d'études démontre que les taux de victimisation demeurent un problème pressant, mais de grandes études épidémiologiques à l'échelle nationale restent à faire. Ces études doivent être de grande

qualité, utiliser des mesures validées et des échantillons assez nombreux pour être statistiquement significatifs. De plus, des procédures prospectives de collecte de données doivent être mises au point. Le taux de base des incidents est difficile à établir avec certitude compte tenu des styles de déclaration et de l'absence d'information sur la proportion d'allégations qui s'avèrent fondées. De plus, la recherche dans le domaine n'a pas progressé au delà des études descriptives qualitatives qui examinent la fréquence des abus afin d'obtenir une vue d'ensemble de l'impact de la victimisation sur les patients en santé mentale.

Suicide et automutilation

Le suicide, les tentatives de suicide et l'automutilation sont parmi les incidents les plus préoccupants concernant la sécurité des patients du secteur de la santé mentale. Les inquiétudes relatives au suicide de patients découlent tant de la fréquence que de la gravité du comportement; il s'agit de l'incident lié à la sécurité des patients psychiatriques le plus susceptible d'entraîner la mort (NPSA, 2006). C'est aussi la raison la plus fréquemment invoquée dans les poursuites contre les psychiatres (Melonas, 2004). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (2005), il y a eu au Canada en 2005 plus de 14 500 admissions en raison de blessures intentionnelles liées à une tentative de suicide ou de blessures auto-infligées. Le suicide est un problème particulièrement préoccupant en raison de sa forte association avec la maladie mentale. Les patients psychiatriques ont des risques élevés de mourir de suicide comparativement aux patients qui reçoivent d'autres types de soins. Bien que le taux de suicide diffère selon le diagnostic, l'augmentation des risques de suicide est une caractéristique de pratiquement toutes les pathologies psychiatriques² (Desai, 2003). La recherche américaine suggère que 90 % des suicides sont commis par des personnes souffrant d'une maladie mentale avérée ou de problèmes de consommation de drogue (Sullivan, Barron, Bezmen, Rivera, & Zapata-Vega, 2005; Yeager et al., 2005).

Le terme *suicide* signifie toute blessure corporelle auto-infligée qui cause la mort. Les articles sur le suicide portent principalement sur les suicides réussis; par conséquent, dans le présent rapport, les *tentatives de suicide* sont traitées séparément des suicides complétés et sont définies comme toute blessure corporelle auto-infligée délibérément dans le but de mourir, mais qui n'a pas entraîné la mort. Finalement, l'*automutilation* est définie comme toute blessure corporelle infligée volontairement sans intention de causer la mort (modifié de O'Donovan, 2007).

L'importance du suicide et des comportements autodestructeurs comme priorité stratégique de l'amélioration de la sécurité des patients est démontrée par la place que leur accordent

² Le diagnostic de retard mental fait exception, car il n'est pas associé à une hausse des risques de suicide.

les organisations de santé prestigieuses partout dans le monde. À partir de janvier 2009, Agrément Canada (2008) inclura, dans ses exigences de pratiques organisationnelles, l'évaluation des risques de suicide pour assurer la sécurité des patients dans les établissements de santé mentale. La *American Psychiatric Association* (APA) (2003) a reconnu la prévention des suicides dans les unités internes et dans les résidences comme l'une des quatre grandes priorités de la pratique psychiatrique. Dans ses recommandations sur le leadership et les praticiens, l'APA s'est engagée à continuer à élaborer des directives d'évaluation et d'intervention en cas de suicides; à faire la promotion de la transmission des connaissances sur le suicide; à encourager l'établissement de registres contenant de l'information pertinente sur les suicides dans les organisations de soins de santé; et à promouvoir la recherche sur le suicide. La *Joint Commission* (2008), aussi aux États-Unis, a choisi la réduction du nombre de suicides de patients comme l'un de ses objectifs de sécurité des patients pour 2008. De même, l'*Australian National Mental Health Working Group* (2005) a fait de la réduction du nombre de suicides et de l'automutilation délibérée l'une des priorités nationales de l'amélioration de la sécurité des patients en Australie. On y décrit le suicide comme « une défaillance catastrophique du système » qui mine la confiance dans le système de soins de santé mentale.

Isolement et contention

Le recours à l'isolement et à la contention comme mesures de contrôle des comportements hautement perturbateurs et violents des patients dans les contextes psychiatriques est une question très litigieuse perçue par certains comme une atteinte aux droits fondamentaux et à la dignité et par d'autres comme un mal nécessaire pour assurer la sécurité et le contrôle et protéger les patients des préjudices (Fisher, 1994). Les définitions de contention varient énormément dans la documentation et les lignes directrices. Plusieurs sources fournissent des conseils sur le recours à l'isolement et à la contention, dont des organes politiques internationaux (p. ex., les Nations Unies), des lignes directrices nationales (p.ex., la *Joint Commission*), des énoncés de position (p.ex., Association des psychiatres du Canada, *International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses*) et des politiques institutionnelles.

Au Canada, le recours à la contention et à l'isolement est régi par les lois sur la santé mentale des provinces et territoires, la *common law*, le Code criminel, ainsi que les politiques de chaque établissement de soins de santé. Prenons la loi sur la santé mentale (1990) de l'Ontario par exemple, qui stipule que la légalité du recours à la contention des patients psychiatriques est dictée par le statut légal du patient. Les patients internés contre leur volonté, ainsi que les détenus internés dans un établissement de psychiatrie légale (c.-à-d., les patients trouvés criminellement non responsables ou inaptes à subir un procès en raison de maladie mentale) et les personnes

sous observation psychiatrique peuvent être mis en isolement et en contention en vertu de la Loi sur la santé mentale. En revanche, les patients internés volontairement et les patients informels (c.-à-d. admis avec le consentement d'une personne autorisée à prendre des décisions de traitement au nom de personnes frappées d'incapacité mentale), le recours à la contention et à l'isolement est interdit en vertu de la Loi sur la santé mentale, mais il est possible d'obtenir une autorisation temporaire en vertu de la *common law* et d'autres textes législatifs (p. ex., le Code criminel). La *common law* stipule que les établissements peuvent prendre des mesures de contention raisonnables et proportionnées dans les circonstances où il est du devoir d'un membre du personnel de protéger le patient d'un danger imminent pour lui-même ou pour les autres (c.-à-d., co-patients, personnel et visiteurs).

Dans le présent rapport, *contention* est définie comme l'immobilisation volontaire ou la restriction des mouvements d'une personne. Les spécialistes s'entendent sur la classification de la contention en trois grandes catégories :

1. *Contention environnementale (isolement)*. La restriction des mouvements d'une personne en la confinant physiquement dans un endroit défini. L'isolement a été défini comme le placement temporaire d'un patient, seul, dans une pièce spécialement conçue, sans meubles et solidement verrouillée (Sailas & Fenton, 2008).
2. *Contention physique ou mécanique*. L'utilisation de toute technique ou tout appareil pour prévenir ou restreindre manuellement la liberté de mouvement d'une personne; ou d'une partie du corps (*Registered Nurses Association of Northwest Territories and Nunuvut*, n.d.). La contention physique se rapporte parfois à l'immobilisation d'un patient au cours de laquelle un ou plusieurs membres du personnel entrent en contact avec le patient (p. ex. restriction manuelle); cependant, la contention physique est parfois utilisée dans le sens de contention mécanique. La contention mécanique est le recours à des moyens ou appareils de contention pour restreindre le patient (p. ex., camisoles de force, couvertures calmantes, rails de lits, multiples bandes de contention). Les appareils de sécurité que le patient peut enlever sans aide (p. ex., ceinture de fauteuil roulant) ne sont pas considérés des appareils de contention.
3. *Contention chimique*. L'utilisation de produits pharmaceutiques administrés spécifiquement dans le seul but de contrôler temporairement le comportement. Les médicaments prescrits comme traitement standard d'une maladie physique ou médicale ou du trouble mental d'un patient sont exclus de cette définition. La contention chimique est aussi appelée la « tranquillisation rapide » ou « sédation urgente ». Les médicaments couramment utilisés comme moyen de contention chimique incluent les benzodiazépines et les antipsychotiques (Macperson, Dix, & Morgan, 2005).

La mort et des blessures physiques peuvent survenir au moment où un patient est placé en isolement ou en contention ou pendant la durée de l'isolement ou de la contention. Le risque de préjudice a tendance à augmenter lorsque la contention physique est appliquée en combinaison avec d'autres facteurs situationnels déclenchants, comme la sédation rapide (*National Institute for Clinical Excellence*, 2005). Bien que rare, la mort peut survenir pendant l'isolement ou la contention. Parmi les causes de décès, l'asphyxie (la cause la plus courante de décès lié à la contention, incluant la strangulation et la suffocation), l'aspiration, un traumatisme contondant, l'injection de catécholamines, la rhabdomyolyse, la thrombose, les autres troubles cardiaques associés, les interactions médicamenteuses, les incendies et l'inhalation de fumée et la déshydratation (Mohr, Petti, & Mohr, 2003; Weiss, Altamari, Blint, & Megan, 1998). L'utilisation d'appareils de contention pour éviter les chutes, comme les côtés de lit et les bandes de contention du torse (très utilisées pour les patients psychiatriques âgés), contribue à l'affaiblissement des muscles et à la perte de forme physique, d'équilibre et de coordination, ce qui augmente les risques de chutes et de blessures des patients. Le recours à l'isolement et à la contention a aussi été associé à l'augmentation de la détresse psychologique et de l'agressivité (Bonner, Lowe, Rawcliffe, & Wellman, 2002; Mohr, Mahon, & Noon, 1998; Mohr et al., 2003; *National Mental Health Working Group*, 2005).

Chutes et autres accidents des patients

Les accidents des patients couvrent une gamme d'incidents. Parmi les accidents les plus couramment déclarés dans les établissements de santé mentale, mentionnons les chutes et les trébuchements; les brûlures dans la cuisine, les déversements dangereux, le tabagisme ou les incendies (causés par le tabagisme); les blessures consécutives aux activités récréatives; les accidents de véhicule; les accidents de la circulation; les coupures (avec un couteau en préparant les repas ou pendant les programmes thérapeutiques, comme la menuiserie et l'artisanat); les collisions et les facteurs environnementaux (p. ex., les engelures, les noyades ou les coups de soleil). Les chutes accidentelles sont de loin les accidents les plus fréquents et comptent pour plus de 90 % des accidents déclarés pendant l'hospitalisation (Goodwin & Westbrook, 1993; NPSA, 2006). Les risques de chute augmentent avec l'âge; environ un tiers des résidents des centres d'hébergement communautaires pour personnes de 65 ans et plus font une chute chaque année; les risques de chute augmentent considérablement pour les personnes de 75 ans et plus. Les taux de chutes et de blessures consécutives à une chute sont généralement plus élevés dans les populations psycho-gériatriques, comparativement aux personnes âgées vivant dans la communauté ou

dans d'autres types d'environnements (p. ex., résidences). En soi, les accidents des patients, et plus particulièrement les chutes accidentelles, constituent un sérieux problème de sécurité pour les intervenants des services de santé mentale (Gillespie et al., 2008; Rubenstein, Josephson, & Robbins, 1994).

Il y a une grande variabilité entre les définitions de *accidents* et *chutes de patients* qu'on trouve dans la documentation. Pour le présent rapport, les *accidents de patients* sont « des occurrences imprévues au cours desquelles un individu subit des blessures ou aurait pu subir des blessures, directes ou indirectes » (Catchen, 1987, p.292). Une *chute* est définie comme « un déplacement involontaire, incontrôlé et soudain du corps ou de tout objet vers le sol, excluant les chutes résultant de coups violents ou autres actes délibérés » (*National Center for Patient Safety*, 2004, p. 27). Une *presque chute* est une perte d'équilibre subite qui n'entraîne ni chute ni autre blessure. Cette [définition] peut inclure les trébuchements et autres déséquilibres dont on réussit à se redresser avant de tomber » (*National Center for Patient Safety*, 2004, p. 27).

Compte tenu du nombre élevé de chutes déclarées comme accidents de patients, les recherches sur les accidents se sont concentrées sur les chutes, plus particulièrement chez les patients atteints de démence ou de troubles cognitifs qui résident dans des Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou des foyers de soins infirmiers. Peu de recherche a été faite sur d'autres types d'accidents de patients, comme les coupures, les brûlures ou les collisions. Les facteurs de risque intrinsèques des chutes (p.ex., une démarche chancelante) ont été davantage étudiés, ainsi que les défaillances d'équipement (p. ex., appareils de contention, côtés de lit, etc.), tandis que les antécédents extrinsèques (p.ex., manque d'observation du personnel, dangers dans l'environnement) ont été moins étudiés.

Bien que la plupart des chutes ne causent pas de blessure, dans les institutions, les chutes ont été associées à une augmentation de la morbidité et de la mortalité (Todd & Skelton, 2004). Selon la documentation, la plupart des chutes sont prévisibles et évitables; cependant, il est important de reconnaître que l'élimination complète de tous les risques de chute pourrait être impossible (McMurdo & Harper, 2004). La prévention totale des chutes pose un défi particulier compte tenu de l'irréversibilité d'un grand nombre de facteurs de risque (p.ex., l'âge avancé), et de la tendance pour les établissements à adopter une culture institutionnelle qui favorise la mobilité indépendante sécuritaire. Il faut donc trouver un équilibre délicat entre l'ambulation autonome, d'une part, et la restriction de la mobilité des patients pour les protéger de dangers potentiels, d'autre part.

Fuite et disparition de patients

Il y a toujours des patients qui prennent la fuite, qu'ils soient dans une unité fermée ou ouverte ou en congé accompagné. Les disparitions de patients qui s'enfuient d'établissements de soins psychiatriques de courte ou de longue durée sont reconnues comme un important problème de sécurité des patients, car ces personnes peuvent constituer un danger pour elles-mêmes ou pour les autres. La pire conséquence d'une fuite ou d'une disparition est la possibilité que le patient se blesse ou blesse une autre personne. Quatre facteurs de risque ont été associés aux fuites : 1) automutilation et suicide; 2) violence et agression; 3) vulnérabilité à la négligence de soi ou risque de décès; et 4) perte de confiance dans le traitement offert par l'hôpital ou l'organisation (Bowers, Jarrett, & Clark, 1998). Bien qu'il s'agisse d'un problème de sécurité reconnu, peu de recherche y est consacrée. Parmi les rares études réalisées dans le domaine, la majorité porte sur les facteurs de prédiction individuels, négligeant complètement les facteurs liés aux intervenants et au système, ainsi qu'à l'efficacité des interventions préventives (Bowers et al., 2003).

De nombreux termes ont été utilisés pour décrire le comportement de fuite et plusieurs sont employés de manière interchangeable dans la documentation, notamment fuite, disparition ou absent sans permission. Dans le présent rapport, nous privilégions le terme « fuite ». Dans sa définition de fuite, la NPSA (2006, p.46) déclare que « le comportement de fuite s'applique à un patient qui quitte son unité de soins sans permission ou viole ses conditions de congé ...et [est] considéré comme un incident lié à la sécurité en raison de la vulnérabilité du patient et des risques qu'il présente pour lui-même et pour les autres ».

L'errance est un type de comportement de fuite souvent étudié séparément. L'errance est fréquemment définie comme le déplacement d'individus qui ont des troubles cognitifs (troubles de mémoire, de jugement et d'orientation spatiale) dont le comportement peut ou non avoir un but (Lai & Arthur, 2003). On ne peut pas assimiler l'errance à la disparition ou l'égarement; l'errance se caractérise par la marche ou « *lapp-ing* ». Quand ce genre de comportement se produit dans un endroit confiné sans intention de fuite ou de faire une sortie non autorisée (p. ex., faire les 100 pas dans un couloir), il n'est pas nécessairement mauvais et il peut même promouvoir la bonne forme physique.

Un sous-type d'errance appelé « fugue » a été reconnu comme une catégorie séparée d'errance (Lai & Arthur, 2003; Lucero, 2002). Comme l'errance, la fugue se caractérise par une déficience cognitive, mais contrairement à l'errance (et pourtant semblable à la fuite), la fugue est une intention volontaire de quitter une unité ou un établissement sécuritaire sans permission (Aud, 2004; Lucero, 2002). Les fugueurs sont très moti-

vés et orientés vers un but, et ils ont la capacité de planifier et de mettre à exécution leur intention de quitter l'établissement (Lucero, 2002). Les fugues posent donc les mêmes risques de sécurité pour eux-mêmes et pour la communauté que la fuite (p.ex., automutilation, suicide, violence, agression et négligence de soi). Seul un très petit nombre d'études a été consacré exclusivement à ce sujet et, par conséquent, on sait peu de choses sur les raisons qui poussent les fugueurs à quitter leur domicile.

Un autre concept connu est celui des patients qui disparaissent des établissements privés ou des services dans la communauté. Ce sont les patients qui ne se présentent pas à leurs rendez-vous. Seuls un très petit nombre d'études a fait le lien entre le défaut de se présenter de ces patients et ses conséquences pour la sécurité des patients; la majeure partie de la recherche porte sur les interventions visant à réduire le nombre de patients qui ne se présentent pas à leurs rendez-vous et comment y réagir.

Événements iatrogènes médicamenteux

Les psychotropes sont le principal mode de traitement de la vaste majorité des personnes qui souffrent de maladie mentale et ils sont abondamment prescrits partout au Canada. Selon les SGI de Santé Canada (n.d.), 422,6 millions de prescriptions ont été préparées par des pharmacies de détail canadiennes en 2007. De ces prescriptions, les psychotropes comptaient pour 53 millions de prescriptions (12,6 %) et n'étaient surpassés que par les agents cardio-vasculaires avec 65,7 millions de prescriptions. La majorité des psychotropes sont prescrits pour le traitement de la dépression ou de l'anxiété, qui comptaient pour 12 millions de visites à un cabinet médical. Les praticiens de médecine générale rédigent la majorité de toutes les prescriptions (48 %), suivis par les médecins de famille (25 %). Fait intéressant à noter, les prescriptions rédigées par les psychiatres ne comptaient que pour 3,2 % du total. La proportion relativement faible de prescriptions rédigées par les psychiatres suggère qu'un pourcentage élevé des psychotropes est prescrit par des médecins qui ne sont pas psychiatres et qui pourraient ne pas être aussi familiers de ces substances que leurs collègues psychiatres.

Les événements iatrogènes médicamenteux associés aux psychotropes sont bien connus (p.ex., erreurs de préparation ou de prescription, erreurs d'étiquetage) et ils ont, dans la plupart des cas, des conséquences cliniques négligeables. Cependant, il arrive que des événements iatrogènes médicamenteux graves se produisent et ils comptent pour la majorité des hospitalisations liées aux médicaments (Bhalla, Duggan, & Dhillon, 2003). *Événement iatrogène médicamenteux* (ou erreur de médicament) désigne « tout événement qui pourrait causer ou entraîner la prise d'un mauvais médicament ou un préjudice pour un patient pendant que le médicament est entre les mains du professionnel de la santé, du patient ou du consom-

mateur ». Ces événements peuvent être liés à la pratique professionnelle; aux produits, procédures et systèmes de santé, y compris le processus de prescription; à la communication des ordonnances; à l'étiquetage, l'emballage et la nomenclature des produits; à la préparation, l'exécution, la distribution et l'administration; à l'éducation; à la surveillance; et à l'utilisation » (*National Coordinating Council for Medication Error Reporting & Prevention*, n.d.).

Contrairement aux médicaments utilisés dans le traitement de maladies physiques, pour être efficaces, les psychotropes doivent pénétrer dans le système nerveux central. Bien que leur principale cible pharmacologique soit des récepteurs situés dans le cerveau, les psychotropes (comme tous les autres médicaments) agissent aussi sur les récepteurs et les tissus périphériques. C'est en raison de ce manque de spécificité que les événements iatrogènes médicamenteux associés aux psychotropes (p. ex., erreur de prescription et d'exécution) sont beaucoup plus variés que ceux liés aux autres médicaments.

Erreurs de diagnostic

Comme dans le cas des maladies physiques chroniques, la compréhension claire du diagnostic sous-jacent est à la base de tout traitement à court ou à long terme d'une maladie mentale. Le diagnostic éclaire non seulement les interventions actives, mais aussi le pronostic et le traitement à long terme. Une *erreur de diagnostic* survient lorsqu'il y a un retard dans la formulation du bon diagnostic, lorsque les techniques de diagnostic appropriées ne sont pas utilisées et lorsque le praticien, faisant fi des résultats des outils de diagnostic, pose un diagnostic erroné (Nath & Marcus, 2006). Un diagnostic erroné peut mener à un traitement inadéquat ou au défaut de traitement d'une maladie sous-jacente. La principale conséquence d'un diagnostic psychiatrique erroné est la gestion incomplète du risque de morbidité associé à chaque maladie mentale, comme l'automutilation et le suicide ou des actes d'agression et de violence envers les autres.

Les concepts clés associés aux événements indésirables liés aux erreurs de diagnostic sont, notamment, le *mauvais diagnostic*, le *sous diagnostic* et la *co-morbidité*. Comme son nom l'indique, le mauvais diagnostic est la formulation d'un diagnostic psychiatrique erroné. Par exemple, diagnostiquer incorrectement une dépression unipolaire alors que le diagnostic correct est une dépression bipolaire. Dans un cas comme celui-là, le patient recevrait le mauvais traitement, ce qui pourrait entraîner un préjudice pour lui. Le *sous diagnostic* se rapporte au

défaut de détecter les maladies physiques et psychiatriques co-existantes. Par exemple, un médecin peut poser correctement un diagnostic de dépression majeure récurrente sans déceler un nouveau co-diagnostic d'hypothyroïdie. Dans ce cas, le patient recevrait le traitement adéquat pour son état dépressif, mais les symptômes dépressifs associés à l'hypothyroïdie resteraient sans traitement. Un autre concept proche du sous diagnostic est le *diagnostic manqué*, soit passer complètement à côté d'une maladie mentale co-morbide. Le risque de passer à côté d'un diagnostic psychiatrique co-morbide est plus grand dans les milieux de traitement qui ne sont pas spécialisés en santé mentale. Par exemple, un patient reçoit un traitement pour une maladie mineure dans un service d'urgence. Il manifeste des signes de désorganisation et des particularités de langage qui sont des signes avant-coureurs d'une rechute psychotique, mais il reçoit son congé sans évaluation ou diagnostic de pathologie psychiatrique. Dans ce cas-ci, on manque une occasion de diriger le patient vers les services psychiatriques appropriés et d'éviter une grave rechute psychotique, voire l'internement dans un hôpital psychiatrique.

La formulation d'un diagnostic de maladie physique se base traditionnellement sur les antécédents du patient, l'examen physique et les analyses en laboratoire. La formulation d'un diagnostic psychiatrique dépend davantage des antécédents du patient. Les symptômes de maladie mentale sont constatés par l'examen direct du patient et les témoignages de son entourage; un diagnostic différentiel est formulé; et un diagnostic est posé conformément aux critères des maladies mentales établis dans un manuel de diagnostic comme le DSM-IV-TR (APA, 1997) ou *l'International Classification of Disorders*, 10^e édition (Organisation mondiale de la santé, 1992). Même quand on connaît bien les antécédents d'un patient, il reste des limites de diagnostic inhérentes à la santé mentale qui entraînent la formulation de diagnostics erronés ou le sous diagnostic d'une maladie mentale et d'autres problèmes de santé co-existants. Parmi ces limites, mentionnons les limites associées aux catégories présentées dans les manuels de diagnostic; les multiples manifestations qui peuvent être attribuables à différentes entités diagnostiques; les facteurs culturels qui affectent l'interprétation des antécédents d'un patient; et les symptômes psychiatriques qui interfèrent avec la capacité du patient de décrire adéquatement ses problèmes médicaux et ses problèmes de santé mentale (Druss, 2007; Shear et al., 2000).

Lacunes dans la documentation

L'examen de la documentation a révélé l'existence de plusieurs lacunes touchant les publications sur les huit types d'incidents liés à la sécurité des patients inclus dans la révision. Elles sont énumérées ci-dessous.

Recherche de grande qualité

Nous avons constaté en dépouillant les publications pour le présent rapport, l'absence de recherche sophistiquée sur le plan méthodologique, comme des méta-analyses et des essais aléatoires contrôlés. Il n'y a pas d'études rigoureuses basées sur des avant-projets prospectifs, des variables indépendantes bien définies, des échantillons de bonne taille, des analyses de puissance, des mesures validées, des taux d'attrition acceptables et des analyses statistiques pré-planifiées et énoncées clairement. En outre, ces études omettent souvent d'inclure des variables importantes (p. ex., sexe, âge, consommation de drogue, etc.) et l'importance de l'effet.

Perspective canadienne

La majorité des publications sur la sécurité des patients et la santé mentale viennent de l'étranger, plus particulièrement du Royaume-Uni, des États-Unis et d'Australie. Il existe très peu de données canadiennes. Bien que certaines découvertes faites à l'étranger puissent être appliquées au Canada, on peut raisonnablement penser que d'autres ne pourront pas l'être et que certains problèmes sont propres au contexte canadien. Les différences entre juridictions, comme les systèmes de soins de santé, les systèmes juridiques et les normes culturelles et sociales, résulteront vraisemblablement en des découvertes propres au Canada. Tant que des études exhaustives n'auront pas été menées au Canada, les tentatives d'améliorer la sécurité des patients psychiatriques dans le système de santé canadien ne seront que partiellement corroborées par la recherche.

Populations sous-étudiées

La stratégie de recherche utilisée dans le présent projet n'a identifié qu'un très petit nombre d'articles empiriques ou conceptuels portant sur les adultes âgés (à l'exception des articles sur les chutes accidentelles), les adolescents ou les enfants qui utilisent les services psychiatriques, l'accent étant mis largement sur les adultes. Compte tenu de la valeur des interventions primaires dans la prévention des événements indésirables et la gestion des risques que la maladie s'aggrave avec l'âge, il semble particulièrement important de s'attaquer au problème de la sécurité des jeunes patients atteints de maladie mentale. À l'autre extrémité du spectre, l'acquisition de connaissances de base sur les patients âgés devrait venir en priorité en raison du vieillissement de la population canadienne.

Les recherches interculturelles, les expériences de racisme et de discrimination culturelle et ethnique, les patients de minorités religieuses, voilà autant de facteurs affectant la sécurité des patients qui restent à étudier. La compréhension des questions de diversité culturelle, ethnique et religieuse et du racisme institutionnel est un autre sujet qui mériterait de faire l'objet de recherches futures.

Secteurs sous-étudiés de la santé mentale

Des efforts ont certes été déployés pour identifier et corriger les causes souches des incidents liés à la sécurité des patients, mais ces études portent principalement sur les systèmes de santé régis par les gouvernements, comme les *Veterans Affairs* aux États-Unis ou le *National Health Trust* au Royaume-Uni, en raison, sans doute, de la plus grande facilité d'échantillonnage dans ces milieux. Quelques études incluent des professionnels de pratique privée en santé mentale mais, en gros, l'information sur la sécurité des patients dans les services psychiatriques privés ou communautaires fait complètement défaut.

Perspective des patients

La plupart des études révisées pour le présent rapport présentaient le point de vue du personnel sur les incidents liés à la sécurité, à l'exclusion complète de celui des patients ou de leur famille ou aidants. Une meilleure compréhension de la sécurité des patients du point de vue des patients et de leurs familles ou aidants pourrait aider à mieux comprendre les causes des incidents liés à la sécurité, l'évaluation des risques et la gestion des soins.

Préjudices psychologiques et émotionnels

Les préjudices associés à la sécurité des patients sont, en général, des préjudices physiques. Les préjudices psychologiques et émotionnels consécutifs à un événement indésirable (p. ex. être témoin ou victime de violence, perdre d'un patient ou co-patient par suicide, se sentir impuissant ou en danger à la suite d'un événement violent) ont été très peu étudiés.

Évaluation des risques, formation et intervention

L'examen de la documentation suggère qu'il n'y a pas suffisamment d'outils d'évaluation des risques validés empiriquement et de programmes de formation et d'interventions visant la prévention ou la réduction des incidents liés à la sécurité des patients en santé mentale. On a recensé peu d'articles sur la mise au point d'outils d'évaluation des risques validés et largement acceptés, aux propriétés psychométriques valables (validité et fiabilité), et de statistiques des résultats cliniques (sensibilité, spécificité et pouvoir de prédiction positif ou négatif), pour aider les cliniciens à identifier les patients à haut risque (c.-à-d., de suicide, de violence, de fuite, etc.). De plus, il n'y a pratiquement aucune recherche de qualité (comme des essais aléatoires contrôlés) pour évaluer l'efficacité des programmes de formation et des interventions en sécurité des patients.

Discussion

Nous avons utilisé huit incidents liés à la sécurité des patients pour orienter un examen en profondeur de la documentation publiée et de la littérature grise, soit : violence et agression; victimisation des patients; suicide et automutilation; isolement et contention; chutes et autres accidents; fuite et disparition de patients; événements iatrogènes médicamenteux; erreurs de diagnostic. Cette recension a permis d'identifier plusieurs intéressants sujets potentiels de recherche. Les chercheurs doivent toutefois porter une plus grande attention à la rigueur méthodologique : études longitudinales prospectives, mesures validées, uniformité dans la mesure de termes clés et échantillon de participants suffisant pour obtenir des résultats statistiquement significatifs. Des recherches doivent être menées dans les milieux de santé mentale canadiens, particulièrement sur les aînés, les adolescents et les enfants, sur différents groupes culturels, ethniques et religieux, sur les patients du secteur privé, des zones rurales et d'autres services de santé mentale dans la communauté. Les conséquences psychologiques et émotionnelles des incidents liés à la sécurité des patients restent aussi à documenter, ainsi que le point de vue des patients, de leurs familles et aidants sur les incidents liés à la sécurité. Finalement, il est recommandé que les recherches futures portent sur la validation empirique des outils d'évaluation des risques, les programmes de formation et les interventions de prévention et de réduction des incidents liés à la sécurité des patients en santé mentale.

Entrevues des intervenants clés

Historique

Les personnes possédant des compétences en sécurité des patients psychiatriques sont une source inestimable de renseignements sur les pratiques actuelles, les initiatives à venir et des questions qui ne sont pas nécessairement traitées dans les publications et la littérature grise. Comme fondement de la deuxième méthodologie de recherche, nous avons procédé à 19 entrevues de leaders et intervenants clés des domaines de la sécurité des patients et de la santé mentale.

Méthode

Le comité consultatif, l'AHO et l'ICSP ont choisi les personnes qui seraient interviewées en raison de leurs connaissances et leurs compétences en sécurité des patients et en santé mentale. La majorité des personnes interviewées viennent du Canada (78,9 %). Quatre experts internationaux ont été interviewés : un d'Australie, un du Royaume-Uni et deux des États-Unis. Les intervenants clés du Canada proviennent de plusieurs régions du pays (voir le Tableau 1)³. Douze des participants occupent des fonctions de gestion, neuf des postes universitaires et sept des postes cliniques, cinq travaillent comme conseillers ou consultants, trois occupent des postes de dirigeant d'une organisation nationale de sécurité des patients et deux sont des défenseurs des patients (voir le Tableau 1). L'un des participants est un juge ayant de l'expérience en santé mentale dans le contexte judiciaire et un autre travaille comme évaluateur de risques dans le domaine de l'assurance santé.

³ Il est à noter que sept des participants étaient des représentants nationaux; deux de l'Alberta et cinq de l'Ontario. Cependant, seulement deux d'entre eux ont adopté une perspective nationale, soit parce que leurs commentaires ne s'appliquaient pas à un lieu en particulier ou parce qu'ils ont plusieurs fois mentionné des questions pancanadiennes.

Toutes les entrevues ont été menées au téléphone par un seul interviewer. Il s'agissait d'entrevues qualitatives structurées, conçues pour obtenir de l'information sur les initiatives et recherches actuelles, les stratégies d'amélioration de la sécurité des patients, les questions émergentes, les lacunes dans les connaissances et les pratiques actuelles, ainsi que les obstacles à l'amélioration de la sécurité des patients. Vous trouverez à l'Annexe D une copie du guide d'entrevue. La durée des entrevues a varié de 30 minutes à 75 minutes. Toutes les entrevues ont été enregistrées et transcrites. Avant chaque entrevue, le candidat choisi recevait le guide d'entrevue afin de se familiariser avec les questions. Au début de chaque entrevue, les personnes interviewées ont reçu l'assurance que leurs réponses demeurerait anonymes et ont donné leur consentement verbal avant de continuer l'enregistrement de l'entrevue.

Analyse

L'analyse consiste en un processus en deux étapes. Dans la première étape, on code chaque entrevue selon des questions faciles à catégoriser et susceptibles de fournir des données quantitatives de base, comme le nombre de fois où un événement indésirable a été mentionné. Ce processus aide à organiser les données d'entrevue en un format plus accessible et plus facile à utiliser. Dans la deuxième étape, on identifie les thèmes principaux qui émergent des données recueillies. Ces thèmes ne sont pas limités aux réponses aux questions d'entrevue et touchent souvent plusieurs sujets. Les thèmes étaient identifiés en partie grâce à la codification initiale et en partie par la lecture et relecture des transcriptions des entrevues.

Tableau 1—Région d'origine et milieu de travail des intervenants clés.

Lieu d'origine	Fréquence (%)		Milieu de travail	Fréquence (%) ^a	
Canada	15	79 %	universitaire	9	47 %
• BC	1	5 %	clinique	7	37 %
• Alberta	2	11 %	Sécurité des patients	3	16 %
• Ontario	9	47 %	Défense des patients	2	11 %
• Québec	1	5 %	Conseiller/Consultant	5	26 %
• Nouvelle-Écosse	2	11 %	Gestion/Administration	12	63 %
Australie	1	5 %	juridique/gestion des risques	2	11 %
Royaume-Uni	1	5 %			
États-Unis	2	11 %			
Nombre total d'intervenants participants			N = 19		

^a Certaines des personnes interrogées occupent plusieurs fonctions.

Résultats

Définir la question, reconnaître les obstacles qui lui sont propres et fixer des priorités

Comme l'a démontré l'examen de la documentation, les inquiétudes au sujet de la sécurité des patients psychiatriques est une question émergente qui commence à peine à susciter l'intérêt du secteur de la santé et d'autres parties concernées. La nouveauté du sujet est liée à la découverte la plus primaire : il existe des perspectives et points de vue divergents au sujet de la sécurité des patients et la santé mentale, et les experts ne s'entendent guère sur une définition commune de « sécurité des patients » dans ce contexte ni au sujet des priorités qui doivent y être associées. On peut donner à la sécurité des patients un sens étroit ou un sens large. Les deux perspectives sont représentées dans les données utilisées pour l'analyse. Certaines des personnes interviewées conceptualisent la sécurité des patients comme une collection d'événements indésirables spécifiques, par exemple suicide, erreurs de médicaments ou préjudices résultant du recours à l'isolement et à la contention. D'autres adoptent une définition plus large qui inclut des questions comme la qualité des soins fournis, l'abondance relative des services disponibles et l'impact de la stigmatisation de la maladie mentale.

La sécurité des patients n'est pas une question que l'on peut aborder séparément d'autres problèmes associés au traitement des maladies mentales. Selon 32 % des personnes interrogées, il faut concilier les questions de sécurité des patients, d'une part, et les droits et l'autonomie des patients, de l'autre. Qui plus est, la sécurité des patients en santé mentale dépend du contexte, et les problèmes relatifs à la sécurité des patients en santé mentale varient d'un service à l'autre.

Un problème significatif mentionné dans un grand nombre des réponses des intervenants est celui de la stigmatisation de la maladie mentale. Environ 42 % des participants estiment que la stigmatisation et la discrimination ont un impact sur les soins prodigués aux patients dans les milieux psychiatriques, les services de soins de courte durée et les services d'urgence, compromettant ainsi la sécurité des patients. La stigmatisation de la maladie mentale et la discrimination ont aussi entraîné la dévaluation et le sous financement des services de soins psychiatriques.

Questions prioritaires – Événements indésirables, accessibilité des services et qualité des soins

Comme il a été mentionné dans la section précédente, pour élaborer des stratégies efficaces d'amélioration de la sécurité des patients psychiatriques, il est absolument impératif de se fixer des priorités. Les personnes interrogées ont mentionné l'innocuité des médicaments (78,9%), le suicide (63,2%), les trébuchements et les chutes (47,3 %) et les agressions et la violence (47,3 %) comme étant les événements indésirables prioritaires pour la sécurité des patients recevant des soins psychiatriques. De même, les préoccupations relatives aux

préjudices consécutifs aux erreurs de médicaments (21,1%), à l'agression et la violence (21,1 %) et à la consommation de drogues (15,8 %) étaient considérées comme des sujets émergents. Fait intéressant à noter, les événements indésirables les plus fréquemment mentionnés comme prioritaires diffèrent sensiblement de ceux dont les personnes interrogées ont fait l'expérience dans leur propre milieu de travail, par exemple les suicides (68,4 %). Parmi les autres événements indésirables mentionnés couramment, les préoccupations au sujet de l'innocuité des médicaments (44,4 %), les agressions et la violence (31,6 %), les trébuchements et les chutes (15,8 %) et les fuites ou disparitions de patients (15,8 %) revenaient le plus souvent.

En plus des événements indésirables, les personnes interrogées ont indiqué que l'accessibilité des services et la qualité des soins leur paraissaient préoccupantes. Les inquiétudes relatives à l'accessibilité ou non des soins psychiatriques prennent plusieurs formes. On s'inquiète, par exemple, que la demande soit supérieure à l'offre de services, ce qui entraîne des retards considérables dans le traitement des patients qui devraient être internés. D'autres ne reçoivent aucun traitement. De plus, une fois le traitement initié, celui-ci peut ne pas être administré correctement. L'accès aux services médicaux et sociaux est particulièrement difficile dans les milieux communautaires. Les soins psychiatriques ont été désinstitutionnalisés, mais les services externes n'ont pas suivi. Les autres préoccupations relatives à la sécurité des patients concernaient les attitudes du personnel et l'évaluation des compétences, particulièrement les compétences physiques.

Stratégies de sécurité des patients – Pratiques et initiatives actuellement en cours

Comme l'indique la discussion précédente, il y a de nombreuses préoccupations au sujet de la sécurité des patients psychiatriques, tant dans les hôpitaux que dans la communauté. Cela soulève la question des mesures qui sont prises pour réagir à ces préoccupations. Les personnes interrogées n'ont pas réellement confiance en la façon dont leur organisation gère la sécurité des patients. Certains participants suggèrent que des systèmes sont en place pour évaluer les risques, déclarer et analyser les incidents et fournir de la rétroaction. Ils ont aussi fait état de la plus grande sensibilisation du personnel et du changement des attitudes envers la sécurité des patients. Ils ont toutefois souligné qu'il s'agissait de développements très récents et que des changements additionnels étaient nécessaires, particulièrement en ce qui concerne les attitudes et la mise en œuvre effective des politiques. Le manque de ressources a souvent été invoqué comme obstacle à la capacité des organisations de réagir aux préoccupations relatives à la sécurité des patients. Parmi les autres obstacles, mentionnons la complaisance et la résistance du personnel au changement, l'incapacité de mettre en pratique les politiques et les bonnes intentions et la pénurie de services et de personnel, combinés à la lourdeur croissante des cas à traiter.

Les participants ont été interrogés plus particulièrement sur la façon dont leur propre organisation réagissait aux événements indésirables. Les stratégies variaient considérablement, allant de l'absence de toute réaction à la mise en place de systèmes complexes de déclaration et d'analyse des incidents. Plusieurs organisations ont créé un comité d'examen des événements indésirables graves. Dans bien des cas, le comité d'examen était aussi chargé d'examiner les causes souches des incidents ou de faire des suggestions pour améliorer les stratégies de gestion des risques, ainsi que d'autres politiques et pratiques. D'autres organisations avaient élaboré des processus et protocoles de déclaration d'incidents indésirables spécifiques. D'autres encore ont mentionné les améliorations à l'aménagement physique des installations, la documentation des pratiques et l'éducation et la formation.

Les initiatives de sécurité des patients ne sont pas nécessairement mises en place en réaction à des événements indésirables et peuvent inclure des stratégies proactives. Les participants ont été interrogés sur la recherche ou les initiatives auxquelles leur organisation prenait part ou qui étaient en cours ailleurs. En général, les initiatives consistaient essentiellement en des mesures d'ajustement des politiques et des pratiques internes de l'organisation. Ce sont souvent des comités internes qui dirigent ces initiatives, mais des agences indépendantes, comme les associations de défense des patients, peuvent aussi fournir des conseils. Certaines initiatives s'étendaient à plus d'une organisation. Parmi les exemples donnés, mentionnons la création de normes de pratique sur l'innocuité des médicaments, les systèmes d'agrément des organisations, les conférences sur la sécurité des patients et la création de commissions, de comités et de groupes de travail.

Transmission du savoir à d'autres milieux de soins de santé

Les stratégies de promotion de la sécurité des patients ne doivent pas nécessairement venir du milieu de la santé mentale. La prestation de soins sécuritaires est une priorité de tous les secteurs des soins de santé. D'autres domaines ont conçu des modèles de pratiques exemplaires et d'outils pour prévenir les incidents liés à la sécurité. On a demandé aux participants quelle était la pertinence des découvertes dans les autres domaines médicaux pour le secteur de la santé mentale. La majorité des participants (61,1%) estime que les découvertes dans d'autres domaines médicaux sont très ou extrêmement pertinentes en santé mentale, 33,3 % estimaient qu'elles étaient assez pertinentes, un seul participant jugeant qu'elles étaient peu pertinentes. La majorité des personnes interviewées (73,7 %) a suggéré que les découvertes et les pratiques dans les autres domaines médicaux étaient pertinentes en santé mentale, parce que certains problèmes, comme les trébuchements et les chutes ou les erreurs de médicaments, étaient universels. Un grand nombre (42,1 %) a aussi convenu qu'il existait des préoccupations propres aux soins psychiatriques, comme le

suicide, l'automutilation, la contention et l'isolement et la stigmatisation associée à la maladie mentale. Ces différences sont autant d'obstacles à l'application en santé mentale des découvertes et des pratiques dans autres spécialités médicales. Cependant, même si certaines pratiques ou certains outils ne sont pas directement transférables en santé mentale, les principes et les concepts utilisés dans d'autres domaines peuvent s'y appliquer.

Améliorations, obstacles et défis

Il n'existe pas de réponse unique aux questions de sécurité des patients psychiatriques. Les personnes interviewées ont fait toutes sortes de suggestions sur la façon dont la sécurité des patients pourrait être améliorée, notamment :

- Éducation et sensibilisation du public, des forces policières, des intervenants en santé mentale et autres professionnels de la santé en général.
- Formation du personnel.
- Sensibilisation aux préoccupations de santé physique.
- Transmission du savoir et recherche.
- Communications et coopération entre les organisations et les juridictions.
- Outils pratiques et solutions recevables.
- Amélioration de l'aménagement des installations.
- Amélioration des pratiques de documentation.
- Surveillance systématique et suivi des patients dans la communauté.
- Amélioration de la planification des congés et des stratégies de transfert.
- Amélioration des procédures de déclaration ou de déclaration obligatoire des incidents.
- Amélioration de l'accessibilité des services et de la qualité des soins.
- Amélioration des attitudes du personnel et changements aux cultures institutionnelles.
- Élimination du cloisonnement professionnel.
- Association indépendante de défense des patients.

En plus de discuter de stratégies d'amélioration de la sécurité des patients, les participants ont reconnu l'existence d'obstacles ou de défis liés à l'aménagement d'environnements plus sécuritaires, nombre d'entre eux étant simplement l'inverse des recommandations pour améliorer la sécurité des patients, notamment :

- Manque de ressources (financement et main d'oeuvre).
- Attitudes du personnel et culture institutionnelle.
- Ignorance et manque de sensibilisation aux questions de sécurité des patients et de santé mentale en général.
- Faible priorité accordée à la sécurité des patients.
- Cloisonnement dans le système de santé, qui limite la collaboration interprofessionnelle.
- Stigmatisation de la maladie mentale et marginalisation correspondante des patients atteints de maladie mentale.

Discussion

Les entrevues des intervenants clés fournissent une abondance d'information à considérer concernant la sécurité des patients psychiatriques et des pistes de réponses pour solutionner les problèmes propres à la santé mentale. Les entrevues ont permis de constater que la sécurité des patients en santé mentale est un sujet émergent. De ce fait, les gens y sont peu sensibilisés, il se fait peu de recherche et il existe peu de documentation dans le domaine. D'autres travaux doivent être faits pour arriver à une définition claire de la sécurité des patients en santé mentale, fixer des priorités et élaborer des stratégies pour s'attaquer aux problèmes de sécurité des patients.

Arriver à un consensus relatif sur ce qui entre dans la définition de la sécurité des patients dans les milieux psychiatriques est une tâche colossale, mais nécessaire. Elle est nécessaire parce qu'il faut avoir une idée claire de ce dont on parle avant de pouvoir élaborer des solutions concises réalisables avec des objectifs clairs. Arriver à une définition claire de la sécurité des patients et à un consensus relatif sur les priorités dans le domaine est une tâche colossale parce qu'il faut d'abord décider si on privilégie une définition étroite du terme, basée sur une série d'événements indésirables, ou une définition plus large qui englobe des questions comme l'accessibilité des services, la qualité des soins et la stigmatisation de la maladie mentale. Il faut en outre se poser les questions suivantes : Un mandat d'amélioration de la sécurité des patients devrait-il s'attaquer aussi à la pénurie de services, à la qualité des soins et à la stigmatisation? L'inclusion de ces questions ne ferait-elle que diluer un mandat de sécurité des patients trop éparpillé qui n'est plus productif? La décision de ne pas agir pour améliorer les soins aux patients et réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale pourrait-elle miner l'efficacité de toutes les stratégies de sécurité des patients?

Il a été clairement démontré qu'il existe un lien entre la sécurité des patients et l'accessibilité des services, la qualité des soins et la stigmatisation de la maladie mentale. La stigmatisation associée à la maladie mentale peut avoir une influence négative sur la qualité générale des soins offerts dans le système ou des soins que le patient reçoit individuellement. Au niveau du système, la marginalisation des personnes atteintes de maladie mentale se reflète dans la faible priorité accordée aux ressources et au financement consacrés à la santé. Au niveau individuel, les préjugés des praticiens peuvent les conduire à sous-estimer l'urgence d'une crise de santé mentale ou à ne pas tenir compte des inquiétudes et des plaintes des patients. Du fait de cette stigmatisation, la sécurité des patients atteints de maladie mentale ne vient pas en priorité. Le manque d'accessibilité aux services et la pénurie de ressources peuvent faire en sorte qu'un patient ne reçoive pas de traitement, ne fasse pas l'objet d'un suivi et que son traitement ne soit pas bien planifié. Le manque de financement a aussi des conséquences négatives sur le perfectionnement et la formation du personnel.

La récente désinstitutionnalisation des soins psychiatriques et leur transfert dans des centres communautaires de santé mentale, combinés au manque de ressources, ont rendu d'autant plus urgente la compréhension des problèmes de sécurité des patients dans les milieux de soins communautaires. Jusqu'à maintenant, la sécurité des patients psychiatriques a été conçue en fonction des patients institutionnalisés. La sécurité des patients dans les milieux communautaires est une question sur laquelle il faut se pencher avant de pouvoir établir l'ampleur et la nature des problèmes de sécurité des patients dans les milieux de soins psychiatriques.

Même sans une définition claire de l'ampleur des problèmes de sécurité des patients dans les soins psychiatriques, on peut conclure, sans risque de se tromper, qu'elle a pour principal but de prévenir les préjudices aux patients. La prévention des préjudices aux patients au sein d'une organisation est une entreprise multi niveau. Au sens large, il faut établir une culture de sécurité des patients, ce qui requiert l'adhésion du personnel et de la direction, ainsi que des déclarations et des communications transparentes. L'attitude du personnel joue un rôle crucial, car il est peu probable que des politiques puissent être mises en pratique si le personnel ne soutient pas activement les principes qui les sous-tendent. Il ne faut pas non plus négliger l'élaboration d'un processus exhaustif et fiable de révision des incidents, qui inclut des mécanismes de déclaration et de rétroaction. Les processus de révision des incidents doivent être axés sur une analyse systémique des causes souches des incidents et non sur la recherche de personnes à blâmer.

Les résultats de la présente recherche montrent clairement que la solution aux problèmes de sécurité des patients est une tâche qui dépasse les organisations individuelles, comme en témoignent les demandes de normalisation des pratiques et les appels à la collaboration et à la coopération entre les organisations. L'appel en faveur d'une plus grande sensibilisation, de l'augmentation des échanges et de la recherche dans le domaine indique que la nature et l'ampleur de la sécurité des patients dans les milieux psychiatriques doivent être envisagées à l'échelle régionale, nationale et même internationale. De plus, les professionnels de la santé mentale doivent chercher, dans les autres milieux de soins de santé, de l'information utile ainsi que des alliés potentiels dans la sensibilisation et la promotion de la sécurité des patients.

Selon la présente recherche, les intervenants interviewés conviennent que des mesures additionnelles doivent être prises pour améliorer la sécurité des patients, mais ils sont aussi conscients des défis à relever. Les obstacles, comme le manque de ressources, les attitudes du personnel et les cultures institutionnelles, le manque de sensibilisation et la faible priorité accordée à la sécurité des patients dans les services psychiatriques, ne sont pas insurmontables. Le temps et le travail de défenseurs des patients dévoués et énergiques peuvent augmenter la visibilité de la sécurité des patients et faire en sorte qu'elle devienne une priorité, afin de réduire les préjudices subis par les patients dans les hôpitaux et dans la communauté.

Table ronde

Historique

Comme troisième et dernière méthode de recherche, une table ronde a été tenue en septembre 2008 à Toronto, Ontario, pour discuter des résultats préliminaires de l'examen de la documentation et des entrevues des intervenants clés, ainsi que de la question de la sécurité des patients et la santé mentale en général. Soixante-douze professionnels spécialistes de la sécurité des patients ou de la santé mentale ont participé à la Table ronde.

Méthode

Comme les intervenants clés interviewés, les participants à la Table ronde ont été choisis par le comité consultatif, l'AHO et l'ICSP en raison de leurs connaissances et de leur expérience dans les domaines de la sécurité des patients ou de la santé mentale ou les deux. Soixante-et-onze des participants étaient Canadiens et un du Royaume-Uni (conférencier invité à la Table ronde). Deux participants ont quitté la Table ronde après la première discussion en petits groupes. Comme on peut le voir au Tableau 2, les participants viennent de différentes régions du Canada, la majorité d'Ontario (55,6 %) et de Colombie-Britannique (26,4 %); ils travaillent en gestion ou administration (30,6 %) ou dans des universités ou des centres de recherche (25 %). Chaque participant a donné son consentement écrit.

La Table ronde était coordonnée par un facilitateur professionnel. Chaque participant recevait à l'avance un document résumant les résultats préliminaires de l'examen de la documentation et de l'analyse des entrevues d'intervenants clés. Le

jour de la Table ronde, un aperçu des résultats préliminaires a été distribué aux participants. Ceux-ci ont ensuite été divisés en neuf petits groupes de discussion portant sur trois sujets (voir Annexe E). Les petits groupes ont été conçus de manière qu'ils soient constitués de personnes de différentes professions (p. ex. administration, clinique, recherche, etc.) et régions géographiques du Canada. Un facilitateur spécialisé (membre du comité consultatif) et un secrétaire (membre de l'équipe de recherche ou du comité consultatif) ont été assignés à chaque petit groupe pour guider la discussion et pour prendre des notes sur un tableau à feuilles mobiles. Une fois les discussions terminées, un représentant de chaque table a présenté les principaux thèmes de la discussion du groupe à l'ensemble des participants. À la fin de la Table ronde, les notes du secrétaire ont été recueillies. Les données générées pendant les discussions par petits groupes ont été analysées et sont résumées ci-dessous.

Analyse

L'analyse des données recueillies pendant la Table ronde visait l'identification de thèmes communs aux trois sujets de discussion et la discussion de ces thèmes plus en profondeur. Les thèmes ont été identifiés en lisant et en relisant les notes de chacun des neuf groupes de discussion. Une fois les thèmes identifiés, l'information provenant de chaque groupe a été organisée ou catégorisée sous chacun de ces thèmes. Cette information a ensuite été utilisée pour discuter le thème en question plus en détail. Lorsque possible, on a inclus des exemples illustrant l'objectif de chaque thème ou un détail en particulier.

Tableau 2—Région de provenance des participants à la Table ronde et milieu de travail.

Lieu d'origine	Nombre		Milieu de travail	Nombre	
Canada	71	98,6 %	Universitaire/recherche	18	25.0 %
• C-B	19	26,4 %	Clinique	16	22.2 %
• Alberta	6	8,3 %	Sécurité des patients	12	16.7 %
• Ontario	40	55,6 %	Défense des patients	2	2.8 %
• Québec	1	1,4 %	Gestion/Administration	22	30.6 %
• Nouvelle-Écosse	3	4,2 %	Juridique/gestion des risques	2	2.8 %
• Manitoba	2	2,8 %			
Royaume-Uni	1	1,4 %			
Nombre total de participants à la Table ronde			N = 72		

Résultats

Sujet de discussion #1 : « *Quels sont les thèmes, les questions et les actions prioritaires en matière de sécurité des patients en santé mentale?* »

La stigmatisation

La stigmatisation associée à la maladie mentale et ses ramifications pour la sécurité des patients a été l'un des principaux thèmes qui sont ressortis de la discussion. Huit tables sur neuf l'ont identifiée comme sujet de préoccupation. Les participants ont suggéré que la stigmatisation crée une cascade d'effets négatifs qui se répandent à une variété de milieux, y compris la santé mentale et l'ensemble du système de soins de santé.

La stigmatisation de la part du personnel, des professionnels de la santé et du système de santé en général est particulièrement importante pour la sécurité des patients, car elle influence directement l'accessibilité et la qualité des soins. Par exemple, certains praticiens refusent de traiter les personnes atteintes de maladie mentale ou qui consomment activement des drogues. Les services d'urgence n'assignent pas une priorité très élevée aux problèmes mentaux, si bien qu'il n'est pas rare que des patients repartent sans traitement ou ne reçoivent pas le traitement approprié à leur état. De plus, les problèmes physiques des patients psychiatriques sont souvent sous-traités, car considérés comme des symptômes de leur maladie mentale. La stigmatisation est en outre responsable de la réticence des patients à révéler leurs antécédents psychiatriques (diagnostic et traitement) qui, par conséquent, ne reçoivent pas les traitements psychiatriques dont ils ont besoin ni de traitement adéquat de leurs autres problèmes médicaux. Quant au système, la marginalisation des personnes atteintes de maladie mentale peut influencer l'accessibilité et la qualité des soins. Les services de santé mentale sont souvent considérés moins « dignes de ressources » que d'autres domaines médicaux ou peu prioritaires. De ce fait, il y a une pénurie de services et de ressources humaines pour les patients psychiatriques.

Tout plan d'amélioration de la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale doit obligatoirement inclure des stratégies de lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale. Parmi les approches suggérées, mentionnons :

- la sensibilisation par l'éducation : organiser des campagnes d'éducation visant à sensibiliser les intervenants en santé et le public en général à l'influence de la stigmatisation de la maladie mentale sur les pratiques médicales et sur les réactions de l'ensemble du système de santé à la maladie mentale⁴.
- la consultation des patients : être à l'écoute de ce que les patients ont à dire sur la stigmatisation et leur expérience du

⁴ Il est à noter qu'une des tables s'est interrogée sur l'effet des grandes campagnes de lutte contre la stigmatisation, si elles avaient le moindre effet sur les comportements et attitudes, et est arrivée à la conclusion qu'une approche ciblée pourrait donner de meilleurs résultats (p.ex., cibler un groupe particulier d'intervenants en santé, le personnel des services d'urgence, par exemple).

phénomène pourrait fournir de l'information et des pistes de solution valables pour surmonter la stigmatisation.

- le développement d'outils : développer une stratégie ou une liste de contrôle conçue pour reconnaître les signes de la stigmatisation.

Accessibilité des soins

L'accessibilité des soins a été identifiée comme un problème de sécurité des patients. Il y a des tas d'obstacles à l'accessibilité des soins : la stigmatisation (mentionnée ci-dessus), la distance géographique, l'exclusion, les critères d'admission, la pénurie de services en général, la pénurie de services spécialisés et la pénurie de personnel qualifié.

Certains segments de la population, dont les enfants et les jeunes, les aînés et les habitants des régions rurales, doivent faire face à des obstacles encore plus nombreux pour accéder aux soins. Il a été reconnu que les patients en santé mentale devraient avoir le même droit que les patients atteints de maux physiques à une évaluation rapide de leur état et à un traitement adéquat.

Voix ou participation des patients

Sept des neuf tables ont discuté de l'opportunité d'examiner les problèmes de sécurité du point de vue des patients et de leur famille ou aidants et non seulement du point de vue du personnel ou des professionnels de la santé. Les patients et leurs familles ou aidants peuvent fournir de l'information valable sur les préoccupations relatives à la sécurité, sur les stratégies de prévention des incidents ou de réaction aux incidents lorsqu'ils se produisent et aider ainsi à une meilleure compréhension de l'expérience des patients dans le système de soins de santé mentale. De même, l'inclusion des patients et de leurs familles ou aidants dans l'élaboration des plans de traitement pourrait réduire les incidents liés à la sécurité, car tous comprendraient mieux le plan et seraient mieux disposés à le suivre.

Les participants ont aussi conclu à la nécessité de concevoir un cadre ou une stratégie pour obtenir la rétroaction des patients et inclure leurs suggestions dans les stratégies d'amélioration de la sécurité des patients. Pour obtenir la rétroaction des patients, on pourrait :

- inclure au moins deux patients dans les conseils de révision;
- créer des groupes (p. ex., *Patients for Patient Safety Canada*) par lesquels les patients font entendre leur voix, expriment leurs expériences et inquiétudes et contribuent à des programmes et stratégies d'amélioration de la sécurité des patients;
- veiller à ce que la rétroaction des patients soit reçue de tous les niveaux, en commençant par le chevet des patients ou les cabinets des cliniciens jusqu'aux comités consultatifs locaux et aux concepteurs des stratégies provinciales et nationales.

Normalisation des définitions, de la nomenclature, des mesures et des pratiques

Les neuf tables ont évoqué la nécessité de normaliser le langage (c.-à-d., la normalisation et l'uniformisation des définitions et de la terminologie relatives à la sécurité des patients) et les pratiques dans tous les milieux de santé mentale (c.-à-d., hôpitaux, centres de psychiatrie légale, centres communautaires et de pratique privée). Il faut aussi établir les limites de la population considérée (inclurait-on uniquement les personnes qui reçoivent des services ou les personnes qui ont besoin de services aussi?) Sans nomenclature et définitions claires et consensuelles, il est extrêmement difficile de trouver des réponses significatives ou de formuler des stratégies basées sur la meilleure information ou recherche disponible.

Les participants recommandent enfin d'identifier et de normaliser les pratiques exemplaires dans tous les offices régionaux de la santé, organisations, provinces ou territoires. La déclaration des incidents liés à la sécurité des patients ou des incidents évités de justesse a été identifiée comme l'une des pratiques qui pourrait bénéficier d'une normalisation : les procédures de déclaration peuvent varier d'un hôpital à un autre, d'un office régional à un autre et d'une région géographique à une autre. L'élaboration de lignes directrices de pratique professionnelle et la normalisation de la formation des professionnels de la santé ont aussi été suggérées pour s'assurer que des standards de soins comparables s'appliquent partout dans une même province ou entre les provinces et les milieux de soins. Il a en outre été suggéré que des outils d'évaluation normalisés doivent être mis au point pour éviter les erreurs de diagnostic et faciliter l'évaluation des risques. Tous reconnaissent que des recherches additionnelles devront être réalisées afin que les pratiques et les outils soient basés sur l'expérience clinique.

Communications, intégration des services et collaboration interprofessionnelle

Cinq tables ont suggéré trois mesures qui pourraient augmenter la sécurité des patients, soit l'amélioration des communications, l'intégration des services et la collaboration interprofessionnelle. Les problèmes relatifs à la sécurité des patients surviennent souvent pendant les transferts et aux points de transition des soins, y compris les transferts au sein d'un même établissement (p. ex., entre salles ou unités), entre deux hôpitaux (p. ex., d'un hôpital général à un hôpital psychiatrique) ou entre les systèmes de soins de santé (p. ex. des soins d'urgence aux soins psychiatriques, de l'hôpital à la communauté, des services pédiatriques aux services pour adultes). On déplore le cloisonnement excessif et les problèmes de communication entre les différents intervenants en santé. La mise en œuvre de plans de soins collaboratifs ou coordonnés a été suggérée pour améliorer la coopération entre les milieux de soins et les organisations.

Promotion d'une culture de sécurité des patients

Certains participants ont indiqué que les intervenants en santé mentale doivent changer leur culture en matière de sécurité des patients; les politiques et les décisions contribuent à une culture de complaisance, de blâme et de manque de responsabilité au lieu de promouvoir la sécurité des patients. Les participants avaient le sentiment que les événements indésirables étaient sous déclarés et que l'information recueillie au sujet des incidents évités de justesse n'était guère utilisée. Les participants ont fait quelques suggestions sur la façon de promouvoir une culture de la sécurité des patients :

- examiner les causes souches d'un incident;
- délaisser l'analyse des facteurs humains ou comportementaux et s'intéresser davantage aux facteurs systémiques;
- encourager la déclaration ouverte et transparente et tirer des leçons des événements indésirables;
- améliorer les compétences de réaction aux incidents potentiels par la formation et l'éducation.

Certains participants à la Table ronde étaient sceptiques quant à la possibilité de mettre en place une culture de la sécurité complètement exempte de blâme et se demandaient jusqu'où l'idée pouvait être mise en pratique.

Événements indésirables et lourdeur croissante des cas psychiatriques

Les participants ont cité la co-morbidité et la lourdeur croissante des cas de maladie mentale, car ces deux facteurs peuvent créer des risques additionnels pour la sécurité. La toxicomanie et l'interaction entre les drogues illicites et les antipsychotiques deviennent de plus en plus préoccupantes. D'autres préoccupations ont été soulevées à propos d'événements indésirables en particulier, comme les agressions, le recours abusif à l'isolement et à la contention, les erreurs de médicaments, et les erreurs de diagnostic ou sous diagnostics. Les participants déplorent le manque d'information sur la façon de gérer ces événements indésirables de manière plus efficace. En revanche, il a aussi été suggéré que les intervenants en santé mentale s'acquittent bien de la gestion des médicaments et de la prévention des erreurs de médicaments, un domaine où il existe une action pancanadienne.

***Sujet de discussion #2 :** « Quels sont les outils, les pratiques exemplaires et les stratégies utilisés présentement pour optimiser la sécurité des patients qui reçoivent des soins psychiatriques? »*

Les participants ont identifié plusieurs outils et pratiques de sécurité des patients pour les milieux de santé mentale, tout en soulignant qu'il était toutefois difficile de savoir lesquels étaient disponibles. Ils s'inquiètent en outre que les outils et pratiques disponibles ne soient régis par aucune norme commune aux différents groupes ou milieux de soins et se demandent s'ils sont basés sur l'expérience clinique. Certains

craignent que les outils et les pratiques ne soient pas mis en oeuvre correctement ou appliqués de manière uniforme et, en raison des contraintes de temps, soient souvent abandonnés en faveur de méthodes plus efficaces. Les participants recommandent la réalisation de recherches et d'évaluations additionnelles, ainsi que la création d'un inventaire des outils et des pratiques de sécurité des patients à l'intention des milieux de santé mentale.

Les groupes ont identifié des lacunes dans les outils et les pratiques. Par exemple, on a évoqué un manque d'outils d'évaluation en santé mentale qui pourraient être utilisés dans des milieux de soins de courte durée ou de soins prolongés et qui pourraient identifier les patients présentant des co-morbidités spécifiques qui peuvent présenter des risques de sécurité particuliers. De plus, il faudrait mieux intégrer les services hospitaliers et les ressources communautaires et élaborer des pratiques efficaces et sécuritaires pour les transferts et les transitions de soins. Les participants ont déterminé que les outils et les pratiques à l'intention des adultes et des enfants avaient besoin d'être améliorés et mieux développés. Ils ont aussi suggéré de mettre l'accent sur le développement et la mise en oeuvre de pratiques et d'outils préventifs ou proactifs, comme le développement d'outils d'évaluation des risques et de listes de contrôle de sécurité, et d'adopter et mettre en place des protocoles de sécurité, au lieu de pratiques ou d'outils uniquement réactifs (après le fait).

Sujet de discussion #3 : « *Quelles sont les prochaines étapes et les orientations futures pour la sécurité des patients en santé mentale?* »

Action à l'échelle nationale

Les participants à la Table ronde conviennent unanimement qu'une action d'envergure nationale est requise pour promouvoir la sécurité des patients dans les milieux psychiatriques, comme l'élaboration d'un cadre national d'action ou de stratégie de sécurité des patients. Cette stratégie serait à long terme (p. ex., 10 ans) et comporterait des clauses stipulant la transmission d'information et d'outils aux intervenants de première ligne. Les participants ont aussi suggéré, pour s'assurer d'une véritable normalisation, l'adoption à l'échelle nationale d'une terminologie et de définitions communes, ainsi que la création de lignes directrices interprofessionnelles, de normes de pratique, de compétences clés, de cadres d'évaluation nationaux. Un groupe a recommandé de choisir une pratique exemplaire qui pourrait être mise en oeuvre dans différents milieux partout au Canada comme banc d'essai d'une action nationale commune. L'évaluation des risques de suicide a semblé un bon point de départ. Il a aussi été suggéré de créer un système de déclaration des événements indésirables et d'apprentissage, semblable à celui qui existe au Royaume-Uni. Chaque province recueillerait volontairement de l'information sur les incidents critiques et les événements

indésirables et rendrait cette information accessible à l'échelle nationale. De même, d'aucuns ont montré un intérêt marqué pour la création de dossiers de santé nationaux ou électroniques standardisés qui pourraient être partagés entre plusieurs juridictions. Un certain nombre de tables a aussi recommandé la création d'un bureau central ou d'une agence de validation de l'information sur la sécurité des patients spécifique à la santé mentale.

Leadership

Outre l'action nationale sur la sécurité des patients, les participants ont exprimé l'opinion que la cause de la sécurité des patients psychiatriques avait besoin d'un leadership plus fort pour la défendre. La Commission de la santé mentale du Canada et l'ICSP ont été pressentis pour exercer ce leadership. Par exemple, il a été suggéré que l'ICSP recrute des experts, évalue les progrès réalisés en matière de sécurité des patients en milieux psychiatriques, agisse comme carrefour de l'information et des normes de pratique et facilite la discussion et l'action. De même, la Commission de la santé mentale du Canada pourrait fixer des priorités nationales, encourager la recherche scientifique fiable, créer des normes de pratique et des définitions communes et inclure une section sur la sécurité des patients dans le centre d'échange de connaissances de la Commission. Les participants ont insisté sur la coopération entre ces deux agences, ainsi que d'autres agences nationales, et ont recommandé leur collaboration avec Agrément Canada pour faire avancer la cause de la sécurité des patients et s'assurer que les stratégies ou normes de sécurité des patients sont mises en place.

Recherche et évaluation

Les groupes de discussion suggèrent unanimement que des études additionnelles pourraient aider à éclairer notre compréhension des préoccupations en matière de sécurité des patients et à évaluer où nous en sommes quant à la promotion de pratiques sécuritaires ou la création de milieux de soins sécuritaires. Des études doivent être menées pour déterminer les priorités en matière de sécurité des patients dans les milieux psychiatriques et évaluer les pratiques et les outils existants. Par exemple, une table a suggéré la conception d'un système de vérification contenant les résultats de structure, de processus et d'évaluation permettant de mesurer le degré de succès de notre mise en oeuvre de pratiques sécuritaires. Cette information pourrait ensuite être utilisée pour déterminer quelles étapes subséquentes mettre en oeuvre pour promouvoir la sécurité des patients. Il a en outre été suggéré d'appliquer les connaissances d'autres secteurs des soins de santé aux milieux de soins de santé mentale, ainsi que les données d'autres pays au contexte canadien. Dans l'ensemble, les participants ont appelé à l'intégration réelle de la pratique clinique, de la recherche et de la transmission du savoir afin de s'assurer que les changements se sont vraiment produits.

Participation des patients et de leurs familles

La question de la participation des patients et de leurs familles est revenue sur la table lors de cette discussion (discussion du sujet 1). Il a été suggéré de solliciter l'opinion des patients et de leurs familles ou aidants avant de prendre toute initiative ou mesure de sécurité des patients et d'intégrer leurs commentaires avec sérieux dans les stratégies futures.

Éducation

L'éducation a été présentée comme un domaine clé pour améliorer la sécurité des patients. De plus, l'éducation est le meilleur moyen de briser la stigmatisation dont la maladie mentale est l'objet, tant dans le public que dans le système de santé lui-même. L'éducation est un préalable à la normalisation des compétences clés et des pratiques sécuritaires. De ce fait, l'éducation des nouveaux intervenants en soins de santé mentale a été présentée comme un pas important dans la promotion de la sécurité des patients.

Financement

Les participants ont reconnu que le financement des stratégies de sécurité des patients était essentiel à leur succès. Il a été suggéré que le financement soit fourni à l'échelle nationale et que les montants alloués soient consacrés à la recherche, à la mise en œuvre de politiques et de pratiques et à la santé mentale en général. Le financement et l'allocation des ressources doivent être proportionnels au niveau de compétences et de soins requis pour aider les patients psychiatriques. Parmi les suggestions, financer des représentants de la sécurité des patients et de la qualité dans les établissements de soins de santé mentale et diriger le financement ciblé vers le processus d'agrément dans les offices régionaux de la santé et les hôpitaux.

Étendre la portée de la sécurité des patients

Les participants ont remarqué qu'un grand nombre de stratégies et d'outils de sécurité des patients s'adressent aux patients adultes hospitalisés. L'étape suivante de la promotion de la sécurité des patients consiste à étendre ces stratégies et outils à d'autres milieux et populations, pour inclure les soins communautaires, ainsi que les problématiques propres aux enfants et aux jeunes, aux adultes plus âgés, aux groupes culturels et aux régions rurales. À cet égard, il faudra élaborer des pratiques et des outils conçus spécialement pour les populations ciblées et généralisables à tous les milieux.

Discussion

Les conclusions de la Table ronde indiquent qu'un effort concerté est nécessaire pour inclure la voix et le point de vue des patients et de leurs familles et aidants dans les stratégies de sécurité des patients. Il est impératif d'évaluer quels sont les outils et les pratiques exemplaires disponibles actuellement et de développer un langage commun de sécurité des patients. Il faudrait aussi se pencher sur les façons d'étendre les connaissances actuelles en matière de sécurité des patients aux milieux de soins communautaires et reconnaître les risques propres à la sécurité de populations spéciales, comme les enfants et les jeunes, les adultes plus âgés et les peuples autochtones.

Les participants à la Table ronde ont exprimé haut et fort la nécessité pour les milieux de soins psychiatriques de toutes les régions du Canada d'adopter une approche commune normalisée en matière de sécurité des patients. L'élaboration d'une stratégie nationale de sécurité des patients et la normalisation des pratiques, des compétences clés et de la formation feront en sorte que les normes de soins soient identiques partout au Canada, ce qui favorisera la sécurité des patients. Cependant, des défis importants propres au secteur de la santé mentale doivent être surmontés. La stigmatisation et l'accessibilité des soins (ou son absence) sont deux problèmes systémiques qui peuvent avoir un impact négatif sur la sécurité des personnes dont la maladie mentale doit être traitée dans le cadre d'une stratégie complète.

Approfondir notre compréhension de la sécurité des patients dans les milieux psychiatriques et améliorer les outils disponibles par la recherche et la transmission du savoir sont deux avenues importantes pour améliorer la sécurité des patients, tout comme la promotion d'une culture de la sécurité des patients et la collaboration et les communications interprofessionnelles. Il faut arriver à atteindre les intervenants de première ligne et leur fournir l'information et les outils dont ils ont besoin pour changer leurs attitudes afin de prévenir les événements indésirables et améliorer la sécurité des milieux de soins de santé mentale.

Résultats et thèmes émergents

L'examen des obstacles communs à l'amélioration de la sécurité des patients dans les milieux de santé mentale et des lacunes dans les connaissances, la recherche et la pratique mises au jour par les trois méthodologies de recherche ont révélé l'émergence de plusieurs thèmes et aspects prioritaires qui sont présentés ci-dessous.

Planification et politique

- La cause de la sécurité des patients psychiatriques a un urgent besoin de leadership et de défenseurs. Les agences suivantes ont été pressenties : l'ICSP, la campagne *Des soins de santé plus sécuritaires, maintenant!*, Agrément Canada et la Commission de la santé mentale du Canada; elles pourraient prendre la direction de différentes activités par l'intermédiaire d'autres stratégies et communautés de pratique. Il faut aussi créer à l'échelle nationale un cadre de normalisation de la sécurité des patients spécifique aux soins de santé mentale. Ce cadre pourrait prendre en compte les quatre points suivants :
 - I. Normalisation des pratiques de soins aux patients dans tous les milieux de soins de santé mentale, y compris la mise en œuvre de lignes directrices et d'interventions fondées sur l'expérience clinique dont il a été démontré qu'elles ont un impact positif mesurable sur l'évolution de l'état des patients et sur la sécurité des soins (p.ex. évaluation des risques de suicide).
 - II. Mise en œuvre du Cadre des compétences en matière de sécurité (Frank & Brien, 2008) dans les programmes d'éducation et de perfectionnement professionnel de tous les intervenants en soins de santé mentale.
 - III. Adoption d'une terminologie et d'un langage communs propres aux soins de santé mentale. Par exemple, définir événement indésirable, incident évité de justesse et incident lié à la sécurité des patients dans le contexte de la santé mentale.
 - IV. Élaboration d'un système de classification des incidents liés à la sécurité des patients atteints de maladie mentale, précisant : a) le type d'incident (p. ex. trébuchements et chutes; fuite et risque de fuite; automutilation et suicide, incluant les préjudices psychologiques et émotionnels); b) la gravité de l'événement (évité de justesse, aucun préjudice, préjudice psychologique ou émotionnel, décès); c) le milieu où il est survenu (p.ex., centre communautaire de santé mentale, résidence, service externe, clinique privée, services d'urgence, hôpital général et hôpital psychiatrique); et d) la population touchée (p.ex., population adulte, gériatrique, judiciaire; enfants et adolescents; toxicomanes).
- Les lois et procédures en matière de déclaration et de gestion des incidents dans les milieux de soins de santé mentale sont très variables d'une province à l'autre. Les participants recommandent la création d'un système de déclaration et d'apprentissage uniforme, ce qui faciliterait la collecte et l'analyse des données sur les événements indésirables entre les juridictions provinciales au Canada. L'ICSP chapeaute présentement une initiative intéressante visant l'élaboration d'un Système canadien de déclaration des événements indésirables et d'apprentissage. Ce système permettra de déclarer de l'information sur les incidents critiques, la trier, l'intégrer, l'évaluer, et d'agir en conséquence, de manière hautement coordonnée et en temps opportun. La recherche et la compréhension des leçons à tirer de l'analyse des événements seront axées sur les facteurs systémiques.
- On a assisté à un changement d'attitude quant à la recherche d'explication aux incidents liés à la sécurité des patients. Nous avions autrefois une culture axée sur la recherche d'une responsabilité humaine (identifier qui a commis l'incident); celle-ci a été remplacée par une culture axée sur le système (examiner l'incident et les causes qui ont permis qu'il se produise dans un environnement juste et équitable et déterminer comment le système pourrait empêcher qu'il ne se reproduise dans l'avenir).

Pratique

- La désinstitutionnalisation, combinée à l'amélioration des soins communautaires, a entraîné d'importants changements dans l'ensemble des soins psychiatriques, mais plus particulièrement dans les soins de courte durée, tertiaires et de psychiatrie légale. En effet, ces milieux desservent une population disproportionnée de patients souffrant de maladie mentale grave. Les risques d'incidents liés à la sécurité des patients dans les unités internes augmentent à mesure qu'augmente la complexité des soins.
- Le manque de communication, d'intégration des services et de collaboration interprofessionnelle aux points de transition des soins peut entraîner des risques pour la sécurité des patients. L'amélioration des normes de soins pendant les transferts d'une équipe de soins à une autre et lors des transitions au sein d'un même établissement ou entre établissements finira par avoir des effets positifs sur la sécurité des patients et la qualité des soins.

- Le réseau social du patient est une ressource sous-utilisée qui pourrait aider soit à prévenir soit à atténuer l'impact des incidents liés à la sécurité dans les milieux de soins de santé mentale. Les patients (et leurs familles et aidants) pourraient jouer un rôle plus actif dans leur sécurité, en participant par exemple à la prise de décisions, à l'administration et à la surveillance des processus relatifs aux médicaments ou en identifiant et en déclarant les actes dangereux ou les infrastructures non sécuritaires dans leur environnement.
- L'évaluation des risques pour la sécurité dans les milieux de santé mentale est une approche proactive visant à réduire le nombre d'incidents liés à la sécurité et elle est tout aussi importante que les approches réactives, comme l'analyse des incidents critiques. Malheureusement, l'évaluation des risques mène rarement à la création d'outils d'évaluation des risques structurés fondés sur l'expérience clinique (p. ex., suicide, agression, recours à la contention) qui pourraient être utilisés dans les milieux cliniques. Il semble y avoir une certaine confusion parmi les praticiens et les décideurs sur les outils d'évaluation des risques qui sont disponibles et, parmi les tests disponibles, sur la façon de déterminer la qualité d'un test, de le mettre en œuvre de manière compétente et d'en interpréter les données. Les participants recommandent qu'un travail d'identification et d'évaluation des outils existants soit fait afin de constituer une sorte de recueil. Cette ressource pourrait inclure : a) un énoncé des concepts relatifs à l'évaluation des risques, b) les points sur lesquels se pencher pour faire l'évaluation critique des outils pour un usage clinique; et c) une description des tests disponibles, y compris la méthode de dérivation; la fiabilité, la validité, l'utilité clinique, la mesure des erreurs et la stabilité du test; les données normatives; et les instructions d'administration du test et d'interprétation des données. L'identification et la mise en œuvre d'un outil normalisé d'évaluation des risques de suicide ont été déclarées prioritaires. Cette initiative est un bon point de départ qui, en outre, coïncide avec l'exigence d'évaluation des risques de suicide d'Agrément Canada en vigueur depuis janvier 2009.
- Les programmes d'éducation et de perfectionnement professionnel sur les politiques et les procédures, sur la prévention des incidents et les réactions à leur survenue, et sur les pratiques de soins sécuritaires sont essentiels à l'amélioration de la sécurité des patients dans les milieux de santé mentale. Ces programmes doivent demeurer la propriété de l'organisation / perfectionnement professionnel, être continus et mis à jour sur une base régulière.
- La discrimination et la stigmatisation sont des facteurs auxquels les personnes atteintes de maladie mentale sont constamment confrontées. La stigmatisation, bien qu'elle ne constitue pas un problème de sécurité en soi, mine la qualité

de vie des patients et contribue aux incidents liés à leur sécurité. Il faut identifier les organisations qui travaillent déjà à éradiquer la discrimination et la stigmatisation associées à la maladie mentale (p. ex., la Commission de la santé mentale du Canada et l'Association canadienne pour la santé mentale) et travailler conjointement avec elles, notamment à sensibiliser les gens aux impacts négatifs sur la sécurité des patients de la stigmatisation des patients psychiatriques dans les milieux de soins de santé, une avenue à développer en vue de futures campagnes ciblées sur le sujet.

Recherche

- Dans l'ensemble, la sécurité des patients dans les milieux de santé mentale est un domaine naissant. De ce fait, les documents publiés sur le sujet sont à des stades préliminaires; la plupart des conclusions à ce jour sont descriptives, rétrospectives et sans grande envergure. Pour que le domaine progresse, il faut utiliser des méthodologies de recherche plus rigoureuses, notamment des études longitudinales prospectives, des mesures et des indicateurs validés, une terminologie uniforme et un nombre suffisant de participants pour obtenir des résultats statistiquement significatifs.
- Il y a très peu de recherche canadienne sur la sécurité des patients et la santé mentale, si bien que nos connaissances sur le sujet sont tirées de la recherche internationale, plus particulièrement américaine, britannique et australienne, et font abstraction des facteurs propres au contexte canadien. Si nous voulons encourager la recherche canadienne sur le sujet et attirer des chercheurs de haut calibre, le financement de la recherche sur la sécurité des patients dans les milieux de santé mentale doit devenir une priorité.
- Certaines populations et certains milieux sont sous étudiés, notamment les adultes âgés, les enfants et les adolescents; les différents groupes religieux, ethniques et culturels; les populations autochtones; les patients du secteur privé, des régions rurales et d'autres services communautaires de soins de santé mentale.
- Il n'y a pas suffisamment de recherche présentant le point de vue des patients et de leurs familles ou aidants au sujet des incidents de sécurité (la plupart des études sont faites du point de vue du personnel). Une meilleure compréhension de la perspective des patients et de leurs familles et aidants pourrait fournir des pistes intéressantes sur la sécurité des patients et la santé mentale.
- Les préjudices associés à la sécurité des patients sont habituellement considérés des préjudices physiques. Très peu d'études se sont penchées sur les conséquences psychologiques ou émotionnelles des événements liés à la sécurité des patients.

Conclusion

Dans le passé, en raison de l'absence de documentation sur la sécurité des patients dans les milieux de soins de santé mentale, il était acceptable d'appliquer dans les établissements psychiatriques les principes de sécurité des patients des établissements de soins de courte durée. Bien que certains facteurs de risque de sécurité soient communs à tous les types de milieux de soins, le secteur de la santé mentale présente des risques qui lui sont propres et qui méritent qu'on s'y attarde à nouveau. Dans certaines circonstances, cette particularité tient davantage au diagnostic et à la population desservie qu'à l'environnement; dans d'autres, c'est le contraire. Cette recherche a identifié plusieurs nouvelles orientations potentielles pour améliorer la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale.

Comme l'ont souligné les intervenants clés et les participants à la Table ronde, la cause de la sécurité des patients en santé mentale a besoin d'une forme de leadership national et de défenseurs à la grandeur du pays. En plus de leaders et de militants défenseurs, il faut un cadre ou une stratégie de sécurité des patients qui se penche sur les préoccupations propres aux soins de santé mentale, y compris la normalisation de la terminologie et de la nomenclature, des pratiques, des mécanismes de déclaration et de politiques en matière de sécurité des patients.

Cette recherche démontre clairement que l'adoption d'une culture de la sécurité à tous les échelons des organisations est essentielle à l'amélioration de la sécurité des patients dans les milieux de soins de santé mentale. Une telle culture fait de la sécurité des patients une priorité organisationnelle et de la déclaration des actes dangereux et des événements indésirables une importante responsabilité organisationnelle. Il est essentiel de voir les incidents évités de justesse et les événements indésirables comme autant d'occasions privilégiées d'apprendre. Pour tirer des leçons des événements indésirables et mettre en œuvre des améliorations, il faut adopter une approche systématique et inclure le personnel dans l'examen des incidents liés à la sécurité des patients. Mieux encore, le personnel et les patients (incluant leurs familles et aidants) doivent savoir que l'organisation les soutiendra dans leur déclaration et encourage un environnement non punitif. De même, l'organisation

doit reconnaître que l'information obtenue des patients et de leurs familles ou aidants peut aider à identifier et à mieux comprendre les actes dangereux et les infrastructures non sécuritaires dans leur environnement. Permettre aux patients (et à leurs familles et aidants) de jouer un rôle plus actif dans la prise de décisions, les traitements et l'évaluation des risques pourrait grandement aider à améliorer la sécurité des patients psychiatriques.

Une culture juste reconnaît aussi que la discrimination et la marginalisation des personnes atteintes de maladie mentale réduisent l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et influencent l'évolution de l'état de santé des patients. Les intervenants clés et les participants à la Table ronde ont particulièrement insisté sur l'impact de la stigmatisation associée à la maladie mentale et de ses ramifications pour la sécurité des patients. Si on veut améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins dans les milieux de santé mentale, il est donc essentiel de s'attaquer aux conséquences de la discrimination et de la stigmatisation des personnes atteintes de maladie mentale.

Pour réduire les risques de survenue d'événements indésirables dans les milieux de soins de santé mentale, il faut communiquer efficacement, intégrer les différents services et obtenir une plus grande collaboration interprofessionnelle, particulièrement lors des transitions de soins. Pour ce faire, il faut d'abord développer et mettre en place des soins et des interventions fondées sur l'expérience clinique qui utilisent des outils d'évaluation et des programmes de formation validés et largement consensuels. Afin d'acquérir et d'approfondir cette expérience clinique, nous avons besoin de fonds de recherche pour attirer des chercheurs de haut calibre capables de développer et de mettre en œuvre des méthodologies de recherche rigoureuses. La recherche sur la sécurité des patients et la santé mentale est particulièrement rare au Canada. Certaines populations et certains milieux sont sous étudiés, notamment les adultes âgés, les enfants et les adolescents; les différents groupes religieux, ethniques et culturels; les populations autochtones; les patients du secteur privé, des régions rurales et d'autres services communautaires de soins de santé mentale. Finalement, des études devraient se pencher sur les préjudices physiques, émotionnels et psychologiques associés aux incidents liés à la sécurité des patients.

Annexe A : Stratégie de recherche dans la documentation publiée

Orvie Dingwall, Institut canadien pour la sécurité des patients, Mai 2008

Remarque : Les recherches ont été menées en anglais seulement

Résultats de la recherche sur la sécurité des patients et la santé mentale

Stratégie de recherche Medline (9 avril 2008), n=2 561

Stratégie de recherche PsycINFO (21 avril 2008), n=972

Stratégie de recherche Embase (4 mai 2008), n=1 643

Stratégie de recherche CINAHL (14 mai 2008), n=1 057

Résultats de la recherche sur la sécurité des patients et la santé mentale

Base de données	Recherche initiale	Après dé-dup.	Tri Niveau 1
Medline	2 561	2 484	362
PsycINFO	972	846	188
Embase	1 643	1 385	371
CINAHL	1 057	876	
Total		5 612	

Stratégie de recherche Medline (9 avril 2008), n = 2 561

#	Searches	Results
1	*Mental health/	8170
2	exp *Mental health services/	35870
3	*Community mental health centers/	1550
4	(mental\$ adj4 health\$).tw.	45285
5	*mental disorders/	70257
6	exp *anxiety disorders/	34848
7	*Delirium/	2502
8	*dementia/	19966
9	exp *Dissociative Disorders/	1872
10	exp *Factitious Disorders/	1711
11	exp *Impulse Control Disorders/	2638
12	exp *Mental Disorders Diagnosed in Childhood/	81836
13	*mood disorders/	4409
14	*Affective Disorders, Psychotic/	1205
15	*Depressive Disorder/	33504
16	*neurotic disorders/	8393
17	exp *personality disorders/	15081
18	exp *"Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"/	71477
19	exp *Somatoform Disorders/	6357
20	*"Substance-Related Disorders"/	44505
21	exp *psychiatry/	50744
22	*"Diagnosis, dual (psychiatry)"/	122
23	*Hospitals, psychiatric/	11051
24	*Psychiatric department, hospital/	2661
25	*Psychiatric nursing/	9928
26	*Emergency services, psychiatric/	1318
27	*Community psychiatry/	874
28	*Forensic psychiatry/	4763
29	*Forensic nursing/	44
30	Psychiat\$.tw.	124459
31	exp *impulsive behavior/	3516
32	*suicide/	16586
33	*Suicide, attempted/	5880
34	Suicid\$.tw.	34986
35	*Electroconvulsive therapy/	5830
36	*Restraint, physical/	2473
37	*Behavior control/	492
38	Restrain\$.tw.	19871
39	Seclusion\$.tw.	597
40	or/1-39	556964
41	*safety management/	5682
42	(safe\$ adj3 manage\$).tw.	2469
43	*medical errors/	4985
44	*medication errors/	4378

45	(medica\$ adj3 error\$).tw.	3666
46	(patient\$ adj3 safe\$).tw.	14093
47	patient safety.jw.	292
48	(adverse\$ adj3 event\$).tw.	37333
49	(health care adj3 error\$).tw.	137
50	(healthcare adj3 error\$).tw.	47
51	(sentinel adj3 event\$).tw.	412
52	*diagnostic errors/	4324
53	(diagnos\$ adj3 error\$).mp.	26829
54	failure to diagnos\$.tw.	438
55	failure of diagnos\$.tw.	39
56	lack of diagnos\$.tw.	238
57	underdiagnos\$.tw.	2975
58	under diagnos\$.tw.	891
59	misdiagnos\$.tw.	11369
60	(miss\$ adj1 diagnos\$).tw.	878
61	(nurs\$ adj3 error\$).tw.	233
62	(physician\$ adj3 error\$).tw.	276
63	(patient care adj3 error\$).tw.	53
64	(surg\$ adj3 error\$).tw.	687
65	(safe\$ adj3 cultur\$).tw.	616
66	(safe\$ adj3 climate\$).tw.	125
67	near\$ miss\$2.tw.	667
68	(critical\$ adj3 incident\$).tw.	1004
69	(critical\$ adj3 outcome\$).tw.	1396
70	(adverse\$ adj3 outcome\$).tw.	12390
71	(unanticipated adj4 outcome\$).tw.	54
72	*accidental falls/	4506
73	(fall or falls or falling).tw.	86032
74	Elope\$.tw.	60
75	Wander\$.tw.	1823
76	*Runaway behavior/	164
77	Abscond\$.tw.	135
78	or/41-77	207089
79	RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL.pt.	252479
80	CONTROLLED CLINICAL TRIAL.pt.	77565
81	RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS/	53318
82	RANDOM ALLOCATION/	60583
83	DOUBLE BLIND METHOD/	96360
84	SINGLE BLIND METHOD/	11843
85	CLINICAL TRIAL.pt.	446937
86	exp clinical trial/	533979
87	(clin\$ adj25 trial\$).ti,ab.	143136
88	((singl\$ or doubl\$ or trebl\$ or tripl\$) adj25 (blind\$ or mask\$)).ti,ab.	95683
89	PLACEBOS.sh.	27035
90	placebo\$.ti,ab.	108617
91	RESEARCH DESIGN/	51838

92	comparative study.pt.	1389869
93	exp EVALUATION STUDIES/	100912
94	FOLLOW UP STUDIES/	363370
95	PROSPECTIVE STUDIES/	240379
96	(control\$ or prospectiv\$ or volunteer\$).ti,ab.	1909868
97	qualitative research/	5566
98	focus groups/	7729
99	qualit\$ improve\$.tw.	8092
100	or/79-99	3702041
101	limit 100 to animals	1060395
102	limit 101 to humans	238425
103	100 not (101 not 102)	2880071
104	and/40,78,103	3978
105	limit 104 to english language	3690
106	Mental health/	13390
107	exp Mental health services/	57391
108	Community mental health centers/	2234
109	(mental\$ adj4 health\$).tw.	45285
110	mental disorders/	94348
111	adjustment disorders/	3546
112	exp anxiety disorders/	45333
113	delirium/	3563
114	dementia/	26413
115	exp Dissociative Disorders/	2629
116	exp eating disorders/	16366
117	exp Factitious Disorders/	2059
118	exp Impulse Control Disorders/	3398
119	exp Mental Disorders Diagnosed in Childhood/	108665
120	mood disorders/	7342
121	Affective Disorders, Psychotic/	1928
122	Depressive Disorder/	45856
123	neurotic disorders/	14659
124	exp personality disorders/	25265
125	exp "Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"/	91478
126	exp sleep disorders/	39173
127	exp Somatoform Disorders/	10172
128	"Substance-Related Disorders"/	61386
129	exp psychiatry/	72532
130	"Diagnosis, dual (psychiatry)"/	2008
131	Hospitals, psychiatric/	20013
132	Psychiatric department, hospital/	5269
133	Psychiatric nursing/	13362
134	Emergency services, psychiatric/	1721
135	Community psychiatry/	1457
136	Forensic psychiatry/	6592
137	Forensic nursing/	68
138	Psychiat\$.tw.	124459

139	exp impulsive behavior/	6186
140	suicide/	24255
141	Suicide, attempted/	11056
142	Suicid\$.tw.	34986
143	Electroconvulsive therapy/	7995
144	Restraint, physical/	7778
145	Behavior control/	991
146	Restrain\$.tw.	19871
147	Seclusion\$.tw.	597
148	or/106-147	712874
149	safety management/	8736
150	(safe\$ adj3 manage\$).tw.	2469
151	medical errors/	7032
152	medication errors/	6824
153	(medica\$ adj3 error\$).tw.	3666
154	(patient\$ adj3 safe\$).tw.	14093
155	patient safety.jw.	292
156	(adverse\$ adj3 event\$).tw.	37333
157	(health care adj3 error\$).tw.	137
158	(healthcare adj3 error\$).tw.	47
159	(sentinel adj3 event\$).tw.	412
160	diagnostic errors/	24603
161	(diagnos\$ adj3 error\$).mp.	26829
162	failure to diagnos\$.tw.	438
163	failure of diagnos\$.tw.	39
164	lack of diagnos\$.tw.	238
165	underdiagnos\$.tw.	2975
166	under diagnos\$.tw.	891
167	misdiagnos\$.tw.	11369
168	(miss\$ adj1 diagnos\$).tw.	878
169	(nurs\$ adj3 error\$).tw.	233
170	(physician\$ adj3 error\$).tw.	276
171	(patient care adj3 error\$).tw.	53
172	(surg\$ adj3 error\$).tw.	687
173	(safe\$ adj3 cultur\$).tw.	616
174	(safe\$ adj3 climate\$).tw.	125
175	near\$ miss\$2.tw.	667
176	(critical\$ adj3 incident\$).tw.	1004
177	(critical\$ adj3 outcome\$).tw.	1396
178	(adverse\$ adj3 outcome\$).tw.	12390
179	(unanticipated adj4 outcome\$).tw.	54
180	accidental falls/	8478
181	(fall or falls or falling).tw.	86032
182	Elope\$.tw.	60
183	Wander\$.tw.	1823
184	Runaway behavior/	287
185	Abscond\$.tw.	135

186	or/149-185	214766
187	148 and 186	13346
188	limit 187 to english language	11850
189	RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL.pt.	252479
190	CONTROLLED CLINICAL TRIAL.pt.	77565
191	RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS/	53318
192	RANDOM ALLOCATION/	60583
193	DOUBLE BLIND METHOD/	96360
194	SINGLE BLIND METHOD/	11843
195	CLINICAL TRIAL.pt.	446937
196	exp clinical trial/	533979
197	(clin\$ adj25 trial\$.ti,ab.	143136
198	((singl\$ or doubl\$ or trebl\$ or tripl\$) adj25 (blind\$ or mask\$)).ti,ab.	95683
199	PLACEBOS.sh.	27035
200	placebo\$.ti,ab.	108617
201	RESEARCH DESIGN/	51838
202	comparative study.pt.	1389869
203	exp EVALUATION STUDIES/	100912
204	FOLLOW UP STUDIES/	363370
205	PROSPECTIVE STUDIES/	240379
206	(control\$ or prospectiv\$ or volunteer\$).ti,ab.	1909868
207	qualitative research/	5566
208	focus groups/	7729
209	qualit\$ improve\$.tw.	8092
210	or/189-209	3702041
211	limit 210 to animals	1060395
212	limit 211 to humans	238425
213	210 not (211 not 212)	2880071
214	187 and 213	5484
215	aggression/	20451
216	violence/	17331
217	sex\$ assault\$.tw.	1835
218	physical\$ assault\$.tw.	452
219	patient acceptance of health care/	19455
220	*psychotropic drugs/	8824
221	or/215-220	65623
222	214 and 221	202
223	222 or 105	3735
224	limit 223 to yr = 1999-2008	2561

Stratégie de recherche PsycINFO (21 avril 2008), n = 972

#	Searches	Results
1	exp mental health/	19830
2	exp mental health services/	21802
3	community mental health centers/	1129
4	(mental\$ adj4 health\$).tw.	67695
5	Mental health programs/	2388
6	crisis intervention services/	892
7	suicide prevention centers/	65
8	exp mental health personnel/	26247
9	mental disorders/	38243
10	adjustment disorders/	338
11	anxiety disorders/	9260
12	exp chronic mental illness/	1074
13	delirium/	1322
14	dementia/	15126
15	exp dissociative disorders/	3673
16	exp factitious disorders/	481
17	exp impulse control disorders/	352
18	affective disorders/	7824
19	exp neurosis/	3568
20	exp personality disorders/	14151
21	psychosis/	10531
22	exp somatoform disorders/	6446
23	exp psychiatry/	21809
24	dual diagnosis/	1345
25	exp psychiatric hospitalization/	5734
26	psychiatric patients/	17056
27	psychiatric hospitals/	3519
28	impulsiveness/	2989
29	suicide/	12379
30	behavior disorders/	5590
31	electroconvulsive shock therapy/	3285
32	physical restraint/	1297
33	restrain\$.tw.	6254
34	patient seclusion/	208
35	seclusion\$.tw.	579
36	patient violence/	804
37	or/1-36	237925
38	(safe\$ adj3 manage\$).tw.	422
39	Errors/	4728
40	(medica\$ adj3 error\$).tw.	338
41	(patient\$ adj3 safe\$).tw.	951
42	(health care adj3 error\$).tw.	19
43	(healthcare adj3 error\$).tw.	10
44	(sentinel adj3 event\$).tw.	32
45	misdiagnosis/	222
46	(diagnos\$ adj3 error\$).mp.	223
47	failure to diagnos\$.tw.	41
48	failure of diagnos\$.tw.	2
49	lack of diagnos\$.tw.	50
50	underdiagnos\$.tw.	567
51	under diagnos\$.tw.	156
52	(nurs\$ adj3 error\$).tw.	40
53	(physician\$ adj3 error\$).tw.	25
54	(patient care adj3 error\$).tw.	3
55	(surg\$ adj3 error\$).tw.	10
56	(safe\$ adj3 cultur\$).tw.	243
57	(safe\$ adj3 climate\$).tw.	222
58	near\$ miss\$2.tw.	143
59	(critical\$ adj3 incident\$).tw.	1499
60	(critical\$ adj3 outcome\$).tw.	281
61	(unanticipated adj4 outcome\$).tw.	45
62	Falls/	456
63	Elope\$.tw.	56
64	Wandering behavior/	110
65	Runaway behavior/	439
66	Abscond\$.tw.	75
67	Accident prevention/	665
68	or/38-67	11293
69	limit 68 to english language	10818
70	limit 69 to yr = 1999-2008	6412
71	37 and 70	972

Stratégie de recherche Embase (4 mai 2008), n = 1 643

1	Mental health/	24507	47	misdiagnos\$.tw.	8905
2	Community mental health/	1476	48	(miss\$ adj1 diagnos\$).tw.	654
3	exp Mental health care/	30568	49	(nurs\$ adj3 error\$).mp.	202
4	Mental health center/	982	50	(physician\$ adj3 error\$).mp.	372
5	Community mental health center/	367	51	(patient care adj3 error\$).mp.	237
6	(mental\$ adj4 health\$).tw.	31303	52	(surg\$ adj3 error\$).mp.	949
7	*Mental disease/	24215	53	(safe\$ adj3 cultur\$).tw.	398
8	exp *anxiety disorder/	33145	54	(safe\$ adj3 climate\$).tw.	105
9	delirium/	5679	55	near\$ miss\$2.tw.	428
10	Dementia/	30935	56	(critical\$ adj3 incident\$).mp.	640
11	exp dissociative disorder/	2418	57	(critical\$ adj3 outcome\$).mp.	1915
12	exp Psychosomatic Disorder/	10825	58	Adverse outcome/	705
13	exp *mood disorder/	72829	59	(unanticipated adj4 outcome\$).tw.	31
14	exp neurosis/	25846	60	*Falling/	2761
15	Personality disorder/	10509	61	Elope\$.tw.	52
16	exp schizophrenia/	52614	62	Wandering behavior/	50
17	exp addiction/	70460	63	Runaway behavior/	62
18	exp psychiatry/	28961	64	Abscond\$.tw.	82
19	psychiatric department/	1271	65	or/31-64	68863
20	Social psychiatry/	1234	66	RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL/	148355
21	Forensic psychiatry/	3259	67	CONTROLLED CLINICAL TRIAL/	45027
22	Forensic nursing/	2	68	RANDOM ALLOCATION/	25359
23	Impulsiveness/	4136	69	DOUBLE BLIND METHOD/	64572
24	exp suicidal behavior/	25168	70	SINGLE BLIND METHOD/	7496
25	Suicide\$.tw.	19616	71	exp CLINICAL TRIALS/	493232
26	exp *psychiatric treatment/	41954	72	(clin\$ adj25 trial\$).ti,ab.	126424
27	Behavior control/	475	73	((singl\$ or doubl\$ or trebl\$ or tripl\$) adj25 (blind\$ or mask\$)).ti,ab.	76751
28	Restrain\$.tw.	13749	74	PLACEBOS/	87291
29	Seclusion\$.tw.	312	75	placebo\$.ti,ab.	90891
30	or/1-29	394000	76	RESEARCH DESIGN/	196197
31	(safe\$ adj3 manage\$).mp.	2359	77	COMPARATIVE STUDY/	105553
32	exp medical error/	25695	78	exp EVALUATION STUDIES/	51997
33	(medica\$ adj3 error\$).mp.	7329	79	FOLLOW UP STUDIES/	252114
34	patient safety/	8271	80	PROSPECTIVE STUDIES/	73445
35	(patient\$ adj3 safe\$).mp.	23054	81	(control\$ or prospectiv\$ or volunteer\$). ti,ab.	1439200
36	Adverse event/	9	82	qualitative research/	2535
37	(health care adj3 error\$).mp.	152	83	qualit\$ improve\$.tw.	5075
38	(healthcare adj3 error\$).mp.	27	84	exp methodology/	1004322
39	Sentinel event/	23	85	or/66-84	2656604
40	(sentinel adj3 event\$).tw.	214	86	and/30,65,85	2093
41	(diagnos\$ adj3 error\$).mp.	18616	87	limit 86 to yr = 1999-2008	1787
42	failure to diagnos\$.tw.	281	88	limit 87 to english language	1646
43	failure of diagnos\$.tw.	18	89	limit 88 to animals	3
44	lack of diagnos\$.tw.	175	90	limit 89 to humans	0
45	under diagnos\$.tw.	871	91	88 not (89 not 90)	1643
46	underdiagnos\$.tw.	2659			

Stratégie de recherche CINAHL (14 mai 2008), n = 1 057

S93	S90 and S92	(1,057)
S92	S91 - Limiters: Publication Year from: 1999-2008; Language; English	(2422)
S91	S29 and S65	(3078)
S90	S89 or S88 or S87 or S86 or S85 or S84 or S83 or S82 or S81 or S80 or S79 or S78 or S77 or S76 or S75 or S74 or S73 or S72 or S71 or S70 or S69 or S68 or S67 or S66	(536239)
S89	MH Research Methodology +	440738)
S88	MH Quality Improvement +	(13134)
S87	MH Qualitative Studies +	(34983)
S86	(TI Control* or prospective* or volunteer*) OR (AB Control* or prospective* or volunteer*)	(209328)
S85	MH Prospective Studies +	(79922)
S84	MH experimental studies	(7847)
S83	MH study design +	267712)
S82	MH Evaluation Research +	(12378)
S81	MH Community trials	(64)
S80	MH comparative studies	(45877)
S79	MH Research Methodology +	440738)
S78	TI placebo* OR AB placebo*	(13125)
S77	MH Placebos	(4591)
S76	(TI singl* or doubl* or trebl* or tripl* N25 blind* or mask*) OR (AB singl* or doubl* or trebl* or tripl* N25 blind* or mask*)	(51395)
S75	TI clin* N25 trial* or AB clin*N25 trial*	(5369)
S74	MH Clinical Trials +	(65393)
S73	MH Single-Blind Studies	(3130)
S72	MH Double-Blind Studies	(12200)
S71	MH Triple-Blind studies	(40)
S70	MH Random Sample +	(36035)
S69	MH Nursing Practice, Evidence-Based +	(4800)
S68	MH Medical Practice, Evidence-Based	(5747)
S67	MH Data Collection Methods +	(163792)
S66	(TI randomi* control* trial* or AB randomi* control* trial*)	(12931)
S65	S64 or S63 or S62 or S61 or S60 or S59 or S58 or S57 or S56 or S55 or S54 or S53 or S52 or S51 or S50 or S49 or S48 or S47 or S46 or S45 or S44 or S43 or S42 or S41 or S40 or S39 or S38 or S37 or S36 or S35 or S34 or S33 or S32 or S31 or S30	(44054)
S64	TI abscond* or AB abscond*	(38)
S63	MH runaways	(159)
S62	MH wandering behavior	(338)
S61	TI elope* or AB elope*	(62)
S60	MH Accidental Falls	(5472)
S59	TI unanticipated N4 outcome* or AB unanticipated N4 outcome*	(33)
S58	MW adverse N3 outcome* or TI adverse N3 outcome* or AB adverse N3 outcome*	(2756)
S57	MW critical* N3 outcome* or TI critical* N3 outcome* or AB critical* N3 outcome*	(654)
S56	MW critical* N3 incident* or TI critical* N3 incident* or AB critical* N3 incident*	(1029)
S55	TI near* N1 miss* or AB near* N1 miss*	(245)
S54	MW safe* N3 climate* or AB safe* N3 climate* or TI safe* N3 climate*	(72)
S53	MW safe* N3 culture* or AB safe* N3 cultur* or TI safe* N3 cultur*	(569)
S52	MW surg* N3 error* or TI surg* N3 error* or AB surg* N3 error*	(477)
S51	MW patient care N3 error* or TI patient care N3 error* or AB patient care N3 error*	(33)
S50	MW physician* N3 error* or AB physician* N3 error* or TI physician* N3 error*	(87)
S49	MW nurs* N3 error* or TI nurs* N3 error* or AB nurs* N3 error*	(405)

S48	TI miss* N3 diagnos* or AB miss* N3 diagnos*	(448)
S47	TI misdiagnos* or AB misdiagnos*	(1289)
S46	TI underdiagnos* or AB underdiagnos*	(524)
S45	TI lack N1 diagnos* or AB lack N1 diagnos*	(75)
S44	TI failure N1 diagnos* or AB failure N1 diagnos*	(291)
S43	MH Failure to diagnose	(641)
S42	MW diagnos* N3 error* or TI diagnos* N3 error* or AB diagnos* N3 error*	(3261)
S41	MH Diagnostic Errors	(2884)
S40	MW sentinel N3 event* or TI sentinel N3 event* or AB sentinel N3 event*	(522)
S39	MH sentinel event	(363)
S38	MW healthcare N3 error* or TI healthcare N3 error* or AB healthcare N3 error*	(63)
S37	MW health care N3 error* or TI health care N3 error* or AB health care N3 error*	(1282)
S36	MH Health care errors +	(13836)
S35	MH Adverse Health Care Event +	(16124)
S34	MW patient* N3 safe* or AB patient* N3 safe* or TI patient* N3 safe*	(16855)
S33	SO patient safety	(1365)
S32	MH patient safety +	(26180)
S31	MW medica* N3 error* or AB medica* N3 error* or TI medica* N3 error*	(6500)
S30	MH safe* N3 manage* or AB safe* N3 manage* or TI safe* N3 manage*	(771)
S29	(S28 or S27 or S26 or S25 or S24 or S23 or S22 or S21 or S20 or S19 or S18 or S17 or S16 or S15 or S14 or S13 or S12 or S11 or S10 or S9 or S8 or S7 or S6 or 5 or S4 or S3 or S2 or S1)	(139191)
S28	MH Psychiatric Nursing +	(14266)
S27	MH Patient seclusion	(268)
S26	MH Restraint, Physical	(2127)
S25	MH Psychiatric Care +	(3357)
S24	TI suicid* or AB suicid*	(6792)
S23	MH Suicide +	(7656)
S22	MH Forensic Nursing	(836)
S21	MH Psychiatric Emergencies	(439)
S20	MH Psychiatric Units	(1069)
S19	MH Psychiatry +	(4426)
S18	(MH "Behavior, Addictive + ")	(25345)
S17	MH Schizophrenia +	(5927)
S16	MH Personality disorders	(1134)
S15	MH neurotic disorders +	(34074)
S14	MH psychophysiologic disorders +	(673)
S13	(MH "Dissociative Disorders + ")	(366)
S12	MH Dementia	(8893)
S11	MH Delirium	(1209)
S10	MH affective disorders +	(25581)
S9	MH adjustment disorders +	(162)
S8	MH anxiety disorders +	(8637)
S7	MH "Mental disorders diagnosed in childhood"	(227)
S6	MH Mental disorders, chronic	(1031)
S5	MH Mental disorders	(14356)
S4	TI mental* N4 health* or AB mental* N4 health*	(24577)
S3	MH Mental health personnel	(1261)
S2	MH mental health services +	(23750)
S1	MH mental health	(6363)

Annexe B : Sites Web

Remarque : Les recherches ont été menées en anglais seulement.

Website	URL
Canadian Health Network	www.canadian-health-network.ca
Health Canada	http://www.hc-sc.gc.ca/index_e.html
Health Insite (Australia)	http://www.healthinsite.gov.au/
Department of Health, UK	http://www.dh.gov.uk/en/index.htm
Department of Health and Aging, Australia	http://www.health.gov.au/
National Health Service (UK)	http://www.nhsdirect.nhs.uk/
The Cochrane Collaboration	http://www.cochrane.org/
US Department of Health and Human Services	http://www.hhs.gov/
World Health Organization	http://www.who.int/en/
British Library	http://www.bl.uk/
Health and Human Services Library, Ministry of Health	http://www.health.gov.bc.ca/library/
Health Library at Stanford	http://healthlibrary.stanford.edu/
Library of Congress	http://www.loc.gov/index.html
Mayo Clinic	http://www.mayo.edu/library/
McGill Health Sciences Library	http://www.health.library.mcgill.ca/
McMaster Health Sciences Library	http://hsl.mcmaster.ca/
National Health Service	http://www.londonlinks.ac.uk/
National Library of Australia	http://www.nla.gov.au/
National Library of Canada	http://www.collectionscanada.gc.ca/amicus/
National Library of Health, UK	http://www.library.nhs.uk/Default.aspx
National Library of Medicine	http://www.nlm.nih.gov/
Alberta Mental Health Board	http://www.amhb.ab.ca
American Psychiatric Association – Patient Safety	http://www.psych.org/MainMenu/PsychiatricPractice/QualityImprovement/PatientSafety_1.aspx
Anxiety Disorders Association of Canada	http://www.anxietycanada.ca/
BC Mental Health and Addiction Services	www.bcmhas.ca
Canadian Centre on Substance Abuse	http://www.ccsa.ca/CCSA/EN/TopNav/Home/
Canadian Mental Health Association	http://www.cmha.ca/
Canadian Network for Mood and Anxiety Disorders	http://www.canmat.org/
Canadian Psychiatric Research Foundation	www.cprf.ca
Centre for Addiction and Mental Health	http://www.camh.net/
Centre for Suicide Prevention	www.suicideinfo.ca
Mental Health America	http://www.nmha.org/
Mental Health Commission of Canada	http://www.mentalhealthcommission.ca/newsevents.html
Mental Health Europe	http://www.mhe-sme.org/
Mental Health First Aid Australia	www.mhfa.com.au
Mental Health Foundation	http://www.mentalhealth.org.uk/
Mind (National Association for Mental Health)	http://www.mind.org.uk/
Mood Disorders Society of Canada	http://www.mooddorderscanada.ca/
National Institute of Mental Health	http://www.nimh.nih.gov/
National Organization for Drug-Induced Disorders	http://nodid.org/dynamic/
Sane	http://www.sane.org.uk/

Sainsbury Centre for Mental Health	http://www.scmh.org.uk/
Schizophrenia Society of Canada	http://www.schizophrenia.ca/
Scotland's Mental Health First Aid	http://www.healthscotland.org.uk/smhfa/
Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)	http://mentalhealth.samhsa.gov/
The Alabama Department of Mental Health and Mental Retardation	http://www.mh.alabama.gov/
Vancouver Island Mental Health and Addiction Services	http://www.viha.ca/mhas/
World Fellowship For Schizophrenia and Allied Disorders	http://www.world-schizophrenia.org/index.html
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Patient Safety Network (PS Net)	http://psnet.ahrq.gov/
Australian Council for Safety and Quality in Health Care	http://www.safetyandquality.org
Australian Patient Safety Foundation (APSF)	http://www.apsf.net.au/
British Columbia Patient Safety Task Force	http://www.bcpatientsafety.ca/
Canadian Patient Safety Institute	http://www.patientsafetyinstitute.ca/index.html
Health Quality Council (Saskatchewan)	http://www.hqc.sk.ca/
Health Quality Council of Alberta (HQCA)	http://www.hqca.ca/
Institute for Healthcare Improvement	http://www.ihl.org/ihl
Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada)	http://www.ismp-canada.org/
Institute for Safety Medication Practices (ISMP) (US)	http://www.ismp.org
Joint Commission International Center for Patient Safety	http://www.jcipatientsafety.org/
Manitoba Institute for Patient Safety (MIPS)	http://mbips.ca/wp/
National Patient Safety Agency (UK)	http://www.npsa.nhs.uk/
National Patient Safety Foundation (US)	http://www.npsf.org/
Patient Safety International	http://www.patientsafetyint.com/
The Joint Commission	http://www.jointcommission.org/
VA National Center for Patient Safety	http://www.va.gov/ncps/
World Health Organization, Patient Safety	http://www.who.int/patientsafety/en/

Nombre total de sites Web	66
Sites non utilisables	16
Pourcentage de sites non utilisables	24 %

REMARQUE : Les sites non utilisables comprennent des sites Web qui n'ont pas de boîte de recherche ni de section sur les publications, les sites qui ne fonctionnent pas correctement (message d'erreur), dont les résultats de recherche sont contradictoires ou impossibles à suivre.

Autres sites Web consultés spécifiquement pour trouver de l'information sur la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale :

Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health	http://casp-acps.ca/Publications/BlueprintFINAL.pdf
Canadian Association of Suicide Prevention	http://casp-acps.ca/Publications/BlueprintFINAL.pdf
Canadian Institute for Health Information	http://secure.cihl.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_e
Accreditation Canada	http://www.cchsa.ca/default.aspx

Annexe C : Échantillon de tableur

Remarque : Les recherches ont été menées en anglais seulement.

Date	Site Web visité	Mots clés utilisés	Résultats de la recherche (total)	Résultats positifs
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental	42	N/A
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND safety	10	3
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND error	10	1
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND accident	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND quality	13	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND adverse	3	1
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND toxicity	2	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND reporting	21	1
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND incident	3	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND suicide	1	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND restraint	2	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND protective	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND isolation	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND seclusion	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND immobilization	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND runaway	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND confusion	4	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND security	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND elopement	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND wandering	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND rape	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND sexual	1	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND victim	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND violence	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND assault	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND aggression	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND diagnostic	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND misdiagnosis	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND "under diagnosis"	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND undiagnosed	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND co-morbidity	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND "under treatment"	0	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	mental AND fall	5	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	psychiatry	2	1
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	psychiatric	12	2
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	psychiatrist	4	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	psychotic	1	0
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	psychotropic	1	1
17/03/08	http://www.ihl.org/ihl	forensic	1	0

Échantillon de tableau

No. ID	Type de document	Titre	Auteurs	Date d'extraction	Date de publication	Organisation	Lieu	Document URL	Origine du site Web	Mots clés utilisés	Re-marques	État
A001	Rapport	With Safety in Mind: Mental Health Services and Patient Safety	Scobie S., Minghella E., Dale C., Thomson R., Lelliott P., Hill K.	14/03/08	Juil-06	National Patient Safety Agency	London, UK	http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=4238	http://psnet.ahrq.gov/	mental + safety		pdf sau-veg-ardé
A002	Étude	Medication safety in a psychiatric hospital	Rothschild J.M., Mann K., Keohane C.A., Williams D.H., Foksett C., Rosen S.L., Flaherty L., Chu J.A., Bates D.W.	15/03/08	Mar-Avr-07	Division of General Medicine and Primary Care, Brigham and Women's Hospital	Boston, MA	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17336665?dopt=Abstract	http://psnet.ahrq.gov/	psychiatric + safety		pdf sau-veg-ardé
A003	Étude	Incident monitoring in psychiatry	Wright M., Parker G.	18/03/08	Déc-98	Academic Psychiatry, Royal North Shore Hospital	St. Leonards, NSW, Australia	document et adresse internet du document non disponibles	http://www.apsf.net.au/	psychiatric	Version intégrale non disponible	Pub – Med citation sau-veg-ardé
A004	Report	Patient Safety and Psychiatry: Recommendations to the Board of Trustees of the American Psychiatric Association	Herzog, A., Shore, M.F., Beale, R.R., Padrino, S.L., Vogel, A.V., Freshman, M. & Hart, C.	02/04/08	approuvé Nov 24-02 & Jan 24-03	American Psychiatric Association Task Force on Patient Safety	Non disponible	http://www.psych.org/Departments/QIPS/Downloads/TaskForceReport.aspx	http://www.npsf.org	psychiatric		pdf sau-veg-ardé

Annexe D :

Questions d'entrevue des intervenants clés

1. Question en deux parties

- Quelle est votre fonction /rôle actuel?
- Quelle est votre expérience passée en sécurité des patients du secteur de la santé mentale?

2. À votre avis, quelles seraient les principales questions pertinentes à la sécurité des patients du secteur de la santé mentale?

- Approfondissement : exemples de chutes, suicide, sécurité sexuelle, erreurs de médicaments

3. Question en deux parties

- Quels sont les types d'événements indésirables liés à la sécurité des patients qui sont survenus dans votre établissement? Avez-vous eu vent de la survenue d'événements dans d'autres établissements?
- Comment votre établissement ou cet autre établissement a-t-il réagi à ces événements indésirables?

4. S'il y a lieu : Quelle est votre estimation de la gestion actuelle de votre établissement en matière de sécurité des patients psychiatriques?

- 0 = pas efficacement du tout
- 1 = plus ou moins efficacement
- 2 = plutôt efficacement
- 3 = très efficacement
- 4 = extrêmement efficacement

- Approfondissement : Veuillez expliquer les raisons de votre réponse.

5. Connaissez-vous un modèle de pratiques exemplaires pour la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale dont vous pourriez recommander la mise en œuvre?

- Si oui, décrivez-le et fournissez les coordonnées d'une personne-ressource (obtenez son autorisation ou celle de l'organisation et assurez-la que l'entrevue demeurera confidentielle).

6. Question en deux parties

- À quelles stratégies relatives à la sécurité des patients et la santé mentale votre organisation, ou votre pays, participent-ils ou dans lesquelles sont-ils engagés?

Organisation
Pays

- À quels projets de recherche sur la sécurité des patients et la santé mentale votre organisation et votre pays participent-ils ou dans lesquels sont-ils engagés?

Organisation
Pays

7. À quelles questions la recherche sur la sécurité des patients en santé mentale doit-elle apporter des réponses ou quels problèmes doit-elle solutionner?

- Approfondissement : Les lacunes tiennent-elles vraiment à la sécurité des patients?

8. Quels sont les défis à relever pour appliquer à la santé mentale les découvertes ou conclusions de la recherche ou des stratégies d'autres domaines médicaux (p.ex., soins de courte durée)?

- Approfondissement : Quelles conclusions tirées d'autres domaines pourraient être appliquées à la santé mentale?
- Approfondissement : Qu'est qui distingue la sécurité des patients dans le secteur de la santé mentale?

9. Dans l'ensemble, quelle est la pertinence pour le secteur de la santé mentale des conclusions d'études sur la sécurité des patients dans d'autres types d'établissement (p. ex. soins de courte durée)?

- 0 = pas du tout
- 1 = plus ou moins pertinent
- 2 = plutôt pertinent
- 3 = très pertinent
- 4 = extrêmement pertinent

- Approfondissement : Veuillez expliquer les raisons de votre réponse.

10. Quels sont, d'après vous, les thèmes émergents en matière de sécurité des patients dans les milieux de santé mentale?

- Approfondissement : Dans quelle direction la sécurité des patients en santé mentale va-t-elle dans votre pays / votre organisation?

11. Question en deux parties

- À votre avis, que faut-il faire pour améliorer la sécurité des patients en santé mentale?

- Quels sont, d'après vous, les obstacles à l'atteinte de ces objectifs?

Annexe E : Guide des participants aux discussions par petits groupes

Les discussions de la Table ronde sur la santé mentale et la sécurité des patients vous offriront l'occasion d'échanger vos points de vue et d'influencer le processus pour inclure les services de santé mentale dans le mandat canadien de la sécurité des patients. Ces discussions serviront de complément à l'examen de la documentation et aux entrevues des intervenants clés qui ont déjà été réalisés sous la direction de l'équipe de recherche.

Au cours de la journée, comme l'indique la trousse qui vous a été distribuée, vous discuterez de trois sujets par petits groupes (tables de 8 à 10 personnes). Un facilitateur et un secrétaire seront assignés à chaque table par le comité consultatif pour soutenir la discussion et pour consigner les discussions par écrit.

Chaque petit groupe présentera les idées clés qui ressortent de ses discussions sur chaque thème. Toutes les idées lancées au cours des discussions seront consignées et les chercheurs en seront informés.

Lorsque votre groupe aborde un sujet de discussion, nous vous invitons à garder les idées suivantes à l'esprit :

- Servez-vous des conclusions préliminaires et du contexte de sécurité des patients décrits au début de la réunion comme point de départ de la discussion du groupe.
- Concentrez vos discussions sur la sécurité des patients. Si vous vous éloignez du sujet et que vos digressions soulèvent des points qui méritent d'être notés, faites-le sur une page séparée.
- Évaluez vos réactions d'un point de vue provincial et national.
- Laissez libre cours à vos idées; il n'y a pas de mauvaises idées quand on fait un remue-méninges.
- Basez vos discussions sur des données vérifiées et des pratiques exemplaires plutôt que sur des anecdotes.

Une période de discussion de 40 minutes sera allouée pour chaque sujet.

Sujet de discussion #1

Quels sont les thèmes, les questions et actions prioritaires en matière de sécurité des patients en santé mentale?

Sujet de discussion #2

Quels sont les outils, les pratiques exemplaires et les initiatives utilisés présentement pour optimiser la sécurité des patients qui reçoivent des soins psychiatriques?

Sujet de discussion #3

Quels sont les prochaines étapes/orientations futures pour la sécurité des patients en santé mentale?

Bonnes discussions!

Annexe F:

Intervenants clés et participants à la Table ronde

Intervenants clés

- D^r James Bagian, responsable principal de la sécurité des patients, *Veterans Health Administration, U. S. Department of Veterans Affairs*
- D^r Ross Baker, professeur, *Department of Health Policy, Management and Evaluation*, Université de Toronto
- Teresa Belluz, chef, Assurance qualité, *British Columbia Mental Health and Addiction Services*
- D^r Peggy Brown, directrice de la santé mentale, *Australian Capitol Territory*; présidente du *Safety and Quality Partnership Subcommittee of the Mental Health Standing Committee*
- D^r Patrick Croskerry, professeur, Médecine d'urgence, *Dalhousie University*
- Christine Davis, professeure, Université Laurentienne; présidente de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale
- D^r David S. Goldbloom, consultant medical principal, *Education & Public Affairs, Centre for Addiction and Mental Health*; professeur de psychiatrie, Université de Toronto; vice-président, Commission de la santé mentale du Canada
- D^r John Hirdes, professeur, Sciences de la santé et Gériatrie, Université de Waterloo; directeur scientifique, *Homewood Research Institute*
- D^r Katharina Kovacs Burns, militante des droits des patients de l'Alliance pour la sécurité des patients de l'OMS; membre du conseil de *Patients for Patient Safety Canada*
- D^r François Lespérance, chef du département de psychiatrie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal; gestionnaire médical, Programme de psychiatrie et de santé mentale
- Eleanor Morton, vice-présidente, gestionnaire de risques, *Healthcare Insurance Reciprocal of Canada*
- Maryann Murray, militante des droits des patients de l'Alliance pour la sécurité des patients de l'OMS; membre du conseil de *Patients for Patient Safety Canada*
- L'Honorable juge Edward Ormston, Cour de justice de l'Ontario; président, *Consent and Capacity Board Ontario*; président, comité sur les lois et la santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada
- Diane C. Pinakiewicz, présidente, *National Patient Safety Foundation*
- David Simpson, gestionnaire de programme, *Psychiatric Patient Advocate Office*
- D^r Wendy Stanyon, professeure adjointe, Faculté des sciences de la santé, *University of Ontario Institute of Technology*
- D^r P. Scott Theriault, directeur clinique, *East Coast Forensic Hospital*
- D^r Ben Thomas, chef, Santé mentale et troubles de l'apprentissage, *National Patient Safety Agency*
- D^r Patrick White, président, Association des psychiatres du Canada; président, Département de psychiatrie, Université d'Alberta; directeur régional, Programme clinique en santé mentale

Participants à la Table ronde

- Teresa Belluz, chef de la gestion de la qualité, *BC Mental Health and Addiction Services*
- Lynda Bond, directrice, Amélioration de la qualité, de la sécurité et du rendement, *BC Mental Health and Addiction Services*
- Norma Brown, directrice générale, *Health Quality Council of Alberta*
- Charlotte Burkhardt, directrice, Qualité et gestion des risques, *Homewood Health Centre*
- Saulo Castel, directeur, *Inpatient Unit, Dept of Psychiatry, Sunnybrook Health Sciences Centre*
- John Charles, gestionnaire des services cliniques, *Forensic Psychiatric Services, BC Mental Health and Addiction Services*
- Marg Colquhoun, chef de projet, Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada
- Linda Courey, directrice, *Mental Health Services, Cape Breton District Health Authority*
- Peter Croxall, directeur, *Mental Health Program, Capital District Mental Health Program*
- Deborah Cumming, analyste de politiques, Association des hôpitaux de l'Ontario

- Robert Cunningham, président et directeur général, *Northeast Mental Health Centre*
- Simon Davidson, psychiatre/premier dirigeant de la planification stratégique, *Provincial Centre of Excellence for Child and Youth, Mental Health Children's Hospital of Eastern Ontario*
- Jana Lea Davidson, directrice médicale, *Child and Youth Mental Health and Addictions Program, BC Children's Hospital*
- Christopher Dean, spécialiste de la recherche et du développement de produits, Agrément Canada
- Orvie Dingwall, bibliothécaire et gestionnaire de projet, Institut canadien pour la sécurité des patients
- Donald Rose, professeur adjoint, *Daphne Cockwell School of Nursing Ryerson University*
- Janice Dusek, OIIO & VP, *Professional Practice and Strategy Development, Whitby Mental Health Centre*
- Sherry Espin, professeure adjointe, *Ryerson University*
- Theresa Fillatre, chef de la synapse de l'Atlantique, *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*
- Pat Fryer, consultante, *Patricia Fryer and Associates*
- David Goldbloom, conseiller médical principal, *Education and Public Affairs, Centre for Addiction and Mental Health*
- Marnin Heisel, professeur adjoint/chercheur, *University of Western Ontario*
- Lorna Howes, directrice de la santé mentale, *Vancouver Acute and Emergency, Vancouver Coastal Health Authority*
- Lianne Jeffs, directrice de la recherche, *St Michaels Hospital/Clinical Research and Scientist, Keenan Research Centre, Keenan Research Centre*
- Dorothy Jennings, *College of Registered Psychiatric Nurses of British Columbia*
- Jamie Kellar, gestionnaire des services de pharmacie, *Whitby Mental Health Centre*
- Karen Kwong, assistante exécutive, Association des hôpitaux de l'Ontario
- Carol Lambie, PDG (intérimaire), *Mental Health Centre Penetanguishene Corporation*
- Jennifer Lavoie, agente de recherche, *BC Mental Health and Addiction Services*
- Barbara Lowe, directrice, *Registered Psychiatric Nurses of Canada*
- Steve Lurie, directeur général, Association canadienne pour la santé mentale (succursale de Toronto)
- Kathleen MacMillan, rectrice, *School of Health Sciences, Humber College Institute of Technology and Advanced Learning*
- Elizabeth McCay, professeure adjointe, *Ryerson University*
- Carla McLean, spécialiste de l'analyse qualitative, *BC Mental Health and Addiction Services*
- Georgene Miller, directrice commerciale, *Medical Affairs, Quality, Safety, and Risk Management, Provincial Health Services Authority*
- Robert Miller, directeur médical, *Mental Health and Addiction Program, Vancouver Island Health Authority*
- Beth Mitchell, directrice, *Mental Health Care Program, London Health Sciences Centre*
- Angus Monaghan, gestionnaire principal, *Regional Clinics, Forensic Psychiatric Services, BC Mental Health and Addiction Services*
- Emiko Moniwa, résident en psychiatrie, Université de Toronto
- Eleanor Morton, vice-présidente, Gestion des risques, *Healthcare Insurance Reciprocal of Canada*
- Deanna Mulvihill, directrice, *Nursing and Professional Practice, BC Mental Health and Addiction Services*
- Maryanne Murray, militante des droits des patients de l'Alliance pour la sécurité des patients de l'OMS
- Shailesh Nadkarni, directeur de projet, *Mental Health and Continuing Care, Peterborough Regional Health Centre*
- Tonia Nicholls, chercheure, *Forensic Psychiatric Services, BC Mental Health and Addiction Services*
- Chris Nichols, directeur, Santé mentale, Hôpital Royal Victoria Hospital
- Joseph Noone, directeur médical, *Adult Tertiary Psychiatry Program, Riverview Hospital, BC Mental Health and Addiction Services*
- Annette Osted, directrice générale, *College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba*
- Marie Owen, directrice des opérations, Institut canadien pour la sécurité des patients
- Patricia Paradis, gestionnaire de programme, *Mental Health Rehabilitation, St. Joseph's Care Group*
- Ric Procyshyn, chercheur en psycho-pharmacologie, *BC Mental Health and Addiction Services*
- Paula Ræaume-Zimmer, directrice de programme, *Chatham-Kent Mental Health and Addictions Program*
- Glenna Raymond, présidente et directrice générale, *Whitby Mental Health Centre*
- Kimberly Sahlstrom, agente de recherche, *Forensic Psychiatric Services, BC Mental Health and Addiction Services*
- Sandi Kossey, gestionnaire de projet, Institut canadien pour la sécurité des patients

- Elaine Santa Mina, professeure adjointe, Ryerson University
- David Simpson, gestionnaire de projet, *Psychiatric Patient Advocate Office*
- Beth Sproule, *Advanced Practice Pharmacist/Clinical Scientist, University of Ontario Institute of Technology*
- Wendy Stanyon, professeure adjointe, Faculté des sciences de la santé, *University of Ontario Institute of Technology*
- Margaret Tansey, vice-présidente, *Professional Practice/Chief, Nursing, Royal Ottawa Health Care Group*
- Dominique Taylor, consultante en sécurité des patients, Sécurité des patients et pratiques cliniques exemplaires, Association des hôpitaux de l'Ontario
- Ben Thomas, chef, Santé mentale et troubles de l'apprentissage, *National Patient Safety Agency*
- Laurie Thompson, directrice générale, *Manitoba Institute for Patient Safety*
- Todd Tomita, psychiatre, *Forensic Psychiatric Services, BC Mental Health and Addiction Services*
- Judith Tompkins, chef, Services de nursing et professionnels et vice-présidente exécutive, Programmes, *Centre for Addiction and Mental Health*
- Michael Trew, directeur du programme médical, *Calgary Health Region*
- Andrew Warner, étudiant à la maîtrise, Épidémiologie et biostatistiques, *University of Western Ontario*
- Cheryl Williams, directrice de programme, Santé mentale et services d'urgence, *Rouge Valley Health System*
- Derek Wilson, chef de l'évaluation, *Mental Health and Addictions, Fraser Health Authority*
- Sherry Wyatt, coordonnatrice de l'amélioration clinique, *Mental Health and Addictions, Interior Health Authority*

Veillez noter qu'ayant été dans l'impossibilité d'obtenir le consentement écrit de deux participants, leurs noms ont été omis de la présente liste.

Observation de la constance méthodologique pendant les discussions en petits groupes

- Tracey Brickell, chef du projet de recherche, *British Columbia Mental Health and Addiction Services*

Observateurs de la direction de l'Association des hôpitaux de l'Ontario

- Elizabeth Carlton, directrice, Politiques et Affaires législatives et juridiques, Association des hôpitaux de l'Ontario
- Sudha Kutty, directrice, Sécurité des patients et pratiques cliniques exemplaires, Association des hôpitaux de l'Ontario
- Greg Shaw, vice-président, Stratégies ressources humaines, Association des hôpitaux de l'Ontario

Notes bibliographiques

- Accreditation Canada. (2008). *Patient Safety - Required organizational practices*. Retrieved August 21, 2008, from <http://www.cchsa.ca/default.aspx?page=355&cat=30>
- American Psychiatric Association. (2003). *Patient Safety and Psychiatry: Recommendations to the Board of Trustees of the American Psychiatric Association*. Retrieved April 2, 2008, from <http://www.psych.org/Departments/QIPS/Downloads/TaskForceReport.aspx>.
- American Psychiatric Association. (1997). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aud, M. A. (2004). Dangerous wandering: Elopements of older adults with dementia from long-term care facilities. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19, 361-368.
- Australian National Mental Health Working Group. (2005). *National safety priorities in mental health: A national plan for reducing harm*. Retrieved April 7, 2008, from <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-safety>
- Australian Resource Centre for Hospital Innovations. (2003). Safe staffing and patient safety literature review. *Report for the Australian Council for Quality and Safety in Health Care*. Retrieved April 16, 2008, from [http://www.safety-andquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F87404B9B00D8E6CCA2571C6000F049/\\$File/s_stafitrev.pdf](http://www.safety-andquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F87404B9B00D8E6CCA2571C6000F049/$File/s_stafitrev.pdf)
- Baker, G. R., Grosso, F., Heinz, C., Sharpe, G., Beardwood, J., Fabiano, D., et al. (2007). *Review of provincial, territorial and federal legislation and policy related to the reporting and review of adverse events in healthcare in Canada*. Retrieved on May 10, 2008, from <http://www.patientsafetyinstitute.ca>
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., et al. (2004). The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170, 1678-1686.
- Banerjee, A., Daly, T., Armstrong, H., Armstrong, P., Lafrance, S., & Szebehely, M. (2008). *Out of control: Violence against personal support workers in long-term care*. Retrieved April 15, 2008, from http://www.yorku.ca/mediar/special/out_of_control__english.pdf
- Bates, D. W. (2003). Examining the evidence: Evidence of a problem. *Psychiatric Services*, 54, 1599. Retrieved on April 18, 2008, from <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/54/12/1599>
- Bhalla, N. Duggan, C., & Dhillon, S. (2003). The incidence and nature of drug-related admissions to hospital. *The Pharmaceutical Journal*, 270, 583-586.
- Bolton, J. (2006). Accident and emergency psychiatry. *General Hospital Psychiatry*, 5, 73-76.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 465-473.
- Bowers, L. (2000). The expression and comparison of ward incident rates. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 365-374.
- Bowers, L. (2006). On conflict, containment and the relationship between them. *Nursing Inquiry*, 13, 172-180.
- Bowers, L., N., Crowhurst, N., Alexander, J., Callaghan, P., Eales, S., Guy, S., et al. (2002). Safety and security policies on psychiatric acute admission wards: Results from a London-wide survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 427-433.
- Bowers, L., Jarrett, M., & Clark, N. (1998) Absconding: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 5, 343-353.
- Bowers, L., Simpson, A. & Alexander, J. (2003). Patient-staff conflict: Results of a survey on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 402-408.
- Bowers, L., Simpson, A., & Alexander, J. (2005). Real world application of an intervention to reduce absconding. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 598-602.
- Brickhouse, E. (1997). *Violence in Psychiatric Settings*. Designated Agency Safety and Health Official Letter. Retrieved April 18, 2008, from <http://www1.va.gov/vvasafety/page.cfm?pg=213>
- Brown, E. L., Raue, P. J., Mlodzianowski, A. E., Meyers, B. S., Greenberg, R. L., & Bruce, M. L. (2006). Transition to home care: Quality of mental health, pharmacy, and medical history information. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36, 339-349.
- Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. (2006). *Framework for action on mental illness and mental health: Recommendations to health and social policy leaders of Canada for a national action plan on mental illness and mental health*. Retrieved August 8, 2008, from <http://camimh.ca/files/Framework%20for%20Action%202006%20English%20FINAL%20High.pdf>
- Canadian Institute for Health Information. (2005). *National trauma registry minimum dataset*. Retrieved July 30, 2008, from www.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/NTR_MDS_PIA_2005_e.pdf
- Catchen, H. (1987). Consequence of patient accident reports for the frail elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 6, 284-300.
- Chang, A., Schye, P. M., Croteau, R. J., O'Leary, D. S., & Loeb, J. M. (2005). The JCAHO patient safety event taxonomy: A standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *International Journal for Quality in Health Care*, 17, 1-11.

- College of Registered Psychiatric Nurse of British Columbia. (2006). *Report on patient/client safety in mental health settings: Issues, professional practice concerns and recommendations - a call for action*. Retrieved May 5, 2008, from http://209.85.141.104/search?q=cache:kndTliNB6qJ:www.crpnb.ca/position_papers.html+College+of+Registered+Psychiatric+Nurse+of+British+Columbia.+&Report+on&chl=en&ct=clnk&cd=1&gl=ca
- Copperman, J., & Knowles, K. (2006). Developing women only and gender sensitive practices in psychiatric inpatient wards: Current issues and challenges. *The Journal of Adult Protection*, 8, 15-30.
- Davies, J. M., Hébert, P., & Hoffman, C. (2003). *The Canadian patient safety dictionary*. Retrieved June 1, 2008, from http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf
- Department of Health. (2000). *An organisation with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. Retrieved May 5, 2008, from <http://www.nimhe.csp.org.uk/silo/files/an-organisation-with-a-memory.pdf>
- Department of Health. (2002a). *Mental health policy implementation guide: Adult acute inpatient care provision*. Retrieved on May 5, 2008, from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009156
- Department of Health. (2002b). *Mental health policy implementation guide: National minimum standards for general adult services in psychiatric intensive care units (PICU) and low secure environments*. Retrieved April 24, 2008, from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4010439?IdcService=GET_FILE&dID=19505&Rendition=Web
- Department of Health. (2005). *Delivering race equality in mental health care: An action plan for reform inside and outside services*. Retrieved April 24, 2008, from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4100773?IdcService=GET_FILE&dID=24260&Rendition=Web
- Desai, R. A. (2003). *Quality of mental health care and suicide risk in psychiatric patients*. Retrieved March 18, 2008, from http://www.hsr.d.research.va.gov/research/abstracts.cfm?Project_ID=1481359054&UnderReview=no
- Druss, B. G. (2007). Improving medical care for persons with serious mental illness: Challenges and solutions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 40-44.
- Fisher, W. A. (1994). Restraint and seclusion: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1584-1591.
- Flannery, R. B., & Penk, E. W. (1999). Critical incident stress management (CISM): The assaultive psychiatric patient. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3, 169-174.
- Frank, J. R., & Brien S. (Eds.), on behalf of The Safety Competencies Steering Committee. (2008). *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute.
- Galpin, D., & Parker, J. (2007). Adult protection in mental health and inpatient settings: An analysis of the recognition of adult abuse and use of adult protection procedures in working with vulnerable adults. *The Journal of Adult Protection*, 9, 6-14.
- Gillespie, L. D., Gillespie, W. J., Robertson, M. C., Lamb, S. E., Cumming, R. G., & Rowe, B. H. (2008). Interventions for preventing falls in the elderly (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-112. Retrieved April 29, 2008, from <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000340/frame.html>
- Goodall, D. (2006). Environmental changes increase hospital safety for dementia patients. *Holistic Nursing Practice*, 20, 80-84.
- Goodwin M. B., & Westbrook J. I. (1993). An analysis of patient accidents in hospital. *Australian Clinical Review*, 13, 141-149.
- Health Canada. (2007). The working conditions of nurses: Confronting the challenges. *Strengthening the Policy-Research Connection*, 13, 1- 46. Retrieved March 26, 2008, from http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-eng.pdf
- Healthcare Commission. (2005). *The national audit of violence (2003-2005): Final report*. Retrieved May 4, 2008, from http://www.healthcarecommission.org.uk/_db/_documents/04017451.pdf
- IMS Health Canada. (n.d.) *Pharmaceutical trends*. Retrieved April 21, 2008, from http://www.imshealthcanada.com/web/home/0,3153,77303623_63872702,00.html
- Jayaram, G. (2006). Psychiatrists strive to assure patient safety. *Directions in Psychiatry*, 26, 185-197.
- Joint Commission. (2008). *National patient safety goals*. Retrieved March 28, 2008, from http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/82B717D8-B16A-4442-AD00-CE-3188C2F00A/0/08_HAP_NPSGs_Master.pdf
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Retrieved March 24, 2008, from <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
- Lai, C. K., & Arthur, D. G. (2003). Wandering behaviour in people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 173-182.
- Lang, A., & Edwards, N. (2006). *Safety in home care: Broadening the patient safety agenda to include home care services. Report for the Canadian Patient Safety Institute*. Retrieved April 8, 2008, from <http://www.patientsafetyinstitute.ca>
- Lucero, M. (2002). Intervention strategies for exit-seeking wandering behaviour in dementia residents. *Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17, 277-280.
- Macperson, R., Dix, R., & Morgan, S. (2005). A growing evidence base for management guidelines. Revisiting... Guidelines for the management of acutely disturbed psychiatric patients. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 404-415.

- Marshall, H., Leloitt, P., & Hill, K. (2004). Safer wards for acute psychiatry: A review of the available evidence. *Report for the National Patient Safety Agency*. Retrieved on April 30, 2008, from <http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/alerts-and-directives/directives-guidance/mental-health/safer-wards-for-acute-psychiatry/>
- McGeorge, M., & Rae, M. (2007). Acute in-patient psychiatry: Service Improvement: The time is now. *Psychiatric Bulletin*, 31, 259-261.
- McMurdo, M. E. T., & Harper, J. R. (2004). Institutional falls: Quality not quantity. *Age and Ageing*, 33, 399-404.
- Melonas, J. (2004). Patient-safety strategies can reduce suicide risk. *Psychiatric News*, 39, 24-28.
- Mental Health Act*, R.S.O. 1990, c. M-7.
- Mental Health Act Commission. (2008). *Risk, rights, recovery*. Retrieved May 1, 2008, from <http://www.mhac.org.uk/?q=node/430>
- Mental Health Commission of Canada. (n.d.) *The mental health commission of Canada*. Retrieved August 8, 2008, from <http://www.mentalhealthcommission.ca/mhcc-en.php>
- Mind (n.d.). *Ward Watch: Mind's campaign to improve hospital conditions for mental health patients*. Retrieved April 21, 2008, from <http://www.mind.org.uk/>
- Mohr, W. K., Mahon, M. M., & Noon, J. (1998). A restraint on restraints: The need to reconsider the use of restrictive measures: *Archives of Psychiatric Nursing*, 12, 95-106.
- Mohr, W. K., Petti, T.A., & Mohr, B.D. (2003). Adverse effects associated with the use of physical restraints. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 330-337.
- Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., & Mulvey, E. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of violence and mental disorder*. New York: Oxford University Press.
- Mood Disorders Society of Canada. (2008). Psychiatric patient waits in emergency departments. *Invitational exploratory roundtable proceedings report*. Held January 17, 2008, Ottawa. Retrieved May 10, 2008, from <http://www.mooddisorderscanada.ca/patient-wait/Background-Paper.pdf>
- Nath, S. B., & Marcus, S. C. (2006). Medical errors in psychiatry. *Harvard Review of Psychiatry*, 14, 204-211.
- National Center for Patient Safety. (2004). *National Centre for Patient Safety Toolkit*. Retrieved March 31, 2008, from <http://www.va.gov/ncps/SafetyTopics/fallstoolkit/notebook/complete-booklet.pdf>
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (n.d.). *About medication errors*. Retrieved April 9, 2008, from <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>
- National Institute for Clinical Excellence. (2001). *Safety first: Five year report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness*. Retrieved April 23, 2008, from [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsand-statistics/Publications/Publications PolicyAndGuidance/DH_4006679?IdcService=GET_FILE&dID=15047&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsand-statistics/Publications/Publications%20PolicyAndGuidance/DH_4006679?IdcService=GET_FILE&dID=15047&Rendition=Web)
- National Institute for Clinical Excellence. (2005). *Violence: The short-term management of disturbed/violent behavior on psychiatric in-patient setting and emergency departments: Nice guideline*. Retrieved May 15, 2008, from <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG25>
- National Mental Health Working Group. (2005). *National safety priorities in mental health: A national plan for reducing harm*. Retrieved April 7, 2008, from <http://www.health.gov.au/inter-net/main/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-safety>
- National Patient Safety Agency. (2004a). *Safer wards for acute psychiatry*. Retrieved April 3, 2008, from <http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/alerts-and-directives/directives-guidance/mental-health/safer-wards-for-acute-psychiatry/>
- National Patient Safety Agency. (2004b). *Seven steps to patient safety: An overview guide for NHS staff*. Retrieved February 3, 2009, from <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/improvingpatientsafety/patient-safety-tools-and-guidance/7steps/full-reference/>
- National Patient Safety Agency. (2005). *Building a memory: Preventing harm, reducing risks and improving patient safety*. Retrieved on May 1, 2008, from <http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/alerts-and-directives/patient-safety-information-database/?EntryId23=17600>
- National Patient Safety Agency. (2006). *With safety in mind: Mental health services and patient safety*. Patient Safety Observatory Report 2. Retrieved on May 1, 2008, from <http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/alerts-and-directives/directives-guidance/mental-health>
- National Patient Safety Agency. (2008a). *Seven steps to patient safety in mental health: Good practice examples*. Retrieved on February 3, 2009, from <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/improvingpatient-safety/patient-safety-tools-and-guidance/7steps/>
- National Patient Safety Agency. (2008b). *Seven Steps to Patient Safety in Mental Health: Summary*. Retrieved on February 3, 2009, from <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/improvingpatientsafety/patient-safety-tools-and-guidance/7steps/>
- National Steering Committee on Patient Safety. (2002). *Building a safer system: A national integrated strategy for improving patient safety in Canadian health care*. Retrieved April 30, 2008, from <http://www.patientsafetyinstitute.ca/patientsafety/about.html>
- Nicholls, T., Brink, J., Desmarais, S., Webster, C., & Martin, M. (2006). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): A prospective validation study in a forensic psychiatric sample. *Assessment*, 13, 313-27.

- Nicholls, T. L., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P., & Verdun-Jones, S. (2009). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by patient gender. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 23-30.
- O'Donovan, A. (2007). Pragmatism rules: The intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 64-71.
- Quirk, A., Lelliott, P., & Seale, C. (2005). Risk management by patients on psychiatric wards in London: An ethnographic study. *Health, Risk and Society*, 7, 85-91.
- Registered Nurses Association of Northwest Territories and Nunavut (n.d.). *Restraint: Who, when and what process*. Retrieved June 2, 2008, from <http://www.rnantnu.ca/Portals/0/Documents/News/restraint.pdf>
- Rocca, P., Villari, V., & Bogetto, F. (2006). Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30, 586-598.
- Royal College of Psychiatrists. (1998). *Not just bricks and mortar: Report of the Royal College of Psychiatrists Working Party on the size, staffing, structure, sitting, and security of new acute adult psychiatric in-patient units*. Retrieved May 2, 2008, from <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr62.pdf>
- Royal College of Psychiatrists. (n.d.). *The Health Care Commission national audit of violence 2003-2005: Final report*. Retrieved April 22, 2008, from <http://www.rcpsych.ac.uk/PDF/Final%20Report%20shortened%20for%20website.pdf>
- Rubenstein, L. Z., Josephson, K. R., & Robbins, A. S. (1994). Falls in the nursing home. *Annals of Internal Medicine*, 121, 442- 51.
- Sailas, E., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-14. Retrieved April 29, 2008, from <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001163.html>
- Shear, M. K., Greeno, C., Kang, J., Ludwig, D., Frank, E., Swartz, H. A., et al. (2000). Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *American Journal of Psychiatry*, 157, 581-587.
- Standing Nursing and Midwifery Advisory Committee. (1999). *Mental health nursing: Addressing acute concerns*. Retrieved April 24, 2008, from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008476?IdcService=GET_FILE&dID=8272&Rendition=Web
- Steadman, H., Mulvey, E., Monahan, J., Robbins, P., Appelbaum, P., Grisso, T., et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- Sullivan, A. M., Barron, C. T., Bezmen, J., Rivera, J., & Zapata-Vega, M. (2005). The safe treatment of the suicidal patient in an adult inpatient setting: A proactive preventive approach. *Psychiatric Quarterly*, 76, 67-83.
- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- Todd, C., & Skelton, D. (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? *Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report)*. Retrieved March 1, 2008, from <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>
- Vincent, C., TaylorAdams, S., & Stanhope, N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*, 316, 1154-1157. Retrieved on May 19, 2008, from <http://www.bmj.com/cgi/content/full/316/7138/1154>
- Warner, L., Nicholas, S., Patal, K., Harris, J., & Ford, R. (2000). *Improving care for detained patients from black and minority ethnic communities: Preliminary report*. Retrieved April 22, 2008, from <http://www.scmh.org.uk/pdfs/national+visit+2.pdf>
- Webster, C. D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T. L., & Middleton, C. (2004). *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)*, Version 1.0 (consultation ed.). St Joseph's Healthcare Hamilton: Ontario, Canada-Forensic Psychiatric Services Commission, Port Coquitlam, British Columbia, Canada.
- Weiss, E., Altimari, D., Blint, D., & Megan, K. (1998, October, 11). *Deadly restraint: A Hartford Courant investigative report*. Hartford, CT: Hartford Courant.
- World Health Organization. (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2007). *The conceptual framework for the international classification for patient safety, v.1.0 for use in field testing, 2007-2008 (ICPS)*. Retrieved July 16, 2008, from <http://www.who.int/patientsafety/ICPS%20%20July%202007.pdf>
- World Health Organization. (2008). *Programmes and projects - Patient Safety - Taxonomy - International classification for patient safety (ICPS)*. Retrieved July 16, 2008, from <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>
- Woo, B. K. P., Chan, V. T., Ghobrial, N., & Sevilla, C. C. (2007). Comparison of two models for delivery of services in psychiatric emergencies. *General Hospital Psychiatry*, 29, 489-491.
- Yassi, A., & Hancock, T. (2005). Patient safety-worker safety: Building a culture of safety to improve healthcare worker and patient well-being. *Healthcare Quarterly*, 8, 32-38.
- Yeager, K. R., Saveanu, R., Roberts, A. R., Reissland, G., Mertz, D., Cirpili, A., et al. (2005). Measured response to identified suicide risk and violence: What you need to know about psychiatric patient safety. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5, 121-141.



l'Institut Canadien pour la sécurité des patients

10235 – 101e rue, bureau 1414
Edmonton (Alberta)
Canada T5J 3G1
Sans Frais: 1.866.421.6933
Téléphone: 780.409.8090
Fax: 780.409.8098
www.securitedespatients.ca



Ontario Hospital Association

200 Front Street West, Suite 2800
Toronto, ON
Canada M5V 3L1
Phone: 416.205.1300
Fax: 416.205.1301
www.oha.com