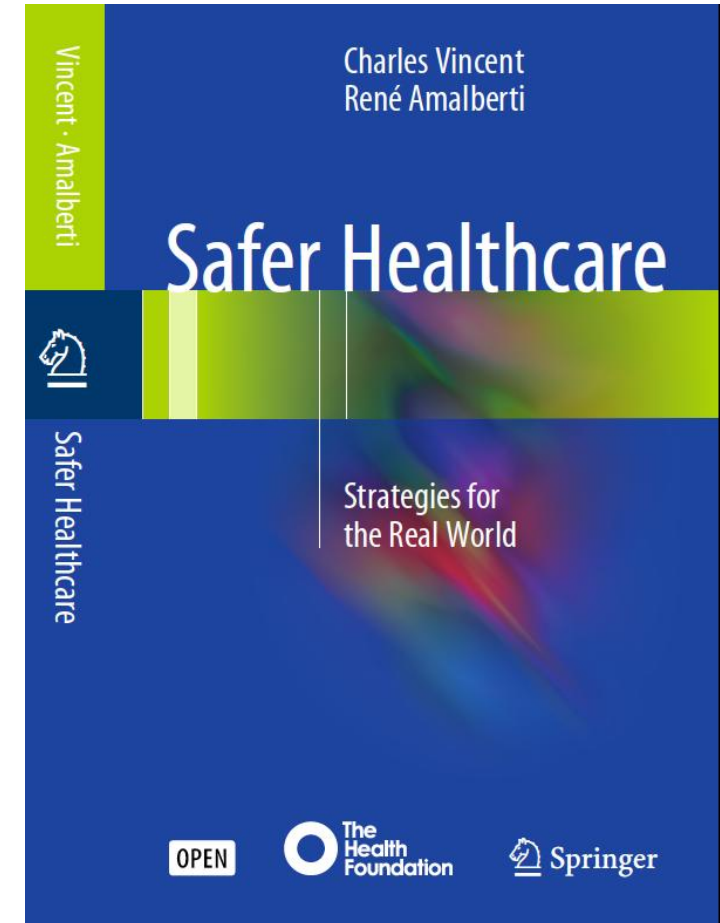


Sécurité du patient, Les défis à relever

**René Amalberti, Prof, conseiller sécurité
des soins de la HAS**

**Directeur de la Fondation pour une culture
de sécurité industrielle (FONCSI)**



TELECHARGEMENT GRATUIT

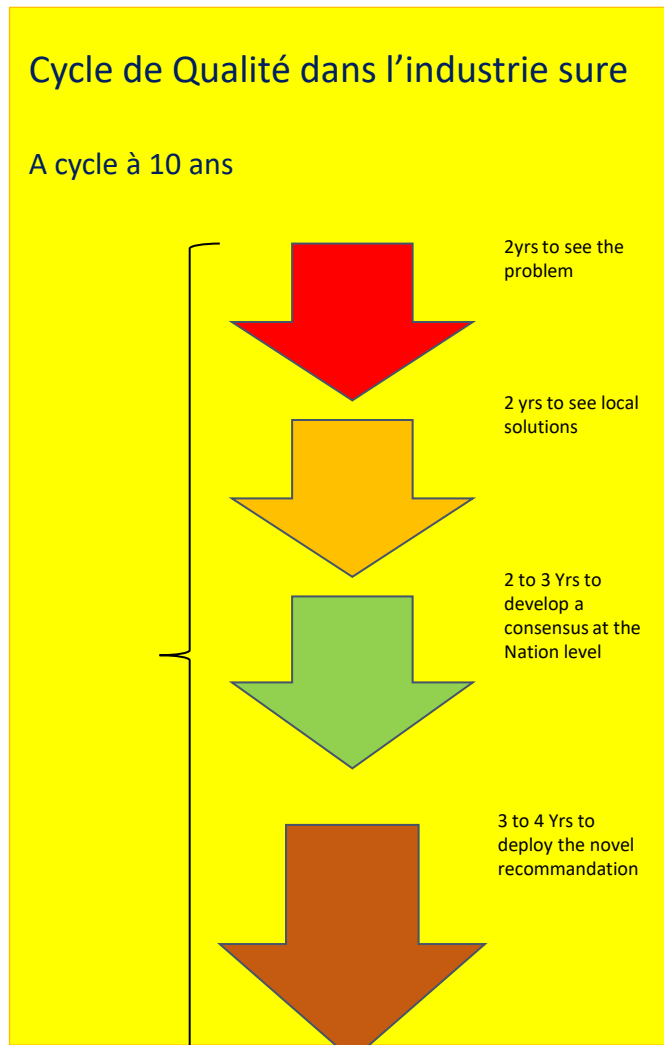
<http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-25559-0>

Existe en Espagnol, Portugais, Japonais, Chinois

Le contexte

Une incroyable accélération de l'instabilité de la connaissance Médicale

Demi vie de la connaissance inférieure à 5,5ans



Impossibilité d'actualiser les recommandations avec la méthode actuelle

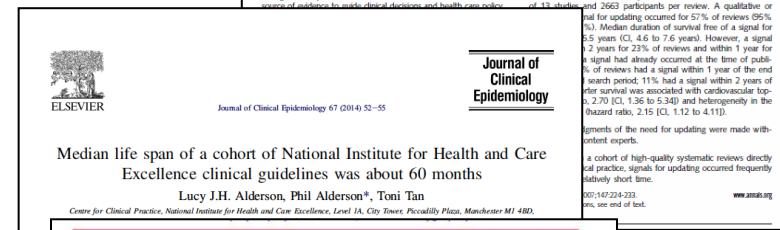
Demi vie de la connaissance

17 ans dans le nucléaire

13 ans des l'aviation civile

5,5 ans dans la médecine

2,7ans dans l'industrie des logiciels

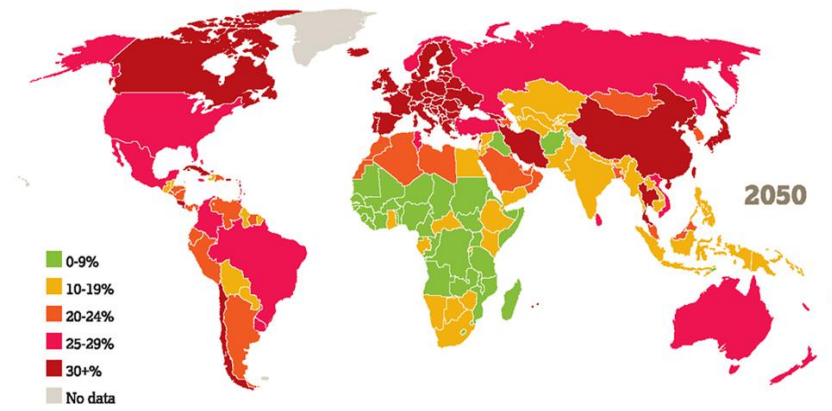
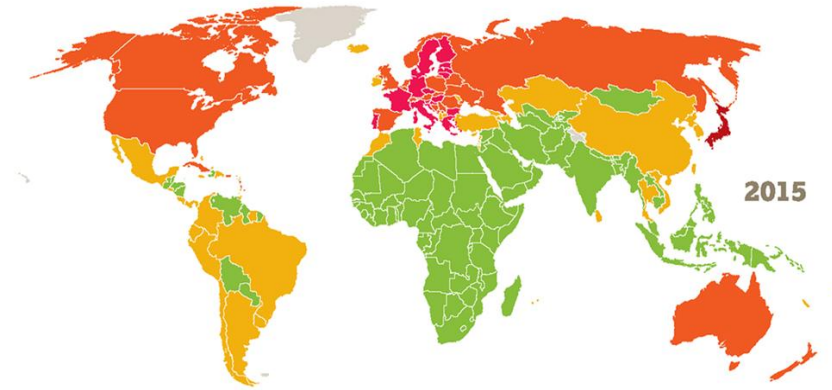


Nous sommes 'victimes' de notre succès

- **Jusqu'en 2025-2030, nous 'créons' près de 500,000 nouveaux patients par an**
- **Par les effets conjugués des progrès médicaux aux deux extrémités de l'âge**
 - **D'une médecine de prévention précoce qui diagnostique et prend en charge des pathologies ignorées jusque là chez des jeunes citoyens**
 - **D'un vieillissement massif qui fait survivre des patients qui seraient morts rapidement il y a seulement 10 ans**

Un vieillissement rapide, massif, et mondial

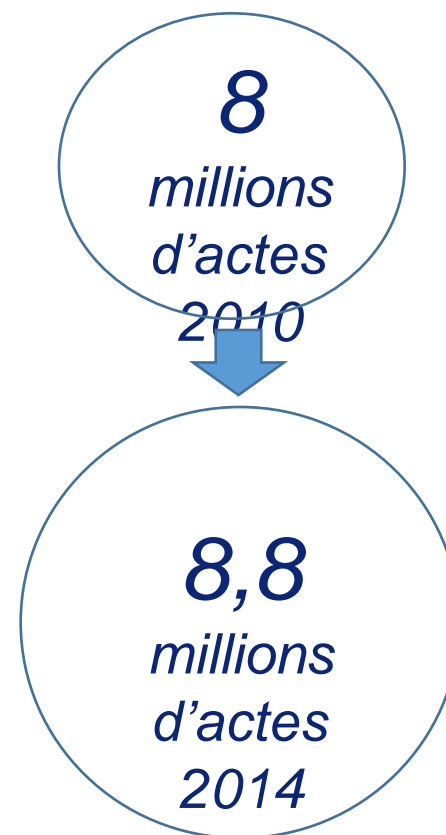
Pays (par ordre décroissant de vieillissement en 2050)	Pourcentage de la population supérieur à 60 ans		
	2015	2030	2050
Japan	33,1	37,3	42,5
Spain	24,4	33,5	41,4
Portugal	27,1	34,7	41,2
Greece	27	33,2	40,8
Italy	28,6	36,6	40,7
Germany	27,6	36,5	39,3
China	15,2	25,3	36,5
Switzerland	23,6	30,6	34,5
Chile	15,7	23,7	32,9
Canada	22,3	29,4	32,5
France	25,2	29,9	31,8
Iran	8,2	14,4	31,2
Ireland	18,4	24,4	31
UK	23	27,8	30,7
Denmark	24,7	29,3	29,9
Sweden	25,5	28,3	29,6
Norway	21	26,2	29,5
Russian Federation	20	24	28,8
Australia	20,4	24,6	28,3
India	8,9	12,6	28
USA	20,7	26,1	27,9
Columbia	10,8	18,3	27,6
Mexico	9,6	14,9	24,7
Oman	4,4	9,4	24,5
Argentina	15,1	21,5	23,6
Morocco	9,6	15,1	23,4
Qatar	2,3	7,9	19,8
Malaysia	8,2	13,2	19,2
Indonesia	8,2	13,2	19,2
Jordan	5,4	8,6	15,8
South Africa	7,7	10,5	15,4
Botswana	5,9	7,9	15,7
Cameroon	4,8	5,2	8,1
Angola	3,8	4,2	5,5



Source Global Age Watch 2015

Croissance rapide de la chirurgie

- **Montée en charge rapide de la chirurgie non invasive et des actes de confort (prothèses de tous ordres, chirurgie esthétique) pour le 'bien vieillir'**
- **Croissance rapide des actes nouveaux :** lithotrities intrarénales, soutènement vésical par bandelette synthétique intra-urétrale, bioprothèse de la valve aortique.
- **Evolution des pratiques:** chirurgie de l'obésité (+61%), arthroplastie (+29% de genou), baisse des adénoïdectomie (-15%)



Source CNAM Juin 2016

Paradoxalement les déserts médicaux s'étendent

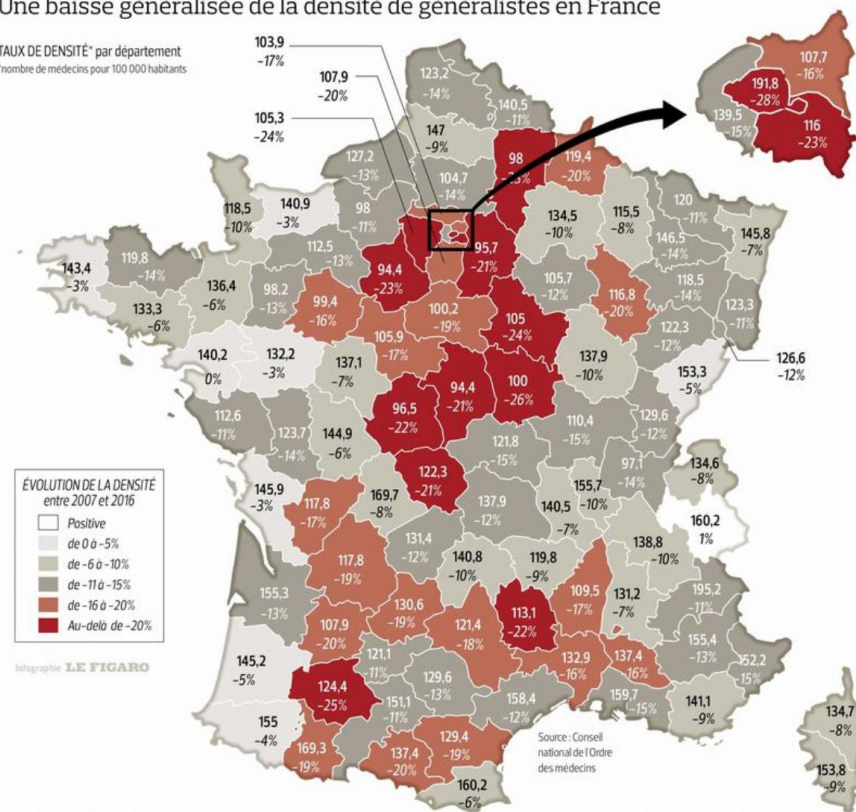
[Guillaume Guichard](#), [Service infographie du Figaro](#) Mis à jour le 02/06/2016 à 07:08 Publié le 02/06/2016 à 06:00

25% de lits
d'aigus et de
professionnels de
santé de soins
primaires auront
disparu des déserts
médicaux en 2030

45 % des
patients les plus
fragiles, retraités,
sans emplois,
vieillissants, vivront
dans des quasi
déserts médicaux
en 2030

Une baisse généralisée de la densité de généralistes en France

Taux de densité* par département
*nombre de médecins pour 100 000 habitants



La sécurité un sujet continuellement mouvant

COMPLICATIONS INDUES LIEES A LA MALADIE

*Pratique médicale sous optimale
Perte de temps, rupture dans la continuité des
soins, déviances diverses/recommandations*

ACCES impossible trop lent, pas au bon niveau

*La sécurité est souvent
hésitante à incorporer
cette dimension
(souvent laissée à la
Qualité) mais elle
s'avère essentielle
dans la gestion du
risque, et pas
simplement sur un
plan de l'égalité social;
exemple de l'AVC et de
l'accès au scan et au
neuroradiologue en
moins de 4hoo*

COMPLICATIONS INDUES LIEES AU SITE Infections, chutes...

*Ces deux doigts
représentent la
majorité des
problèmes*

*Arc traditionnel des
progrès médicaux, Vision
des grands nombres,
Approches
épidémiologiques,
Expérience collective plus
importante que
l'expérience personnelle*

PATIENTS PAS DANS LA BOUCLE , MAL INFORMES DES RISQUES

*Un thème montant
rapidement en puissance
Inclus la participation du
patient à sa sécurité, la
participation à la décision,
l'information sur les risques,
et l'annonce d'un EIG*

ERREURS GROSSIERES SYSTEMIQUES

*Un inventaire à la
Prévert, d'EIG rares,
pas d'approche
épidémiologique
possible. Le rôle de la
gouvernance de
l'établissement est au
premier plan*

Safety in healthcare is a moving target

Charles Vincent,¹ Rene Amalberti²

Safety in healthcare is a constantly moving target. As standards improve and concern for safety grows, we come to regard an increasing number of events as patient safety issues. In this respect, healthcare differs from almost all other safety-critical industries. What we regard as harm in, for instance, civil aviation remains the same whatever advances may occur in aviation technology or practice. In contrast, innovation and improving standards in healthcare alter our conceptions of both harm and preventability.

drug events in the community that cause admission to hospital, polypharmacy and general harm from overtreatment.⁸ All these, in the past, might have been regretted, but now receive greater attention by being viewed under the safety umbrella.

The perimeter of safety is, therefore, expanding. This is welcome for patients as it reflects rising standards and aspirations. However, the shifting perimeter does present problems, both conceptual and practical. The definition of harm seems increasingly difficult to pin down

Pour résumer

Une ambition sans limite de meilleure qualité



Durée de vie augmentée statistiquement
Qualité de vie augmentée
Mais complexité croissante des prises en charge

Progrès continus
•Par exemple : chirurgie sur des patients ASA 3 /4
•AVC avec scanner /IRM, admission en UNV, thrombolyse en moins de 4h00

Risques d'EIG augmentés
•Par exemple : chirurgie sur des patients ASA 4 : complexité des prises en charges
•AVC avec scanner , admission en UNV, thrombolyse en moins de 4h00 : 27% de la France 24/24,7/7, 10 ans pour se mettre en conformité

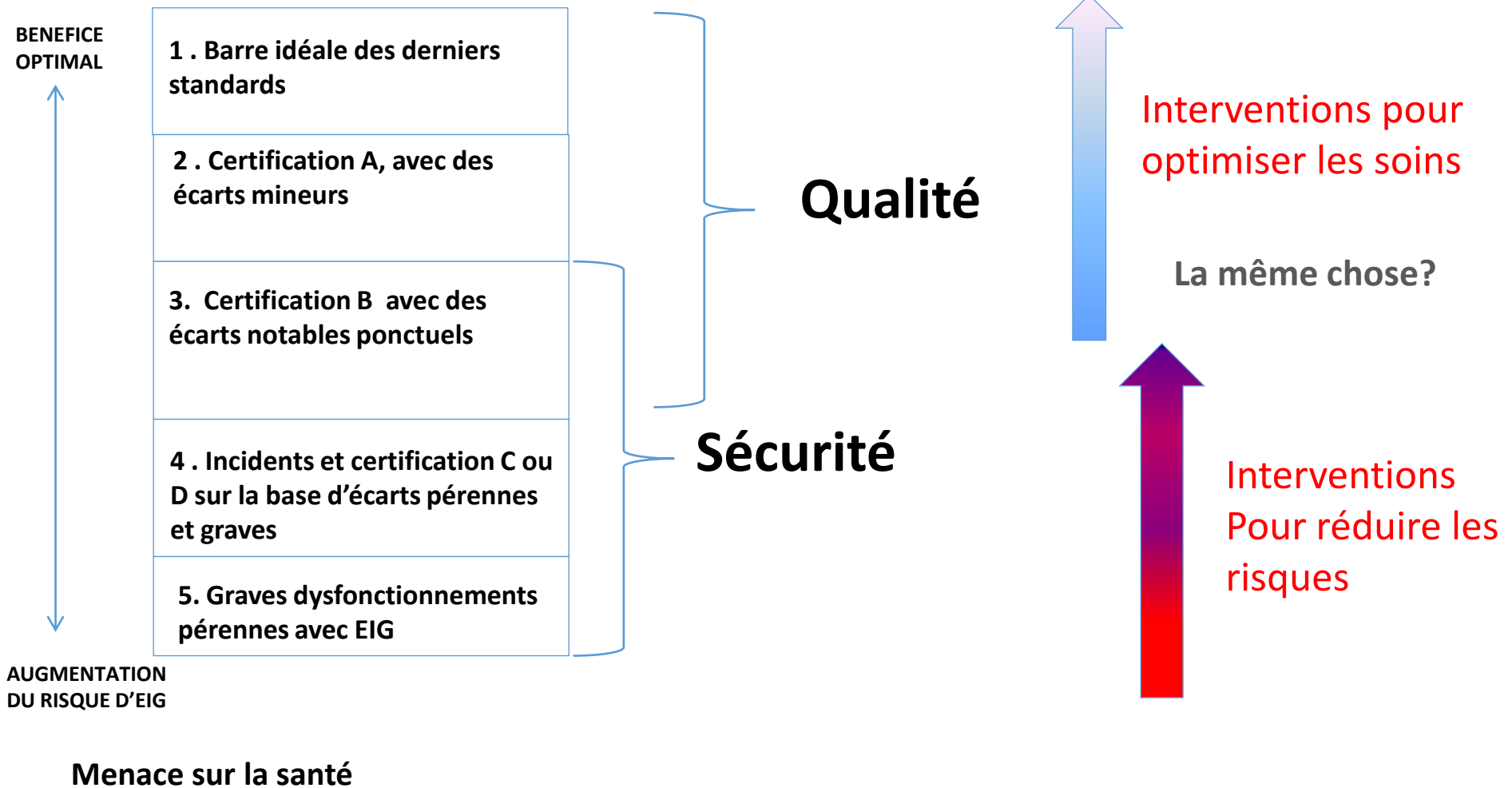
2018

Plus d'EIG par non conformité aux recommandations

Un système médical qui peine à suivre le train imposé des innovations

Un continuum, mais des logiques d'action non complètement alignées entre Qualité et Sécurité

Ambition de la qualité maximale



Le but de la médecine est appelé à changer profondément

- **Plus de 80% des citoyens seront diagnostiqués porteurs d'une ou plusieurs pathologies dès 2025**
 - Grâce à la prévention, la génomique et aux effets du vieillissement massif
- Dans ces conditions, **guérir n'est plus l'objectif médical central**
- **Le but de la médecine devient**
 - **Vivre bien et le plus longtemps possible avec sa/ses pathologies**
- Multiples effets en cascade sur la Qualité et la Sécurité
 - Les définitions changent
 - Le risque dans le temps devient plus important que le risque dans l'instant
 - La mesure du risque se déplace
 - Les indicateurs changent
 - L'analyse des EIG change
 - Le rôle du patient est considérablement augmenté

Adopter une vision proactive de la sécurité du patient centrée Gestion des risques plutôt, que zéro risques

	Definition de la sécurité du patient	Principes
<p style="text-align: center;">A Rétrospective ACTUEL</p>	<p>La sécurité est le résultat de l'absence d'EIG, EI, Presque EI, et erreur pour chaque acte, et pour chaque professionnel</p> <p>Graal du zéro accident, zéro incident, zéro erreur</p>	<p>La réduction du risque est la priorité absolue</p> <p>On signale et on compte le nombre d'EI, et même de presque EI et les erreurs. L'objectif est la réduction de tout indicateurs vers zéro</p> <p>La sécurité repose sur l'identification des causes des EI et leur suppression par des barrières de prévention</p>
<p style="text-align: center;">B Proactive FUTUR</p>	<p>La sécurité est le résultat de la meilleure gestion des risques</p> <p>L'objectif est l'absence d'impact sévère des erreurs/ complications/ sur le patient</p> <p>La sécurité se mesure par le ratio risque /bénéfice sur tout l'épisode de soin</p>	<p>La conscience du risque et sa gestion sont les priorités absolues</p> <p>Les barrières de détection et récupération comptent plus que les barrières de suppression</p> <p>Le patient est forcément partenaire privilégié de cette gestion</p> <p>On mesure la capacité à garder le niveau de risque à un niveau acceptable sur tout l'épisode de soins.</p>

Repenser les principes de Qualité - Sécurité d'un hôpital aigu travaillant en régime de flux (plutôt qu'en régime de séjour)

• Hôpital:

- Convertir tout le modèle de qualité et sécurité à une **logique de flux** (presque tout est à faire)
- Valoriser une maîtrise des risques intelligente plutôt qu'une vision administrative de retour à la conformité illusoire
- Repenser tout le modèle de mesure de la sécurité
- **Mettre en place de façon accélérée la notion de PEC collective et d'équipe**
- **Installer une Logique complète de cohérence et complémentarité de l'offre du territoire au service des patients, avec un aménagement intelligent et contractuel local des règles générales (y compris pour autorisations et gradations des services)**
- Augmenter le regard critique sur les PEC (pertinence), sur les outcomes médicaux, PROMS, PREMS, et le suivi du risque

2018, Taylor & Francis

Horizon 2030: adopting a 'global local' approach to patient safety

In eds J. Braithwaite, P. shekelle, Y. Matsuyana, Mannion R., Health Care Systems: Future Predictions for Global Care, Taylor and Francis,

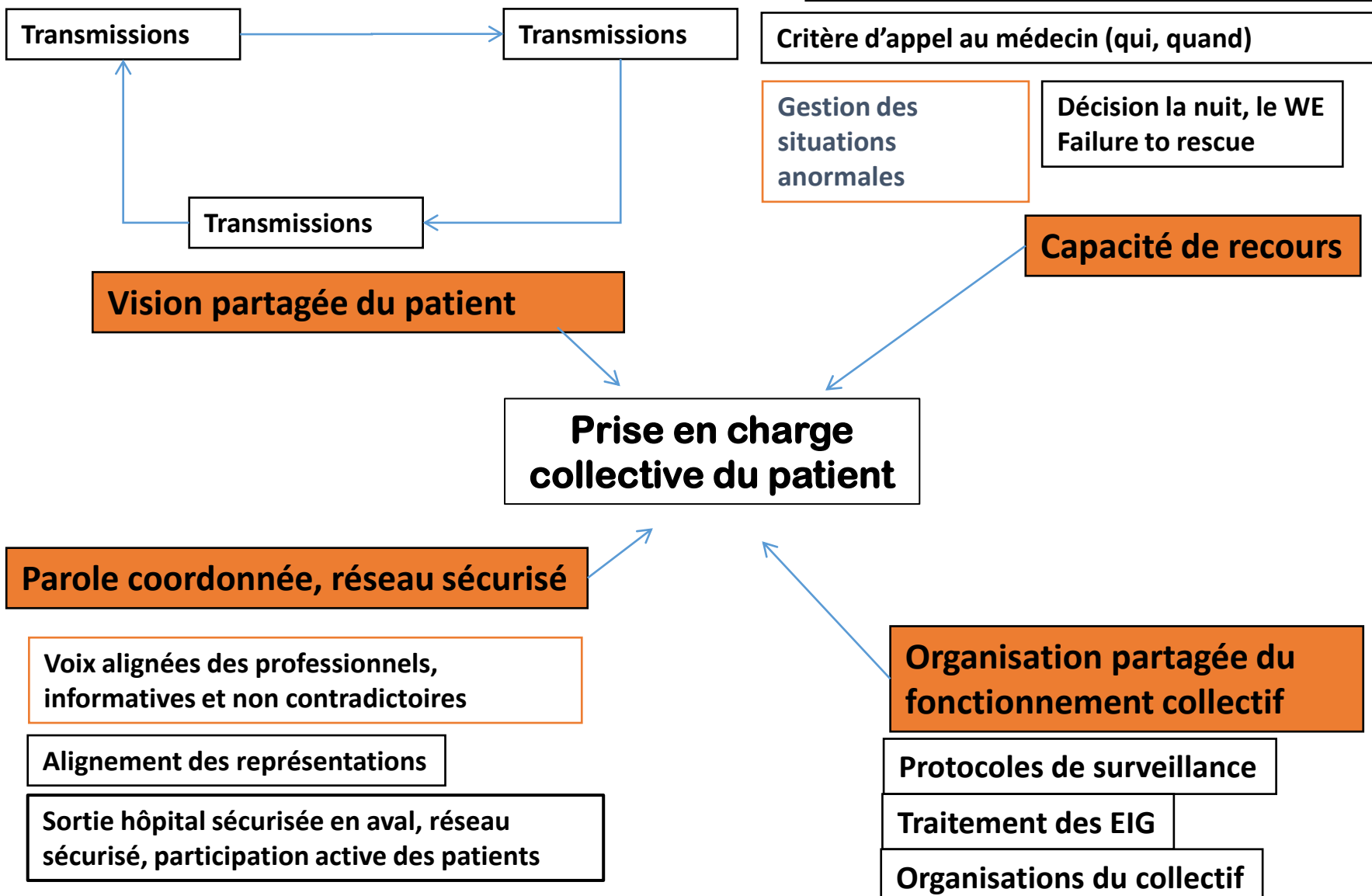
*Catherine Grenier
René Amalberti
Laetitia May-Michelangeli
Anne-Marie Armanteras-de-Saxcé*

The challenge of the 'global local'

The French healthcare system benefits from universal health coverage. The government has taken full responsibility for the financial and operational management of health insurance. Patients are refunded 70% of most healthcare costs, and 100% in case of costly or long-term ailments. Supplemental coverage may be bought from private insurers, most of them non-profit, mutual insurers. France has about 2500 hospitals of all types (acute, rehabilitation, psychiatry, hospital at home), among which grossly 50% are public non-profit hospitals, and 50% private for-profit hospitals. Most general practitioners are in private practice but draw their income from public insurance funds. The system is increasingly fragmented due to the discontinuity between private and public hospitals, primary and social care. However, due to the financially secure and independent status of its hospitals, primary care and social care, healthcare in France has long been regarded as one of the best systems in the world, (WHO, 2000; Nolte, 2008; Degos, 2008).

The challenge now for the French system is to maintain this excellence in the face of current difficulties. And there are many. France, like most other countries, has a rapidly aging population and significant public debt. Urban centers and medical settings are expanding at the expense of the regions which, in turn, have become unappealing to medical practitioners while retaining a population that has a disproportionate number of retired and chronically unwell. These social changes, combined with the fragmentation of the system, threaten the stability of the healthcare system.

La démarche d'équipe est la priorité des priorités pour les stratégies à mettre en place



Programme d'amélioration continue du travail en équipe de la Haute Autorité de santé: évaluation après 18 mois d'expérimentation

Laetitia May-Michelangeli, Yasmine Sami, Axel Renoux, René Amalberti
 Haute Autorité de santé, Saint Denis
 René Amalberti - 23 rue Berradides - 13100 Aix-en-Provence - E-mail: rene-amalberti@orange.fr

Résumé

Le programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) répond à la volonté de la Haute Autorité de santé (HAS) de développer le travail en équipe dans les établissements de santé. Il n'est plus utile de souligner la contribution des mauvaises communications et coordinations aux événements indésirables associés aux soins (EIAS). La littérature internationale est totalement convergente à ce sujet [1-2].

Origines du programme

Depuis 30 ans, l'aviation civile a largement inspiré toute l'industrie et maintenant les organisations de santé. Elle a diffusé des méthodes de sécurisation des pratiques, et notamment l'installation de formations récurrentes au travail en équipe de type *Crew Resource Management* (CRM) [3]. Ces séances de CRM sont organisées sous forme de séminaires courts

Abstract

French National health authority programme for continuous teamwork improvement: assessment after 18 months

Background: Since 2013, the French HAS (National health authority) has been implementing an experimental continuous teamwork improvement programme in healthcare facilities. Tested by fifty hospital teams during 18 months, this programme could eventually become part of the certification process. **Methods:** The evaluation studied the feasibility of the approach (process indicators and team satisfaction indicators) as well as the perceived and observed changes in care-related collective behaviours. **Results:** Concerning the improvement of teamwork quality and patient care, the process was considered successful by 37.5% of the teams, but this success was mitigated for 52% who also found an improvement in human resources and communications, but without any perceptible impact on patient care. In this study, the preferred tool was the healthcare application of *Crew resource management* (Healthcare CRM), specifically designed to assess teamwork. **Discussion:** The programme was more beneficial to those teams committed straight from the beginning to a specific project, with forecasted duration and organisation. In contrast, the teams who had undertaken the programme as an imposed addition to their normal activities, with neither initially defined purpose, nor specifically allocated resources, found it too cumbersome and with too distant time limits. This experimental stage proved encouraging and will serve as a framework for ulterior initiatives.

Mots-clés: Travail en Équipe - Crew Resource Management - Culture de Sécurité.

Keywords: Teamwork - Crew Resource Management - Safety Culture.

RISQUES & QUALITÉ - 2018 - VOLUME XV - N° 2

L'impact sur les EIG

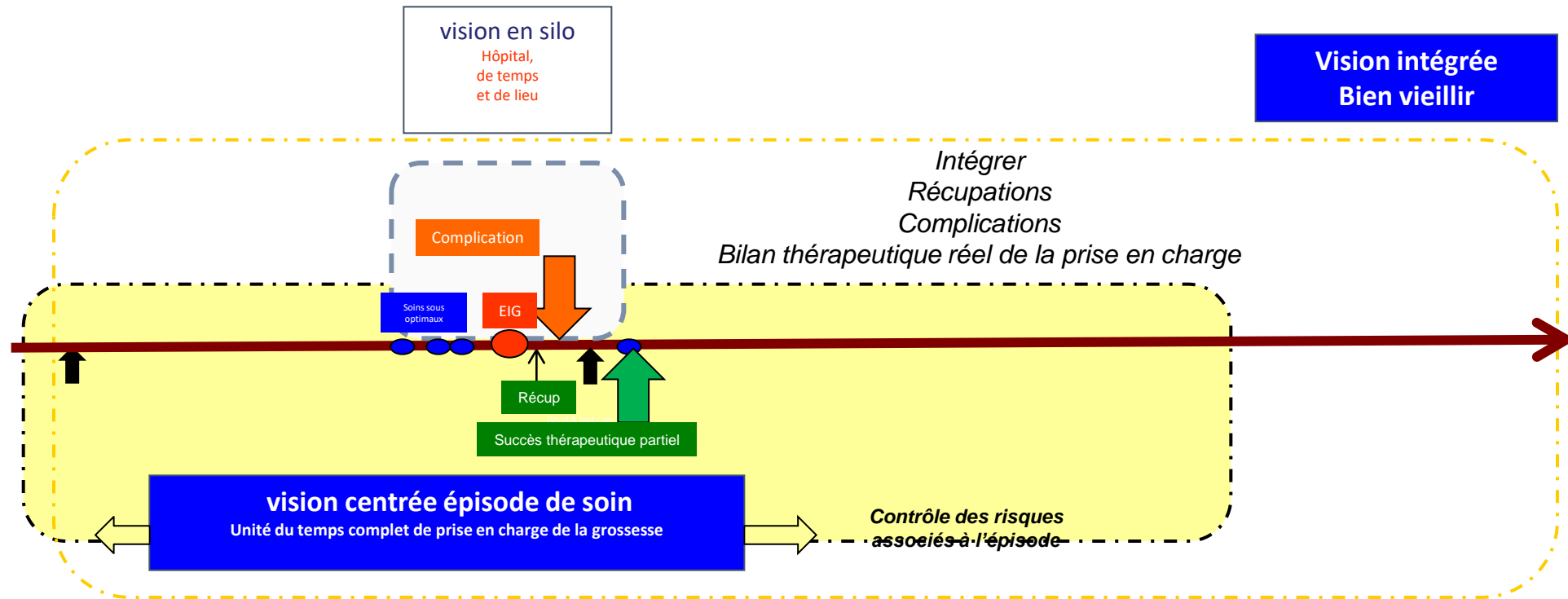
Plus d'EIG à attendre plutôt que moins

un simple effet mécanique du progrès....

- Augmentation rapide du volume de patients
- Augmentation rapide de la complexité des Prises en Charges
- Durées des pathologies étalées sur des dizaines d'années et non sur quelques jours/mois
- Période de transition de 20 ans avec un système de santé en souffrance

Faire évoluer la mesure de la sécurité

Sortir d'une mesure ponctuelle du risque (le simple compte des EIG)
Adopter une vision parcours, replacer l'EIG dans son parcours de soin
Redéfinir la Sécurité des Soins comme le Contrôle Réussi des Risques sur l'épisode de soins



Les faiblesses de nos signalements actuels et de leur analyse

Le facteur humain mal compris

Questions de vocabulaire sur les facteurs humains et les risques

- **Actions humaines**
 - Erreur (involontaire)
 - Violation (volontaire)
 - Chaîne d'erreurs
 - Récupération
 - Atténuation
- **Conséquences / impact patient**
 - Evènement indésirable (associé aux soins)
 - Grave
 - Evitable
- **Culture Juste :**
 - pardonner (pas de sanction) toutes les erreurs (forcément involontaires)
 - et aussi toutes les violations liées aux imperfections du système
 - sanctionner les actes déviants motivés par des bénéfices personnels

Les erreurs dans les activités humaines

- Trois types
 - ROUTINES 80 à 90%
 - ERREURS DE CONNAISSANCES
 - Règles (mauvaise sélection) 15%
 - Modèles de connaissances (manque de) 2 à 5%
- Fréquentes: 2 à 10 par heure en situation active (pilotage, conduite, tâches prenantes)
- Auto-récupération très élevée: moyenne 70 à 80%
 - DETECTION SUR RESULTAT BIZARRE
 - DETECTION SUR TRACES
 - CONTRÔLE SYSTEMATIQUE

Le facteur humain est partout dans les systèmes humains

- Positif et négatif
- Toutes les défaillances sont liées au facteur humain
- Mais toutes les réussites aussi.
- L'analyse doit garder à l'esprit cette dualité

L'efficacité de l'analyse des EIG en dé

Les critiques de la littérature

- Un objectif devenu souvent quasi administratif, une case à remplir (RMM; crex) plus qu'une analyse bien faite
- Le nombre et les statistiques devenu plus importants que la qualité de l'analyse; peu de temps consacré à chaque cas
- Des analystes parties prenantes sur le recueil des faits et l'élaboration des conclusions, enfermés
- La réduction des séjours fait 'fuir' la visibilité des EIAS chez les professionnels qui ont pris le patient en charge à sa sortie
- Une recherche de causes trop souvent rapidement arrêtée au fait le plus évident, le plus récent, le plus facile à corriger
- Une recherche de causes d'erreurs qui oublie le plus important pour la gestion des risques: la détection et la récupération des erreurs
- Pire, des conclusions et recommandations dramatiquement naïves: 'revenir au standard, rappeler ce standard, multiplier les barrières de prévention, et appliquer les procédures'



Paradoxalement, la déclaration insuffisante d'EIAS n'est plus une priorité pour la littérature, bien au contraire

Quoi signaler? Une Forte ambiguïté sur l'inclusion (et donc sur la définition des EIG)

- **Plus de 90% des EIAS graves sont des 'case mix'**
 - **Causés par un mélange d'erreurs dans la Prise en charge (PEC) et l'évolution spontanée de la pathologie**
 - **Ce qui explique (sans justifier) leur exclusion dans 80% des cas, et le faible nombre d'EI déclaré**
 - **Hélas double erreurcar la vraie source de progrès de sécurité n'est pas tant dans la recherche et la suppression de causes (sensible au case mix) que la meilleure gestion des conséquences, complications quelles qu'en soient les causes (détection, récupération, atténuation) (insensible au case mix)**
- **La définition des EIAS dépend (trop) de la norme locale.**
 - **Un grand nombre de vrais EIAS ne fait pas sens pour les professionnels, noyé dans une 'normalité déviante'**

La question des compétences et sa causalité dans la survenue des EIAS

Compétences techniques et Compétences non techniques

- **Compétences techniques**

- La pratique technique médicale dans toutes ses facettes (gestes, anamnèse, examen physique, séméiologie, examens complémentaires)
- La thérapeutique (sous toutes ses formes et particulièrement les Pratiques médicales recommandées)

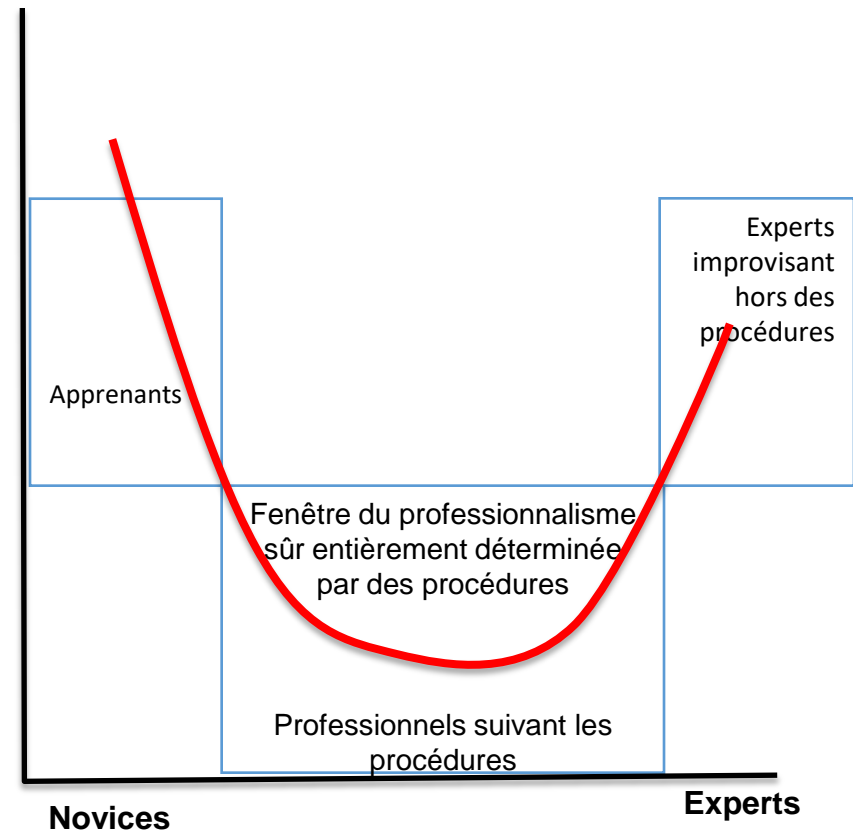
- **Compétences non techniques**

- La relation au patient et à l'entourage du patient
- La gestion des conflits et des priorités (avec le patient, avec ses collègues ou employés, avec ses propres priorités, ses contrariétés du jour, etc.)
- La gestion des collaborations dans le système médical (avec les confrères et professionnels de santé)
- La gestion des outils: informatique, téléphone, dossiers, aides de toutes sortes, ... et documents pour l'administration
- La gestion de son niveau de stress et de fatigue....

Lien compétences-sécurité: une courbe en U inversée

- **La prise de risque est attractive parce que valorisée socialement quand elle est réussie**
 - Les accidents ne sont que les exceptionnels échecs d'une logique habituellement gagnante (renforcement positif sur l'apprentissage)
- **L'acquisition de compétences professionnelles suit une courbe en U renversé dans son rapport à la sécurité des pratiques**
- **A court terme, les pratiques d'experts hors procédures sont à risques**
- L'aéronautique a depuis longtemps fait le choix du court terme et inscrit dans ses règlements qu'elle se refusait à former des pilotes exceptionnels et qu'elle refusait des machines exigeant des compétences exceptionnelles
- Les pratiques d'experts à risques peuvent toutefois ouvrir de nouvelles connaissances qui bénéficieront à la sécurité, mais dans un temps différé

Risque d'accident



Quels
changements
introduire
concrètement?

Pour resumer: Sept changements de fond à opérer dans l'analyse des EIG

- **INCLURE LES RECITS DE PATIENTS**
- **CONSIDER LE PARCOURS PLUTÔT QUE L'ACTE** Elargir le périmètre temporel de l'analyse (mini J-30 à J+30)
- Développer une **EDUCATION THERAPEUTIQUE AUX PATIENTS** dans le domaine de la **GESTION DES RISQUES** en renforçant leur information, en s'appuyant sur des hotlines territoriales, et en budgétant cet effort dans le futur système de santé
- **FEWER DEEPER** Faire beaucoup moins d'analyses, beaucoup plus approfondies, et plus pertinentes (triage et sélection)
- **QUITTER UNE VISION uniquement centrée RECHERCHE DE CAUSES:** regarder détection et la récupération, **adopter une analyse de GESTION DES RISQUES**
- **INCLURE TOUTES LES COMPLICATIONS** et non seulement les EIG dans le périmètre de l'analyse (résout le problème des case mix)
- **SORTIR D'UNE VISION SIMPLISTE DES RECOMMANDATIONS DE FIN D'ANALYSE** Sortir d'une vision corrective qui demande exclusivement de revenir à l'observance des standards.

Vincent et al. *Implementation Science* (2017) 12:151
DOI 10.1186/s13012-017-0695-4

Implementation Science

DEBATE

Open Access



Safety analysis over time: seven major changes to adverse event investigation

Charles Vincent^{1*}, Jane Carthey², Carl Macrae¹ and Rene Amalberti³

Abstract

Background: Every safety-critical industry devotes considerable time and resource to investigating and analysing accidents, incidents and near misses. The systematic analysis of incidents has greatly expanded our understanding of both the causes and prevention of harm. These methods have been widely employed in healthcare over the last 20 years but are now subject to critique and reassessment. In this paper, we reconsider the purpose and value of incident analysis and methods appropriate to the healthcare of today.

Main text: The primary need for a revised vision of incident analysis is that healthcare itself is changing dramatically. People are living longer, often with multiple co-morbidities which are managed over very long timescales. Our vision of safety analysis needs to expand concomitantly to embrace much longer timescales. Rather than think only in terms of the prevention of specific incidents, we need to consider the balance of benefit, harm and risks over long time periods encompassing the social and psychological impact of healthcare as well as physical effects. We argued for major changes in our approach to the analysis of safety events: assume that patients and families will be partners in investigation and where possible engage them fully from the beginning, examine much longer time periods and assess contributory factors at different time points in the patient journey, be more proportionate and strategic in analysing safety issues, seek to understand success and recovery as well as failure, consider the workability of clinical processes as well as deviations from them and develop a much more structured and wide-ranging approach to recommendations.

Conclusions: Previous methods of incident analysis were simply adopted and disseminated with little research into the concepts, methods, reliability and outcomes of such analyses. There is a need for significant research and investment in the development of new methods. These changes are profound and will require major adjustments in both practical and cultural terms and research to explore and evaluate the most effective approaches.

Keywords: Patient safety, Incident analysis, Safety interventions

Utiliser tout le portfolio des stratégies d'amélioration de la sécurité des soins, 5 familles, 107 stratégies identifiées

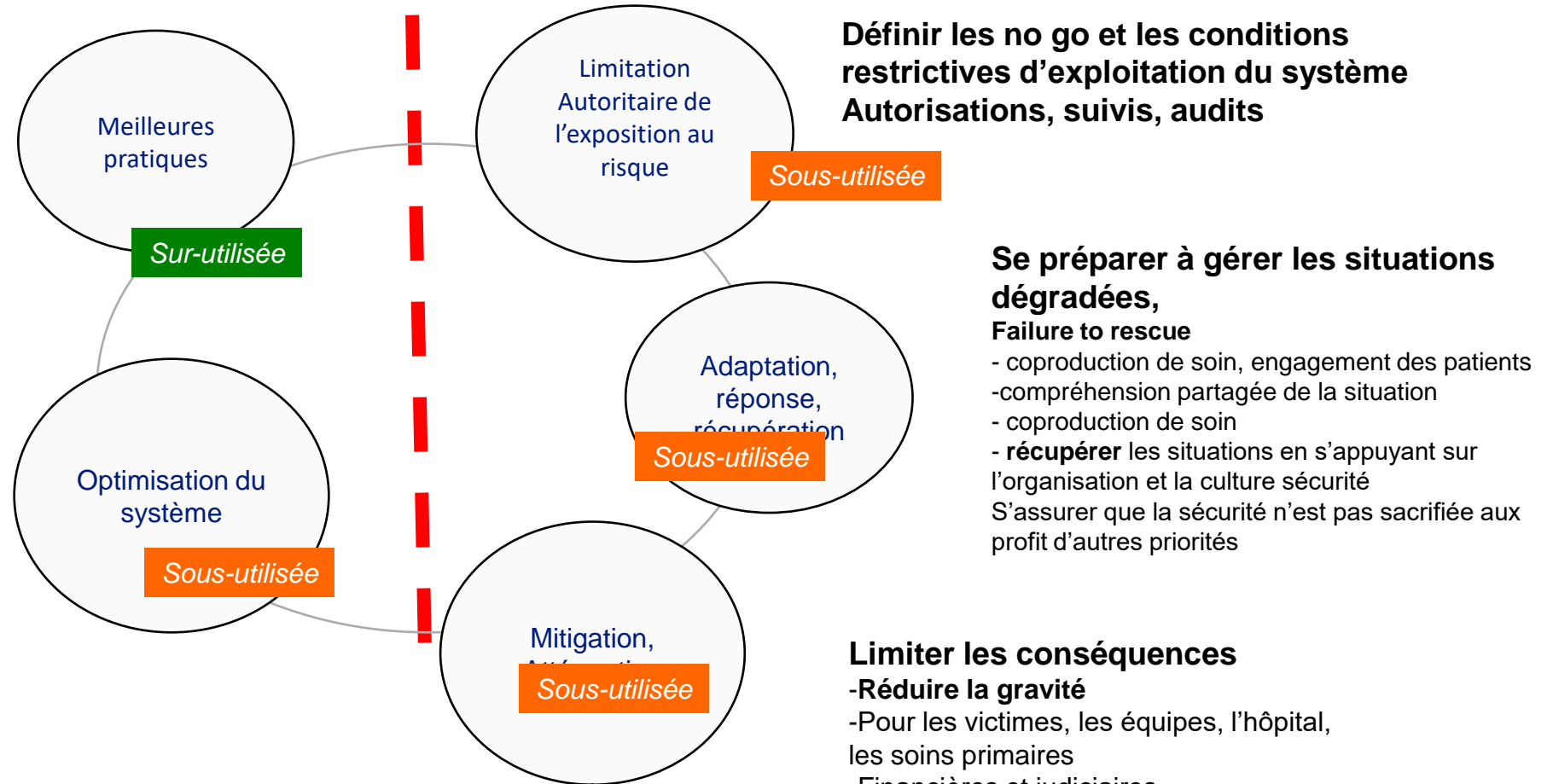
Stratégies d'optimisation

Stratégies de gestion des risques

Développer des référentiels et augmenter leur l'observance

Prendre en compte les facteurs humains et organisationnels (FHO)

- Ergonomie
- Nouveaux matériels
- Organisation roulements
- RH
- Climat social
- Organisation service



Etablir les bases d'une sécurité du patient autonome au domicile

- Revoir la définition de la sécurité du patient à domicile
 - Autonomie 'connectée', utilisation des produits de la révolution numérique
 - Gestion personnalisée du risque, pharmacies de domicile
 - Nouveaux standards autonomes de sécurité adaptés aux patients, aidants et à la famille

De nouvelles priorités à intégrer

- **EIAS Psycho-social (vision du patient)**
 - Peurs récurrentes, abandon de soins, accès impossibles /incompris, accumulation de soins médiocres, préjudice professionnel, et autres...
- **EIAS Collectifs**
 - Equipe du service, équipe du parcours (inter-service, inter-hospitalier, avec soins primaires)
- **EIAS en soins primaires**
- **EIAS en médico-social**
- **EIAS à la maison**

Pour conclure

Droits et devoirs des patients et professionnels dans ce nouveau rôle sur les EIG

- L'impossible illusion
 - Vivre 100 ans sans EIG avec de multiples pathologies accumulées
- Le but à atteindre
 - Eviter les EI graves avec un préjudice remettant en question le vivre longtemps et le bien vieillir
 - Ne pas se focaliser sur 'éviter' les EI 'mais privilégier la détection et récupération rapide avant toute conséquence et passage à EIG

Droits et devoirs des patients et professionnels dans ce nouveau rôle sur les EIAS

- Signaler (pour les patients), ce qui signifie avoir une plateforme à cet effet
 - Pour améliorer en continue la qualité
 - Bloquer les conséquences graves bien à l'avance
 - En renonçant à tout mélange avec une quelconque idée juridique dans ce processus de signalement
 - Le patient doit devenir acteur (responsable) d'un système d'une immense complexité dont il tire bénéfice
- Expliquer (pour les professionnels)
 - ce qu'est la prise en charge attendue, ses règles, sa gestion de risque (éducation thérapeutique)
- Analyser (pour les professionnels)
 - Les récits des patients, en les corrélant aux prises en charge
 - Distinguer le type d'analyse conduit
 - **Retour immédiat des professionnels vers chaque patient pour corriger la prise en charge (obligatoire) avec rétro-information au patient,**
 - **Analyse sur le fond des causes et conséquences de l'évènement signalé((fewer et deeper, avec tous les acteurs autour de la table)**

La plus grande réforme de la santé depuis le 19^e siècle

Une évolution législative sur 30/40 ans identique partout dans le monde en quatre phases

- Fractionnement des PEC: Préparer la réduction des coûts; installer les bases de la continuité des soins et des parcours (HPST en France)**
- Augmentation massive des patients : Installer les cohérences d'accès et de suivi de proximité de masse (Loi santé en France)**
- Vieillesse massif: Penser un projet national sur le vieillissement massif, sociétal, domicile, institutionnel**
- PEC multi-professionnelles: Revoir les schèmes de paiement : adopter le paiement global au parcours**

Une loi par mandature, près de 30 ans pour faire la réforme législative complète (40 pour qu'elle soit réalisée sur le terrain)

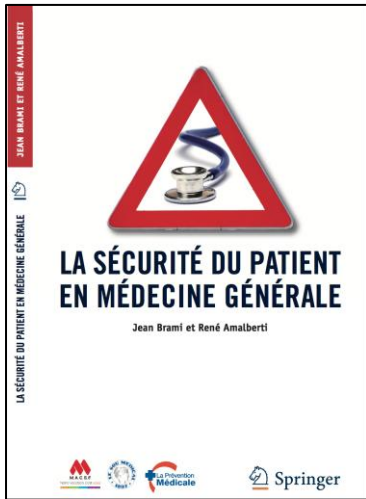
Mi parcours actuel, comme dans la plupart des pays occidentaux

Grande instabilité pendant la transition

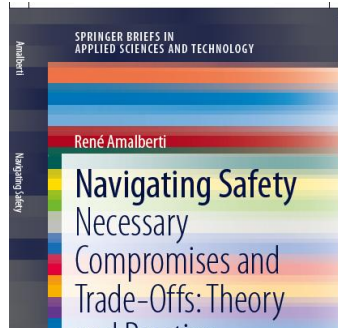
TELECHARGEMENT GRATUIT

<http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-25559-0>

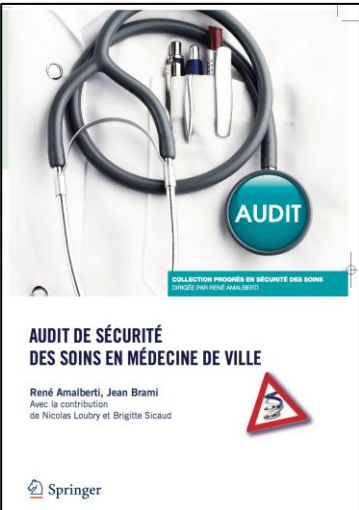
2009



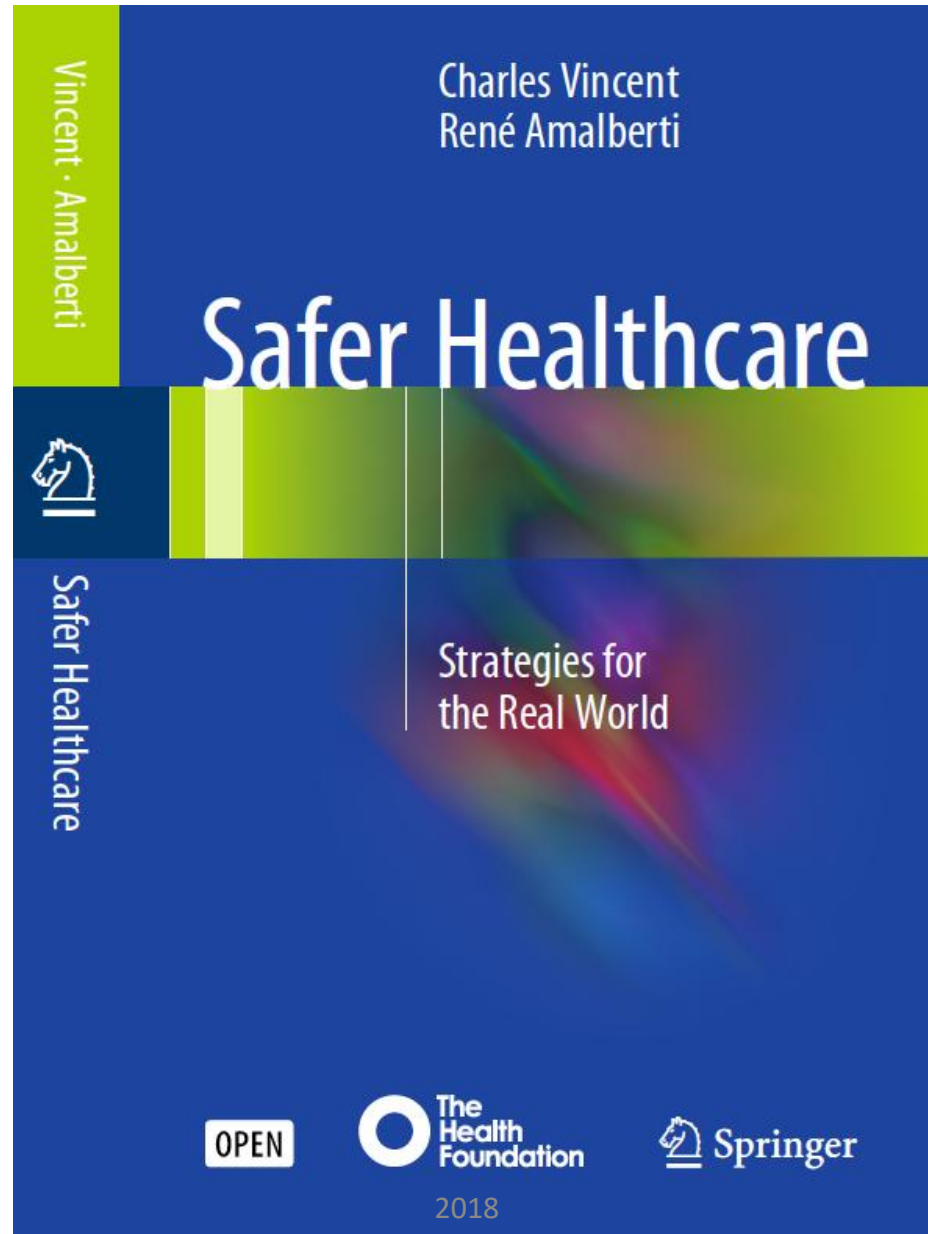
2013



2012



2012



2018

1992



2016



2014