IDENTIFIER
PRÉVENIR
AGIR

GUIDE DE LA SÉCURITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

CONTRIBUTIONS

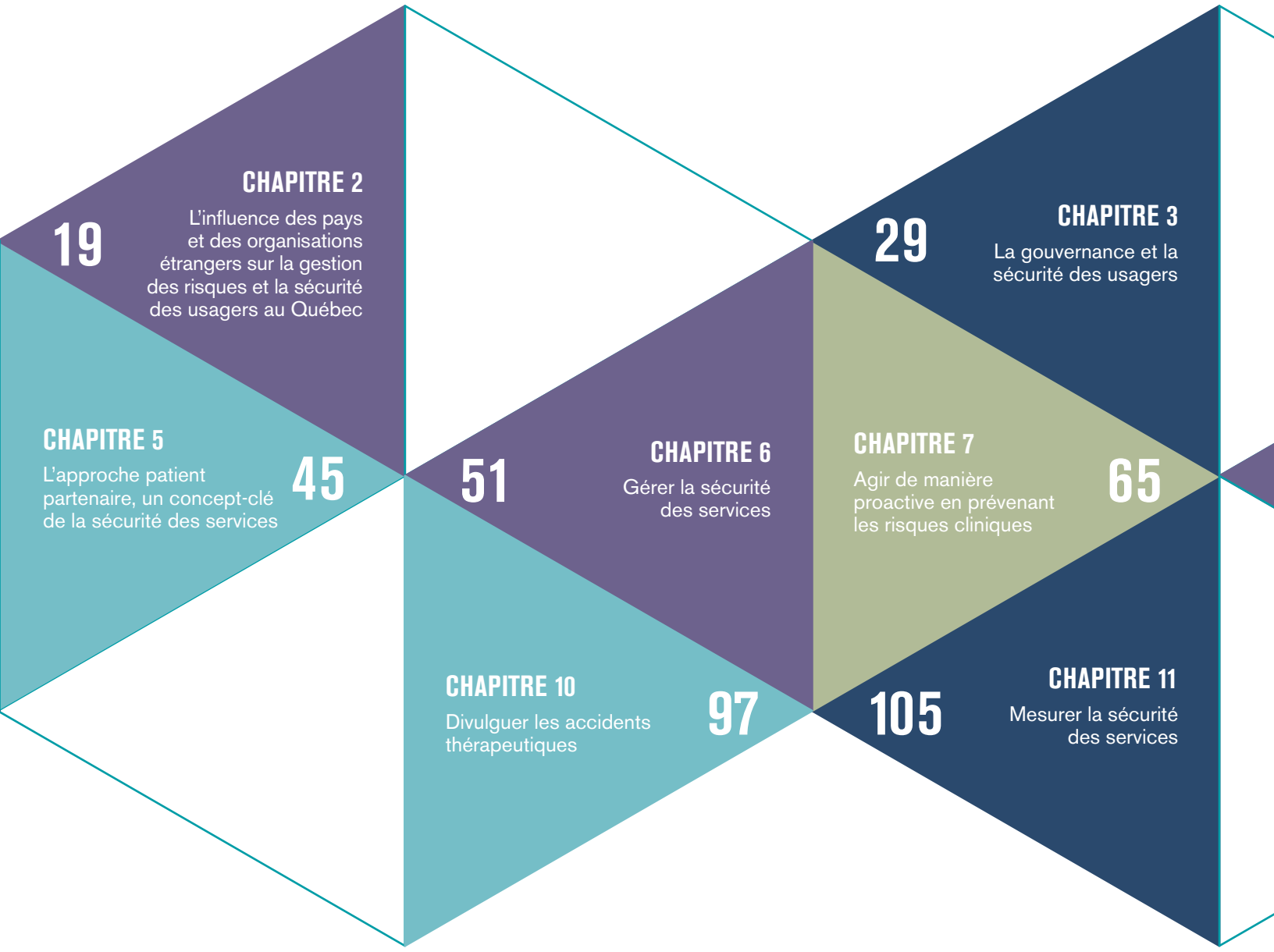
Gestion du projet
Chargé de projet : Guillaume Ducharme

Édition
Édition et révision : Guylaine Boucher
Conception graphique et mise en page : GB Design Studio

Distribution
Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
Direction de la performance et de la qualité
505, boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2
Téléphone : 514 842-4861

Dépôt légal – 1er trimestre 2015
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives du Canada
ISBN : 978-2-89636-200-4 (PDF)

TABLE DES MATIÈRES



INTRODUCTION

Dans sa présentation du rapport qui allait par la suite prendre son nom, M. Jean Francoeur faisait trois constats majeurs sur la situation de la sécurité des soins et des services au Québec : 1) les accidents évitables constituent une cause significative de morbidité et de mortalité, 2) le phénomène est largement occulté par la culture de culpabilisation et de blâme et 3) le fardeau de ces événements est accablant pour les victimes et leurs proches (Francoeur, 2001). Depuis cette époque, bien des choses ont changées au sein du réseau : un système de déclaration des événements indésirables a été mis en place, l'analyse de ces événements et la divulgation des accidents s'est généralisée, plus encore des instances ont été mises sur pied pour assurer la gestion de ces processus. Bien sûr, tout n'est pas parfait, quelques résistances demeurent, mais globalement un changement de culture s'est opéré : la sécurité des soins et des services est devenu un enjeu organisationnel dont on parle ouvertement dans les établissements.

Il est maintenant temps de capitaliser sur les avancées des dernières années. La sécurité des services de santé et des services sociaux doit maintenant prendre le tournant de la gestion intégrée des risques en s'appuyant sur un système de gestion coordonné, une vision systémique et une convergence des différents efforts visant à assurer à l'usager une expérience de soin exempte de toute mésaventure évitable (HAS, 2012, ASHRM, 2010). Le système de gestion de sécurité des services, dont les composantes et le fonctionnement sont décrits dans ce guide, constitue le socle sur lequel viendront s'appuyer les efforts des différentes équipes pour maîtriser les risques liés aux services et qui permettra la mise en place d'une solide culture de sécurité.

D'UNE PRÉOCCUPATION LÉGALE À UN SOUCI DE SAINE GOUVERNANCE

Le passage aux années 2000 a été marqué par le développement d'une préoccupation globale pour le risque et ses conséquences. De nombreux événements catastrophiques ont mis en évidence le fait que la complexification des sociétés et la multiplication des menaces requérait une nouvelle approche face aux risques. Cette nouvelle approche prend la forme d'une intégration complète de la gestion des risques au sein de la gouvernance de l'organisation, voire de l'émergence d'une « ère de la gouvernance des risques » (Hassid, 2011).

Il est maintenant admis que la saine gouvernance d'une organisation requière de la part de ses dirigeants une préoccupation pour le risque et sa gestion.

L'ancien *Manuel de gestion des risques* publié par la Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux visait essentiellement à assurer la mise en œuvre des obligations légales en matière de gestion des risques prévues par la LSSSS. La présente édition du *Guide de la sécurité des services* vise davantage à faire de la sécurité des services un élément-clé de la saine gouvernance d'un établissement. Tout en conservant l'héritage de l'ancien *Manuel*, le présent guide se rattache davantage aux concepts élaborés dans le *Guide de la gestion intégrée des risques* dont il souhaite être le prolongement et l'outil de mise en œuvre pour le secteur clinique.

Dans le *Guide de la gestion intégrée des risques* il a été largement traité de la manière de mettre en œuvre un système de gestion des risques intégré aux activités de l'établissement en fonction des meilleures pratiques. Ce système de gestion des risques prévoit la mise en œuvre d'un cadre organisationnel basé sur la démarche d'amélioration continue, l'utilisation d'un processus standardisé de gestion du risque et l'adoption par l'établissement de principes directeurs permettant d'encadrer les activités de gestion des risques.

Le présent guide reprend et applique les principes de la gestion intégrée des risques à la dimension spécifique de la sécurité des services de santé et des services, mais sans nécessairement expliquer de nouveau les concepts fondamentaux de la gestion des risques. Le lecteur désireux de remonter aux fondements méthodologiques de la gestion des risques est invité à consulter le précédent guide.

Dans un même ordre d'idée, bien que la sécurité des services soit une composante primordiale de leur qualité et que le cadre organisationnel soit basé sur une philosophie d'amélioration continue, le présent guide ne traitera pas non plus des fondements méthodologiques de la qualité. Encore une fois, le lecteur avide de se former à la discipline de la qualité est invité à se procurer le *Guide de la gestion intégrée de la qualité* qui en traite abondamment.

CHAPITRE 1
LES FONDEMENTS DE LA SÉCURITÉ DES SERVICES

GUILLAUME DUCHARME / guillaume.ducharme@aqesss.qc.ca
Conseiller à la gestion intégrée de la qualité et des risques
Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

FONDEMENTS LÉGAUX

Assurer la dispensation de services sécuritaires est l'un des buts premiers d'un établissement en plus d'être un objectif prioritaire du réseau de la santé et des services sociaux. En fait, l'obligation d'assurer la sécurité des usagers en offrant des services sécuritaires, pertinents et de qualité, est enchâssée dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*, et ce, depuis plus d'une dizaine d'années.

Les articles 2 et 3 de la Loi indiquent notamment que la préoccupation pour la sécurité de l'usager doit guider la manière dont le réseau est organisé et géré ainsi que la façon dont les services sont rendus. En ce qui concerne les établissements de santé et de services sociaux, il importe de rappeler, qu'en vertu de l'article 100, ils ont l'obligation de prodiguer des soins et des services de qualité et sécuritaires pour l'usager. L'article 172 précise en outre que le conseil d'administration de l'établissement doit s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés aux usagers tout en s'assurant du respect de leurs droits. La responsabilité organisationnelle d'assurer la sécurité des services est complétée par la responsabilité de chaque employé, professionnel, médecin, contractuel et stagiaire de déclarer les incidents et les accidents dont il a été témoin dans l'exercice de ses fonctions (art. 233.1). En ce qui a trait aux directions d'établissement, l'article 182.0.2 nous rappelle que le plan stratégique de l'établissement doit également traiter des orientations prises pour assurer la sécurité des soins et des services.

Ce qu'il en ressort, c'est que la gestion de la sécurité des services est un enjeu primordial qui doit, selon la Loi, faire partie des préoccupations de l'ensemble de l'équipe de gestion d'un établissement. La sécurité n'est pas l'apanage des seuls cliniciens. Cette préoccupation partagée doit se traduire par la mise en place de processus et d'instances dédiées à la qualité et à la sécurité des services, intégrées aux activités de l'établissement et faisant l'objet d'une animation soutenue. Si la volonté du législateur, exprimé au sein de la LSSSS est de faire de la sécurité une préoccupation stratégique qui doit être gérée par la gouvernance et la direction de l'établissement, le but du présent *Guide de la sécurité des services de santé et des services sociaux* est de favoriser la mise en œuvre d'un système de gestion de la sécurité des services qui permet le respect des obligations de la loi ainsi que les meilleures pratiques en matière de gestion des risques. Il devrait aussi permettre d'offrir aux usagers les services les plus sécuritaires possibles.

FONDEMENTS NORMATIFS

Assurer la sécurité des services est au cœur des programmes d'agrément des établissements. Tant Agrément Canada que le Conseil québécois d'agrément préconisent la mise en œuvre de stratégies visant à assurer la qualité et la sécurité des services offerts à la clientèle. Certaines normes prévoient la mise en place de mesures précises destinées à éviter les événements indésirables dans le cadre d'activités cliniques précises (par. ex. : le bilan comparatif des médicaments), alors que d'autres normes sont plus générales et visent la mise en place de mécanismes plus généraux de prévention et de suivi des risques (ex. : adopter un plan de sécurité pour l'établissement). De façon générale, les normes d'agrément préconisent la mise en œuvre d'une démarche de gestion intégrée des risques à tous les niveaux et dans tous les secteurs d'activités. Cette démarche

dépasse la seule dimension de la sécurité des services.

De nombreuses normes professionnelles encadrent également la sécurité et la qualité des services offerts au sein des établissements de santé. C'est le cas notamment des normes relatives aux laboratoires, celles provenant des ordres professionnels ou celles émanant des associations médicales. Dans le cadre de ce guide, il ne sera pas possible de toutes les recenser. Il appartient aux différents gestionnaires d'être à l'affût des normes pouvant avoir un impact sur le fonctionnement des activités de leur unité administrative et de voir à mettre en place les mesures requises pour en assurer le respect.

L'EXPÉRIENCE INTERNATIONALE

En plus des dispositions législatives et des obligations normatives, la sécurité des services est un secteur de connaissance en plein développement. Plusieurs juridictions à travers le monde développent des approches de gestion des risques dans le domaine des services de santé et des services sociaux desquelles il est possible de s'inspirer. Le présent guide, et les approches qu'il propose, s'inspire ouvertement des concepts proposés par la Haute Autorité de Santé française (HAS) et par l'American Society for Healthcadre Risk Management (ASHRM) des États-Unis. D'autres sources de référence internationales seront également utilisées dans les différents chapitres du guide, mais l'empreinte de la HAS et d'ASHRM est plus perceptible sur l'ensemble du modèle proposé. Ces deux sources de référence, proposent notamment une approche globale et proactive de gestion des risques basée sur un continuum coordonné d'activités préventives et correctives visant à offrir aux usagers les plus hauts standards de qualité et de sécurité en matière de soins et de services de santé. L'approche proposée est également inspirée des normes internationales établies par l'Organisation internationale de normalisation (ISO) et diffusées dans la norme *ISO 31000 – Management du risque*.

LA SÉCURITÉ DES SERVICES : AGIR SELON LES PRINCIPES DE GESTION DES RISQUES

L'approche traditionnelle en matière de gestion des risques liés aux soins et aux services consiste à mettre en place des mécanismes de surveillance et de déclaration des événements indésirables de manière à être averti lorsque ceux-ci surviennent, à les analyser en vue de les comprendre et de mettre en place des mesures correctives. Bien que cette approche réactive soit toujours pertinente et qu'elle contribue grandement à l'amélioration de la sécurité des services, il importe d'y ajouter une dimension préventive plus systémique. L'approche proposée dans ce guide met l'accent sur des actions préventives en amont du risque afin d'éviter que celui-ci se matérialise et entraîne des conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager.

La HAS, citant l'important rapport américain *To err is human*, résumait en quelques mots la problématique des événements indésirables :

> « Diverses études montrent le caractère fréquent, parfois grave, souvent évitable, des évènements indésirables associés aux soins survenant en établissement de santé. La cause de ces évènements est rarement liée au manque de compétence technique des professionnels. Ils sont le plus souvent secondaire à des **défauts**

d'organisation, de coordination, de vérification ou de communication, en résumé le fait d'une insuffisance ou d'un manque de culture commune de sécurité. » (HAS, 2012)

Ces erreurs, souvent répétitives, concernant l'organisation, la coordination, la vérification ou la communication peuvent être évitées par la mise en place de mécanismes rigoureux de prévention soutenus par un système de gestion de la sécurité. Les connaissances en matière de sécurité des services ont grandement progressées au cours des dernières années et par conséquent, les établissements n'avancent plus totalement en terrain inconnu lorsqu'ils offrent des soins cliniques. La gestion quotidienne axée sur une culture de sécurité consiste toutefois à assurer le suivi des mesures de prévention déjà identifiées et à éviter les défaillances de celles-ci. Cela dit, il demeure plusieurs zones d'ombre, notamment lors de l'application de nouvelles techniques, où les risques sont moins connus et pour lesquels l'acquisition de nouvelles connaissances sera requise pour en assurer la maîtrise.

L'enjeu pour les établissements est de mettre en place un système permettant d'assurer le suivi de l'application des différentes mesures de prévention. Ce système de gestion de la sécurité des services doit viser à implanter une approche de gestion des risques permettant de réduire l'incidence et la gravité des événements indésirables. La majeure partie des activités de ce système doivent se concentrer en amont de l'événement indésirable, afin d'empêcher autant que possible sa matérialisation, et non à la suite de la réalisation de celui-ci. Il s'agit d'une approche qui requiert un grand *leadership* de la part des gestionnaires, car elle nécessite l'investissement de ressources pour prévenir un événement qui ne s'est pas encore réalisé et dont on anticipe la survenue. Pour cela, il importe de développer une culture de sécurité axée sur la prévention.

La gestion des risques liée aux services doit également s'inscrire dans une volonté claire et affirmée d'amélioration continue. Les gestionnaires des établissements et les différents intervenants doivent contribuer quotidiennement à l'amélioration des mécanismes de maîtrise des risques et avoir le souci constant de revoir leurs méthodes de travail de manière à améliorer la qualité et la sécurité des services offerts. Tous doivent avoir la conviction qu'il est toujours possible de faire mieux.

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES DIFFÉRENTS RISQUES CONSULTEZ LA FICHE DESCRIPTIVE SUR LA TYPOLOGIE DES RISQUES.

LE DOMAINE D'ACTION DE LA SÉCURITÉ DES SERVICES

Les risques pouvant menacer le fonctionnement d'un établissement de santé et de services sociaux sont multiples et variés. Afin d'en assurer un suivi plus efficace et de leur affecter les ressources adéquates, il est préférable de les classer par catégorie. La *Politique de gestion intégrée des risques* proposée par l'AQESSS contient une typologie de risques relativement complète et adaptée au contexte du domaine de la santé.

Les catégories de risques de cette typologie ont été définies en fonction de trois éléments :

- les caractéristiques intrinsèques du risque (s'agit-il d'un risque généré par les activités de l'établissement ou d'une menace extérieure) ;
- le type de victime potentielle de la survenue de ce risque (un usager, un employé, un tiers ou l'organisation elle-même) ;

- le type d'expertise requis pour en assurer la maîtrise (expertise clinique, technique ou autre).

Malgré cette volonté de différencier les risques en les catégorisant, des chevauchements peuvent subsister, entraînant parfois des malentendus en matière de responsabilité. C'est le cas du domaine de la sécurité des services dont la responsabilité incombe à un grand nombre d'acteurs.

Selon la définition faisant maintenant consensus, le risque représente « un événement potentiel ou une situation susceptible de compromettre l'atteinte des objectifs poursuivis » (AQESSS, 2011). En matière d'offre de services cliniques, il s'agit de tout ce qui peut compromettre la qualité des services et la sécurité de l'usager. L'attention première doit être portée vers les risques causés par les activités de l'établissement, car elles peuvent générer des événements indésirables qui auront un impact négatif sur la santé ou le bien-être d'un usager, mais sans négliger les risques liés à l'environnement dans lequel ces services sont offerts. Les risques dont il est question sont généralement induits par l'action des professionnels et des employés au cours d'un épisode de services, mais il peut également s'agir de risques générés par l'utilisation d'équipements, les installations physiques de l'établissement ou, dans certains cas, par les actions d'un usager ou d'un tiers.

Les risques inhérents aux traitements ou les risques cliniques pris volontairement dans le but d'entraîner une amélioration de l'état de santé d'un usager (par ex. : le risque de subir un effet indésirable inévitable, le risque de complication ou le risque d'un résultat négatif au traitement) sont cependant exclus du domaine de la sécurité. Il faut noter que l'amélioration des connaissances permet de faire diminuer le nombre de risques inhérents, car des moyens permettant de les maîtriser sont découverts par la recherche. Les risques pour lesquels des stratégies de maîtrise adéquates ont été mises en œuvre deviennent alors des risques évitables et devraient désormais relever du domaine de la sécurité des services.

Par une approche de gestion des risques proactive, il est possible de réduire la fréquence de certains types d'erreurs systémiques et répétitives. Par exemple, la liste de vérification chirurgicale permet d'éviter l'oubli d'instruments ou de compresses à la fin d'une intervention. Cette approche, basée sur la mise en œuvre de stratégies de maîtrise des risques dès la création d'un service ou d'un type d'activité, est préférable, car elle réduit les impacts sur l'usager. Le chapitre 8 propose une liste des outils d'analyse des risques *a priori*.

Dans certains cas, il n'est toutefois pas possible de prévenir les risques avant qu'ils ne surviennent. On parle alors d'actions de récupération des erreurs commises, notamment par la mise en œuvre de mesures permettant de réduire les conséquences pour la victime. Il s'agit alors d'une approche de gestion des risques *a posteriori* basée sur la correction des situations et sur l'analyse rétrospective des événements indésirables. Bien qu'essentielle, cette approche ne peut représenter la stratégie principale des activités de gestion des risques telle que présentée au chapitre 6.

SÉCURITÉ DES SERVICES OU SÉCURITÉ DES USAGERS ?

La finalité de ce guide est de favoriser la sécurité des usagers dans l'ensemble du

réseau de la santé et des services sociaux. Utilisé dans ce contexte, le terme « sécurité » fait référence à son sens commun d'absence de danger ou de menace. Assurer la sécurité des usagers, c'est donc voir à ce que ceux-ci ne soient pas soumis à des dangers ou des menaces pendant la prestation de soins ou de services. Or, pour atteindre cet objectif, il importe de s'assurer que les services offerts soient « sécuritaires », c'est-à-dire que l'ensemble des risques inacceptables associés à ceux-ci soient maîtrisés et ramenés à un niveau acceptable. Bien que le risque zéro ne soit pas toujours atteignable, il est possible de maintenir les risques au seuil acceptable souhaité grâce à la mise en œuvre des différents moyens de maîtrise. Pour cela, il faut agir sur la sécurité des services qu'il faut agir, en maîtrisant les risque générés par les activités cliniques, afin d'assurer la sécurité des usagers.

En somme, assurer la sécurité des usagers est l'objectif poursuivi et rendre sécuritaire les différents services offerts est le moyen d'action.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN SOCIETY FOR HEALTHCARE RISK MANAGEMENT. (2010). *Risk Management Handbook for Healthcare Organizations Sixth Edition*, Jossey-Bass Edition, San Francisco, 653 p.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. (2011). *Guide de la gestion intégrée des risques*, Montréal, AQESSS, 82 p.

HASSID, Olivier. (2011). *Le management des risques et des crises*, 3e édition, Dunod, 179 p.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. (2012). *La sécurité des patients : Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique*, Paris, Haute Autorité de Santé, 220 p.

KOHN, Linda T., et autres. (2000). *To Err Is Human. Bulding a Safer Health System*, Committee on Quality of Health Care in America, Washington, Institute of Medicine, National Academy Press, 287 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2014). *Politique ministérielle de sécurité civile Santé et services sociaux*, MSSS, 53 p.

QUÉBEC. Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2.

CHAPITRE 2
L'INFLUENCE DES PAYS ET DES ORGANISATIONS ÉTRANGERS SUR LA GESTION DES RISQUES ET LA SÉCURITÉ DES USAGERS AU QUÉBEC

MARKIRIT ARMUTLU, M. Sc. PSO / marmutlu@igh.mcgill.ca
Coordonnatrice / Programme de la qualité / Hôpital Général Juif de Montréal

NATHALIE DE MARCELLIS-WARIN, PH. D / nathalie.demarcellis-warin@polymtl.ca
Professeure agrégée / École Polytechnique de Montréal / Vice-présidente CIRANO

Lorsque l'on s'intéresse à l'évolution du concept de sécurité des usagers au Québec, il est important de prendre du recul afin d'étudier les courants relatifs à la sécurité des usagers à travers le monde. Ces courants ont en effet directement ou indirectement influencé la gestion des risques et de la sécurité au Québec.

Trois publications ont particulièrement teinté l'approche québécoise dans ce domaine. La première, intitulée *The nature of adverse events in hospitalized patient* (Leape et autres, 1991) démontre que plus des deux tiers des événements indésirables sont évitables. La seconde, une étude sur la qualité des soins de santé en Australie (Wilson et autres, 1995) abonde dans le même sens. Le troisième document, *To err is human* a été publié par l'Institute of Medicine des États-Unis (Kohn, Corrigan et Donaldson, 1999) et est devenu une référence incontournable qui a durablement marquée les esprits des professionnels du domaine de la santé. Au Québec, le rapport du comité ministériel Francoeur (Francoeur, 2001) se basant sur ces études, a admis qu'il n'y avait aucune raison de penser que la nature, la fréquence et la sévérité des accidents évitables en milieu de santé au Québec soient substantiellement différentes de celles qui prévalent dans d'autres pays. C'est à la suite de ce rapport que le projet de loi 113 sur la prestation sécuritaire des soins de santé a été adopté en décembre 2002.

L'incidence des événements indésirables dans les hôpitaux de soins de courte durée a été tout d'abord rapportée aux États-Unis (Brennan et autres, 1991 ; Thomas et autres, 2000), en Australie (Wilson et autres, 1995) et au Royaume-Uni (Vincent, Neale et Woloshynowych, 2001). Ces études ont indiqué qu'entre 5 et 20 % des usagers admis à l'hôpital subissaient un ou plusieurs événements indésirables, qu'entre 36,9 % et 51 % de ces événements indésirables étaient évitables et que les événements indésirables coûtaient aux systèmes de santé des milliards de dollars en séjours supplémentaires à l'hôpital, en plus de générer d'autres coûts pour le système de santé, les usagers et la société en général. Au Canada, Ross Baker et son équipe ont utilisé la méthodologie de l'étude de la *Harvard Medical Practice* (Brennan et autres, 1991) pour estimer que 7,5 % des usagers adultes en médecine et en chirurgie admis dans les hôpitaux de soins de courte durée ont été victimes d'un événement indésirable (2000-2001) et que 37 % de ces événements étaient « grandement évitables » (Baker et autres, 2004). La même étude a été faite au Québec (Blais et autres, 2004). En France, deux enquêtes nationales sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) ont été effectuées en 2004 et 2009. L'étude de 2009 montre que la fréquence des événements indésirables graves (EIG) survenus pendant l'hospitalisation est de 6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation (Michel et autres, 2011).

Ensemble, la couverture effectuée par les médias sur les décès causés par les erreurs dans le système de santé, la demande des consommateurs et la pression politique (Barach, 2003) ont catalysé l'élaboration de documents de politique nationale au Royaume-Uni (Department of Health, 2000), aux États-Unis (Institute of Medicine, 2001), en Australie (Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2001) et au Canada (Comité directeur national sur la sécurité des patients, 2002). Ces documents de politique fournissent les plans et les orientations pour les gestionnaires du secteur de la santé, les cliniciens et les

responsables de la règlementation en ce qui concerne les modifications nécessaires pour améliorer les pratiques en matière de sécurité des usagers. Ils indiquent aussi la voie à suivre pour développer une culture de sécurité des usagers, soutenir la recherche et favoriser la génération et la transposition des connaissances relatives aux pratiques en matière de sécurité des usagers.

L'ALLIANCE MONDIALE POUR LA SÉCURITÉ DES USAGERS

En octobre 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé une Alliance mondiale pour la sécurité des patients. Six domaines d'action ont été identifiés. Le premier est en lien avec les infections nosocomiales. Le second renvoie à l'implication des usagers et de la population, tandis que le troisième s'intéresse au développement d'une taxonomie sur la sécurité des usagers. Plus largement, l'Alliance mondiale pour la sécurité des usagers valorise aussi la recherche dans le domaine de la sécurité des usagers et considère essentiel de trouver des solutions pour réduire le risque des soins de santé et améliorer leur sécurité. Pour faire une différence, ces recherches doivent toutefois être partagées, c'est pourquoi, l'OMS a également fait de la production de rapports et du développement des connaissances un champ d'action prioritaire.

Concrètement, chaque année depuis la création de l'Alliance, l'OMS propose des programmes ou des initiatives pour améliorer la qualité des soins. Trois d'entre eux ont eu des retombées au Québec et au Canada. C'est le cas notamment du programme *Un soin propre est un soin plus sûr* (2005). En partenariat avec la communauté mondiale de la santé et d'autres acteurs, ce programme vise à s'assurer que la question de l'hygiène des mains soit perçue comme fondamentale pour la santé dans tous les pays. Il soutient l'idée que l'hygiène est la base de la sécurité des usagers et permet de réduire les infections nosocomiales. Inspiré par ces concepts, le Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques (CCRA) a parrainé le développement de pratiques exemplaires pour l'asepsie et l'hygiène dans les établissements de soins de longue durée et de soins de santé communautaire (CCRA, 2007). Ces pratiques sont encore enseignées aujourd'hui.

Le second programme ayant eu des retombées au Canada et au Québec est *Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies* (2009). Il a été mis en place pour faire baisser le nombre de décès dans les services chirurgicaux et était accompagné d'une liste de vérifications chirurgicales. Une version canadienne de la liste a été développée et a été rendue obligatoire par Agrément Canada.

Le troisième et dernier programme ayant influencé le Québec et le Canada concerne l'implication des usagers et s'appelle *Les patients pour la sécurité des patients* (2010). Au Québec, il a mené à la réalisation d'une étude sur la perception de la sécurité des soins par les patients (Baromètre CIRANO, 2012). Cette étude a montré que les risques reliés au système de santé étaient ceux qui préoccupaient le plus la population. Les Québécois estiment notamment le risque d'infection nosocomiale entre moyen et grand (De Marcellis-Warin et Peignier, 2012).

LA CAMPAGNE *100 000 VIES*

L'OMS n'est pas le seul organisme à avoir teinté les actions du Québec en matière de sécurité des soins et des services. En décembre 2004, dans un effort pour susciter des changements à grande échelle, l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) des États-Unis lançait la campagne *100 000 vies*. L'objectif de la campagne était d'inciter les hôpitaux américains à réduire les décès évitables de 100 000 décès dans les 18 mois suivants. Devant le succès obtenu, trois ans plus tard, soit en 2007-2008, la campagne *5 millions de vies* était lancée. La cible poursuivie cette fois était la diffusion des pratiques cliniques exemplaires dans des milliers d'hôpitaux américains et la création d'une communauté d'amélioration mondiale dynamique permettant l'amélioration des soins et la prévention des décès évitables.

À cette époque, sur le terrain, la concertation est déjà palpable. La conférence européenne intitulée *La sécurité des patients – En faire une réalité* qui s'est tenue au Luxembourg en 2005 en témoigne. L'événement permet d'identifier les intérêts et les défis de la sécurité des usagers d'une perspective européenne. Il favorise aussi un partage au niveau européen des meilleures pratiques et expériences en la matière, de même qu'un renforcement du débat et du dialogue politique. Rapidement, des échanges entre le Québec et différentes associations de pays d'Europe se sont mis en place. C'est le cas notamment en France avec la Société française de gestion des risques en établissement de santé (SoFGRES) et au Luxembourg avec l'Association Française des Gestionnaires de Risques Sanitaires (AFGRIS), et la Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité dans le domaine de la Santé (CIPIQ-S). Le partenariat s'étend à d'autres organismes francophones, notamment l'Alliance Francophone pour la qualité et la gestion des risques en santé (AFQUARIS) située au Maroc. Parallèlement à ces échanges, plusieurs événements ont été organisés avec le réseau québécois de sensibilisation et de partage d'expérience sur la gestion des risques, la sécurité des usagers et la qualité des soins (RISQ+H).

Au cours de la dernière décennie, la Joint Commission (États-Unis) et Agrément Canada ont tous deux élaboré des pratiques organisationnelles requises (POR) spécifiques à la sécurité des usagers à l'attention des établissements de santé. Ces POR ont aidé à propulser le dossier de l'amélioration de la sécurité à l'échelle de l'établissement. En 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) en France publiait aussi un document sur la sécurité des usagers pour mettre en œuvre la gestion des risques dans les établissements : des concepts à la pratique (HAS, 2012). Ce document a intéressé les établissements du réseau de la santé québécois. De plus, la certification des établissements de santé français est, comme au Québec, au cœur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La procédure française de certification s'est inspirée des modèles d'agrément canadien et américain. Les procédures sont en constante évolution pour s'adapter aux meilleures pratiques en matière de sécurité des soins et font l'objet d'échanges entre les pays.

Conjointement avec des initiatives et des études australiennes, britanniques, de l'OMS et américaines, un grand nombre de programmes canadiens sur la sécurité des usagers ont vu le jour dont la *Collaboration canadienne des soins intensifs*, l'*Institut canadien sur la sécurité des patients*, la campagne *Pour des soins de santé plus*

sécuritaires, maintenant !, les *Patients pour la sécurité des patients du Canada* et l'*Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP-Canada)*. Le Canada a également vu la création du Conseil de santé canadien et de plusieurs conseils de santé provinciaux ayant pour mandat de superviser la qualité des soins et la sécurité des usagers. Au même moment, partout en Amérique du Nord, la *Loi sur la présentation des excuses* a été adoptée pour favoriser la démarche de divulgation et encourager l'expression des regrets à la suite d'un évènement indésirable.

BIBLIOGRAPHIE

BAKER, G. R., et autres. (2004). « The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada », *CMAJ*, May 25 2004, Vol. 170, nº 11, p. 1678-1686, [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

BAKER, G. R., et autres. (2007). *Review of Provincial, Territorial and Federal Legislation and Policy Related to the Reporting and Review of Adverse Events in Healthcare in Canada : appendix B*, Edmonton, 78 p. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

BRENNAN, T. A., et autres. (1991). « Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I », *New England journal of Medicine*, 1991, Vol. 324, February 7, nº 6, p. 370-7, [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

CLANCY, C. M. (2009). « Ten years after To Err is Human », *American Journal of Medical Quality*, Vol. 24, No. 6, Nov/Dec 2009, p. 525-528, [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

COMITÉ CANADIEN SUR LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES, 2007, *Pratiques exemplaires de la prévention et du contrôle des infections pour les soins de longue durée, les soins à domicile et les soins communautaires, y inclus les bureaux de soins de santé et les cliniques de soins ambulatoires*, 56 p. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

DE MARCELLIS-WARIN, N., et PEIGNIER, I. (2012). *Perception des risques au Québec, Baromètre CIRANO 2012*, Presses Internationales Polytechnique, 176 p.

DIRECTION GÉNÉRALE SANTÉ ET DES CONSOMMATEURS. (2010). *Sécurité des patients et qualité des soins de santé : rapport*, Eurobaromètre, Commission européenne, 110 p. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

GREGORY, D. *Adverse Health Event Management: International and Canadian Practices: A Background Document Prepared for the Task Force on Adverse Health Events*, 80 p. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

INTERDISCIPLINARY NURSING QUALITY RESEARCH INITIATIVE. (2009). *To Err is Human: Ten Years Later*, 40 p. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

JEFFS, L., LAW, M., et BAKER, R. G. (2005). *Patient Safety Research in Australia, United Kingdom, United States and Canada: A Summary of Research Priority Areas, Agenda-Setting Processes and Directions for Future Research in the Context of their Patient Safety Initiatives*, University of Calgary, 37 p. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

LEAPE, L., et BERWICK. D. (2005). « Five years after To Err Is Human: What have we learned ? », *JAMA*, vol. 293, nº 19, p. 2384-2390. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

LEAPE, L., et autres. (1991). « The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II », *New England Journal of Medicine*, vol. 324, nº 6, p. 377-384. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

MICHEL, P. et autres. (2011). « Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité Études et résultats », *Études et résultats*, mai 2011, nº 761, 8 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2001). *La gestion des risques : une priorité pour le réseau : Rapport Francoeur*, Québec, MSSS, 130 p.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Washington, the National Academies Press, 312 p. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

NATIONAL STEERING COMMITTEE ON PATIENT SAFETY. (2002). *Building a safer system: a national integrated strategy for improving patient safety in Canadian Health Care*, Ottawa, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 48 p. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

SMALL, S. D., et BARACH, P. (2002) *Patient Safety and Health Policy*. Hematology/ Oncology Clinics of North America. 2002 Dec, Vol. 16, nº 6, p. 1463-82, [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

STELFOX, H. T., et autres. (2006). « The ''To Err is Human'' report and the patient safety Literature », *Quality and Safety in Healthcare*, 2006, p. 174-178, [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

VINCENT, C., et autres. (2001). « Adverse events in British Hospitals: Preliminary retrospective record review », *British Medical Journal*, p. 517-519, [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

WILSON, R. M., et autres (1995). « The Quality in Australian Health Care Study », *The Medical Journal of Australia*, Vol. 163, nº 9, p. 458-471, [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

WEB - SITES OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS CITED:

AGRÉMENT CANADA. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014)

SANTÉ CANADA. *Le Programme Canada Vigilance*, [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

L'INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

SOINS DE SANTÉ PLUS SÉCURITAIRES MAINTENANT ! [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

COLLABORATION CANADIENNE DES SOINS INTENSIFS. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

PATIENTS POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DU CANADA. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

L'INSTITUT POUR L'UTILISATION SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS DU CANADA. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

LES INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA / CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

BRITISH COLUMBIA PATIENT SAFETY AND QUALITY COUNCIL. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

HEALTH QUALITY COUNCIL OF ALBERTA. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

HEALTH QUALITY COUNCIL DE LA SASKATCHEWAN. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

MANITOBA INSTITUTE FOR PATIENT SAFETY. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

CONSEIL DE LA SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

HEALTHCARE INSURANCE RECIPROCAL OF CANADA. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

THE NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

The Leapfrog Group. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

THE JOINT COMMISSION. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. (2012).
Patient Safety Portfolio, [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

AMERICAN SOCIETY FOR HEALTHCARE RISK MANAGEMENT. [En ligne].
(Consulté le 17 novembre 2014).

NATIONAL SURGICAL QUALITY IMPROVEMENT PROGRAM. [En ligne].
(Consulté le 17 novembre 2014).

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. [En ligne].
(Consulté le 17 novembre 2014).

THE NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING
AND PREVENTION. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

NATIONAL HEALTH SERVICES. *National Patient Safety Agency*, [En ligne].
(Consulté le 17 novembre 2014).

AUSTRALIAN COMMISSION ON QUALITY AND SAFETY IN HEALTHCARE.
[En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

ERROMED HUMAN FACTORS IN PATIENT SAFETY. [En ligne].

NEW ZEALAND – HEALTH QUALITY & SAFETY COMMISSION. [En ligne].
(Consulté le 17 novembre 2014).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. [En ligne].
(Consulté le 17 novembre 2014).

RÉSEAU DE SENSIBILISATION ET DE PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR
LA GESTION DES RISQUES, LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET LA QUALITÉ
DES SOINS RISQ+H. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

COLLABORATION INTERNATIONALE DES PRATICIENS ET INTERVENANTS
EN QUALITÉ (DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ). [En ligne].
(Consulté le 17 novembre 2014).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GESTION DES RISQUES EN ÉTABLISSEMENT
DE SANTÉ. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

ASSOCIATION FRANÇAISE DES GESTIONNAIRES DE RISQUES SANITAIRES.
[En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

CHAPITRE 3
LA GOUVERNANCE ET LA SÉCURITÉ DES USAGERS

MARIE-PASCALE POMEY / marie-pascale.pomey@umontreal.ca
Professeure agrégée / Université de Montréal

Les conseils d'administration (C.A.) des organismes de santé au Canada sont tenus de répondre de la performance de ces derniers et de suivre l'impact de leur décision sur les résultats (Baker et autres, 2010). Au Québec, en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, les C.A. sont imputables, au-delà de la performance de leur organisation, de la qualité et de la sécurité des soins (LSSS, 2013). À ce titre, ils doivent notamment contribuer à réduire le nombre d'interventions à risque et à atténuer les effets de ces risques.

Il n'en a pas été toujours ainsi. Historiquement, les conseils d'administration se sont surtout intéressés aux aspects financiers et ont délégué la responsabilité de la qualité et de la sécurité aux professionnels de la santé, en particulier aux médecins. Au cours des dernières années, un certain nombre d'études ont montré l'existence de problèmes majeurs de qualité et de sécurité dans les établissements et les limites du modèle impliquant uniquement les professionnels (Baker et autres, 2004 ; Institut canadien d'information sur la santé, 2008). Simultanément, la volonté de la population d'avoir accès aux résultats du système de santé et la publication officielle de rapports dans le domaine de la qualité et la sécurité des soins (par exemple : le registre du ministère de la Santé et des Services sociaux (2013a) ; le cadre de performance de l'AQESSS (2013)) ont obligé les établissements de santé à revoir leurs stratégies et les conseils d'administration se sont vus directement interpellés. Cet intérêt a été soutenu par des organismes comme l'Institute for Healthcare Improvement aux États-Unis qui a lancé une campagne sur la question, *Boards on Board* (IHI, 2007). Encore faut-il savoir ce que l'on entend tout d'abord par une gouvernance efficace en matière de sécurité des services et quel est le rôle du C.A.

Le concept de gouvernance réfère à la capacité de conduire une action collective à partir d'une position d'autorité (Hatchuel, 2000). La position d'autorité fait appel aux moyens formels et légaux d'une entité de contrôler et de développer les capacités adaptatives d'une organisation ou d'un système. Elle peut influencer l'action collective dans des organisations formelles, comme un établissement de santé (Shortell, Zukoski, Alexander et autres, 2002). L'autorité formelle est reliée aux responsabilités légales d'un établissement de santé et de son C.A. d'offrir des soins de qualité. Dans le cadre de cet ouvrage, nous retiendrons comme définition de la gouvernance « la manière dont le pouvoir s'exerce dans une organisation » au moyen du C.A. (Hatchuel, 2000). Aussi, pour que celle-ci soit efficace en matière de sécurité des services, le C.A. doit être actif sur cette problématique et exercer son pouvoir en partenariat avec la direction générale et tous les autres partenaires de l'établissement (Conway, 2008). Pour y parvenir, la présence d'un certain nombre de conditions s'impose toutefois (Baker et autres, 2008).

LE RÔLE DU C.A. EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ DES SERVICES

Parmi les quatre rôles confiés au C.A., c'est-à-dire l'orientation, la décision stratégique, le contrôle et la communication, celui de contrôle porte en particulier sur la sécurité et la qualité des soins et services (MSSS, 2013b). Les C.A. doivent ainsi statuer sur l'information à obtenir (forme et fréquence) et poser des questions pertinentes afin de mettre en évidence des situations difficiles,

les redresser ou encore de reconnaître les bons résultats. La *Loi sur la santé et les services sociaux* (LSSS, art. 172) édicte les responsabilités des C.A. dans les domaines « de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés ».

OFFICIALISER L'ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT ET DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Cette implication des C.A. passe en premier lieu par une reconnaissance officielle de l'engagement de l'établissement à promouvoir la qualité et la sécurité des soins et services. Un des moyens d'y parvenir consiste à inclure cet objectif dans le plan stratégique de l'établissement permettant ainsi de garantir que des ressources de l'établissement seront dédiées en priorité à la qualité et la sécurité des soins. Cette préoccupation est aussi présente dans les ententes de gestion et d'imputabilité des établissements (LSSS, art 182.2). Les indicateurs retenus pour suivre la reddition de comptes doivent comporter des indicateurs spécifiques en lien avec la qualité et la sécurité des soins. De plus, il importe que l'ordre du jour de chaque réunion du C.A. comprenne un suivi de l'état de la qualité et de la sécurité des soins dans l'établissement et des mesures qui sont mises en œuvre. Il est aussi souhaitable que toutes les politiques en lien avec la divulgation, la transformation de la culture de l'organisation, les habiletés des professionnels de se questionner les uns les autres, le fonctionnement collégial, la déclaration non punitive, la politique en matière de déclaration des incidents et accidents, la cueillette de données sur la performance, le dossier électronique, etc. soient discutées lors des séances du C.A. De plus, il est recommandé d'inviter des professionnels ou des usagers pour témoigner de situations positives ou d'accidents qui sont survenus. Le C.A. peut aussi initier avec la direction des journées qualité et sécurité qui permettent de mettre en valeur les différentes initiatives menées dans l'établissement.

DONNER LES ORIENTATIONS EN MATIÈRE DE GESTION DES RISQUES

Bien que le C.A. n'ait pas à gérer directement les risques dans un établissement de santé, il a tout de même pour mandat d'établir des orientations claires en matière de gestion des risques. Il est aidé dans sa mission par le comité de gestion des risques, lequel a notamment comme fonction d'identifier et d'analyser les risques d'incidents ou d'accidents en vue d'assurer la sécurité des usagers, y compris les infections nosocomiales, en plus d'analyser les causes des incidents et accidents afin de recommander au C.A. les mesures à prendre pour éviter leur récurrence (LSSS, art. 183.2). Dans ce contexte, le C.A. est en droit de se fixer des objectifs précis à atteindre en matière de prévention et de limitation des risques.

ALIGNER LE PLAN D'AMÉLIORATION DE LA SÉCURITÉ DES SOINS AVEC LE PLAN STRATÉGIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

L'ensemble de ces objectifs en matière de sécurité des soins se retrouve dans un plan qui peut être inclus dans le plan d'amélioration continue de la qualité ou être isolé sous forme d'un plan d'amélioration de la sécurité des soins. Dans tous les cas, il est important que les objectifs, mentionnés dans le plan stratégique, soient ensuite déclinés dans le plan de sécurité ou qualité en comprenant des cibles à atteindre et les moyens pour y parvenir avec un échéancier et des personnes identifiées comme responsables de cette mise en œuvre.

ASSURER LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SÉCURITÉ

Comme dans toute démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité, le cycle de la qualité (Deming, 2002 ; AQESSS, 2009) prévoit que l'on s'assure que les mesures décidées pour améliorer la situation sont bien mises en œuvre et qu'elles contribuent à atteindre les objectifs fixés. Pour cela, le C.A., lors de ces rencontres demande à la direction des comptes concernant l'évolution du plan qualité/sécurité. Il est important que les membres du C.A. puissent poser des questions et obtenir des réponses exactes à leur préoccupation.

APPUYER LA DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ DES SERVICES

Pour être capable de créer de nouvelles habiletés de gouvernance qui prennent en considération de manière prioritaire la qualité et la sécurité des soins, des processus efficaces sont à instaurer entre le C.A., la haute direction et les professionnels incluant les médecins. Ces processus permettent de bâtir une confiance et une collaboration efficace entre eux. Cela suppose toutefois des conversations cruciales et ouvertes sur des sujets parfois épineux afin que le C.A. puisse ensuite prendre des décisions éclairées et aider la direction de l'établissement et les professionnels dans leur démarche d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins et services.

REDDITION DE COMPTES AU C.A. EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ DES SERVICES

TABLEAUX DE BORD

Une des manières synthétiques de suivre l'évolution des indicateurs en lien avec la sécurité des soins et des services est d'utiliser des tableaux de bord, c'est-à-dire des tableaux où sont consignées l'ensemble des informations qui peuvent, grâce à une présentation synthétique, faire ressortir rapidement les enjeux les plus importants. Ceux-ci doivent permettre de comprendre, d'analyser, de poser des questions, d'aider à la prise de décision, de faire le suivi et d'évaluer les résultats (AQESSS, 2010). Ce tableau de bord peut aussi être intégré dans le tableau de bord plus complet du C.A. qui porte sur la performance et la qualité de l'établissement (AQESSS, 2012). Le choix des indicateurs présents dans le tableau de bord peut être conditionné tant par des besoins internes à l'établissement que par des contraintes externes, comme celles imposées par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité. C'est ainsi que les établissements choisissent par exemple de déclarer leurs taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis ou le taux de certains services réalisées à l'intérieur des délais établis (hémodynamie, chirurgie cardiaque, etc.) (MSSS, 2013d). La déclaration des incidents et des accidents permet aussi aux établissements de suivre leur incidence et prévalence. En Ontario, la loi impose même à tous les hôpitaux de rendre publics à des fréquences régulières leur taux d'infections acquises à l'hôpital [taux de *Clostridium Difficile* ; de *Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthicilline* (SARM) ; d'entérocoque résistant à vancomycine (ERV) ; de septicémie sur cathéters veineux centraux, de

pneumonie sous ventilation assistée, d'infection du site opératoire], leur taux de respect du lavage des mains et de respect de la liste de vérification chirurgicale ainsi que leur taux de plaies de pression, de chutes, de contentions, de décès dus à des complications chirurgicales.

SUIVI DES ACTIVITÉS DE GESTION DES RISQUES ET DES RECOMMANDATIONS

En plus des indicateurs en lien avec la sécurité, il est important que le C.A. dispose de l'information concernant les modalités de fonctionnement du système de gestion des risques dans l'établissement. Des indicateurs de processus ou encore des témoignages du gestionnaire de risques pouvant répondre aux questions des membres du C.A. sont utiles à ce chapitre. La loi stipule aussi l'accès du C.A. à toutes les recommandations issues des différents rapports réalisés dans l'établissement. Le comité de vigilance et de la qualité (LSSS, art. 181.0.1.), issu du C.A., est en effet responsable de coordonner l'ensemble des activités des autres instances exerçant des responsabilités en lien avec la gestion des risques dans l'établissement. Il est en charge du suivi de l'application des recommandations issues de ces différentes instances internes, mais aussi externes, comme celles découlant du rapport d'agrément ou des visites d'ordres professionnels. Il suit aussi les activités du comité de gestion des risques et en particulier le registre des incidents et accidents afin de s'assurer que des mesures sont prises pour éviter que ceux-ci se reproduisent.

EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES DE GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ DES USAGERS

Comme nous l'avons vu précédemment, la littérature permet de mettre en évidence des bonnes pratiques en matière d'exercice de la gouvernance en ce qui concerne la sécurité des usagers. Ici, nous nous attarderons plus particulièrement aux manières de mettre plus à contribution les usagers, sources d'informations importantes pour les C.A.

TÉMOIGNAGE DES USAGERS

Améliorer l'expérience des usagers est un objectif primordial pour le C.A. et l'engagement plus poussé des usagers peut passer non seulement par le partenariat de soins, mais aussi dans l'amélioration de l'organisation des soins et des services (Davies et Cleary, 2005 ; Tasa et autres, 1996 ; Wensing et Grol, 1998). Le C.A. peut accepter d'entendre des histoires d'usagers qui ont vécu des problèmes importants ou encore des expériences positives (1000 Lives Plus, 2010 ; Department of Health Western Australia, 2008 ; Maund, 2003). Ces moments d'échanges privilégiés avec des usagers ou des membres de leur famille permettent de mettre des visages sur des statistiques et de rendre plus concrètes les raisons pour lesquelles des objectifs d'amélioration sont fixés et des interventions sont mises en œuvre.

IMPLIQUER LES USAGERS ET LEUR FAMILLE

Cela débouche aussi sur la nécessité pour le C.A. de favoriser l'implication des usagers et des familles dans la sécurité des soins à tous les niveaux de l'organisation (WHO, 2013). De façon concrète, cela demande

aux usagers de participer aux décisions concernant leur traitement, de contribuer à une utilisation sécuritaire des médicaments prescrits, de collaborer afin de limiter les infections nosocomiales, de s'assurer que les dossiers médicaux sont à jour, d'observer et de suivre les processus de prise en charge, d'identifier et de rapporter les complications liées au traitement ou tout incident et accident, d'être vigilant et de rappeler l'importance de la sécurité des soins (Coulter, 2011).

FAIRE PREUVE DE TRANSPARENCE

L'instauration d'une culture permettant d'apprendre de ses erreurs requiert des changements à tous les niveaux de l'organisation, incluant les C.A. qui doivent donner l'exemple de la transparence sur ce qui est vécu dans les établissements tout en s'assurant que les informations transmises soient compréhensibles pour le grand public.

La question n'est plus de savoir si les C.A. doivent ou pas être impliqués dans la sécurité des soins, mais plutôt comment cette participation se met en œuvre en fonction des données probantes dans ce domaine et s'inscrit plus largement dans le cadre du portrait de performance de l'établissement.

ENTREVUE AVEC
MARTIN BEAUMONT
SUR L'IMPORTANCE POUR UN ÉTABLISSEMENT DE GÉRER LA SÉCURITÉ DES SERVICES

BIBLIOGRAPHIE

1000 LIVES PLUS. (2010). *Learning to use patient stories*, 27 p. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX. (2013). 56 p. *Le réseau en 4 questions. Un regard croisé sur la performance*, Montréal, AQESSS, [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX. (2009). *Guide la gestion intégrée de la qualité*, Montréal, AQESSS, 120 p.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX. (2010). *Cahier de formation, Le Tableau de bord : Outil de gestion de la performance*, Montréal, AQESSS, 83 p.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX. (2012). *Outils de gouvernance pour les administrateurs – Tableau de bord d'un conseil d'administration*, Montréal, AQESSS, 5 p. [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014).

BAKER, G. R., et autres. (2008). *Effective Governance for Quality and Patient Safety in Canadian Healthcare Organizations. A Report to the Canadian Health Services Research Foundation and the Canadian Patient Safety Institute. First draft*, September 2008, 28 p.

BAKER, G. R., et autres. (2010). « Designing effective governance for quality and safety in Canadian healthcare », *Healthcare Quarterly*, Vol. 13, nº 1, p. 38-45.

BAKER, G. R., et autres. (2004). « The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada », *CMAJ*, May 25, Vol. 170, nº 11, p. 1678-86.

CONWAY, J. (2008). « Getting Boards on Board: Engaging Governance in Quality and Safety », *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Vol. 34, nº 4, p. 214-220.

COULTER, A. (2011). Engaging Patients in healthcare. Oxford, Oxford University Press.

DAVIES. R. E., CLEARY, P. D. (2005). « Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement », *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 14, nº 6, p. 428-432.

DEMING, E. W. (2002). *Hors de la crise*. 3ème edition, Paris, Economica, 352 p.

DEPARTMENT OF HEALTH WESTERN AUSTRALIA. (2008). *Patient stories: A toolkit for collecting and using patient stories for service improvement in WA Health. Department of Health: Perth*, 30 p.

HATCHUEL, A., (2000). « Prospective et gouvernance : quelle théorie de l'action collective ? », dans Heurgon, E. et Landrieu J. *Prospective pour une gouvernance démocratique*, Aube Édition, Paris.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. (2008). *Getting Started Kit: Governance Leadership "Boards on Board" How-to Guide*, Cambridge, MA, IHI.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2008). *Indicateurs de santé 2008*. Ottawa, Ontario, ICIS.

MAUND, T. (2003). « Video-storytelling: A step-by-step guide », *Journal on Quality and Safety*, Vol. 29, nº 3, p. 152-155.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2013a). *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec. Période du 1er octobre 2012 au 31 mars*, 113 p. [En ligne]. (Consulté le 18 novembre 2014).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (2013b). *Information à l'intention des membres des CA. Les quatre rôles d'un CA*. Consultable, [En ligne]. (Consulté le 18 novembre 2014).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (2013c). *Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux*, [En ligne]. (Consulté le 17 novembre 2014)

QUÉBEC. Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2

SHORTELL, S. M., et autres. (2002). « Evaluating partnerships for community health improvement: Tracking the footprints », *Journal of Health Politics, Policy, and Law*, Vol. 27, nº 1, p. 49-91.

TASA, K.,et autres. (1996). « Using patient feedback for quality improvement », *Quality Management in Health Care*, Vol. 4, nº 2, p. 55-67.

WENSING, M., et GROL R. (1998). « What can patients do to improve health care? », *Health Expectations*, Vol. 1, nº 1, p. 37-49.

CHAPITRE 4

LA CULTURE DE SÉCURITÉ : UNE CONDITION DE SUCCÈS INCONTOURNABLE

ANNE LEMAY, PH. D. / alemay@jgh.mcgill.ca
Directrice générale adjointe / Hôpital général juif de Montréal

Même s'il n'existe pas tout à fait de consensus sur la définition de la culture de sécurité (Hale, 2000), plusieurs auteurs s'entendent sur le fait que la culture est une combinaison entre les attitudes, les croyances et perceptions, la structure d'une organisation, les systèmes de contrôle en place, les règles en vigueur, la régulation et les pratiques choisies. Dans le cas de la culture de sécurité, ces attributs doivent favoriser une bonne qualité et sécurité des usagers. Il s'agit aussi des valeurs véhiculées c'est-à-dire (CPSI et CHSRF, 2010 ; Halle, 2000 ; Weaver et autres, 2013) :

- la façon dont les soins et services sont offerts ;
- les comportements naturels des individus (quand personne ne les supervisent) ;
- les perceptions et les attitudes partagées ;
- les comportements qui sont connus comme étant encouragés et ceux qui sont bannis.

En d'autres termes, la culture de sécurité ne constitue qu'un aspect de la culture d'une organisation (Flin, 2007). Ces aspects déterminent l'engagement d'une organisation à l'égard de la sécurité des usagers. Les organisations qui se démarquent par une culture de la sécurité développée sont caractérisées par une communication fondée sur la confiance mutuelle, par des perceptions partagées sur la sécurité et par la confiance dans l'efficacité des mesures préventives (Sorra et Nieva, 2004).

Le concept de culture de sécurité inclut naturellement celui de la culture de la qualité. Ce concept est aussi lié au climat de sécurité correspond aux attitudes des individus à l'égard de la sécurité (Wakefield et autres, 2010 ; Weaver, Lubomski et autres, 2013). Les termes de climat de sécurité et culture de sécurité sont aussi utilisés de façon interchangeable. La différence entre les concepts de climat et de culture de sécurité réside surtout dans les approches méthodologiques retenues pour les apprécier que nous nous verrons plus loin.

L'IMPACT DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ SUR L'ATTEINTE DE BONS RÉSULTATS SUR LA SÉCURITÉ DES USAGERS

Les études sur l'impact de la culture de sécurité sur les résultats de sécurité sont encore relativement peu nombreuses dans le domaine de la santé contrairement à celui de l'aviation civile par exemple (Pronovost et autres, 2013). Par contre, on indique qu'une culture de sécurité développée motive les employés d'une organisation de soins et services à adopter des comportements qui augmentent la sécurité des usagers (Fleming, 2006).

Plus précisément, plusieurs études ont établi que la culture de sécurité est reliée à des comportements et attitudes précis des cliniciens tels que :

- la déclaration des accidents (Sallie et autres, 2013) ;
- la motivation de s'engager dans l'adoption de comportements sécuritaires qui se transpose dans la pratique de tous les jours (Sallie et autres, 2013) ;
- la reconnaissance de priorités liées à la sécurité des usagers par rapport à d'autres objectifs tels que la productivité (Zohar, Livne et autres, 2007).

Selon Stock, McFadden et Gowen, une bonne stratégie de gestion des connaissances engendre des effets positifs sur la sécurité des usagers (Stock, McFadden et Gowen, 2010). Les mêmes auteurs ont aussi observé que différents types de cultures induisent différentes stratégies de gestion des connaissances. À titre

d'exemple, une culture qui met l'accent sur l'équipe ou le groupe en misant sur l'engagement, le mentorat, la loyauté et la morale favorise une meilleure sécurité des usagers.

Les effets observés dans la littérature d'une culture de sécurité sur une bonne performance en regard de la sécurité des usagers sont importants et incluent :

- l'augmentation en six mois de la conformité aux pratiques sécuritaires reposant sur les données probantes telles que celles liées à la prévention des pneumonies pour les usagers ventilés (de 2 % à 96 %, l'hygiène des mains de 56 % à 95 % et l'application des pratiques de gestion de l'asthme à domicile de 0 % à 83 % (Peterson et autres, 2012) ;
- la réduction d'évènements indésirables (Singer et autres, 2009 ; Mardon et autres, 2010 ; Peterson et autres, 2012), dont les erreurs de médicaments avec conséquence grave (Peterson et autres, 2012) ;
- la réduction de la mortalité (Estabrooks et autres, 2002 ; Sexton, 2002).

COMMENT DÉVELOPPER UNE CULTURE DE SÉCURITÉ ?

La promotion et le développement d'une culture de sécurité est reconnue comme une pratique favorisant une offre de soins et de services sécuritaires par les organismes d'agrément (Agrément Canada, 2012). Ces organismes exercent donc, en plus des usagers, des pressions sur les établissements pour qu'ils développent leur culture de sécurité.

Les recherches établissent aussi une relation forte entre une gouvernance efficace au niveau des conseils d'administration et l'engagement de l'établissement envers la culture de sécurité. En fait, le conseil d'administration doit exercer un *leadership* clé dans le développement (fostering) et le soutien à cette culture (Baker et autres, 2010). Dans le cadre d'une gouvernance efficace, le conseil d'administration créer sa propre culture et celle de l'organisation.

Les éléments favorisant le développement d'une culture de sécurité doivent répondre aux principes de *leadership*, travail d'équipe et changement de comportements plutôt que par le recours à des processus ou technologies très précises. D'ailleurs, il a été observé que le climat de sécurité est meilleur lorsque les employés perçoivent que leur organisation met l'accent sur la participation de l'équipe, promeut l'innovation et l'adaptabilité et repose moins sur la hiérarchie (Singer et autres, 2009).

Ceci dit, certaines conditions de succès composant une approche multifacette intégrée et cohérente sont identifiées par plusieurs auteurs (CPSI et CHSRF, 2010 ; Hale, 2000 ; HAS, 2010 ; Peterson et autres, 2012 ; Pronovost et autres, 2013 ; Weaver et autres, 2013 ; Singer et autres, 2009 ; Thomas et Galla, 2012) :

- L'adoption d'une approche centrée sur l'usager et sa famille en mettant un visage humain sur la sécurité et en instaurant une approche patient partenaire.
- L'adoption de pratiques sécuritaires reposant sur les données probantes.
- L'engagement à l'égard de la culture juste et de la déclaration des incidents et accidents.
- L'élaboration et le suivi d'un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité du conseil d'administration (C.A.).
- Un engagement du C.A. envers la sécurité, la transparence et la reddition de comptes en ayant recours à des mesures de performance appropriées.

- Le recours à une orientation dominante du travail en équipe, incluant les médecins, et exigeant que les membres de l'équipe comprennent et apprécient le rôle des autres membres et aient confiance en eux.
- La formation continue des équipes en matière de prestation sécuritaire, y compris les médecins, notamment sur les analyses de causes souches et l'application de cycle d'amélioration continue de Deming (*plan-do-study-act*).
- Les tournées interdisciplinaires des équipes cliniques.
- Les tournées de la haute direction (permettant de démontrer l'engagement envers la sécurité auprès des équipes cliniques).
- Des approches de gestion des ressources humaines faisant appel à des critères rigoureux de sélection du personnel, des activités de formation et d'orientation, l'évaluation du rendement et des stratégies de reconnaissance.
- La participation des employés à la planification et la mise en œuvre des modalités d'amélioration (Fleming, 2006).

Ces constats sont tout à fait cohérents avec la conception de James Reason (1997) à l'effet que la culture de sécurité implique le développement de quatre sous cultures soit :

- la culture de **déclaration** des évènements indésirables ;
- la culture **juste** (atmosphère de confiance pour contribuer à l'information, mais où la frontière du comportement acceptable et non acceptable est connue) ;
- la culture de **flexibilité** (hiérarchie aplatie, contrôle dévolu aux experts puis aux gestionnaires) ;
- la culture d'**apprentissage** (la volonté et la compétence de tirer les bonnes conclusions des informations et des expériences et d'implanter les changements requis pour l'amélioration).

COMMENT MESURER LE NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE SÉCURITÉ ?

Le climat et la culture de sécurité s'apprécient soit quantitativement par questionnaire et enquête ou qualitativement par des entretiens ou audits cliniques (HAS, 2010). La première approche est beaucoup plus souvent documentée. En ce qui a trait au climat de sécurité qui caractérise l'équipe de travail, le personnel est interrogé sur le fonctionnement de leur équipe, leur organisation, les défaillances sur la sécurité, la transparence dans l'organisation, le travail en équipe et le *leadership*. Les résultats sont ensuite agrégés par unité de travail, service ou département. Parfois les appréciations de culture sont plus ethnographiques, plus détaillées et suivies de façon longitudinale (Sallie et autres, 2007). Les sondages sur la culture de sécurité sont semblables pour le volet équipe et mesurent aussi les dimensions suivantes : les attentes et le soutien des supérieurs, les actions utilisées pour promouvoir la sécurité, les communications, les réponses non punitives aux erreurs (culture juste), la dotation de personnel, les transferts et les transitions, la perception générale sur la sécurité des usagers ainsi que la déclaration des accidents (Sorra et Nieva, 2004)

À l'instar d'autres outils semblables, le taux de réponse affecte le niveau de validité des résultats obtenus. Certains facteurs favorisant un bon taux de réponse sont répertoriés : la participation facilité (temps ou rétribution pour compléter le questionnaire), un questionnaire court, la préservation de l'anonymat des répondants et des campagnes de promotion et communication sur l'exercice d'évaluation de la culture de sécurité.

Les outils recensés pour mesurer la culture ou le climat de sécurité sont :

- le questionnaire sur la sécurité des patients à l'hôpital globalement ou de certains services élaborés par l'Agence américaine sur la recherche sur le service de santé et la qualité (Sorra et Nieva, 2004) ;
- le questionnaire sur le climat de sécurité des patients des organisations de soins de santé (Singer et autres, 2007) ;
- le sondage sur la culture de sécurité utilisé par Agrément Canada (Agrément Canada, Programme Qmentum) ;
- le Safety Attitudes Questionnaire ;
- le Standford Instrument.

Ces outils permettent d'établir l'évolution de la culture de sécurité dans le temps et d'évaluer l'impact d'intervention pour la sécurité des usagers. Ces questionnaires doivent être remplis par toutes les catégories d'employés et médecins des établissements de santé (cliniques, non-cliniques, gestionnaires, etc.). L'obtention de résultats par service ou département permet de déterminer des pistes d'amélioration mieux ciblées.

L'appui éclairé des dirigeants dans le processus d'évaluation, la disponibilité des ressources requises et la compréhension des résultats permettent une meilleure contribution du personnel (Fleming, 2006). Effectuer une rétroaction rapide sur les résultats et les prochaines étapes favorisent aussi une meilleure participation aux enquêtes ainsi qu'aux stratégies d'amélioration.

En conclusion, le développement d'une culture de sécurité constitue une des conditions essentielles de succès pour améliorer la sécurité des usagers (Institute of Medecine, 2001). Les gestionnaires administratifs et cliniques doivent bien comprendre ce qu'est la culture de sécurité et son importance pour pouvoir mettre en place une bonne stratégie de développement d'une culture de la sécurité des usagers (Fleming, 2006). Pour ce faire, il est important que les organisations disposent d'une expertise interne pour mesurer et améliorer la culture de sécurité.

BIBLIOGRAPHIE

BAKER ROSS., G., et autres. (2010). *Effective Governance for Quality and Patient Safety in Canadian Health Care Organizations*, Ottawa, CHSRF, CPSI, 32 p.

HALE, A. R. (2000). « Editorial. Culture's confusions », *Safety Science*, vol 34, p. 1-14.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2010). *La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique*, France, 15 p.

INSTITUTE OF MEDECINE (2001). *Crossing the Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington DC., National Academy Press, 337 p.

FEMING, M. (2006). « Mesurer et améliorer la culture de sécurité des patients: un guide. » *Info-Thème. Bulletin de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*, nº 1. Octobre 2006, 2 p.

FLIN, R. (2007) « Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis », *Safety Sciences*. Vol. 45, nº 6, p. 652-67.

PETERSON, T. H., TEMAN, S. F., et CONNORS, R.H. (2012). « A Safety Culture Transformation ; Its Effects at a Children's Hospital ». *Journal Patient Safety*, Vol. 8, nº 3, September 2012, p. 1-6.

PRONOVOST, P.J et autres. (2013). « Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center », *Quality and Safety in Health care*, Vol. 12, nº 6, p. 405-410.

REASON, J (1997). *Managing the risks of Organizational Accidents*, Ashgate, 252 p.

SINGER, S. et autres. (2009). « Identifying organizational cultures that promote patient safety », *Health Care Managemen Review*, October-December, p. 300-311.

SINGER, S. et autres. (2007). « Workforce perceptions of hospital safety culture : development and validation of the patient safety climate in health care organizations survey », *Health Services Research* ; Vol. 42, nº 5, p. 1999-2021.

SORRA, J. S., et NIEVA, V. F. (2004) « Hospital Survey on Patient Safety Culture », *Agency for Healthcare Research and Quality*, Publication nº 04-0041, Rockville, Maryland: September. 65 p.

STOCK, G. N., MCFADDEN, K. L., et GOWEN, C. R. (2010). « Organizational Culture, Knowledge Management, and Patient Safety in U.S. Hospitals ». *Quality Management Journal*, Vol. 17, nº 2, p. 7-26.

THOMAS, L., et GALLA, C. (2012). « Building a culture of safety through team training and engagement », *Quality and Safety BMJ*, March 2012, 19, p. 1-8.

WAKEFIELD, J. G., et autres. (2010). « Patient safety Culture: factor taht influence clinician involvement in patient safety behaviors », *Quality and Safety Health Care*, 19, p. 584-591.

WEAVER, S. J., et autres. (2013). « Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. A systematic Rewiew », *Annals of Internals Medicine*, Vol. 158, nº 5, p. 369-375.

ZOHAR, D., et autres. (2007). « Health care climate a framework for measuring ans improving patient safety », *Critical Care Medicine*, Vol. 35, nº 5, p. 653-667.

CHAPITRE 5
L'APPROCHE PATIENT PARTENAIRE, UN CONCEPT-CLÉ DE LA SÉCURITÉ DES SERVICES

JOANE BOULANGER / joane.boulanger.chum@ssss.gouv.qc.ca
Conseillère en soins spécialisés, gestion des risques et évaluation de la qualité
Centre hospitalier universitaire de Montréal

NATHALIE DE MARCELLIS-WARIN / nathalie.demarcellis-warin@polymtl.ca
Chef de projet / Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire / Faculté de Médecine
Université de Montréal

Le concept de patient partenaire connaît actuellement un essor sans précédent dans les milieux de soins québécois. La représentation de l'usager[1] comme acteur principal de sa trajectoire s'impose en effet progressivement comme un nouveau paradigme de soins, à la fois dans les établissements de santé et les milieux d'enseignement de la province. Alors que ce changement de culture prend forme au sein des différents milieux cliniques, le virage patient partenaire entraîne nécessairement une réflexion sur la participation et le rôle attendu du patient dans la sécurité. Concrètement, dans un système où la transformation constante se juxtapose aux grands défis sanitaires du 21e siècle (hausse des maladies chroniques, vieillissement de la population, etc.) l'émergence d'une culture de partenariat entre patients et professionnels répond à un important besoin de renouvellement de la relation thérapeutique. Amorcé en Grande-Bretagne dans les années 2000, le virage patient partenaire s'est démarqué par une invitation au patient à tenir un rôle participatif et décisionnel dans le cadre de ses soins (Department of Health, 1999). Dans sa plus simple expression, cette culture de partenariat vise qu'un patient apprenant, participatif et respecté dans ses préoccupations et ses priorités puisse voir augmenter son niveau de satisfaction à l'égard de la qualité de soins offerts, de même que son pouvoir d'agir sur sa santé. S'appuyant sur le développement d'une relation de soins égalitaire et sur un partage d'expertises complémentaires – celle du professionnel, tout comme celle du patient –, le partenariat de soins apparaît désormais comme la clé de voûte d'une pratique de soins optimale, mais aussi sécuritaire.

L'USAGER PARTENAIRE POUR SA PROPRE SÉCURITÉ

La participation active de l'usager dans sa sécurité est de plus en plus encouragée comme stratégie afin de réduire le nombre d'événements indésirables les concernant (Doherty et Chariniti, 2012). Ainsi, dans une culture de partenariat émergente, les usagers et les proches sont invités à observer, à questionner, à prendre part aux échanges et à participer aux décisions qui les concernent, tant pour leur bien-être que pour l'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des soins et services offerts.

1 La notion d'usager inclut également celle de famille et proche.

LE PATIENT PARTENAIRE : UNE DÉFINITION

Personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe. Respecté dans tous les aspects de son humanité, le patient partenaire est membre à part entière de cette équipe en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant et en respectant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de ses besoins et de son projet de vie.

(Source : *Guide d'implantation*, RUIS de l'Université de Montréal, 2013).

Bien que la responsabilité d'une prestation de soins sécuritaires incombe aux professionnels, la littérature s'entend sur le fait que l'usager peut fournir un regard unique sur le système de santé en place. Considérant la complexité des milieux de soins, à laquelle s'ajoute un souci de performance élevé au sein des organisations, il apparaît d'autant plus justifié de considérer le patient comme une ressource supplémentaire, capable de participer au processus d'identification, d'analyse et d'évaluation des risques ainsi qu'à la détermination des solutions possibles pour prévenir les événements indésirables (Department of Health, 2006 ; Pernet, Mollo et Giraud, 2012).

Cela dit, dans un contexte où les services sont complexes, spécialisés et où le temps des professionnels doit être maximisé, les usagers et les familles qui aspirent à une plus grande participation dans leur sécurité sont souvent considérées par les intervenants comme difficiles, exigeants ou même dérangeants (Darvous et autres, 2010). Par conséquent, plusieurs usagers qui souhaitent interroger leurs professionnels sur leur sécurité préfèrent souvent restreindre leurs questionnements, craignant que leurs interventions soient perçues comme une critique ou une remise en question des compétences de leurs professionnels (Davis, Sevdalis et Vincent, 2012). Il faut savoir que la volonté des usagers d'intervenir dans la gestion de leurs soins, et donc de leur sécurité, est largement influencée par la perception d'ouverture et de considération des professionnels de la santé à l'égard de leurs interrogations (Davis, Sevdalis et Vincent 2012 ; Doherty et Chariniti, 2012). La capacité d'écoute du professionnel, au même titre que sa capacité à reconnaître le savoir expérientiel de l'usager et à s'exprimer dans un langage clair et compris de tous, sont autant de conditions essentielles à l'établissement d'un partenariat de soins et d'une participation de l'usager à sa sécurité.

La participation de l'usager (et du proche) à titre de partenaire vigilant s'actualise dans un premier temps par le partage de ses expériences, ses préoccupations et ses observations qui, prises en considération par le professionnel, peuvent apporter un nouvel éclairage au projet de soins ou traitement envisagé. Dans un deuxième temps, l'usager peut contribuer, par ses observations, à l'identification d'incidents, voire d'accidents au cours d'un épisode de soins. Certaines déviations des routines habituelles, par exemple l'administration d'un mauvais médicament, d'une dose erronée, d'une omission ou le mauvais fonctionnement d'un appareil peuvent ainsi être identifiées et portées à l'attention des professionnels par les usagers et leurs proches (Muller, 2003 ; Schulmeister, 1999 ; Unruh et Pratt, 2006).

Si chaque usager est partenaire selon son rythme et ses capacités, il en va de même pour sa participation dans la gestion de sa sécurité, et ce, aux différentes étapes de sa trajectoire de soins. Que ce soit avant une chirurgie élective, au cours d'un traitement à domicile ou d'une brève hospitalisation, l'usager peut donc prendre part à sa sécurité par différentes actions (voir encadré à la page suivante).

MOYENS CONCRETS DE FAVORISER L'IMPLICATION DES USAGERS À DES SOINS PLUS SÉCURITAIRES

- Les informer des soins et traitements qui leur sont offerts et soutenir une prise de décision éclairée .
- Les impliquer dans la planification des soins en partageant de l'information.
- Les encourager à questionner interventions ou décisions relatives à ses soins et traitements.
- Les sensibiliser à l'importance de veiller aux aspects sécuritaires d'un traitement (Ex. administration d'un médicament).
- Les solliciter afin qu'il donne une rétroaction à l'égard de l'appréciation de la qualité de soins et qu'ils partagent des suggestions visant d'amélioration continue des soins.

METTRE EN PLACE DES MÉCANISMES AFIN DE PERMETTRE AUX USAGERS DE S'EXPRIMER

Les usagers sensibilisés aux enjeux liés à leur sécurité sont plus conscients qu'il est possible de prévenir les erreurs de médicaments, de prévenir et de lutter contre les infections, d'éviter les chutes, etc. et peuvent jouer un rôle actif dans la prévention de ces événements indésirables (ACPM, 2012). Ainsi, en plus des bénéfices pour la sécurité individuelle de l'usager, cette approche est considérée comme ayant un fort potentiel d'amélioration continue en ce qui a trait à la maîtrise des différents risques liés aux soins et aux services (Weingart et autres, 2005).

Cependant, pour actualiser cette participation du patient sur le terrain, il demeure impératif que les professionnels développent leur capacité d'accompagner l'usager et ses proches dans son habilitation à devenir un partenaire vigilant. Informer, sensibiliser l'usager aux aspects liés à sa sécurité et surtout valoriser sa contribution sous toutes ses formes sont les meilleurs prédicteurs d'un engagement concret favorisant son pouvoir d'agir dans la gestion des risques. L'exercice présuppose aussi qu'une relation de confiance s'établisse.

Cet élément soulève le défi de préserver un équilibre fragile, où les interventions des professionnels doivent susciter l'intérêt du patient à l'égard de sa sécurité sans cependant provoquer de l'anxiété et affecter la relation de confiance usagers-soignants (Doherty et Charitini, 2012). Le rôle d'accompagnement et de facilitateur du professionnel de la santé à cet égard est déterminant, car bien que l'implication des usagers dans leur sécurité soit influencée par plusieurs facteurs, la clé du succès repose en grande partie sur l'habileté des professionnels à entrer en relation, à reconnaître les croyances et respecter les choix individuels des usagers. Cette façon d'être et d'agir doit être guidée par des valeurs humanistes où la personne est considérée dans son unicité. Le partenariat souhaité peut s'établir lorsque tous les membres d'une équipe de soins sont porteurs de cette vision et de cette perspective. Ainsi, le fait de croire aux ressources du patient et de ses proches, d'apprendre à le connaître au cours de son épisode de soins et de l'accompagner dans un projet de soins commun favorisent l'initiation de gestes simples et d'actions modestes qui peuvent mener à des résultats insoupçonnés en matière de prévention des événements indésirables.

La participation des usagers se heurtent toutefois actuellement à des contextes de soins de plus en plus complexes où les professionnels de la santé sont soumis à une forte pression qui traduit un souci de performance et un rythme de soins de plus en plus exigeant. Ainsi, la volonté de valoriser la contribution du patient dans sa sécurité doit nécessairement émerger d'un changement de paradigme dans nos environnements de soins. La consolidation de cette culture de partenariat doit également reposer sur des orientations précises et soutenues par les différentes instances régionales et provinciales. Elle doit aussi prendre appui sur des valeurs partagées par les dirigeants des différents établissements et de l'ensemble de leurs intervenants afin que le patient et sa sécurité soit réellement au cœur de nos préoccupations et de nos pratiques.

ENTREVUE AVEC
VINCENT DUMEZ
SUR L'APPROCHE PATIENT PARTENAIRE

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE. (2012) Le patient responsabilisé qui prend part à ses soins, [En ligne]. (Consulté le 18 novembre 2014)

DARVOUS et autres. (2010). « L'alliance parents-soignants à l'épreuve de l'erreur médicale », *Archives de pédiatrie*, décembre 2010, Vol. 17, nº 2, p. 1696-1708.

DAVIS, R. E., SEVDALIS, N., et VINCENT, C. A. (2012) « Patient involvement in patient safety: The health-care professional's perspective », *Journal of patient safety*, Vol. 8, nº 4, p. 182-188.

DEPARTMENT OF HEALTH. (2006) SAFETY FIRST: A REPORT FOR PATIENTS, CLINICIANS AND HEALTH CARE MANAGERS, London, HMSO, 36 p., [En ligne]. (Consulté le 18 novembre 2014).

DOHERTY, C., et CHARITINI, S. (2012). « Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors ; A systematic literature review », *Social Science and Medicine*, Vol. 75, nº 2, July 2012, p. 257-263.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2011). *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et des services de santé au Québec, Période du 1 avril au 30 septembre 2011*, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2012). *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et des services de santé au Québec, Période du 1 octobre 2011 au 31 mars 2012*, MSSS.

PERNET, A., MOLLO, V., et GIRAUD, P. (2012). « La participation de patients à la sécurité des soins en radiothérapie: une réalité à développer », *Bulletin du cancer*, Vol. 99, nº 5, mai 2012, p. 581-587.

SCHULMEISTER, L. (1999). « Chemotherapy medication errors: Descriptions, severity, and contributing factors », *Oncology Nursing Forum*, Vol. 26, nº 6, p. 1033-1042.

SWANSON, K. M. (1993). « Nursing as informed caring for the wellbeing of others », *IMAGE: The Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 25, nº 4, Winter 1993, p. 325-357.

UNRUH, K.T., et PRATT, W. (2007) « Patients as actors: The patient's role in detecting, preventing and recovering from medical errors », *International Journal of Medical Informatics*, Vol, 76, Suppl 1,jun 2007, p. 236-244.

WEINGART, S.N., et autres. (2005). « What Can Hospitalized Patients Tell Us about Adverse Events? », *Journal of general intern medicine*, Vol. 20, nº 9, September 2005, p. 830-836.

CHAPITRE 6
GÉRER LA SÉCURITÉ DES SERVICES

GUILLAUME DUCHARME / guillaume.ducharme@aqesss.qc.ca
Conseiller à la gestion intégrée de la qualité et des risques
Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Autant pour des raisons humanitaires que des raisons économiques, offrir à la population des services sécuritaires et de qualité devrait figurer parmi les priorités stratégiques de l'établissement. Les coûts humains et financiers de la non-qualité sont intolérables et il faut agir de manière systémique pour les réduire au minimum. Il importe donc de mettre en œuvre un système de gestion de la sécurité des services qui assure la coordination des efforts d'identification, d'analyse, d'évaluation et de traitement des différents risques liés aux services offerts, et ce, en cohérence avec toutes les activités de gestion des risques de l'établissement.

Les dirigeants des établissements doivent donner un signal clair à l'effet que la sécurité des services ne repose pas uniquement sur les épaules de chaque intervenant, mais qu'il s'agit bien qu'une responsabilité organisationnelle partagée par tous les acteurs de l'établissement, y compris l'équipe de gestion. Chaque intervenant doit avoir l'assurance que son organisation met en œuvre tout ce qui est possible pour lui permettre d'offrir aux usagers une prestation de services de qualité et sécuritaire. C'est là le but du système de gestion de la sécurité des services.

LA SÉCURITÉ DES SERVICES AU CŒUR DE LA DÉMARCHE DE GESTION DES RISQUES DE L'ÉTABLISSEMENT

La sécurité des services de l'établissement concerne plus particulièrement la gestion des risques dit « opérationnels », c'est-à-dire ceux qui sont générés par les activités cliniques de l'établissement et qui peuvent avoir pour conséquences de nuire à la santé et au bien-être de l'usager et de ses proches. Or, un établissement doit également s'assurer de gérer d'autres types de risques qui peuvent être causés par des facteurs externes à ses activités ou qui peuvent entraîner des conséquences pour ses employés, par exemple un incendie ou une contamination de l'air. Il serait cependant

FIGURE 1 – SYSTÈME DE GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

POURQUOI DES SYSTÈMES DE GESTION DES RISQUES SPÉCIFIQUES ET PAS PLUTÔT UN SEUL SYSTÈME ?

Les établissements de santé et de services sociaux ne partent pas de zéro en matière de gestion des risques. Ils doivent implanter un système intégré dans des organisations régies par de nombreuses lois et normes et dont les structures internes ont connues de nombreuses transformation par le passé. Il leur faut de plus tenir compte de l'expertise déjà disponible au sein des établissements, une expertise répartie dans des structures déjà définies. Pour toutes ces raisons et pour éviter de proposer une nouvelle transformation structurelle, le présent guide s'inscrit dans une volonté d'intégration des pratiques et des modes de fonctionnement et se veut respectueux des structures déjà en place.

utopique de penser confier à une seule personne la responsabilité de gérer l'ensemble des risques d'une organisation aussi complexe qu'un établissement de services de santé et de services sociaux.

La complexité inhérente aux organisations du secteur de la santé, ainsi que l'encadrement législatif et normatif spécifique à chaque secteur de risques milite en effet en faveur d'un système de gestion intégrée des risques décentralisé et basé sur l'expertise déjà en place. Ce système de gestion intégrée des risques, représenté schématiquement à la figure 1, prend appui sur les rôles et les responsabilités des différents secteurs d'activités de l'établissement. Il propose des mécanismes de coordination permettant de faire des liens entre les différents secteurs d'une part, et avec la gouvernance de l'organisation d'autre part.

Le système de gestion intégrée des risques se compose de quatre systèmes spécifiques de gestion des risques. Ces systèmes sont dédiés respectivement à la sécurité des services, à la santé et la sécurité du travail, à la sécurité informationnelle ainsi qu'à la sécurité civile. Ils doivent agir en concertation afin de s'assurer que l'ensemble des risques de l'établissement soient adéquatement maîtrisés. Dans le présent guide, nous allons aborder plus particulièrement la composition et le fonctionnement du système de sécurité des services dans une perspective de collaboration avec les autres systèmes ainsi qu'avec la gouvernance de l'établissement.

LES CINQ COMPOSANTES D'UN SYSTÈME DE GESTION DE LA SÉCURITÉ

La loi 113 sur la sécurité des services a rendu obligatoire la mise en œuvre d'instances et d'obligations visant à encadrer la sécurité des services, mais sans préciser le fonctionnement de l'ensemble. En mettant en œuvre un système de gestion de la sécurité, on permet de préciser ce fonctionnement et d'y donner une certaine cohérence. Le système proposé ci-dessous comprend cinq composantes-clés utilisé dans certains établissements américains (AHRAM, 2011) :

- le rattachement à la structure décisionnelle de l'établissement ;
- la création d'instances de coordination et l'identification des acteurs-clés ;

- les systèmes d'information et les mécanismes de consultation ;
- les activités de promotion et de sensibilisation à la sécurité des services ;
- la reddition de comptes sur le fonctionnement et les résultats du système de sécurité des services.

1 LE RATTACHEMENT À LA STRUCTURE DÉCISIONNELLE DE L'ÉTABLISSEMENT

Le système de gestion de la sécurité des services doit être rattaché à la structure décisionnelle grâce à des liens d'autorité clairement déterminés. Cela se concrétise notamment par la nomination de gestionnaires responsables du dossier de la sécurité des services dotés d'une reconnaissance formelle et d'une autorité adéquate au sein de l'établissement. Il importe également de s'assurer que les différentes instances décisionnelles de l'établissement (comité de direction, conseil d'administration, etc.) se préoccupent de la sécurité des services et qu'ils donnent des directives et des orientations sur les priorités en matière de sécurité des usagers.

Il faut se rappeler que les activités d'identification, d'analyse et d'évaluation des risques liés aux services entraîneront nécessairement des propositions de révision dans les façons de faire sur les plans clinique et administratif et cela ne sera possible que si les personnes en autorité sont parties prenantes aux activités de gestion des risques.

Ce rattachement à la structure décisionnelle de l'établissement doit être explicite et reconnu de la part de l'ensemble des acteurs de l'établissement. Les personnes en charge des activités liées à la sécurité

COMMENT RATTACHER LA SÉCURITÉ DES SERVICES À LA STRUCTURE DÉCISIONNELLE DE L'ÉTABLISSEMENT ?

- Inscrire la sécurité des services dans l'intitulé de la direction responsable.
- Inscrire les responsabilités en matière de gestion des risques dans les descriptions de tâches des gestionnaires et des différents intervenants de l'établissement.
- S'assurer que le conseil d'administration et le comité de direction accordent une attention adéquate aux enjeux de sécurité des services.
- S'assurer que tous les comités et les conseils prévus dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* sont en place et opérationnels (notamment le comité de vigilance et de la qualité et le comité de gestion des risques).
- S'assurer que la sécurité des services soit un enjeu prioritaire de l'établissement et du programme de gestion intégrée des risques.
- S'assurer que les procédures de déclaration des événements indésirables, de divulgation et d'analyse soit adoptées, diffusées et appliquées par l'ensemble des acteurs de l'établissement.

des services devraient figurer en bonne place dans l'organigramme de l'établissement et le système de sécurité des services dans son ensemble devrait être intégré dans le plan d'organisation.

Il ne faut pas oublier que la sécurité des services est une des composantes du système de gestion intégrée des risques de l'établissement. Son rattachement à la structure décisionnelle doit se faire en gardant à l'esprit que la sécurité des services n'est pas le seul domaine d'action en gestion des risques et qu'il importe d'intégrer les activités en sécurité des services avec les autres secteurs d'activités tels que la santé et sécurité du travail, la sécurité informationnelle et la sécurité civile.

La loi prévoit la constitution de deux instances formelles permettant de faire le lien entre les activités liées à la sécurité des services et le conseil d'administration de l'établissement. Il s'agit du comité de gestion des risques et du comité de vigilance et de la qualité. Les mandats respectifs de ces deux instances sont décrits dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

2 LA CRÉATION D'INSTANCES DE COORDINATION ET L'IDENTIFICATION DES ACTEURS-CLÉS

La création d'instances de coordination et l'identification des acteurs-clés est le cœur d'un système organisé de gestion de la sécurité des services. Ce sont ces acteurs dévoués et les instances dédiées qui permettent de faire passer la préoccupation individuelle des professionnels pour la qualité et la sécurité des services au stade d'engagement organisationnel. Le fait que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit la constitution de certaines instances, tel que le comité de gestion des risques, ne devrait pas constituer un frein à la mise en place des autres forums qui sont requis pour coordonner adéquatement les activités liées à la sécurité des services. Il importe également de s'assurer que ces instances de coordination, bien qu'affectées spécifiquement aux activités liées à la sécurité des services fonctionnent à l'intérieur du système global de gestion des risques et en partenariat avec les instances dédiées au suivi des autres types de risques.

Le responsable de la sécurité des services

Sous l'autorité du directeur général et l'autorité fonctionnelle du responsable de la gestion intégrée des risques de l'établissement, le responsable de la sécurité des services assure le fonctionnement du système de gestion de la sécurité des services. Il voit également au bon fonctionnement des instances dédiées à la sécurité des services, notamment le comité de gestion des risques. Il est la personne-ressource du comité de vigilance et de la qualité. Au niveau opérationnel, il supervise les activités d'identification, d'analyse et d'évaluation des risques liés aux services en plus de s'assurer de l'application des mesures de déclaration, d'analyse et de divulgation des incidents et des accidents. Il voit au soutien des victimes d'un événement indésirable et il supervise la mise en place des différents mécanismes de surveillance de la qualité des services, y compris le registre local des incidents et des accidents. Il propose la nomination des répondants de risques (uniquement ceux responsables des risques liés aux services) et il coordonne leur travail. Il est la personne désignée par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* pour recevoir, sous le sceau de la confidentialité,

POUR ALLER PLUS LOIN, CONSULTEZ LA FICHE DESCRIPTIVE SUR LE RÔLE DU RESPONSABLE DE LA SÉCURITÉ DES SERVICES.

un renseignement fourni par un participant à une enquête de gestion des risques et il conduit ou coordonne les analyses en cas d'événement sentinelle.

Le responsable de la sécurité des services peut-être appuyé dans ses fonctions par une ou plusieurs personnes. Il est également possible que dans le cas d'un établissement de plus petite taille, le rôle de responsable de la sécurité des services soit confié à une personne occupant déjà un autre mandat. Dans tous les cas, il est important que le responsable de la sécurité des services relève directement du directeur général pour la réalisation de son mandat.

Les répondants de risque

Les répondants de risques sont des personnes désignées pour contribuer, grâce à leur expertise, à l'identification, à l'analyse et à l'évaluation d'un risque ou d'un ensemble de risques. Ils assurent également le suivi des moyens mis en place afin d'en assurer la maîtrise. Dans le cadre de leur mandat, ils appuient les différents intervenants

EXPERTS DE CONTENU OU EXPERTS DE PROCESSUS ?

Pour faire fonctionner le système de sécurité des services, il importe de s'appuyer sur des acteurs-clés occupant diverses fonctions au sein de l'établissement. Ces acteurs peuvent se regrouper en deux catégories : les experts de contenu et les experts de processus.

Les experts de contenu sont des personnes possédant une expertise spécifique dans un domaine clinique, scientifique, technique, logistique ou administratif. Cette expertise leur permet d'agir à titre de personne-conseil pour la mise en place et le suivi de processus qualité ou de moyens de maîtrise des risques. Les experts de contenu ne sont souvent pas dédiés entièrement aux activités de gestion des risques et agissent également à titre d'experts pour la gestion des processus de travail. Leur nombre et leur expertise varient selon la taille et la gamme des services offerts par l'établissement. Exemple : conseillère en soins infirmiers, technicien de laboratoire, ingénieur biomédical, analyste informatique. Ce sont les experts de contenu qui seront considérés pour occuper le rôle de répondant de risque.

Les experts de processus sont des personnes possédant une expertise en matière de gestion des risques. Cette expertise comprend notamment une connaissance des principes de gestion des risques, des dispositions légales applicables à ce domaine, de gestion de crises, d'analyse et d'enquête en cas de défaillance de système, etc. Ces personnes ont pour fonction de coordonner le travail des différents experts de contenu et de s'assurer que le système de sécurité des services fonctionne adéquatement. Exemple : Responsable de la gestion intégrée des risques, responsable de la sécurité des services, conseiller à la sécurité des services, etc.

C'est la conjugaison des efforts des experts de contenu et des experts de processus qui permet de mette en œuvre un système de gestion de la sécurité des services efficace et fonctionnel.

et gestionnaires afin de permettre à ces derniers de mettre en œuvre les actions préventives et correctives qui permettent d'empêche le risque de se matérialiser. Les répondants de risques du secteur de la sécurité des services sont nommés par le comité de direction sur recommandation du responsable de la sécurité des services.

Les comités-conseil

Les comités-conseil du système de sécurité des services sont des instances consultatives qui ont pour fonction de contribuer à l'identification, à l'analyse et au traitement d'un risque spécifique en réunissant des personnes ayant une expertise dans le domaine concerné. Les comités-conseils sont placés sous la responsabilité du répondant de risque attitré qui en assure la bonne marche. Le mandat de chaque comité-conseil ainsi que sa place au sein du système de gestion de la sécurité des services devrait être clairement défini et revu annuellement. Il est également souhaitable que l'état des travaux du comité-conseil fasse partie du rapport du répondant de risque.

Le groupe de travail des répondants de risques

Le rôle des différents répondants de risques étant névralgique, il est souhaitable de mettre en place un forum leur permettant d'échanger entre eux et d'assurer leur développement. Pour cela, il est possible de mettre sur pied un groupe de travail des répondants de risques. Véritable instance de codéveloppement, ce groupe de travail devrait avoir pour mandat de favoriser une meilleure intégration des répondants de risque dans leur rôle et de maximiser leur efficacité au sein de l'organisation. Il faut mentionner que le groupe de travail des répondants de risques n'est pas une instance exclusive au système de gestion de la sécurité des services, mais bien une instance commune à tous les systèmes de gestion des risques. Il fait partie du système de gestion intégrée des risques de l'établissement.

La mise sur pied d'instances de coordination peut être perçue comme un ajout aux instances déjà existantes telles que le comité de gestion des risques et le comité de vigilance et de la qualité. Or, il faut se rappeler que ces dernières instances ont été créées par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* pour assurer la surveillance des activités de l'établissement en matière de sécurité des services et non pour en assurer la coordination. Il s'agit donc de deux mandats distincts qui ne peuvent être réalisés par les mêmes personnes. La création de plusieurs forums est donc nécessaire, même si cela entraîne une certaine complexité pour les organisations.

POUR ALLER PLUS LOIN, CONSULTEZ LES FICHES DESCRIPTIVES SUR LES RÉPONDANTS DE RISQUE ET LES COMITÉS-CONSEILS.

3 LA MISE EN PLACE DE SYSTÈMES D'INFORMATION ET CONSULTATION

En gestion des risques, l'information est ce qui permet d'agir pour prévenir la matérialisation des risques et les événements indésirables qui peuvent en découler. Le système de gestion de la sécurité des services doit permettre de mettre ses principaux acteurs au cœur des flux d'information concernant la qualité et la sécurité des services. En effet, sans avoir accès à l'information pertinente, les différents répondants de risque et autres acteurs du système seront impuissants à améliorer la sécurité des services. Plusieurs systèmes d'information sont déjà en place au sein des établissements, pensons notamment au système de déclaration des incidents et des accidents, aux indicateurs qualité et sécurité issus des banques de données cliniques et aux rapports provenant du commissaire aux plaintes et du coroner.

Il importe que le responsable de la sécurité des services de l'établissement s'assure que les données pertinentes soient transmises aux personnes qui en ont besoin. Pour cela, il doit s'assurer de la gestion adéquate de l'information disponible au sein de l'établissement. Le responsable de la sécurité des services, et son équipe, sont donc appelés à devenir des experts de la gestion de l'information au sein de l'établissement. Ils agissent comme référence pour toute personne qui souhaite avoir de l'information sur l'état de la qualité et de la sécurité des services. En collaboration avec l'équipe d'évaluation de la performance, le responsable de la sécurité des services doit pouvoir extraire les données pertinentes afin d'alimenter les tableaux de bord et les rapports qui permettront aux différents acteurs de l'établissement de suivre de près l'évolution de la sécurité des services.

Le chapitre 8 traitera plus particulièrement de la détection des risques et des systèmes d'information afférents dont les systèmes de déclaration et les autres méthodes d'identification des défaillances dans l'offre de services. Le chapitre 11 pour sa part, mettra l'accent sur les différents indicateurs de qualité dont les établissements doivent assurer le suivi. Il importe également de mettre en œuvre des mécanismes formels de consultation des parties prenantes afin de s'assurer que les informations de nature plus qualitatives soient canalisées vers les personnes ayant les connaissances requises pour les analyser et l'autorité nécessaire pour mettre en œuvre les actions requises.

4 LA MISE EN ŒUVRE D'ACTIVITÉS DE PROMOTION ET DE SENSIBILISATION À LA SÉCURITÉ DES SERVICES

Le système de sécurité des services doit être visible au sein de l'établissement. Pour cela, il doit prévoir une stratégie permettant de mettre en valeur ses activités afin de s'assurer d'une promotion constante de la sécurité des services. Le responsable de la sécurité des services est appelé à devenir un promoteur de premier plan de la sécurité des services auprès de l'ensemble des acteurs de l'établissement. Ce rôle de promoteur, il doit le jouer au premier chef auprès de l'équipe des gestionnaires afin que ceux-ci s'engagent à ses côtés pour

COMMENT METTRE EN PLACE LES INSTANCES DE COORDINATION ET LES ACTEURS-CLÉ ?

- Il faut tout d'abord que la direction de l'établissement nomme un responsable de la sécurité des services parmi les membres de l'équipe de direction.
- Le responsable de la sécurité des services doit ensuite, après consultation des différentes parties prenantes, nommer les principaux répondants de risque en matière de sécurité des services.
- Chaque répondant de risque doit évaluer la pertinence de mettre sur pied un comité-conseil pour l'assister dans ses fonctions.
- Le responsable de la sécurité des services doit contacter les autres responsables des activités de gestion des risques au sein de l'établissement afin de mettre sur pied avec eux le groupe de travail des répondants de risques.

faire la promotion de la sécurité des services auprès de l'ensemble des équipes.

En collaboration avec le service des communications de l'établissement, le responsable de la sécurité des services doit établir un plan de communication afin de faire connaître aux équipes, aux usagers et aux tiers les objectifs que l'établissement s'est donné ainsi que les stratégies misent en œuvre pour maîtriser adéquatement les différents risques. Le but des activités de communication doit être de favoriser l'adhésion de tous les acteurs aux principales stratégies de maîtrise des risques. Les activités de promotion et de sensibilisation devraient être basées sur de l'information adéquate et pertinente de manière à dépasser l'anecdote pour véritablement informer les intervenants de l'impact qu'ils ont sur la qualité et la sécurité des services.

5 LA REDDITION DE COMPTES SUR LE FONCTIONNEMENT ET LES RÉSULTATS DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ DES SERVICES

Le système de gestion de la sécurité des services doit rendre des comptes sur son fonctionnement ainsi que sur les résultats qu'il atteint. Cette reddition de comptes aux instances décisionnelles doit permettre à ces dernières de prendre les mesures appropriées pour garantir un niveau de sécurité optimal aux usagers de l'établissement. La reddition de comptes vise à s'assurer que les objectifs de qualité et de sécurité ont été atteints et que les ressources affectées à la réalisation de ses objectifs ont été adéquatement utilisées.

Cette obligation peut être remplie de plusieurs façons :

- en déposant des rapports d'activités détaillés au conseil d'administration ;
- en faisant le suivi des indicateurs de qualité et de sécurité au comité de direction ainsi qu'au conseil d'administration grâce à un tableau de bord ;
- en faisant le suivi du registre des risques de l'établissement au comité de direction ainsi qu'au conseil d'administration.

LA MISE EN ŒUVRE DU SYSTÈME DE GESTION DE LA SÉCURITÉ DES SERVICES

La mise en œuvre du système de gestion de la sécurité des services comporte plusieurs phases.

L'ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

L'engagement de l'établissement est une phase cruciale dans la mise en œuvre du système de gestion de la sécurité des services. Bien plus qu'un engagement de principe, l'engagement de l'établissement consiste à mettre l'organisation sur la ligne de départ en donnant l'assurance que les ressources requises à la démarche seront dégagées et mises à la disposition des différents acteurs impliqués. L'engagement de l'établissement, c'est également indiquer clairement que l'ensemble de l'organisation et de ses acteurs seront placés dans une posture proactive face aux différents problèmes pouvant affecter la sécurité des services offerts. Cette posture proactive se reflète par un refus de la fatalité et une volonté, toujours plus affirmée, de tout mettre en œuvre afin de garantir à l'usager et à ses proches un service de qualité et exempt d'erreur.

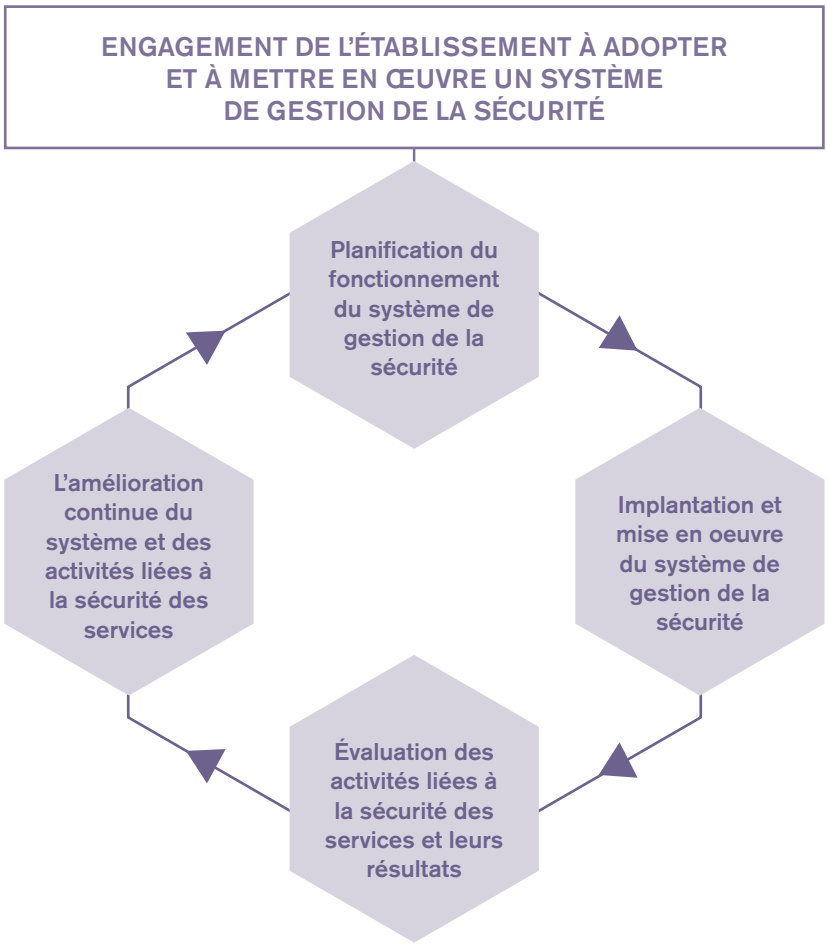
L'engagement de l'établissement est une étape préalable à la mise en œuvre du système de sécurité des services, mais qui doit également se traduire par des actions continues visant à réaffirmer cet engagement.

Le chapitre 3 traite plus particulièrement de l'engagement de la gouvernance dans la sécurité des services.

LA PLANIFICATION DE LA MISE EN ŒUVRE

La seconde phase de la mise en œuvre du système de sécurité des services consiste à planifier les activités de gestion des risques liés aux soins et services. Cette étape vise à s'assurer que la mise en œuvre du système de sécurité des services s'effectuera de manière structurée, en coordination avec les activités et les objectifs de l'établissement et en tenant compte des informations déjà disponibles sur les risques que l'on souhaite maîtriser. La planification peut s'effectuer de plusieurs manières, cependant il est possible de suivre la démarche suivante comprenant trois étapes :

FIGURE 2 – CADRE ORGANISATIONNEL DE SÉCURITÉ DES SERVICES



1. Effectuer un autodiagnostic de l'état actuel des activités en matière de sécurité des services.
2. Identifier sommairement les principaux risques générés par les activités et les services de l'établissement.
3. Identifier les acteurs et les parties prenantes en matière de sécurité des services.

À la fin de l'étape de planification, l'établissement sera en mesure de produire une stratégie de mise en œuvre destinée à coordonner les actions des différents acteurs en matière de sécurité des services. Cette stratégie sera appelé à devenir une composante majeure du programme de gestion intégrée des risques de l'établissement, puisqu'elle couvrira la quasi-totalité des risques liés aux activités et services de l'établissement. Dès maintenant, il importe de s'assurer que la stratégie de l'établissement en matière de sécurité des services s'inscrit en continuité avec le plan des mesures d'urgence, la stratégie de prévention des accidents du travail et des autres plans de l'établissement (plan de sécurité informationnel, plan de lutte aux infections nosocomiales, etc.). Il faut se rappeler que l'objectif de ces différents documents est de guider les acteurs de l'établissement dans leurs actions préventives en clarifiant les rôles, les responsabilités et les liens de collaboration et non de complexifier la gestion des différents risques de l'établissement. Il faut cependant s'attendre à ce que la formalisation des activités de sécurité des services génère des activités (mise en œuvre, suivi, etc.) pour les différents acteurs de l'établissement.

L'AUTODIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DES ACTIVITÉS EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ DES SERVICES

L'autodiagnostic de sécurité des services est une forme de liste de contrôle destinée à vérifier si les composantes essentielles et préalables à la démarche d'implantation du système de gestion de la sécurité des services sont en place. Dans certains cas, cet outil permet de mettre en évidence les lacunes devant être comblées avant d'entreprendre les prochaines démarches.

L'INDENTIFICATION SOMMAIRE DES PRINCIPAUX RISQUES

La mise en place du système de gestion de la sécurité des services présuppose une certaine connaissance des risques auxquels sont confrontés les établissements de santé et de services sociaux. Heureusement, les gestionnaires de risques ne partent pas de zéro en matière de connaissance des risques et l'expérience du passé permet d'effectuer cet exercice préliminaire sans trop de difficultés.

Les risques identifiés lors de cette étape peuvent être regroupés dans un « portefeuille » des risques de l'établissement. Ce document permet de garder une vision d'ensemble des différents risques identifiés, des secteurs d'activités qui peuvent générer ces risques et des personnes qui auront pour fonction d'en assurer la gestion et la prévention. L'avantage de constituer un portefeuille des risques organisationnels est de permettre aux instances de gouvernance de l'établissement de prendre conscience rapidement et d'un seul coup d'œil tous les risques qui doivent préoccuper l'organisation. Le portefeuille doit faire l'objet d'un suivi régulier et être mis à jour de façon à pouvoir refléter adéquatement la situation réelle de l'établissement.

POUR ALLER PLUS LOIN, CONSULTEZ LA FICHE DESCRIPTIVE SUR LA TYPOLOGIE DE RISQUES.

L'IDENTIFICATION DES ACTEURS ET DES PARTIES PRENANTES EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ DES SERVICES

L'identification sommaire des principaux risques liés aux services permet de déterminer les acteurs et parties prenantes dont la collaboration sera essentielle à leur gestion. Plusieurs personnes ont en effet déjà pour fonction d'assurer la gestion d'activités générant des risques ou de prévenir la réalisation de risques spécifiques. C'est le cas notamment des infirmières en prévention des infections, des conseillères de soins, du responsable de la stérilisation, etc.

Ces nombreuses personnes sont déployées dans l'ensemble de l'organisation en vertu du plan d'organisation ou de mesures spécifiques. Elles relèvent de directions ou de services différents et leurs activités ne sont pas nécessairement coordonnées entre elles. L'objectif est donc d'identifier chacune de ces personnes et de les associer au risque dont elles assurent le suivi. De cette manière, il est possible de déterminer si l'ensemble des risques identifiés font effectivement l'objet d'un suivi et si certaines parties du portefeuille de risques sont laissées « à découvert ».

Ces différents acteurs et parties prenantes sont aussi intégrés dans le système de sécurité des services de l'établissement afin que l'ensemble de leurs actions concourent à assurer une maîtrise globale des risques de l'établissement.

L'IMPLANTATION DU SYSTÈME DE GESTION DE LA SÉCURITÉ DES SERVICES

L'implantation du cadre de sécurité des services est une étape névralgique qui consiste à faire passer la préoccupation individuelle pour la sécurité des services au niveau d'une préoccupation organisationnelle adéquatement gérée par des instances et des personnes clairement identifiées. Cette mise en place du système de gestion de la sécurité des services requière une gestion efficace du changement au sein de l'équipe de gestion afin que celle-ci adopte et applique les principes du système. Il est en effet suggéré de mettre en place un système dynamique où les gestionnaires, alimentés par des systèmes informations efficaces, sont en mesure de connaître en temps réel le niveau de maîtrise des risques de leur unité administrative et de soutenir leurs professionnels pour améliorer ce niveau de maîtrise en cas de besoin.

L'ÉVALUATION DES ACTIVITÉS LIÉES À LA SÉCURITÉ DES SERVICES

L'évaluation du système de gestion de la sécurité des services est une étape essentielle à son amélioration continue. Elle permet d'optimiser son fonctionnement ainsi que son efficacité. L'étape de l'évaluation doit être adéquatement planifiée au départ afin de s'assurer qu'elle soit réalisée en temps opportun. L'évaluation du système doit être effectuée lors de la remise des différents rapports de fonctionnement aux instances de l'établissement, par exemple lors de l'analyse par le conseil d'administration et le comité de vigilance et de la qualité du rapport du comité de gestion des risques. Il est également possible d'évaluer le système par l'analyse des indicateurs de qualité et de sécurité de l'établissement et par le suivi de tableaux de bord de gestion. Idéalement, le responsable de la sécurité des services procèdera à une collecte de l'ensemble des informations disponibles de manière à pouvoir évaluer les activités du système dans son ensemble. Colliger l'ensemble des informations permet également d'effectuer

une reddition de comptes plus adéquate auprès des instances de gouvernance de l'établissement qui chercheront à savoir si les ressources investies dans la sécurité des services ont permis d'obtenir les résultats escomptés.

Il importe de souligner que, bien que cela ne soit pas une obligation, il peut être intéressant de procéder à un audit du système de sécurité des services de manière à valider son fonctionnement réel.

L'AMÉLIORATION CONTINUE DU SYSTÈME

L'idée que les systèmes de gestion doivent s'appuyer sur une philosophie d'amélioration continue fait de plus en plus consensus. Le système de gestion de la sécurité des services s'inscrit en droite ligne avec ce principe. L'évaluation des activités et des résultats du système de gestion de la sécurité des services doivent servir à en assurer son amélioration sur une base continue. L'objectif de cette amélioration continue est de s'assurer que le système suit l'évolution de l'organisation et des pratiques des professionnels et que les ressources affectées à la sécurité des services sont utilisés de manière optimale.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN SOCIETY FOR HEALTHCADRE RISK MANAGEMENT. (2010). *Risk Management Handbook for Healthcare Organizations Sixth Edition*, Jossey-Bass Edition, San Francisco, 653 p.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. (2011). *Guide de la gestion intégrée des risques*, Montréal, AQESSS, 82 p.

CAYOUETTE, Simon-Xavier. (2013). *Historique et fonctionnement des systèmes de gestion de la sécurité appliqués à l'aviation civile, dans La gestion des risques majeurs*, Éditions Yvon Blais, 919 p.

HASSID, Olivier. (2011). *Le management des risques et des crises*, 3e édition, Dunod, 179 p.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. (2012). *La sécurité des patients : Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé : des concepts à la pratique*, Paris, Haute Autorité de Santé, 220 p.

QUÉBEC. Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2.

CHAPITRE 7

AGIR DE MANIÈRE PROACTIVE EN PRÉVENANT LES RISQUES CLINIQUES

GUILLAUME DUCHARME / guillaume.ducharme@aqesss.qc.ca
Conseiller à la gestion intégrée de la qualité et des risques
Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Le processus de gestion des risques est une démarche structurée de réflexion visant à permettre une prise de décision judicieuse sur la conduite à tenir face à un risque pouvant, dans le cas de la gestion des risques liés aux services, menacer la sécurité des usagers (AQESSS, 2011). Ce processus est générique, c'est-à-dire qu'il peut être utilisé par toute personne ou toute instance ayant à prendre une décision en matière de gestion du risque.

Le processus de gestion intégrée des risques est guidé par une philosophie basé sur deux concepts-clés : la proactivité et la prévention.

PROACTIVITÉ OU PRÉVENTION ?

La proactivité désigne un état d'esprit orienté vers l'anticipation des conséquences futures des actions actuelles. Il s'agit ici d'une philosophie de gestion qui se traduit par un souci constant du gestionnaire de ne pas placer ses employés face à une situation imprévue qui aurait été générée par ses propres actions ou décisions.

La prévention, pour sa part, fait référence aux actions que l'on met en œuvre au quotidien pour éviter la survenue du risque. Une action préventive est le contraire de l'action téméraire ou de l'insouciance. Les actions préventives réalisées tous les jours sur le « terrain » s'inscrivent en continuité avec l'attitude proactive qui guide les activités et orientations de l'établissement.

Le processus de gestion intégrée des risques est destiné à devenir un outil de gestion courante pour les différents gestionnaires de l'établissement. En effet, la gestion des risques générés par les activités de l'établissement est une composante incontournable du travail des gestionnaires. D'ailleurs, pour certains chercheurs en résilience organisationnelle, la gestion courante est appelé à s'orienter vers « la mise en place d'actions préventives pour gérer au quotidien les petites perturbations et anticiper les défaillances éventuelles. La gestion courante est donc une gestion planifiée relative au maintien des activités et à l'anticipation des défaillances potentielles » (Robert et autres, 2009). En d'autres termes, le quotidien du gestionnaire doit être consacré en grande partie à la préparation de l'organisation et des équipes pour qu'elles puissent faire adéquatement face à la survenue d'un risque.

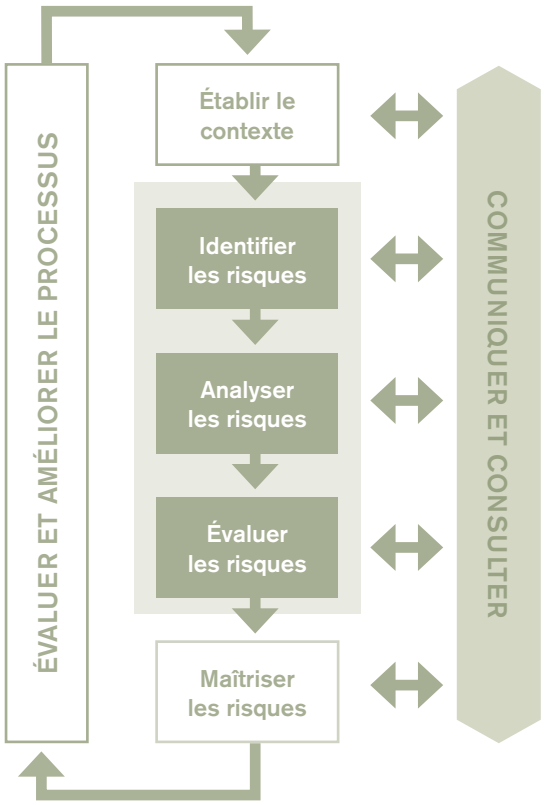
UN PROCESSUS EN ÉTAPE

Le processus de gestion des risques présenté ici est « l'élément central sur lequel se greffent les nouveaux outils, les nouvelles méthodes en gestion des risques ainsi que les structures de management » que doivent mettre place et animer les établissements de santé et de services sociaux (De Serres, 2013). Il s'agit ni plus, ni moins que de la colonne vertébrale de la démarche de gestion des risques et, par *de facto*, de la démarche visant à assurer la sécurité des services.

ÉTABLIR LE CONTEXTE DE MANIÈRE À APPRÉCIER ADÉQUATEMENT LE RISQUE

L'établissement du contexte vise principalement à mettre en lumière les informations permettant aux différents décideurs de l'établissement de prendre de bonnes décisions sur la manière de gérer les risques liés aux services. Pour cela, il est essentiel d'avoir une fine compréhension des

FIGURE 3 – SCHÉMA DU PROGIR



processus internes de l'établissement, des règles qui lui sont applicables et même de son historique propre. En absence de telles connaissances, il importe de connaître les personnes qui détiennent ces informations !

Les informations à colliger sont :

- les objectifs et cibles à atteindre (issus notamment de l'entente de gestion et de la planification stratégique) ;
- les caractéristiques de la clientèle desservie ;
- les services offerts par l'établissement et les activités cliniques réalisées par les différents professionnels ;
- les ententes, corridors de services et autres partenariats ;
- les indicateurs de qualité et de performance des services disponibles ;
- les normes applicables (agrément, ordres professionnels, etc.) ;
- les processus cliniques, logistiques et administratifs concernés ;
- toutes les autres informations pertinentes.

IDENTIFIER LES RISQUES

L'identification *a priori* des risques est une étape-clé du processus de gestion des risques puisqu'elle permet de mettre en lumière les défaillances possibles des différentes activités cliniques de l'établissement. Il s'agit d'une activité qui doit s'effectuer de manière continue, tant par les gestionnaires que par les différents intervenants cliniques. Un risque potentiel peut être mis en lumière à tout moment ce que signifie que l'établissement doit mettre en place et maintenir en fonction des mécanismes de veille fiables et sensibles. Les différents mécanismes et systèmes d'identification des risques sont traités en détail dans le chapitre 8. Il importe cependant de mentionner que la vigilance des différents intervenants, appuyée par un discours officiel de l'établissement résolument tourné vers la prévention, demeure le moyen le plus efficace de s'assurer que les risques sont identifiés adéquatement.

L'identification des risques devrait s'effectuer de pair avec l'utilisation de l'approche de gestion par processus de manière à pouvoir associer chaque risque avec une étape précise du processus menacé. Cette façon de faire permettra plus tard de faciliter la mise en œuvre des moyens de maîtrise appropriés en les associant directement aux activités générant des risques à chaque étape des processus cliniques ou administratifs.

ANALYSER LES RISQUES

Cette étape vise à obtenir une compréhension globale du risque et de ses différents éléments constitutifs (sources, conséquences, événements possibles, probabilité et capacité de détection). Bien connaître le risque permet d'anticiper sa survenue et de mettre en œuvre des moyens de maîtrise adéquats et efficaces. L'analyse doit s'appuyer sur l'expertise clinique et technique disponibles, autant à l'interne qu'à l'externe de l'établissement. Dans le cas de l'expertise interne, il est possible de faire appel aux différents répondants de risques chargés du suivi d'un risque spécifique, aux instances conseil de l'établissement et aux systèmes d'informations organisationnels (bases de données clinico-administratives, registres d'événements indésirables, etc.). L'expertise externe provient quant à elle des instituts de recherche, des centres d'expertise et des associations professionnelles.

ANALYSER LES INFORMATIONS PERTINENTES

Afin d'être en mesure d'identifier les informations pertinentes pour l'analyse des risques, il est souhaitable que l'établissement mette en place des mécanismes de gestion des connaissances comprenant des activités de veilles stratégiques. Cette stratégie de gestion des connaissances doit comporter un axe spécifique portant sur la sécurité des services et avoir pour objectif de s'assurer que l'ensemble des professionnels et des employés de l'établissement utilisent des méthodes de travail qui sont à la fine pointe des connaissances en matière de qualité, de pertinence et de sécurité. À ce titre, les répondants de risques jouent un rôle primordial en matière d'acquisition et de transmission de connaissances au sein de l'organisation.

Il appartient au gestionnaire chargé de conduire l'analyse du risque et s'assurer de la mise à contribution de l'ensemble des experts requis de manière à ce que les résultats de l'analyse soient exhaustifs. Dans le cas des risques pouvant affecter un grand nombre de services et de risques plus complexes, il est possible d'en confier l'analyse à un groupe de personnes. Il peut s'agir d'instances permanentes telles que les conseils de l'établissement, ou d'un comité-conseil *ad hoc* mandaté spécialement pour effectuer cette analyse.

L'analyse du risque ne doit pas être confondue avec l'étape de l'évaluation qui est présentée en détail dans la prochaine section. En effet, si l'analyse peut être effectuée par toute personne ayant l'expertise requise, l'évaluation, elle, doit être réservée aux instances décisionnelles de l'établissement.

La mise en œuvre du système de gestion de la sécurité des services au sein de l'établissement, notamment avec la sélection des répondants de risques, la mise en œuvre d'instances dédiées et le déploiement d'outils efficaces de collectes de données faciliteront grandement l'étape de l'analyse, car celle-ci s'effectuera à partir de « sentiers balisés » par des processus définis.

ÉVALUER LES RISQUES

L'évaluation du risque, aussi appelée l'étape de décision, vise à déterminer les risques jugés inacceptables et devant faire l'objet d'un traitement approprié ainsi que l'ordre dans lequel ils seront traités. Cette étape est essentielle, car elle rend explicite au sein de l'établissement le fait qu'un risque donné doit être maîtrisé. Cette décision, prise par les instances décisionnelles de l'établissement, entraîne normalement l'affectation de ressources et la mise en place de mesures qui permettent de rendre effective cette décision.

En matière de sécurité des services, où une grande partie des risques sont générés par les activités de l'établissement, la nécessité de maîtriser ceux-ci est rarement remise en question. Ce qui importe cependant, c'est de s'assurer que les moyens permettant de maîtriser les risques qu'on juge inacceptables sont effectivement mis en place et qu'ils sont appliqués de manière à pouvoir garantir la sécurité de l'activité en question pour l'usager.

L'évaluation du risque peut également représenter un bon moyen de vérifier si l'établissement possède les ressources requises pour maîtriser adéquatent les risques générés par ses activités actuelles. Si tel n'était pas le cas, il faudrait s'assurer de prendre les mesures appropriées pour que les risques soient ramenés à un niveau acceptable.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, largement encadré par des dispositions légales, certaines décisions en matière gestion du risque clinique doivent être prises par des instances désignées (conseil d'administration, etc.) alors que dans d'autres cas, des avis formels préalables à une décision doivent être donnés par des instances désignées dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (CMDP, etc.). Afin de légitimer la décision de gérer un risque, il importe de s'assurer que la personne ou l'instance qui décide a le pouvoir de le faire. Cette réalité ne doit pas occulter le fait que ces

ÉLIMINER OU RÉDUIRE ?

Il est souvent utopique de penser éliminer totalement un risque, mais il faut cependant agir de manière à maintenir ce risque à un niveau acceptable. La gestion des risques liés aux soins et services prend tout son sens dans les actions misent en œuvre pour éviter que le risques se réalise et entraîne des conséquences pour les usagers. Il importe de se rappeler que le niveau sécurité des services offerts aux usagers et à la population est tributaire de la capacité de l'établissement à maîtriser les risques pouvant en affecter le fonctionnement.

décisions comprennent une part de risque qui doit être gérée. Il faut s'assurer que la gestion des risques fasse partie des réflexions dans le processus décisionnel de l'établissement.

TRAITER LES RISQUES

Le traitement des risques a pour but de mettre en place les moyens de prévention identifiés ou d'en gérer les conséquences. Cette étape vise à mettre œuvre la décision prise à l'étape de l'évaluation, elle-même basée sur l'analyse du risque effectuée préalablement.

Le traitement des risques se décompose en trois étapes distinctes : le choix de l'option de traitement, l'identification des moyens de maîtrise appropriés et la mise en œuvre de ceux-ci. Dans certains cas, lorsque les moyens de maîtrise ne permettent pas de ramener toutes les dimensions du risque à un niveau acceptable, il est possible qu'un risque résiduel demeure. Il faut alors évaluer la possibilité d'appliquer une autre stratégie de maîtrise à ce risque résiduel si celui-ci est inacceptable.

Le choix d'une stratégie de traitement vise à orienter les actions qui seront mises en œuvre pour contrôler le risque. Est-il préférable d'agir sur les conséquences de la réalisation d'un risque plutôt que de tenter d'en diminuer l'occurrence ? Faut-il entreprendre l'activité générant le risque ou tout arrêter ? Peut-on transférer la responsabilité du risque à un tiers ou même augmenter un risque afin de saisir une opportunité profitable à l'usager ? Il appartient à la personne responsable de la maîtrise d'un risque de se poser ces questions et d'y répondre, en utilisant toute l'expertise disponible à l'interne et à l'externe.

Par la suite, il faut identifier les différents moyens à mettre en œuvre pour rendre effective cette stratégie. Certains moyens sont peut-être déjà en place, il faudra évaluer s'ils sont en adéquation avec la stratégie retenue et avec les autres moyens que l'on souhaite avancer. En matière de maîtrise des risques, la cohérence des actions est souvent la clé pour assurer à la fois l'efficacité et l'efficience. Il est également essentiel que les moyens de maîtrise choisis s'intègrent adéquatement avec les modes de dispensation des services et avec la culture organisationnelle. Un moyen de maîtrise qui n'est pas jugé pertinent par les intervenants chargés de le mettre en œuvre ne donnera pas les effets escomptés et créera un faux sentiment de sécurité chez les dirigeants de l'établissement.

Le choix de la stratégie et des moyens de traitement doit s'effectuer de concert avec les décideurs de l'établissement, car des investissements de ressources seront requis. Un dialogue doit s'engager entre les experts de contenus qui proposent les moyens de maîtrise des risques et les gestionnaires qui devront les mettre en œuvre avec les ressources dont ils disposent. Bien souvent, il faudra faire un compromis afin d'atteindre un niveau de maîtrise des risques optimal avec les ressources disponibles. Le responsable de la gestion intégrée des risques devra jouer un rôle de médiateur afin de s'assurer que les parties impliquées en arrivent à un consensus qui respecte les paramètre de maîtrise de risques déterminés lors de l'évaluation. Il faut en effet s'assurer que les risques jugé inacceptables soient traités de manière à garantir l'intégrité de la décision de maîtriser un risque.

Il appartient au responsable de la sécurité des services, en collaboration avec les différents répondants de risques et les gestionnaires impliquées, de mettre en œuvre les moyens de maîtrise des risques et d'en assurer le suivi à l'aide des ressources consenties. Le responsable de la sécurité des services doit coordonner la mise en œuvre de ces moyens, mais il appartient aux gestionnaires en autorité de s'assurer que ces moyens sont appliqués par les intervenants dans le cadre de leur travail.

SUIVRE ET AMÉLIORER LA MAÎTRISE DES RISQUES

Le cœur de l'action en matière de sécurité des services est la recherche constante de moyens permettant d'améliorer la capacité d'une organisation à maîtriser ses risques. L'objectif poursuivi est de chercher constamment à réduire le nombre d'événements indésirables générés par les risques identifiés. Les ressources limitées ne doivent pas être un frein à l'amélioration de la sécurité, mais bien une invitation à tenter d'utiliser d'une manière toujours plus efficiente les ressources actuelles disponibles.

Le suivi et l'amélioration de la maîtrise des risques liés aux services sont sous la responsabilité directe du responsable de la sécurité des services (RSS) et des répondants de risques désignés. Le RSS doit s'assurer que les moyens de maîtrise font l'objet d'une évaluation rigoureuse et constante de leur efficacité et que des systèmes sont en place pour détecter leurs défaillances potentielles. Chaque risque est suivi par le répondant attitré qui doit s'assurer de l'analyse des données collectées. Ces analyses doivent être transmises aux instances décisionnelles de l'établissement ainsi qu'aux intervenants prévus par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

À la suite de l'analyse, le responsable, les répondants de risque et les gestionnaires impliqués doivent proposer les améliorations requises aux moyens de maîtrise afin que ceux-ci conservent et améliorent leur efficacité.

Parmi les activités reliées à la sécurité des services, il importe de mettre en place des mécanismes de surveillance des risques émergents. Assurer la surveillance des risques déjà identifiés peut en effet conduire l'organisation à ignorer des signaux qui permettent d'identifier des menaces potentiellement plus graves que celles déjà connues.

Il appartient au responsable de la sécurité des services de mandater des personnes pour assurer une veille stratégique permettant l'identification de risques émergents et le transfert de l'information pertinente aux différentes personnes concernées. Cette veille stratégique consiste à consulter les rapports de recherche, à participer à des événements de transfert de connaissances et à tenir des rencontres avec les différentes parties prenantes de l'établissement afin d'être informé de l'évolution des besoins de la clientèle, des pratiques professionnelles, de la technologie et des comportements sociaux. Dans bien des cas, les activités de veille stratégiques existent déjà au sein des établissements, mais les informations récoltées ne sont pas transmises aux personnes qui pourraient les mettre en valeur au profit de la sécurité des usagers.

CONSULTER LES PARTIES PRENANTES ET MAINTENIR DES LIENS DE COMMUNICATION

La consultation des parties prenantes est une activité névralgique du processus de gestion intégrée des risques. À toutes les étapes du processus, de l'établissement du contexte au traitement des risques, il importe de prendre en compte les différentes parties prenantes. La légitimité des décisions en matière de gestion des risques repose en effet sur le consensus établi par la personne qui conduit le processus en tenant compte des parties prenantes consultées.

Parmi les parties prenantes incontournables, on compte notamment les personnes pouvant être victimes de la réalisation du risque (les usagers et leurs représentants) et les experts ayant un avis sur la manière de le gérer (INESSS, INSPQ, universitaires, etc.). Il faut mentionner que l'opinion publique fait également partie des parties prenantes incontournables puisque son avis, souvent relayé par les médias et les groupes de pression, est de nature à influencer la prise de décision en matière de gestion des risques.

Bien évidemment, le consensus au sein des parties prenantes n'est pas toujours possible. Les avis des uns s'opposant à ceux des autres. Les seuils de tolérance au risque peuvent varier et il faut parfois trancher au risque de déplaire. Ce rôle revient aux personnes et aux instances ayant autorité sur le risque en question. Ceux-ci doivent répondre par la suite de leurs décisions devant les instances de gouvernance de l'établissement, d'où l'importance de bien consulter les bonnes personnes.

Une communication adéquate auprès des parties prenantes est également essentielle afin que les décisions prises en matière de gestion des risques soient connues. On pense bien sûr à communiquer les décisions auprès des personnes qui doivent les mettre en œuvre (les différents intervenants), mais il importe aussi de communiquer ces décisions auprès de ceux qui vont les subir (les usagers notamment) et auprès des partenaires avec qui nous voulons maintenir des liens de confiance. L'un des buts du processus de gestion intégrée des risques est de faire en sorte que la décision prise en matière de maîtrise d'un risque soit claire et explicite. En toute logique, il faut que cette décision de prendre action à l'égard d'un risque soit clairement connue de tous.

En conclusion, bien que la gestion des risques liés aux services semble être un processus complexe et lourd, ce n'est pas le cas. Il s'agit plutôt d'un processus rigoureux de réflexion visant à s'assurer

qu'une organisation maîtrise adéquatement les risques identifiés de manière à pouvoir garantir aux usagers et à la population que tout est fait pour éviter un événement indésirable. Ne pas s'astreindre à mettre en œuvre ce processus risque de placer une organisation en position de vulnérabilité.

RÔLES DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS DANS LE PROCESSUS			
	GOUVERNANCE DE LA GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES		
	Conseil d'administration (C.A.)	**Directeur général et comité de direction**	**Responsable GIR**
Fonctionnement général du processus	Adopte le programme de GIR de l'établissement et s'assure que le système gestion de la sécurité des services est doté des ressources requises	Est responsable du fonctionnement général de la sécurité des services et mandate les différentes responsables de son fonctionnement	Valide l'intégration des activités liées à la sécurité des services avec les autres activités de gestion des risques de l'établissement
Établissement du contexte	Fixe les critères décisionnels en matière de gestion des risques	Propose au C.A. les critères décisionnels permettant d'identifier les risques inacceptables	Assure la coordination du processus d'identification des critères décisionnels
Identification des risques	Établit des liens systémiques entre les rapports reçus, identifie des risques et les soumet à la direction de l'établissement	Participe à l'identification des risques, notamment les risques de nature stratégique	Assure la coordination des activités permettant l'identification des risques à tous les niveaux et dans tous les secteurs d'activités
Analyse des risques	Établit des liens systémiques entre les rapports reçus, contribue à l'analyse des risques	S'assure que l'analyse des risques est effectuée dans l'ensemble de l'établissement	Assure la coordination des activités permettant l'analyse des risques à tous les niveaux et dans tous les secteurs d'activités
Évaluation des risques	Est informé des décisions du comité de direction et des autres instances et valide que celles-ci sont conforment aux orientations de l'établissement	Détermine les risques inacceptables en fonction des informations transmises par les différents experts, sauf dans le cas où une autre instance est désignée pour prendre cette décision	Assure la coordination des activités permettant l'évaluation des risques par les instances appropriées

DE GESTION DES RISQUES

SYSTÈME DE GESTION DE LA SÉCURITÉ DES SERVICES			GESTION OPÉRATIONNELLE DES RISQUES	
Responsable sécurité des services	**Répondants de risque**	**Conseils et comités spécialisés**	**Directeurs et gestionnaires (chefs de prog. et chefs de services)**	**Intervenants (employés, médecins et autres)**
Valide le fonctionnement du processus dans son ensemble et en rend compte au responsable de la GIR, au directeur général et aux instances appropriées	Collaborent au fonctionnement général du processus en fonction de leur mandat		Collaborent au fonctionnement général du processus en fonction de leur mandat	Collaborent au fonctionnement général du processus en fonction de leur mandat
Coordonne l'identification des informations pertinentes pour assurer une prise de décision adéquate en matière de sécurité des services	Participent à l'identification des informations pertinentes pour assurer une prise de décision adéquate en matière de sécurité des services	Participent à l'identification des informations pertinentes pour assurer une prise de décision adéquate en matière de sécurité des services	Participent à l'identification des informations pertinentes pour assurer une prise de décision adéquate en matière de sécurité des services	Collaborent à l'identification des informations pertinentes pour assurer une prise de décision adéquate en matière de sécurité des services
Assure la coordination des activités permettant l'identification des risques liés aux services de santé et aux services sociaux	En collaboration avec les gestionnaires de l'établissement, participent à l'identification des risques en fonction de leur champ d'expertise	Participent à l'identification des risques en fonction de leur mandat au sein de l'établissement	En collaboration avec les répondants de risques, participent à l'identification des risques au sein de leur unité administrative	Exercent une vigie constante et rapportent à leur gestionnaire tout risque identifié dans le cadre de leur travail
Assure la coordination des activités permettant l'analyse des risques liés aux services de santé et aux services sociaux, fournit des outils et des méthodes	En collaboration avec les gestionnaires de l'établissement, participent à l'analyse des risques en fonction de leur champ d'expertise	Participent à l'identification des risques en fonction de leur mandat au sein de l'établissement	En collaboration avec les répondants de risques, participent à l'analyse des risques au sein de leur unité administrative	Collaborent au besoin à l'analyse des risques, notamment en participant aux consultations et aux enquêtes de gestion des risques
Assure la coordination des activités permettant l'évaluation des risques liés aux services de santé et aux services sociaux par les instances appropriées	Sont informés des décisions prises	Sont informés des décisions prises. Dans certains cas, participent à la prise de décision lorsque cela est prévu par la loi	Sont informés des décisions prises	Sont informés des décisions prises

RÔLES DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS DANS LE PROCESSUS			
	GOUVERNANCE DE LA GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES		
	Conseil d'administration (C.A.)	**Directeur général et comité de direction**	**Responsable GIR**
Traitement des risques	Valide que le traitement des risques est conforme aux orientations de l'établissement. Fait des recommandations sur les moyens pouvant être mis en œuvre pour maîtriser les risques de l'établissement.	Détermine les moyens de maîtrise en fonction des informations transmises par les différents experts et mandate les personnes responsable de les mettre en œuvre	Assure la coordination des activités permettant le traitement des risques par les instances appropriées
Suivi du traitement des risques	Effectue le suivi de la mise en œuvre des différents moyens de maîtrise des risque et des recommandations effectuées	Assure le suivi des activités de traitement des risques et fait rapport au conseil d'administration	Assure le suivi des activités de traitement des risques par les différentes personnes mandatées et fait rapport au comité de direction
Amélioration du processus de gestion des risques	Participent à l'amélioration du processus de gestion des risques		
Veille stratégique des risques émergeants	Participent à la veille stratégique des risques émergents		

DE GESTION DES RISQUES

SYSTÈME DE GESTION DE LA SÉCURITÉ DES SERVICES			GESTION OPÉRATIONNELLE DES RISQUES	
Responsable sécurité des services	**Répondants de risque**	**Conseils et comités spécialisés**	**Directeurs et gestionnaires (chefs de prog. et chefs de services)**	**Intervenants (employés, médecins et autres)**
Coordonne l'identification des moyens de maîtrise et assure le suivi des activités de traitement des risques des risques liés aux services de santé et aux services sociaux par les différentes personnes mandatées	Soutiennent les gestionnaires dans la mise en œuvre des différents moyens de maîtrise du risques dont ils assurent le suivi	Soutiennent les gestionnaires dans la mise en œuvre des différents moyens de maîtrise en fonction de leur mandat	Mettent en œuvre les différents moyens de maîtrise des risques au sein de leur unité administrative	Mettent en œuvre les moyens de maîtrise des risques identifiés par l'organisation
Assure le suivi des activités de traitement des risques liés aux services par les différentes personnes mandatées, notamment au moyen des différents systèmes d'information	Évaluent l'efficacité des moyens de maîtrise des risques dont ils assurent le suivi et en rendent compte aux différents responsables	Assurent le suivi des activités de traitement des risques liés aux services par les différentes personnes mandatées, notamment au moyen des différents systèmes d'information	Sont informés de l'efficacité des moyens de maîtrise et des mesures correctives à mettre en œuvre. Valident que les moyens de maîtrise et les correctifs sont adéquatement mis en œuvre au sein de leur unité administrative	Appliquent les moyens de maîtrise déterminés dans le cadre de leur travail

BIBLIOGRAPHIE

DE SERRES, A., et autres. (2013). *Évolution des fondements conceptuels du risque de l'incertitude, dans La gestion des risques majeurs*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 919 p.

ROBERT, B., et autres. (2009) *Résilience organisationnelle – concepts et méthodologie d'évaluation*, Centre Risque & performance, Presses internationales Polytechnique, 48 p.

AMERICAN SOCIETY FOR HEALTHCADRE RISK MANAGEMENT. (2010). *Risk Management Handbook for Healthcare Organizations Sixth Edition*, San Francisco, Jossey-Bass Edition, 653 p.

AQESSS. (2011). *Guide de la gestion intégrée des risques*, Montréal, AQESSS, 82 p.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. (2012). *La sécurité des patients : Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique*, Paris, Haute Autorité de Santé, 220 p.

ISO. (2009). *Norme ISO 31 000 - Le management du risque – Principes et lignes directrices*

QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2.

CHAPITRE 8
IDENTIFIER LES RISQUES

MARC PINEAULT / marc.pineault@ssss.gouv.qc.ca
Coordonnateur qualité et gestion des risques et chef de l'unité d'amélioration de la qualité
Centre hospitalier St. Mary

Un adage bien connu affirme que « l'information est le nerf de la guerre ». Cet adage est applicable au domaine de la sécurité des services, puisque la connaissance des risques est la pierre d'assise de la lutte aux événements indésirables. En effet, comment mettre en œuvre des stratégies de prévention sans connaître la portée et l'étendue des situations à risques auxquelles peuvent être confrontés les usagers des services d'un établissement ? Comment prioriser les efforts sans information sur la récurrence et les conséquences de la survenue d'un risque ? La mise en œuvre d'une stratégie globale et cohérente d'identification des risques dans l'ensemble de l'établissement est un préalable à la mise en œuvre d'une stratégie efficace et efficiente de gestion des risques liés aux soins.

L'identification des risques peut s'effectuer de manière *a priori*, c'est-à-dire avant même la survenue d'un événement indésirable, grâce à l'utilisation d'outils d'analyse prospective. Elle aussi être accomplie *a postériori*, c'est-à-dire après la survenue d'un événement indésirable grâce à l'utilisation d'outils et de techniques d'analyse d'événement et au retour d'expérience. On pourrait également parler « d'identification proactive des risques » et « de surveillance des risques déjà identifiés ». En fait, une stratégie complète de veille en matière de gestion des risques doit inclure à la fois des actions proactives et des actions de surveillance.

La stratégie d'identification des risques doit aussi être à la fois interne, au moyen de l'analyse de données produites par l'établissement lui-même, et externe, grâce à des activités de veille stratégique auprès de sources de référence (bases de données réseau, réseaux de partages, résultats de la recherche, etc.).

Il est possible de classer les différentes sources d'information sur les risques liés aux services de santé en quatre grandes familles :

- les informations issues de l'analyse des dossiers des usagers ;
- les informations issues de l'analyse des bases de données cliniques ;
- les informations issues des enquêtes prospectives et observations effectuées auprès du personnel et des usagers ;
- les informations issues des systèmes de déclaration et du retour d'expérience.

L'ANALYSE DES DOSSIERS DES USAGERS

Cette méthode de collecte d'informations relève normalement du domaine de la recherche scientifique et est effectuée par des personnes extérieures à l'établissement. Ce sont d'ailleurs ces méthodes de collecte de données qui ont permis de prendre conscience de l'importance de la problématique des événements indésirables dans le domaine de la santé.

L'outil de détection des éléments déclencheurs (IHI Trigger Tool) permet de détecter les événements indésirables mettant en cause un patient à l'aide de déclencheurs. Lorsque des éléments déclencheurs sont détectés lors d'une revue de dossier, le réviseur de dossier cherche s'il y a eu une présence ou non d'un événement indésirable. Le détail de cette méthodologie peut être consulté sur le site web du IHI.

Cette méthode s'avère utile surtout pour déceler des risques cliniques de tout genre. Il va au-delà de la définition d'incident et d'accident en incluant les complications. Ainsi, une utilisation de ce type de système permet non seulement de détecter les incidents et les accidents, mais aussi les complications qui peuvent survenir

lors d'un épisode de soins. Elle permet de regarder les risques à la fois sous un angle systémique, mais aussi sous l'angle clinique. La revue de dossier peut être onéreuse en temps si les ressources sont insuffisantes pour effectuer cette revue. Le but premier de cette méthode est de mesurer les événements indésirables, il faut tout de même adjoindre un processus d'examen de la gestion des complications ou des éléments du système en défaillance.

L'ANALYSE DES BASES DE DONNÉES CLINIQUES

Une autre façon d'identifier des risques consiste à analyser les données contenues dans les bases de données cliniques. On peut par exemple consulter la base de données des laboratoires et sortir la liste des résultats anormaux pour un test spécifique et sélectionner un certain nombre de dossiers à revoir pour vérifier si un événement indésirable s'est produit. Il est aussi possible de regarder dans la base de données de l'imagerie pour sortir la liste de radiographies de la hanche pour des usagers hospitalisés. Similaire à la méthode de détection des éléments déclencheurs, cette approche pose toutefois un regard plus large sur les événements en s'intéressant aux épisodes de soins en entier et non seulement à l'élément déclencheur à proprement parlé.

L'abondance de données ou un mauvais choix d'indicateur peut limiter les résultats obtenus avec cette méthode. Il est donc important de l'utiliser avec prudence. Il est aussi très important de bien connaître la façon dont les données sont entrées pour être certain de la signification des données extraites.

LES ENQUÊTES PROSPECTIVES ET OBSERVATIONS EFFECTUÉES AUPRÈS DU PERSONNEL ET DES USAGERS

L'AMDEC ou l'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leurs conséquences vise à identifier les différentes façons dont un processus peut se mettre en mode de défaillance, les causes et les effets de cette défaillance, et la manière dont le processus peut être amélioré en réponse à cette défaillance.

Cette méthode est proactive, car on examine également les risques qui peuvent se produire et non seulement ceux qui se sont produits. Cette méthode permet de mettre en place des mesures préventives en plus de mesures correctives et aussi d'évaluer l'efficacité des filets de sécurité déjà en place.

Plus le processus examiné est complexe, plus l'analyse prospective est complexe et exige du temps. L'établissement des cotes pour graduer le risque est subjectif et peut être une source de délais dans la mise en place de mesures préventives. Pour savoir comment mener à bien une AMDEC, visiter le site d'ISMP Canada.

L'INVENTAIRE DES RISQUES

Une autre approche consiste à choisir une série de risques qui se produit dans l'établissement, et à les suivre de façon étroite. Par exemple, pour la sécurité des usagers, on peut choisir de suivre le nombre d'incidents et d'accidents déclarés, pour les services techniques, le nombre de pannes électriques nécessitant une intervention, pour l'imagerie, les mesures d'exposition en radioprotection, etc. Une fois cette liste établie, on détermine une série de paramètres pour le risque suivi, telle la responsabilité de la surveillance du risque, des actions pour

éviter que le risque se produise ou qu'il cause des conséquences trop grandes s'il ne peut pas être éliminé. Il est également important d'identifier les indicateurs à suivre, les mécanismes de communication lié à la surveillance du risque, la source des données du risque, les éléments législatifs qui se rattachent au risque, la politique ou la procédure pour gérer le risque suivi, de même que les mécanismes de reddition de comptes. La fréquence à laquelle le risque suivi fera l'objet d'un rapport formel est aussi déterminée.

L'inventaire de risque est un outil intéressant pour la gestion intégrée des risques parce qu'il permet à un plus grand éventail d'acteurs dans une organisation de participer à la réalisation des activités de gestion des risques. Outil macro de gestion de risque, il permet de donner un aperçu du risque dans l'ensemble d'une organisation. Il ne permet toutefois pas d'identifier des risques spécifiques.

LES TOURNÉES DE SÉCURITÉ

Une autre façon de procéder à l'identification de risques est d'effectuer une tournée de sécurité. On peut effectuer ces tournées à l'aide d'une liste préétablie (issue, par exemple, de l'inventaire de risques) ou en ciblant certains aspects. Les tournées peuvent combiner des risques de plus d'un type, par exemple, on peut décider de s'occuper de l'environnement physique, de la gestion des médicaments et la sécurité des employés.

Cette méthode d'identification est mobilisatrice parce qu'elle permet aux personnes terrain de faire part de leur expérience en matière de risque et de le communiquer à des personnes de niveau stratégique dans l'organisation.

Elle peut cependant laisser une grande place à l'anecdotique et constitue une image à un temps très précis. Il est par conséquent difficile de dégager des tendances qui sont indépendantes de contextes particuliers.

L'IDENTIFICATION DES RISQUES AU SEIN DES PROCESSUS DE TRAVAIL

Une autre méthode pour identifier les risques est celle des traceurs. Utilisée par de nombreux organismes d'agrément (ISO, Agrément Canada, JCAHO), cette méthode permet de suivre un processus du début à la fin en suivant un cas. Les preuves de conformité sont alors colligées en utilisant plusieurs sources d'information : les politiques et procédures sont-elles écrites ? Est-ce que les membres de l'organisation savent qu'elles existent ? Peut-on mesurer l'efficacité de ces politiques ?

Cette méthode permet de donner un portrait transversal en suivant la trajectoire d'un patient lors d'un épisode de soins. Son efficacité vient du fait que les processus sont examinés en détails et que les liens entre différentes transitions de soins peuvent être mis en lumière.

La méthode ne permet pas de compilation de tendances à moins de faire suffisamment de traceurs pour que cela le devienne. Il s'agit d'une image instantanée d'une situation examinée.

LA SIMULATION D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

Méthode de plus en plus utilisée dans le cadre de la formation des professionnels, la simulation peut également être mise à profit pour identifier des risques, notamment au niveau de la coordination des actions et de

la transmission d'informations. Simuler une situation de crise permet aux membres de l'équipe de prendre conscience des limites de leur préparation et de mettre en lumière des possibilités d'amélioration.

Une situation de crise en milieu de soin fait partie de la réalité et il importe que l'équipe soit en mesure de la gérer adéquatement en maîtrisant de manière optimale les risques qu'elle peut générer.

LES SYSTÈMES DE DÉCLARATION D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

Une façon d'identifier des risques est de mettre sur pied un système de déclaration des risques selon les besoins d'identification requise. Bien qu'au Québec, le système de déclaration est obligatoire pour les incidents et les accidents, il existe des systèmes de déclaration volontaire. Ces systèmes peuvent être anonymes ou pas. C'est le cas notamment des systèmes de déclarations de non-conformité en laboratoire ou d'un registre des erreurs de transcription à la pharmacie.

ENTREVUE AVEC
MARC PINEAULT
SUR L'IDENTIFICATION DES RISQUES

Un avantage de ce type de système est qu'il permet de couvrir des domaines de risques qui ne sont pas couverts par les systèmes de déclaration obligatoire. On peut par exemple mettre en place un système de déclaration pour un risque bien précis pour un temps déterminé. Ainsi, on pourrait décider de mettre en place un système permettant de détecter les mauvaises abréviations dans les prescriptions pour une période d'un mois. Cet exercice nous permettrait de connaître le portrait de ce risque et de mettre en place des correctifs.

Par contre, les informations que l'on obtient dans ce type de système sous-estiment souvent la situation réelle. Il est important de bien faire un retour auprès des personnes responsables de fournir les informations afin qu'elles voient l'utilité du système de déclaration et qu'elles en assurent l'efficience. Une autre limite de ce genre de système, qui se base sur une déclaration individuelle, est qu'il peut échapper des erreurs plus complexes, qui touchent plusieurs sous-systèmes ou processus de l'organisation.

CLASSIFICATION DES ACTIONS D'IDENTIFICATION DES RISQUES

	Identification proactive des risques	Surveillance des risques identifiés
Activités internes à l'établissement	• AMDEC et autres analyses prospectives • Inventaire de risques • Tournées de sécurité • Identification des risques au sein des processus de travail • Simulation d'événements indésirables	• Outil de détection des éléments déclencheurs • Analyse des bases de données cliniques • Système de déclaration d'événements indésirables • Analyse de rapports sur les événements survenus à l'interne (coroner, qualité de l'acte, etc.)
Veille stratégique externe	• Analyse des résultats de la recherche • Réseau de partage de connaissances • Analyse de rapports sur des événements survenus dans le réseau (coroner, ordre professionnel, etc.)	• Analyse des bases de données réseau (registre national, rapports de surveillance des infections nosocomiales, etc.) • Documents normatifs en matière de sécurité (INSPQ, INESSS, ordres professionnels, normes d'agrément, etc.)

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. (2011). *Guide de la gestion intégrée des risques*, Montréal, AQESSS, 82 p.

CLASSEN, David C. et autres (2011). « Global Trigger Tool' Shows That Adverse Events In Hospitals May Be Ten Times Greater Than Previously Measured », *Health Affairs*, 30, nº 4, p. 581-589

SHOJANIA, KG et THOMAS EJ. (2013) « Trends in adverse events over time: why are we not improving? », *Quality and Safety in Health Care*, nº 22, p. 273-277.

TAYLOR, April M. et autres. (2013). « Using Four-Phased Unit-Based Patient Safety Walkrounds to Uncover Correctable System Flaws », *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Volume 39, nº 9 ; p.396-403

CHAPITRE 9
ANALYSER EFFICACEMENT LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES ET EN TIRER LES LEÇONS

SUZANNE LAVALLÉE / suzanne.lavallee.cdi@ssss.gouv.qc.ca
Directrice générale adjointe / CSSS du Cœur-de-l'Île

ÉLODIE DORMOY / elodie.dormoy.cdi@ssss.gouv.qc.ca
Conseillère cadre à la qualité et à la gestion des risques / CSSS du Cœur-de-l'Île

Le risque zéro n'existe pas. Malgré tous les moyens mis en œuvre pour offrir aux usagers un environnement sécuritaire lors de la prestation de soins et de services, des événements indésirables peuvent donc survenir. Pour cette raison, il importe d'effectuer tous les apprentissages possibles lors de la réalisation du risque de manière à renforcer les activités de prévention, à identifier de nouvelles mesures d'atténuation des conséquences et, globalement, à éviter la récurrence de l'événement indésirable survenu. En d'autres termes, l'analyse des événements indésirables s'avère une étape-clé de la gestion du risque survenu.

L'ANALYSE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

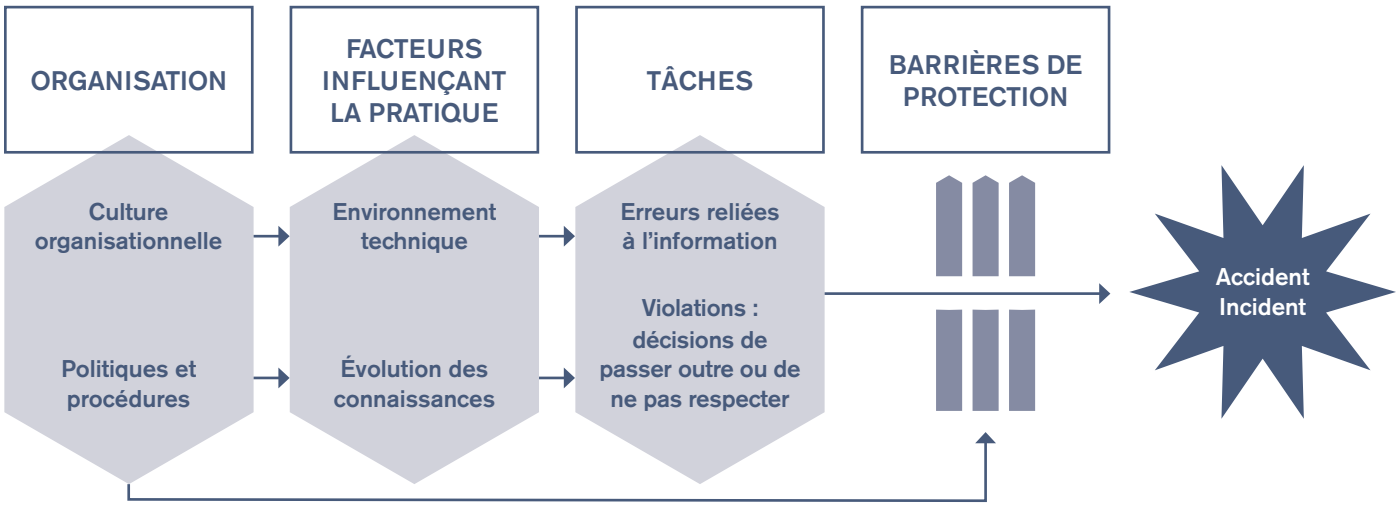
L'analyse consiste à identifier les facteurs, les circonstances et les causes qui sont à l'origine de l'événement. La mise en lumière des différentes étapes, des faits et des gestes qui ont mené à l'incident ou à l'accident permet de déterminer et de cibler les mesures de prévention à mettre en place pour éviter la récurrence de l'événement ou de la situation jugée à risque.

Les objectifs visés par cette étape sont les suivants :

- identifier les facteurs, les circonstances et les causes à l'origine de l'événement ;
- dégager les cibles de prévention et établir les priorités d'intervention ;
- permettre la mise en place des mesures préventives pour éviter la récurrence.

La figue 4 présente les différentes étapes de développement d'un accident.

FIGURE 4 – ÉTAPE DE DÉVELOPPEMENT D'UN ACCIDENT



Source : Traduit de « Understanding adverse events : the human factor » dans Vincent, Charles (ed.) *Clinical Risk management: Enhancing Patient Safety*, 2e edition, Londres, BMJ Books, 2001, p. 15. Présent dans le Manuel de gestion des risques

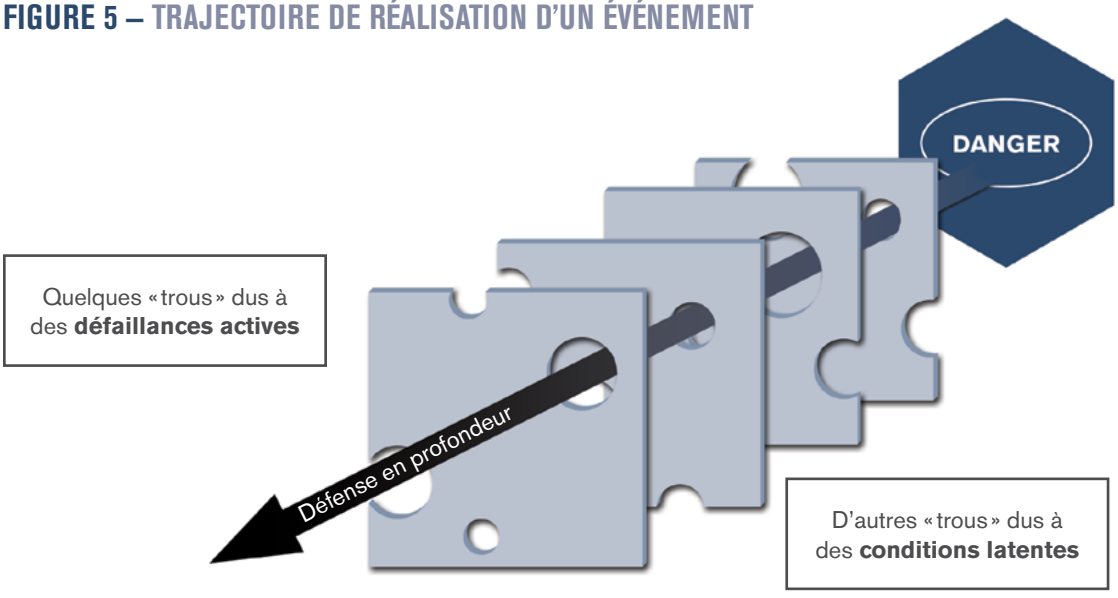
PROCESSUS D'ANALYSE

Les causes et les circonstances entourant un événement ou une situation à risque peuvent prendre racine dans une ou plusieurs composantes de l'organisation. Il n'est pas rare, lors de l'analyse, de s'apercevoir que des causes qui semblaient à première vue très lointaines, aient pu jouer un rôle important dans la survenue de l'événement. Bien que des moyens de contrôle et de protection soient mis en place, tels que les politiques, les procédures, les protocoles, etc., ces barrières de protection ne sont pas infaillibles.

Une autre façon de concrétiser la trajectoire ayant conduit à la réalisation de l'événement, est celle du fromage de gruyère (Reason, J., 1990) dont l'alignement des trous, symbolisant les failles du processus, laisse passer les erreurs conduisant ainsi à l'accident (figure 5).

L'analyse du risque commence dès la survenance du risque. Il importe donc de s'assurer que l'établissement met en place des mécanismes permettant de porter à la connaissance des personnes responsables de l'analyse le fait qu'un risque lié aux soins et services s'est réalisé. Le chapitre 8 traite en détail des différents moyens permettant d'identifier les risques, y compris ceux qui sont survenus. En fonction de la fréquence ou de la gravité de l'événement et des conséquences pour l'usager, une analyse approfondie sera complétée ainsi qu'un plan d'action. Le registre local des incidents et des accidents est également une source d'information pour étayer l'analyse d'un événement ou d'une situation à risque. Mieux comprendre l'événement ou la situation à risque permet de dégager les mesures correctives ou préventives à mettre en place.

FIGURE 5 – TRAJECTOIRE DE RÉALISATION D'UN ÉVÉNEMENT



Source : Reason, J., 1990

MÉTHODES ET OUTILS D'ANALYSE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

Il existe une grande variété de méthodes d'analyse des événements indésirables. Nous vous en présenterons quelques-unes tirées du *Cadre canadien d'analyse des incidents* publié en 2012 (Institut Canadien pour la sécurité des patients, 2012). Le cadre présente également une méthodologie permettant d'identifier la méthode d'analyse la plus appropriée selon les situations.

L'ANALYSE CONCISE

Première analyse, généralement effectuée par le gestionnaire responsable de l'unité administrative où le risque s'est matérialisé. Cette analyse vise à évaluer l'application des barrières de protection permettant d'empêcher la réalisation de l'événement indésirable, sans nécessairement remettre en question les facteurs organisationnels ou la culture de l'établissement. Les informations nécessaires à cette analyse sont les rapports disponibles, enrichis d'entrevues ciblées et d'autres sources d'informations qui semblent pertinentes. Le rapport résultant de cette analyse est succinct et il contient les éléments mentionnés ci-après :

- présentation des faits incluant une brève chronologie des événements ;
- facteurs contributifs ;
- analyse sommaire du contexte ;
- recommandations ainsi que leur plan de mise en œuvre.

L'analyse concise peut-être effectuée à l'aide des formulaires AH-223, volet 1 et 2, proposés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

L'ANALYSE EXHAUSTIVE OU L'ANALYSE DÉTAILLÉE

Privilégiée pour l'analyse d'événements complexes causant un préjudice grave, voire même désastreux ou qui pourrait présenter un risque élevé de préjudice. Pour mener à bien l'analyse exhaustive, la collecte de différentes sources d'informations est nécessaire ainsi qu'une analyse documentaire pertinente à l'événement est requise. Des entrevues, tant avec les personnes concernées directement ou indirectement par l'événement qu'avec des experts s'avèrent également nécessaires. Le rapport d'analyse qui en découle doit permettre de documenter les éléments suivants :

- analyse du contexte dans lequel l'événement est survenu ;
- chronologie des événements ;
- les documents (politique, procédure, etc.) pertinents pour comprendre la situation ;
- les éléments contributifs et leur influence (détermination du processus cause à l'origine de l'événement) ;
- les recommandations ainsi que leur plan de mise en œuvre.

L'ANALYSE D'INCIDENTS MULTIPLES

Permet d'examiner un groupe d'événements composés d'incidents similaires, soit par leur nature ou leur origine, et qui n'ont pas causé de préjudices graves ou des préjudices faibles ou modérés. Ce type d'analyse s'avère également intéressant pour analyser les événements évités de justesse.

LE CHOIX DE LA MÉTHODE D'ANALYSE – LES CRITÈRES DE SÉLECTION

Il existe diverses méthodes d'analyse des événements indésirables. Pour choisir celle qui convient le mieux, il faut tenir compte de certains critères. Voici, selon le *Cadre*

canadien d'analyse des incidents, les critères à considérer :

- la gravité de l'événement ;
- la probabilité de récurrence ;
- la complexité des facteurs qui semblent avoir influencé l'événement ;
- les répercussions pour l'unité ;
- le service ou l'établissement ;
- d'autres facteurs contextuels : les premières conclusions, la fréquence d'apparition, les obligations règlementaires, les pressions internes et externes. (Institut Canadien pour la sécurité des patients, 2012).

Il est à noter que dans le cas d'incidents évités de justesse ou lorsque la conséquence n'est pas connue au moment de l'analyse, on doit envisager la pire conséquence possible.

Deux autres éléments à ne pas négliger dans le choix de la méthode d'analyse sont ceux de la compétence acquise pour l'analyse des événements et les ressources limitées disponibles pour procéder à l'analyse.

LES OUTILS

La schématisation des processus et des étapes ayant conduit à l'événement facilite la compréhension des causes souches et la mise en place de mesures correctives. Différents outils existants peuvent être utilisés pour aider à colliger l'information nécessaire et à se questionner pour réaliser l'analyse. Plusieurs sont complémentaires et présentent des avantages selon la situation à analyser. Voici, à titre indicatif, quelques-uns des plus fréquemment utilisés :

- Le QQOQCP (Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Combien ? Pourquoi ?) est une démarche d'analyse critique constructive basée sur le questionnement systématique.
- La chronologie d'un événement représente l'enchaînement des différentes étapes d'un processus donné ayant conduit à un événement indésirable et permet une meilleure compréhension de ce qui s'est passé.
- Les « pourquoi ? » permettent d'identifier les défaillances en se posant à chaque étape cette question, et ce, autant de fois qu'il est nécessaire jusqu'à ce qu'il n'y ait plus besoin de se la poser.
- Le diagramme d'Ishikawa, ou arête de poisson, permet à une équipe d'identifier, d'explorer et d'afficher graphiquement, toutes les causes possibles liées à un problème ou à une condition afin d'en découvrir les causes fondamentales.
- Le diagramme en arbre permet à l'équipe d'identifier les facteurs contributifs et les causes souches ayant conduit à l'événement.
- Le diagramme de constellation est un diagramme novateur proposé par le *Cadre canadien d'analyse des incidents*, qui regroupe les éléments du diagramme d'Ishikawa et du diagramme en arbre. Cet outil permet de visualiser et de mieux comprendre les facteurs contributifs à l'événement et leurs interactions.
- L'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC) permet d'identifier les causes des modes de défaillance, d'évaluer le risque qu'elles engendrent et d'élaborer un plan d'action pour diminuer leur criticité relative. Elle sert aussi à prioriser les actions correctives selon l'évaluation des risques associés à chacune des causes.
- Les outils d'amélioration continue du Lean Six Sigma.

RECOMMANDATIONS ET SUIVI DES PRIORITÉS D'ACTION

Le « pourquoi et comment est-ce arrivé ? » et les conclusions tirées des étapes précédentes faciliteront l'élaboration de recommandations et de mesures correctives. Toutefois, il est important de garder à l'esprit que des recommandations bien définies et pouvant agir comme effet de levier, seront plus efficaces qu'une longue liste d'action avec un moindre effet. Par conséquent, il est important d'évaluer et de prioriser les pistes d'action qui agiront efficacement et positivement sur la récurrence des risques et sur l'amélioration de la qualité des soins et des services à la clientèle.

L'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité, l'AMDEC, détermine un indice de criticité afin d'aider l'équipe dans sa prise de décision et l'identification d'un ordre de priorité d'action pour l'élaboration de recommandations. Le *Cadre canadien d'analyse des incidents*, propose également une combinaison de l'AMDEC avec une hiérarchisation de l'efficacité des solutions d'amélioration basée sur les facteurs contributifs systémiques.

Quelle que soit la méthode utilisée pour établir les priorités d'action, l'évaluation de l'incidence des recommandations avant leur mise en œuvre ne doit pas être négligée ainsi que l'impact du changement de processus proposé. Par conséquent, les recommandations devront être « SMART » (*Spécifiques – Mesurables – Atteignables – Réalistes et reliés aux objectifs organisationnels – Temporel*) afin de garantir le succès de l'implantation des mesures et du suivi des recommandations.

LE SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Le succès d'une bonne analyse repose sur la mise en œuvre des mesures et un suivi des recommandations. Transposer des recommandations en suivi concret n'est pas toujours aisé et dans certains cas, avoir recours à des outils d'amélioration ou de gestion du changement est une bonne façon de relever le défi.

Le concept d'amélioration continue de la qualité représenté par la roue de Deming (1900-1993), le PDCA (*Plan-Do-Check-Act* ou Planifier-Développer-Contrôler-Ajuster), est bonne illustration de cela. Il repose sur le fait que la qualité peut être améliorée et progresser de façon continue lorsque les processus sont évalués et font l'objet de plans d'amélioration. Mesurer afin d'évaluer l'efficacité de la mise en œuvre des recommandations est donc un des piliers du succès et de la pérennité des changements. Valider l'impact des recommandations d'une analyse favorise aussi l'apprentissage organisationnel et l'engagement du personnel envers l'amélioration des soins (Institut Canadien pour la sécurité des patients, 2012).

RETOUR D'EXPÉRIENCE ET LEÇONS À TIRER DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

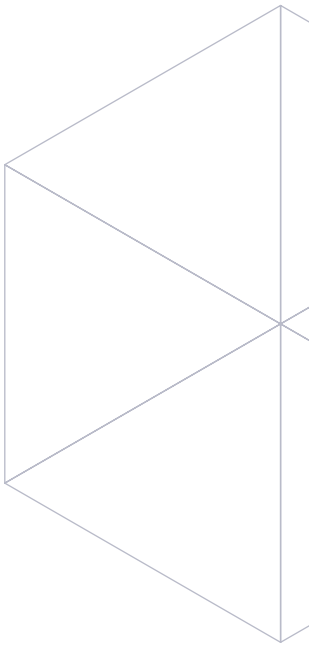
Le retour d'expérience est l'une des pierres angulaires de l'apprentissage organisationnel, de l'amélioration des pratiques et de l'apprentissage de la sécurité. C'est également un moment essentiel pour pérenniser une culture de sécurité « juste » dans l'établissement, sans blâme ni recherche de coupable.

Parce que la contribution de chaque acteur est essentielle, la mise en place de mécanismes de rétroaction et de communication, tant à l'interne qu'à l'externe, permet cependant de soutenir et de favoriser une

responsabilisation et une meilleure appropriation des événements.

La réussite d'une bonne communication est intimement liée à la qualité du contenu de l'information adaptée au besoin et à la qualité des modalités de communication. Toutes les parties prenantes doivent faire partie du processus, y compris l'usager qui est un acteur important de sa sécurité.

Devenir une organisation apprenante n'est pas l'affaire d'une seule personne, mais bien celle de tous les acteurs qui la composent, y compris le patient partenaire. Se donner les moyens et s'outiller sont deux éléments essentiels pour favoriser une collaboration et faire de l'analyse des incidents un élément du continuum de gestion des incidents. Cela permet de tirer des leçons positives des événements indésirables dans son établissement, mais aussi d'apprendre de l'expérience d'ailleurs.



BIBLIOGRAPHIE

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *Becoming a High Reliability Organization: Operational Advice for Hospital Leaders*, AHRQ Publication, no. 08-0022, April 2008, 123 p.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. (2011). *Guide de la gestion intégrée des risques*, Montréal, AQESSS, 82 p.

CENTRE RISQUE & PERFORMANCE. (2009). *Résilience organisationnelle*, Presses internationales Polytechnique, 52 p.

DUBÉ, J., et GRAVEL, S. (2011). « La résilience des entreprises face aux problèmes de SST et de GRH », dans *Colloque RRSSTQ* (Sherbrooke, 2011).

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. (2012). *La sécurité des patients : Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique*, Paris, Haute Autorité de santé, 220 p.

HOLLNAGEL, E. (2006). *Capturing an Uncertain Future: The Functional Resonance Accident Model*, École nationale supérieure des Mines de Paris, France, 25 p.

INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. (2012). *Cadre canadien de l'analyse d'incidents*, Edmonton, ICSP, 161 p.

INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. (2013). *Étude canadienne sur les événements indésirables en soins pédiatriques*, Edmonton, ICSP, 32 p.

INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. (2008). *Guide canadien de l'analyse des causes souches à l'usage des francophones du Canada et adapté pour le Québec*, Edmonton, ICSP, 80 p.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. (2011). *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events*, Second Edition, IHI, 325 p.

LE COZE, J-C. (2011). *De l'investigation d'accident à l'évaluation de la sécurité industrielle – Proposition d'un cadre interdisciplinaire (concepts, méthode, modèle)*, École nationale supérieure des mines de Paris, Spécialité « Science et génie des activités à risque », Thèse, 5 mai 2011.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La gestion des risques, une priorité pour le réseau, Rapport du comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation de soins*, Québec, MSSS, 2001, 130 p.

NORME INTERNATIONALE, ISO 31010, *Gestion des risques – Évaluation des risques*, Édition 1.0, 2009-11.

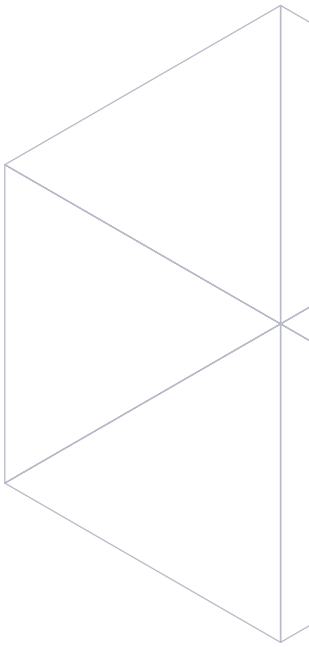
QUÉBEC. *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire des services de santé et de services sociaux*, RLRQ, c.-71, a. 5.

QUÉBEC. *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. S-42, art. 33.1.

REASON, J., *Human error*, University Cambridge Press, 1990, 320 p.

REGROUPEMENT DES PROGRAMMES D'ASSURANCE DE DOMMAGES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2006). *Manuel de gestion des risques*, AQESSS.

ROBINSON, M. (2010). *Making adaptive resilience real*, Arts Council England, 51 p.



CHAPITRE 10
DIVULGUER DES ACCIDENTS THÉRAPEUTIQUES

MARTIN D'AMOUR / martindamour@ssss.gouv.qc.ca
Directeur de la qualité / CSSS Drummund

POUR ALLER PLUS LOIN, PROCUREZ-VOUS LE RÈGLEMENT TYPE SUR LA DIVULGATION.

L'obligation de divulguer un accident survenu pendant la prestation de services est la réponse au droit de l'usager d'être informé de toute situation concernant sa santé et son bien être. Cette obligation, initialement prévue dans les codes de déontologies des professionnels, est devenue une obligation légale depuis 2002.

QU'EST-CE QUE LA DIVULGATION ?

Au sens commun, divulguer signifie répandre dans le public ce qui était jusque-là ignoré ou mal connu (Larousse, 2004). Au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), c'est porter à la connaissance de l'usager toute l'information nécessaire relative à un accident dont il est victime (CHUM, 2004).

L'obligation de divulgation des accidents lors de la prestation de soins et de services de santé est un élément important des mesures législatives introduites en 2002. Concrètement, la loi stipule que l'usager a

> […]le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Le droit d'être informé d'un accident ne peut donc faire l'objet de restriction. Les établissements doivent d'ailleurs adopter un règlement pour soutenir et encadrer la mise en œuvre de la divulgation.

POURQUOI DIVULGUER LES ACCIDENTS ?

Plusieurs raisons justifient l'obligation de divulgation des accidents. D'une part, l'usager détient des droits fondamentaux notamment en ce qui a trait à l'intégrité de la personne et à son autonomie. D'autre part, les professionnels ont des obligations envers les usagers que nous pouvons regrouper sous l'obligation générale d'établir une relation de confiance.

Lorsqu'il survient un accident, l'usager a le droit d'être informé de la situation, car cela implique un changement au plan initialement prévu et consenti par l'usager.

Dans la foulée des modifications législatives sur la prestation sécuritaire des soins de santé, certains ordres professionnels ont aussi modifié volontairement leur code de déontologie pour obliger leurs membres à informer leurs usagers lorsque survient un accident thérapeutique.

Au-delà de la divulgation des accidents, l'obligation de transparence est à la base de la relation thérapeutique entre un professionnel et l'usager. Il est donc exigé des professionnels d'établir une relation de confiance avec l'usager.[2] Cela implique notamment une communication franche et directe, et ce, même si tout ne se déroule pas comme prévu, par exemple après un accident.

Établir la relation de confiance et l'application des droits des usagers à l'égard de la divulgation implique des obligations et devoirs des professionnels envers les usagers : l'obligation de renseigner et l'obligation de suivre.

2 Dans tous les codes de déontologie des professionnels de la santé et des services sociaux du réseau, un article stipule que « le professionnel doit chercher à établir et maintenir une relation de confiance avec l'usager ».

COMMENT RÉALISER LA DIVULGATION ?

Il est difficile de généraliser les différentes expériences vécues par les intervenants et les organisations en matière de divulgation. De manière générale, il est possible de distinguer deux types de divulgation : celle effectuée immédiatement à l'usager lors d'un accident mineur et celle, plus complète, qui est réalisée après un accident ayant entraîné des conséquences plus graves. Cette classification est présentée à titre indicatif seulement, il appartient aux établissements d'adopter une procédure de divulgation appropriée selon les cas.

Avant tout, la divulgation des accidents, surtout lorsque malheureusement les conséquences sont graves, doit être considérée comme un travail interdisciplinaire. Il ne doit pas incomber à une seule personne d'informer l'usager ou ses proches sur les faits entourant l'accident, le pronostic ainsi que les actions qui seront mises en place pour éviter la récurrence d'un tel événement. Étant donné les questions sur le pronostic sur la santé ou le bien-être de l'usager, le médecin détient un rôle prépondérant lors de la divulgation. Aussi, selon la nature de l'accident et l'ampleur des conséquences, il devra être déterminé les personnes qui feront la divulgation.

Les règles déontologiques précisent que le professionnel impliqué dans l'accident doit procéder à la divulgation de cet accident. Les circonstances peuvent cependant faire en sorte que ce professionnel n'est pas en mesure d'effectuer lui-même la divulgation, soit parce qu'il n'est pas en état de la faire, soit parce que des analyses complémentaires doivent être effectuées pour connaître les conséquences de cet accident.

Dans les situations où il n'y a peu ou pas de conséquence, les professionnels peuvent réaliser la divulgation. C'est ce qui se fait au quotidien dans les établissements du Québec. Dans les cas où une analyse exhaustive est requise, il peut être souhaitable d'impliquer le responsable de la sécurité des services dans le processus de divulgation.

Comme la divulgation est également une responsabilité organisationnelle, il appartient à l'établissement de prévoir les modalités de divulgation des accidents auprès des usagers et de leurs proches. Le gestionnaire de l'unité administrative où l'accident est survenu doit s'assurer que la divulgation a été effectuée et consignée adéquatement. Si ce n'est pas le cas, il doit prendre les mesures requises pour que la divulgation soit faite dans le respect des règles en vigueur. Pour cela, il peut faire appel au soutien du responsable de la sécurité des services et s'adjoindre les services de toute personne dont l'expertise est requise pour répondre aux interrogations de l'usager.

Pour bien réaliser la divulgation des accidents, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a publié des lignes directrices à l'égard de la divulgation qui soutient les établissements et les professionnels à entreprendre une démarche de divulgation. Il est conseillé de prendre connaissance des bonnes pratiques de divulgations comprises dans les lignes directrices et de les appliquer en tenant compte des dispositions légales applicables au Québec.

POUR ALLER PLUS LOIN, CONSULTEZ UN MODÈLE DE LETTRE-TYPE VISANT À OFFRIR DES MESURES DE SOUTIEN À L'USAGER.

QUAND DIVULGUER LES ACCIDENTS ?

La LSSSS stipule que la divulgation doit se faire le plus tôt possible. « Le plus tôt possible » signifie dès la constatation d'un accident. Dans l'éventualité où il faut intervenir immédiatement pour dispenser d'autres soins et services dans le but de renverser ou contrôler les effets de l'accident, l'usager doit être rencontré assez rapidement pour obtenir son consentement à ces nouveaux soins et services. Dans d'autres cas, les intervenants devront prendre le temps nécessaire, le plus court possible, pour approfondir la problématique et préparer adéquatement la rencontre avec l'usager et le soutien à lui offrir.

Dans les faits, « le plus tôt possible » signifie sans tarder, afin d'enquêter et préparer la rencontre avec l'usager. Ainsi, la divulgation doit se faire lorsque la situation de l'usager est stable ou qu'il est hors de danger et, surtout, en mesure de comprendre les informations. Si l'usager est ou devient inapte, son représentant doit en être informé. La plupart du temps, la divulgation doit se faire dans les minutes suivant l'accident, par exemple après la constatation de l'administration d'un mauvais médicament. D'autres rencontres avec l'usager victime d'accident peuvent toutefois s'ajouter pour donner plus d'explications à la suite de l'enquête interne.

QUOI DIVULGUER ?

L'usager ou ses proches ont le droit de connaître les faits entourant l'accident, les conséquences réelles ou appréhendées ainsi que le pronostic. Aussi, ils doivent connaître ce qui est prévu pour contrer ou atténuer les conséquences de l'accident et pour en éviter la récurrence.

L'information doit porter essentiellement sur les faits et les conséquences préjudiciables potentielles. Les faits doivent être présentés de façon objective, il est important d'éviter de blâmer ou de donner des opinions personnelles quant à la faute ou la responsabilité d'autres membres du personnel.

Il importe de mentionner que le fait de s'excuser ou d'exprimer des regrets à l'usager pour l'accident survenu n'est pas de nature à engager la responsabilité juridique de l'établissement.

Il faut se rappeler que l'établissement a le devoir d'offrir des mesures de soutien à l'usager et à ses proches en cas d'accident. De telles mesures doivent être prévues au règlement de l'établissement sur la divulgation et le comité de gestion des risques doit s'assurer que ces mesures sont effectivement rendues disponibles à l'usager.

À QUI FAIRE LA DIVULGATION ?

La première personne concernée est l'usager. La LSSSS indique que « tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être ». S'il le désire, celui-ci peut être accompagné, au moment de recevoir l'information sur l'accident.

Si l'usager ne peut consentir aux soins et, par conséquent, ne peut recevoir l'information après un accident, la divulgation peut aussi être faite à la personne qui le représente, selon les circonstances. Cela dit, il importe de se rappeler que même si l'usager est placé sous un régime de protection, il faut s'assurer de le faire participer au processus de divulgation en tenant compte de sa capacité à comprendre l'information qui lui est donnée. La LSSSS et le *Code civil*

	Usager n'est pas représenté	Usager est représenté
Usager majeur **Apte**	Usager *(peut être assisté et accompagné par une personne de son choix)*	Sans objet
Usager majeur **Inapte**	Usager *(en tenant compte de sa capacité à comprendre)* **ET** Aux personnes suivantes *(en respectant l'ordre ci-dessous) :* • Conjoint (marié, union de fait ou en union civile) • Proche parent • Personne qui démontre pour le majeur inapte un intérêt particulier	Usager *(en tenant compte de sa capacité à comprendre)* **ET** • Curateur *(privé)* • Tuteur à la personne *(privé)* • Mandataire à la personne (homologué) • Curateur public ou son délégué
Usager mineur **< 14 ans**	Titulaire de l'autorité parentale (parents ou tuteur au mineur) **ET** A l'usager *(avec l'accord du titulaire de l'autorité parentale)*	
Usager mineur **≥ 14 ans** **Apte**	Usager *(peut être assisté ou accompagné par la personne de son choix)* **ET** Titulaire de l'autorité parentale doit être informé dans le cas ou son état nécessite de demeurer plus de 12 heures à l'établissement	Sans objet
Usager mineur **≥ 14 ans** **inapte**	Usager *(en tenant compte de sa capacité à comprendre)* **ET** Titulaire de l'autorité parentale (parents ou tuteur au mineur)	

Source : Adapté de M. D'Amour, *La divulgation des accidents thérapeutiques: lorsque tout ne se déroule pas comme prévu*, Essai de maîtrise, Droit et politiques de la santé, Université de Sherbrooke, 2006, page 45.

du Québec donnent un éclairage sur les personnes qui doivent recevoir l'information après un accident et qui peuvent consentir à la place de l'usager inapte ou mineur. Le tableau suivant donne un aperçu des différentes situations.

S'il y a décès après un accident, la divulgation devra se faire au conjoint, aux ascendants ou descendants directs, tel qu'il est prévu à la LSSSS.

La divulgation doit être consignée par écrit au dossier de l'usager ou dans un formulaire de divulgation qui sera versé au dossier de l'usager selon les règles prévues par l'établissement. Cette consignation doit mentionner l'identité des personnes ayant procédé à la divulgation, celle des personnes ayant reçu la divulgation ainsi que l'information transmise.

POUR ALLER PLUS LOIN, CONSULTEZ UN MODÈLE DE MESSAGE TYPE EN CAS DE DIVULGATION MASSIVE AINSI QU'UNE FICHE DE QUESTIONS-RÉPONSES.

QUOI FAIRE QUAND UN GRAND NOMBRE D'USAGERS EST TOUCHÉ ?

Il peut survenir un accident où une divulgation dite massive doit se mettre en branle. Tout comme la divulgation auprès d'un usager, il n'est pas souhaitable d'improviser une telle démarche. Certes, elle doit se faire rapidement, mais une préparation adéquate permettra de répondre efficacement aux obligations envers les usagers. De plus, l'établissement devra se préparer à gérer d'autres risques notamment à l'égard de sa réputation.

Nous proposons donc quelques étapes pour réaliser une divulgation complète et efficace.

- Choisir les bonnes personnes qui feront la divulgation. Le nombre de personnes doit être déterminé en fonction du nombre d'usagers à joindre et comment elle se fera (téléphone, rencontre ou les deux). Il est préférable d'avoir recours à des professionnels crédibles qui peuvent exprimer de l'empathie, mais aussi qui ont des connaissances spécifiques du sujet (ou qu'ils ont des connaissances de base pour comprendre la problématique).
- Les gestionnaires, les professionnels et les médecins doivent déterminer les messages types à adresser aux usagers.
- Préparer une fiche de questions-réponses susceptibles d'être posées par l'usager ou son représentant. Cela va permettre aux personnes qui réalisent la divulgation de se préparer à d'autres questions qui ne sont pas prévues au message initial. Ces questions-réponses doivent être rédigées selon les connaissances et les faits par des professionnels compétents. Cette fiche pourrait servir à la rédaction de communiqués interne et externe, le cas échéant.
- Préparer des communiqués internes et externes. Étant donné l'ampleur de la démarche, surtout lorsque de nombreux usagers doivent être informés, il est proposé de préparer un communiqué de presse. Ce communiqué pourrait servir à identifier des usagers lorsque l'établissement ne détient pas d'information précise à l'égard des usagers visés. Aussi, cela permet de rassurer la population à l'importance accordée à cet événement et à améliorer la situation. Dans d'autres circonstances, ils ne seront pas publiés. À l'interne, il s'agit d'évaluer si des rumeurs peuvent circuler ou éviter qu'il en circule. C'est aussi une bonne manière de mobiliser le personnel et transmettre certains messages dans la communauté, le cas échéant. Bref, un bon plan de communication est toujours utile dans les circonstances.

- Il est bon aussi de faire parvenir une lettre aux usagers joints par téléphone ou en personne ou ceux qui n'ont pu être joints. L'objectif est de rappeler aux usagers les messages clés. Aussi, certains usagers peuvent oublier l'information transmise, voire ne pas se souvenir de l'appel téléphonique.
- Des notes de divulgation doivent être consignées au dossier de l'usager ou sur un formulaire prévu à cet effet.
- Préparer toute la logistique : bureau, téléphone, numéro de téléphone pour obtenir de l'information supplémentaire, etc.

En conclusion, ce qu'il faut retenir, c'est que la divulgation des accidents n'est rien de moins qu'une communication ouverte, honnête et efficace entre les professionnels et l'usager ou ses proches. Ce n'est pas toujours facile à réaliser, mais les dirigeants des établissements doivent mettre en place des moyens favorisant la divulgation.

POUR ALLER PLUS LOIN, CONSULTEZ UN EXEMPLE DE FORMULAIRE DE DIVULGATION.

ENTREVUE AVEC MARTIN D'AMOUR SUR LA DIVULGATION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES.

BIBLIOGRAPHIE

AUSTRALIAN COUNCIL FOR SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. (2003). *Open disclosure standard: a national standard for open communication in public and private hospital, following an adverse event in health care*, Commonwealth of Australia, ACSQHC, juillet 2003, p. 1.

BAUDOUIN, J.-L. (2004) « La nouvelle donne, les enjeux, les changements des contextes au Québec », *Revue générale de droit médical*, nº 13, p. 9-16.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTRÉAL. (2004). *Glossaire canadien sur la prestation sécuritaire des soins et services au patient*, Montréal, CHUM, 223 p.

CLAVERRANNE, J.-P. et Vinot, D. (2004) « L'émergence des droits des patients dans les systèmes de santé occidentaux : anciens problèmes et nouveaux défis », *Revue générale de droit médical*, nº 13, p. 17-26.

D'AMOUR, M. (2006) *La divulgation des accidents thérapeutiques: lorsque tout ne se déroule pas comme prévu*, Essai de maîtrise, Université de Sherbrooke, 78 p.

INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. (2011). *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation: parler ouvertement aux patients et aux proches*, Edmonton-Ottawa, CPSI-ICSP, 52 p.

KENNEY, Linda K. (2009). *Disclosure and Apology, What's Missing ? Advancing Programs that Support Clinicians, A report based on an invitation Forum held on March 13 2009*, Medically Induced Trauma Support Services (MITSSS), p. 3.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2001). *Les accidents évitables dans la prestation de soins de santé : la gestion des risques, une priorité pour le réseau*, Rapport du comité ministériel présidé par Jean Francœur, Québec, MSSS, 114 p.

NEWMAN, M.C. (1996) « The Emotional Impact of Mistakes on Family physicians », *Archives of family medicine*, vol. 5, février 1996, p. 71-75.

PHILIPS-NOOTENS, S. et autres. (2007). *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 3e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 602 p.

CHAPITRE 11
MESURER LA SÉCURITÉ DES SERVICES

ANNE LEMAY[4] / alemay@jgh.mcgill.ca
Directrice générale adjointe / Hôpital Général Juif de Montréal

MARIE-CLAUDE LAFERRIÈRE[5] / marie-claude.laferriere@chuq.qc.ca
Conseillère cadre à la qualité et gestion des risques / CHU de Québec – CHUL

4 Avec la contribution d'Isabelle Aumont et de Céline Hel

5 Avec la contribution de Martin Coulombe et de Denis Bélanger

Une stratégie d'amélioration de la sécurité des soins et services ne peut être complète et garante de succès sans une mesure adéquate et rigoureuse des résultats. En d'autres termes, la mise en œuvre d'une culture de sécurité et l'obtention de bons résultats ne peuvent se produire sans le développement d'une culture de l'évaluation et de la mesure. Le raisonnement derrière cette affirmation est simple. Nous ne pouvons gérer et donc améliorer ce que nous ne mesurons pas. Prendre des décisions basées sur des anecdotes, des impressions et de la subjectivité est risqué et non efficient. Gérer avec de la bonne information est un attribut essentiel à une bonne gestion.

Il s'agit d'une des caractéristiques des organisations hautement fiables. De fait, ces organisations (Berg et autres, 2013) :

- mesurent la qualité et la sécurité ;
- produisent des rapports à différents niveaux de façon systématique ;
- effectuent de la rétroaction en temps réel aux équipes et du *benchmarking* avec des pairs et les leaders.

Il s'agit aussi d'une des composantes importantes de la norme ISO 31000 en gestion intégrée des risques et d'exigences d'agrément et légales.

QUELQUES FONDEMENTS MÉTHODOLOGIQUES

Pour comprendre la stratégie de mesure nécessaire à l'amélioration, il est essentiel de connaître les principaux éléments méthodologiques en cause.

Une donnée est une information brute, non évaluée, non traitée et non valorisée. Par exemple : la date de naissance d'un patient. Une donnée permet de construire un indicateur tel l'âge qui est essentiel dans la prestation sécuritaire.

Un indicateur est un élément ou un ensemble d'éléments d'information représentatif par rapport à une préoccupation ou à un objectif, résultant de la mesure tangible ou de l'observation d'un état, de la manifestation d'un phénomène ou d'une réalisation. Il s'agit d'une mesure exprimée en terme relatif (pourcentage, ratio) ou non (nombre de nouveaux cas de SARM) utilisée pour apprécier les résultats obtenus, le degré d'atteinte d'un objectif, l'état d'avancement des travaux ou le contexte. Le Commissaire à la santé et au bien-être propose la définition suivante : « Un indicateur est une information quantitative ou qualitative qui suggère la présence d'un problème, d'un phénomène ou d'une situation particulière. Ainsi, l'indicateur reflète souvent une réalité plus complexe, synthétisée en un seul chiffre ou un seul fait. » (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010)

Un indice est élaboré lorsque nous avons besoin d'un point de repère ou d'une référence pour interpréter un indicateur. Par exemple : l'indice du coût de la vie qui permet de suivre l'évolution de l'ensemble des prix, ou un score de performance qui permet de relativiser le niveau d'un indicateur par rapport à une cible d'excellence (AQESSS, 2012).

L'ajustement du risque est parfois nécessaire parce que plusieurs facteurs peuvent affecter l'atteinte d'un résultat et qui ne sont pas directement liés à la qualité et à la performance. Il s'agit de facteurs de risques associés à certaines caractéristiques des usagers (âge, sexe), les habitudes de vie, la gravité de la condition. Il faut donc tenir compte de ce risque en faisant des

ajustements pour permettre la comparaison des résultats inter et intra-équipe ou organisation.

Une métadonnée est une information sur l'information. Par exemple dans le cas d'un indicateur, une fiche fournissant différentes informations sur celui-ci est nécessaire pour permettre à l'utilisateur de comprendre le sens, la portée, la méthodologie de calcul et les sources de celui-ci.

LES CARACTÉRISTIQUES D'UN BON INDICATEUR

Ce n'est pas la quantité, mais la qualité des indicateurs qui est importante. Ceux-ci doivent servir en tant qu'outil de gouvernance et de gestion rigoureux, de questionnement et de guide d'analyse. La présentation doit être cohérente, significative (AQESSS, 2010). Les caractéristiques d'un bon indicateur sont les suivantes :

- pertinent/à valeur ajoutée ;
- précis ;
- à jour ;
- fiable et valide
- constant/comparable ;
- convivial et interprétable ;
- définition reconnue et décrite de façon complète ;
- discrimine bien.

LA TYPOLOGIE DES INDICATEURS

S'inspirant de Vilcot et Leclet (2006) et de Donabedian (1980) nous proposons la typologie d'indicateurs suivante :

- **Indicateur de structure** : mesure les moyens et les ressources financières, humaines y compris les compétences, matérielles et informationnelles utilisées pour offrir la prestation de soins ou de services.
- **Indicateur de processus** : mesure les activités réalisées par les ressources pour produire des résultats.
- **Indicateur de résultats** : mesure l'atteinte de l'objectif. Dans cette catégorie entrent les indicateurs de satisfaction et de l'expérience de l'usager ainsi que les résultats sur la santé et le bien-être des usagers.
- **Indicateur sentinelle** : signale un événement grave ou récurrent qui déclenche une analyse approfondie.

LE TABLEAU DE BORD

Il s'agit d'un outil qui permet de faciliter la gouvernance et la gestion de la sécurité et de la performance dans son ensemble. Cet outil permet de comprendre, d'analyser, de poser des questions, d'aider à la prise de décision, de faire le suivi et d'évaluer les résultats. Un tableau de bord équilibré, c'est-à-dire prenant en compte les dimensions pertinentes de la performance, permet de visualiser les indicateurs dans une perspective globale.

L'élaboration d'un tableau de bord implique la sélection, l'agencement et la présentation des indicateurs et des cibles retenus pour chacun d'eux. Il doit contenir des informations présentées sous forme d'indicateurs ciblés, pertinents, significatifs, faciles à analyser et à interpréter et qui mettent en évidence des résultats les plus à jour possible, les écarts par rapport aux cibles et les tendances illustrant l'évolution.

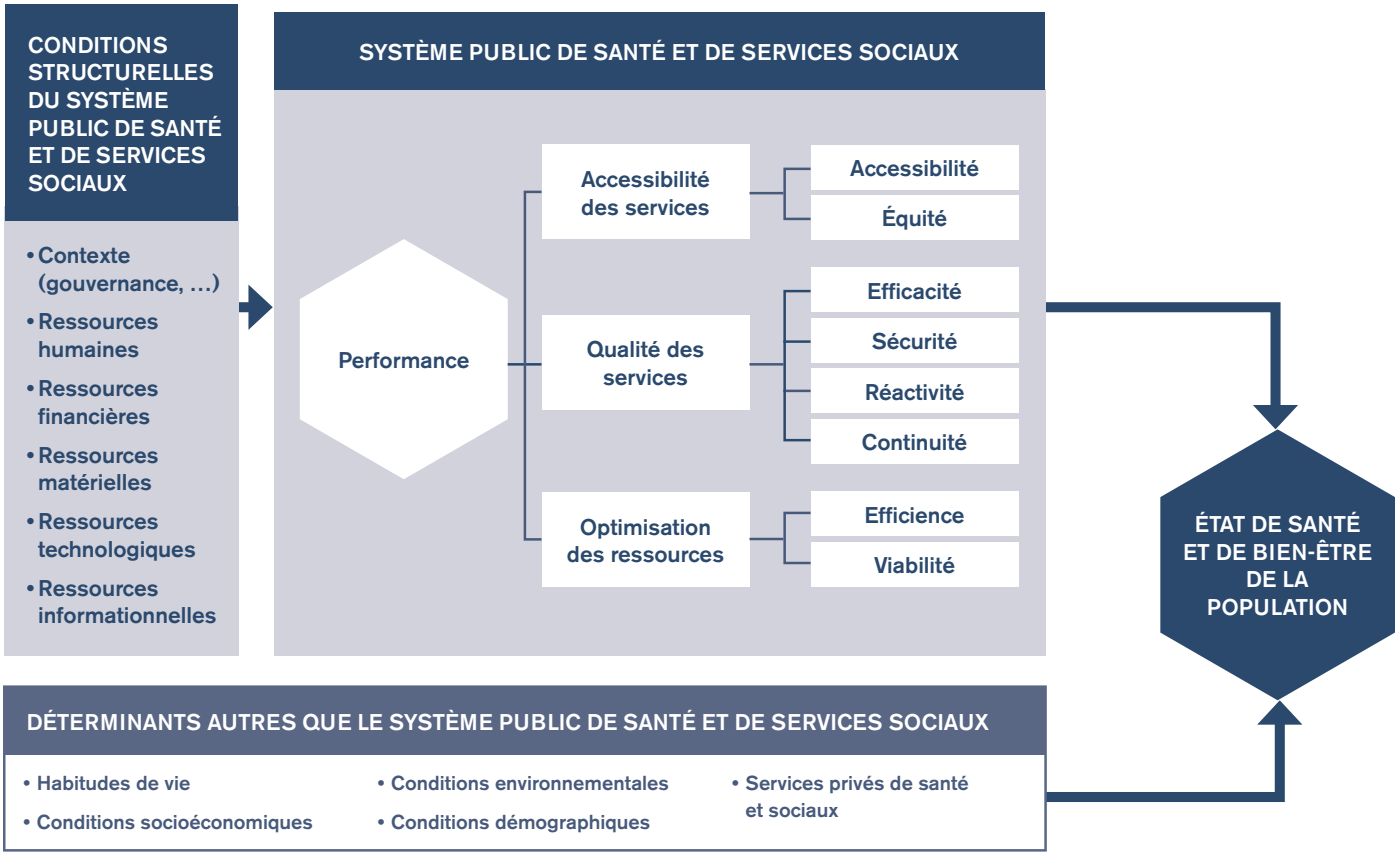
Un tableau de bord de performance et qualité assure le suivi des résultats, une reddition de comptes adéquate à différents niveaux à l'interne et à l'externe. Le tableau de bord d'un conseil d'administration doit permettre de mesurer à la fois la gouvernance fiduciaire et la gouvernance créatrice de valeurs (stratégique) (IGOPP, 2012). La direction

de l'établissement doit quant à elle, disposer de tableaux de bord cohérents avec celui du conseil d'administration. Ces tableaux de bord doivent, d'une part, décliner les indicateurs retenus par le conseil d'administration selon les secteurs et, d'autre part, permettre de suivre les indicateurs liés à la production des effets recherchés.

Selon Kaplan et Norton (1996) qui ont développé le concept de tableau de bord équilibré celui-ci permet de :

- clarifier et traduire la vision en stratégie ;
- communiquer et lier les objectifs stratégiques aux mesures de qualité et de performance ;
- fixer des cibles et aligner les initiatives stratégiques ;
- permettre la rétroaction des résultats et l'apprentissage.

FIGURE 6 – SCHÉMATISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE



Source : MSSS, *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, novembre 2012

ÉTAPES ESSENTIELLES D'UNE DÉMARCHE DE MESURE, D'ÉVALUATION ET D'AMÉLIORATION

RECOURIR À UN CADRE CONCEPTUEL

Il est important de recourir à un cadre conceptuel qui définit la performance et la sous-dimension sécurité ainsi que les interrelations entre les sous-dimensions (Van den Berg et coll. 2014) tels que :

- le cadre de l'OCDE (Onybuchi et autres, 2006 ; Van den Berg et autres, 2014) qui est utilisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (voir figure 6) ;
- le cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé,
- le cadre d'évaluation globale et intégrée de la performance soit le modèle EGIPSS (Champagne et autres, 2005 ; Sicotte et autres, 1999) qui est utilisé par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE, 2010, 2012) et l'AQESSS (AQESSS, 2012).

S'appuyer sur un cadre de performance permet d'obtenir une perspective globale et intégrée de la performance et de mieux comprendre les interrelations entre les différentes dimensions et sous-dimensions dont celle de la sécurité.

ENGAGEMENT ET LEADERSHIP DE LA GOUVERNANCE ET DE LA DIRECTION

Pour permettre l'introduction et le maintien d'une prestation sécuritaire efficace, un engagement durable et significatif de la direction est primordial. Celui-ci passe par l'élaboration d'un plan stratégique rigoureux qui comprend le choix d'indicateurs ainsi que d'outils de reddition de comptes des priorités connues de l'organisation, des normes et pratiques requises d'Agrément Canada et autres organismes faisant la promotion des pratiques reposant sur les données probantes. Il est aussi important aux indicateurs utilisés par nos pairs pour effectuer du *benchmarking* et aux attentes des différentes parties prenantes et autres partenaires.

CONSIDÉRER LES DIFFÉRENTS ASPECTS DE LA SÉCURITÉ

Il est important de considérer différentes perspectives de la sécurité telles que l'incidence des évènements indésirables (accidents et incidents) qui peuvent être documentés à partir du système de déclaration tel que celui en vigueur au Québec ou encore en ayant recours à différents indicateurs construits à partir des systèmes d'information de l'organisation (résumés d'hospitalisation ou autres) :

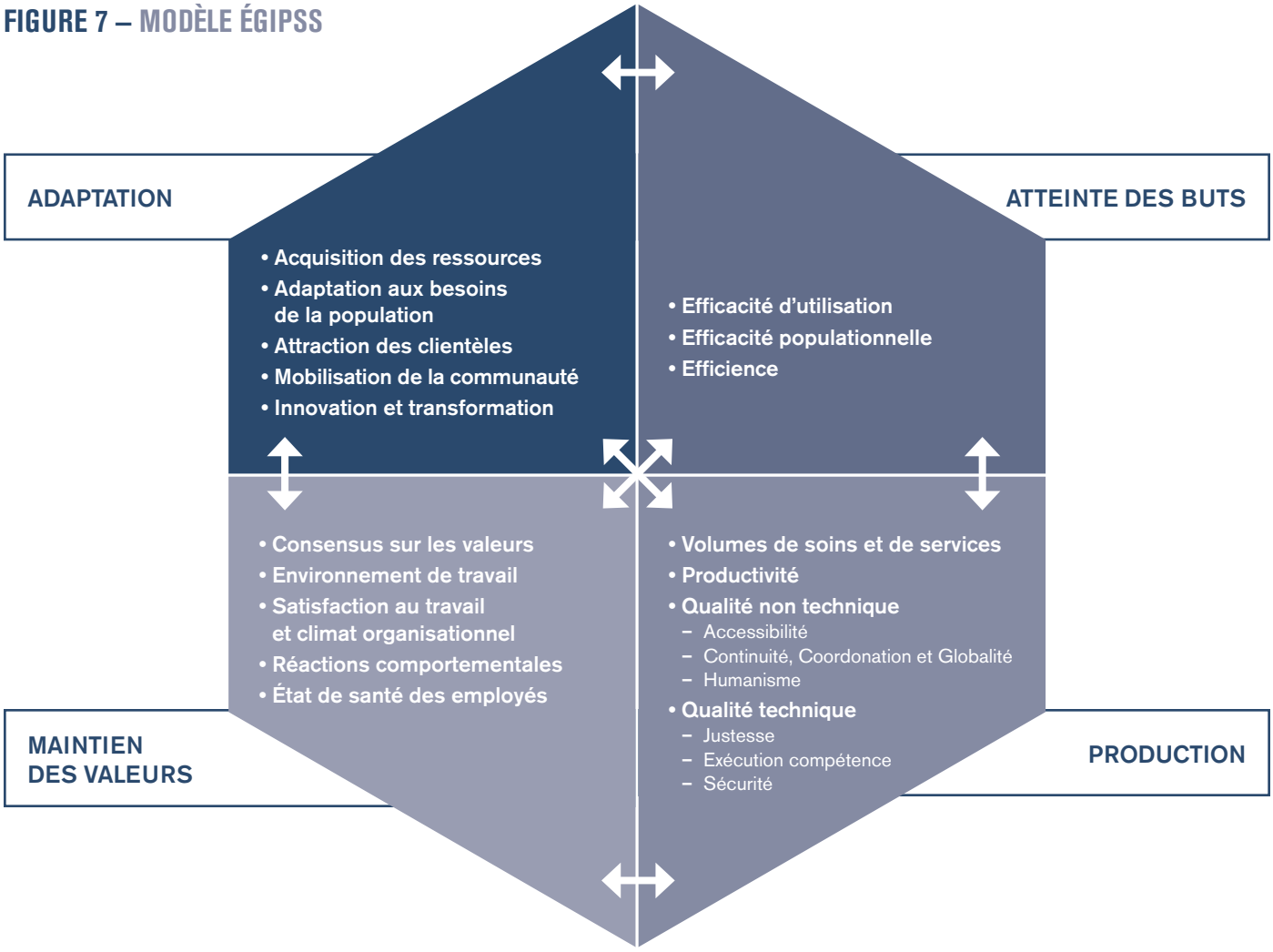
- mesure de la culture de sécurité effectuée au moyen de sondage ;
- revue périodique de dossiers ;
- revue des rapports de coroners ;
- mesure de l'expérience patient (effectué au moyen de sondage) ;
- compilation et l'analyse des avis, alertes et rappels.

Lorsque les indicateurs sont définis et élaborés, il faut alors mettre en place une démarche d'amélioration continue qui implique les étapes suivantes :

- identifier des objectifs opérationnels des équipes en liens avec les objectifs stratégiques ;
- les équipes identifient les indicateurs en liens avec leurs objectifs ;
- ensuite les équipes évaluent la situation, mettre en œuvre les processus d'amélioration et procède à l'évaluation de la conformité aux processus et aux résultats. Il s'agit du cycle d'amélioration continue.

POUR ALLER PLUS LOIN, ACCÉDEZ À UNE LISTE DE RÉFÉRENCES PERTINENTES AU REGARD DES INDICATIONS.

FIGURE 7 – MODÈLE ÉGIPSS



Source : AQESSS, *Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance 2012.*

Il est aussi important de mettre place une communication continue avec les parties prenantes internes et externes en regard de la stratégie d'amélioration et la reddition de comptes des résultats. Pour ce faire, il faut élaborer une stratégie de communication comprenant l'identification des publics cibles à l'interne et à l'externe ainsi que le bon format pour chacun des publics différents.

En conclusion, le développement d'une culture de mesure favorise la transparence et maintient ainsi la confiance des usagers et de la population envers les établissements et le réseau. Il est souhaitable que les établissements encouragent cette culture de la mesure et de l'évaluation à tous les niveaux de responsabilité de l'établissement. La mesure est un acte de gestion impulsé par les gestionnaires de l'établissement. Elle demeure indispensable dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Le défi demeure dans la rigueur et la constance de son application.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY [USA]. [En ligne]. (Consulté le 14 novembre 2014).

AGREMENT CANADA (2012). *Stratégie en matière de sécurité des patients, Phase 3 : atteindre la sécurité dans les soins 2012-2014*, 18 p.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (2010). *Cahier de formation : Le tableau de bord : Outil de gestion de la performance*, Montréal, AQESSS, 83 p.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (2008). *Guide de gestion intégrée de la qualité*, Montréal, AQESSS, 106 p.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (2012). *Rapport méthodologique. Évaluation de la performance des établissements membres de l'AQESSS*, Montréal, AQESSS, 85 p.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (2003). *Les dimensions de la qualité*, Groupe Vigie et qualité des services, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (2012). *Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance*, 29 p.

BALIK, B., et autres. (2011). *Achieving an Exceptional Patient and Family Experience of Inpatient Hospital Care: IHI Innovation Series white paper*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 212 p. [En ligne], (Consulté le 18 novembre 2014).

BERG, M. (2013). *The more I know the less I sleep. Global perspectives on clinical governance*. KPMG International, 40 p. [En ligne]. (Consulté le 14 novembre 2014).

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC (2010). *Rapport d'appréciation globale et intégrée de la performance : Analyse des indicateurs de monitorage : résumé.*

CHAMPAGNE, François, et autres. (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle ÉGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, Université de Montréal, 39 p.

CHUQ. (2012). *Tableau de bord institutionnel de gestion des risques*, 91 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, Une nouvelle approche pour en apprécier la performance, 2008.

DEPARTMENT OF HEALTH. (2008). *High quality care for all: NHS next stage review final report*, London, Department of Health, 92 p.

DEPARTMENT OF HEALTH (2012). *NHS Patient Experience Framework*, [En ligne]. (Consulté le 18 novembre 2014).

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, et autres. (2009). *Développement d'indicateurs de la sécurité des soins (PSI) à partir des bases de données médico administratives hospitalières : Évaluation et validation d'une sélection d'indicateurs. Pôle Information Médicale – Évaluation – Recherche (Pôle IMER), Hospices Civils de Lyon*, n° 93, 26 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, et autres. (2013). *Programme national pour la sécurité des patients 2013/2017*. France, DGOS, 28 p.

DOYLE, C., LENNOX, L., et BELL, D. (2013). « A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness ». *BMJ Open*, Vol. 3, n° 1.

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE. (2012). *Sécurité des soins, Dossier Documentaire*, France, 12 p.

EUROBAROMETRE (2010). Commission Européenne, *Sécurité des patients et qualité des soins de santé*. 110 p.

FERNANDEZ, Alain. (2011). *Les nouveaux tableaux de bord des managers. Le projet décisionnel dans sa totalité*, Eyrolles – Les Éditions d'Organisation, 5e édition, 468 p.

GOLDSTEIN, E., et autres. (2005). *Measuring hospital care from the patients' perspective: an overview of the CAHPS Hospital Survey development process*. Health Serv Res, 40(6 Pt 2), 1977-1995. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00477.x

ISO 31000 (2009). *Norme internationale. Management du risque – Principes et lignes directrices*. Numéro de référence IS0 310002009 (F), 24 p.

KAPLAN, R.S., et NORTON, D. P. (1996). *Translating strategy into action. The balanced scorcard*. Harvard Business School Press. 322 p.

LEMAY, Anne. (2007). « Une bonne stratégie de gestion et d'utilisation de l'information : Condition essentielle à l'amélioration de la qualité et de la performance », dans FLEURY, Marie-Josée et autres. *Le système sociosanitaire au Québec- Gouvernance, régulation et participation*, Gaëtan Morin Éditeur, 2007, 552 p.

LEONARD, M., FRANKEL, A., et SIMMONDS, T. (2004) *Achieving Safe and Reliable Healthcare. Strategies and solutions*, Institute for Healthcare Improvement, 205 p.

LEPNURM, R., VOIGTS, D., Lissel, M., Dobson, R. T., & Stamler, L. L. (2012). *What matters most to patients when they assess quality of their care*. Journal of Hospital Administration, 1(December), p. 7-16.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, présentation de la Direction de la qualité (2013). *Campagne: «Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé!»*, 22 p.

NATIONAL HEALTH SERVICE, UK, [En ligne]. (Consulté le 18 novembre 2014).

NATIONAL SAFETY AND QUALITY HEALTH SERVICE. (2013). *Data set specification for use by accrediting agencies in the provision of accreditation outcome results and evidence of implementation of the NSQHS Standards to Regulators and the Commission*, NSQHS, 179 p.

ONYEBUCHI, A., et autres. (2006). « A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project », *International Journal for Quality in Health Care*. September 2006, suppl 1, p. 5-13.

ORGANISATION POUR LA COOPÉRATION ET LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE. (2013). *Patient safety indicators: preliminary materials for health at a glance*, OECD, 11 p.

ORGANISATION POUR LA COOPÉRATION ET LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE. (2009). *Directorate for employment, labour and social affairs, health care quality indicators project, patient safety indicators report. Health Working Papers*, 106 p.

ORGANISATION POUR LA COOPÉRATION ET LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE. (2009). *Directorate for employment, labour and social affairs, health care quality indicators project. Patient safety indicators report. Health Working Papers n° 47*, 47 p.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2012). *Amélioration des pratiques et sécurité des soins. La sécurité des patients ; mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique*. France, 64 p.

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, Commission spécialisée *Sécurité des patients (2010). Analyse bibliographique portant sur les expériences nationales et internationales pour promouvoir ou améliorer la sécurité des patients*. France, 68 p.

HEENAN, M., et autres. (2010) *Big Dot, little dot: Defining quality. St-Joseph Health care-Hamilton*. Présenté dans ICSP, 32 p.

INSERM. (2011). *Mesure de l'expérience du patient. Analyse des initiatives internationales*. In H. A. d. S. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Ed.), (pp. 43 p.).

INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET FONDATION CANADIENNE SUR LA RECHERCHE EN SERVICE DE SANTÉ. (2010). *Effective Governance for Quality and Patient Safety. A tool Kit for Healthcare Boards Members and Senior Leader*.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION EN SANTE (2013). *Indicateurs de santé 2012*. Statistiques Canada, 132 p.

QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ EN ONTARIO. *Divulgation publique concernant la sécurité des patients*, [En ligne]. (Consulté en août 2013).

REINERSTEEN, J. L. (2010). *Boards and Dashboards From the top. From the Top: Institute for Healthcare Improvement*, présentation janvier.

REINERSTEEN, J. L. (2007). *Boards, Dashboards, and data. From the Top: Getting the Board on Board*. Institute for Healthcare Improvement, présentation june 11th.

SICOTTE, C., CHAMPAGNE, F., et CONTANDRIOPOULOS A-P. (1999). « La performance organisationnelle des organismes publics de santé », *Ruptures, Revue transdisplinaire en santé*, vol 6, nº 1, p. 34-46.

THE HEALTH FOUNDATION. (2013). *Measuring patient experience-Evidence scan.* In The Health Foundation Inspiring Improvement, 34 p.

TURBAN, E., SHARDA, R., et DELEN, D. (2006). *Decision Support and Business Intelligence Systems*. Prentice Hall, 9th ed., 696 p

VAN DEN BERG, M.J., et autres. (2014). *The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in Netherlands*. Health Research Policy and Systems, Vol.12, nº 1, p. 1-7.

VILCOT, Claude., et LECLET, Hervé. (2006). *Indicateurs qualité en santé. Certification et évaluation des pratiques professionnelles*, 2e édition. Paris, Editions AFNOR, 165 p.

VOYER, Pierre. (2005). *Les tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*, Presses de l'Université du Québec, 2e édition, 446 p.