

CADRE DE GESTION POUR LE SUIVI SÉCURITAIRE DES RÉSULTATS D'INVESTIGATION OU DE DÉPISTAGE

Préparé par la Direction de l'organisation
des services, des affaires médicales
et universitaires

Septembre 2012

Comité de travail

Marc Billard, directeur adjoint et secrétaire du comité d'inspection professionnelle et secrétaire du sous-comité de transplantation, Collège des Médecins du Québec

Dominique Derome, ex-directrice générale, Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens

Louis-André Lacasse, médecin-conseil, AQESSS

Annie Léger, directrice des services professionnels, CSSS de Rouyn-Noranda

Lucie Raymond, conseillère en organisation des services, AQESSS

Édition

Rédaction : Louis-André Lacasse, médecin-conseil à l'AQESSS

Mise en page : Aurore Dobbeleer, secrétaire de direction

Corrections : Chantal Gosselin

Distribution

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

© Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2012

Dépôt légal – 3^e trimestre 2012

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives du Canada, 2012

ISBN : 978-2-89636-170-0 (version PDF)

Ce document est disponible sur le Web : www.aqesss.qc.ca

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.
Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Depuis maintenant plus de 25 ans, les Québécois profitent d'avancées spectaculaires en biologie médicale, en imagerie médicale et dans toutes les modalités diagnostiques ou de dépistage (électrophysiologie, physiologie respiratoire, etc.).

Au fil des ans, le processus clinique s'est lui-même métamorphosé, par la disponibilité d'un grand nombre de ces modalités. Peu de cliniciens se fient maintenant qu'au questionnaire ou à l'examen clinique pour poser définitivement un diagnostic, amorcer ou modifier un traitement.

De plus, l'infirmière praticienne spécialisée (IPS), la sage-femme, le pharmacien, de même que tous les professionnels visés par la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*¹ ont maintenant recours à certaines investigations en tant que membres de l'équipe de soins, notamment par le biais d'ordonnances collectives.

En 2010-2011, il s'est réalisé au Québec 171 millions de procédures au sein des laboratoires de biologie médicale et 7,5 millions de procédures en imagerie médicale.

Au fil des ans, la robustesse de la transmission des résultats d'investigation au prescripteur n'a pas beaucoup évolué et les conséquences néfastes des faiblesses de ce processus sont bien connues. Chaque jour, des analyses critiques sont égarées ou ignorées. Des personnes subissent ainsi le préjudice d'un suivi erratique parce que le résultat ne s'est pas rendu dans les bonnes mains, au bon moment, ou parce que le prescripteur n'y a pas porté toute l'attention nécessaire en temps opportun.

En 2011, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) et l'Association des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ) acceptaient l'invitation du Collège des médecins du Québec (CMQ) et formaient un comité de travail afin de se pencher sur la question et de proposer de nouvelles façons d'agir.

Au cours de leurs travaux, les membres du comité de travail pour le suivi sécuritaire des résultats d'investigation ou de dépistage, aidés par des cliniciens et des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, ont identifié les zones de fragilité les plus importantes dans le processus de transmission des résultats d'investigation au prescripteur. Ils ont par ailleurs suggéré une série d'actions de renforcement de ce processus par la mise en place de meilleures habitudes et de plus solides filets de sécurité.

Les membres du comité ont aussi conclu à la nécessité, pour les organisations, de réaliser des audits périodiques des processus-clés de suivi des résultats d'investigation ou de dépistage. L'ensemble de ces recommandations figure sur un tableau synoptique comprenant trois étapes que l'équipe a produit.

Le présent document est un accompagnement à ce tableau. Nous croyons qu'il aidera les leaders cliniques et administratifs à évaluer plus systématiquement le suivi des résultats d'investigation ou de dépistage dans leur milieu afin d'en améliorer rapidement la sécurité.

1. Projet de loi n° 90.

Glossaire	5
Faits saillants.....	6
Destinataires	7
Contexte général	8
Responsabilités et obligations des différents acteurs.....	8
Obligations du prescripteur.....	8
Responsabilités de l'utilisateur	8
Obligations de l'établissement	8
Étape 1 : Gestion des résultats d'investigation ou de dépistage.....	9
Objectifs	9
Médecins et professionnels œuvrant hors établissement	9
Médecins et professionnels œuvrant en établissement	10
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens/Directeur des services professionnels	10
Modalités de fonctionnement d'un service ou d'un département en établissement	10
Désignation d'un répondant pour les autres professionnels visés	11
Services diagnostiques	11
Étape 2 : Gestion des résultats présentant des valeurs critiques.....	12
Préalables au sein des services ou des départements de l'établissement	12
Prescripteur (ou son répondant)	12
Préalable pour l'établissement	13
Modalités d'alerte lors de la présence de valeurs critiques	13
Prescripteur (ou son répondant) non joint.....	13
Étape 3 : Démarche d'amélioration continue	14
Collaboration au sein du réseau local de services (RLS)	14
Organismes indépendants.....	14
Conclusion.....	15

Voici certains termes utilisés dans le présent cadre de gestion et une brève description du concept que nous y associons.

PRESCRIPTEUR

Professionnel autorisé à prescrire des investigations ou des dépistages selon son champ d'exercice.

RÉPONDANT

Professionnel à joindre si le prescripteur n'est pas en mesure d'assurer le suivi approprié et en temps opportun des résultats d'investigation ou de dépistage.

VALEUR CRITIQUE

Résultat inattendu d'investigation ou de dépistage, de nature quantitative ou qualitative, présentant un écart tel par rapport aux valeurs de référence qu'il signifie un état critique pour la vie, la fonction ou l'organe si le prescripteur n'en est pas informé dans les délais requis.

NON-CONFORMITÉ

Prescripteur ou son répondant non joint lors de la présence d'un résultat présentant une valeur critique.

INTERVENANT DÉSIGNÉ

Professionnel devant assurer le suivi avec l'utilisateur si le prescripteur ou son répondant n'est pas joint lors de la présence d'un résultat présentant une valeur critique.

Le comité de travail a mis en exergue les principaux faits saillants du cadre de gestion pour le suivi sécuritaire des résultats d'investigation ou de dépistage :

- Chaque prescripteur (médecin ou autre professionnel autorisé à prescrire des investigations ou des dépistages selon son champ d'exercice) est responsable d'assurer le suivi des résultats d'investigation ou de dépistage;
- Chaque prescripteur devrait identifier un répondant avant de prescrire toute investigation ou tout dépistage;
- Chaque service diagnostique devrait identifier clairement le prescripteur sur la requête et sur le résultat afin d'indiquer la personne responsable du suivi des résultats;
- Des valeurs critiques devraient être définies, tant pour les résultats d'investigation de nature qualitative que ceux de nature quantitative, et une gestion systématique des résultats présentant une valeur critique devrait être mise en place;
- Une gestion systématique des cas de non-conformité devrait être effectuée et une action prise lorsque la demande d'intervention du prescripteur ou de son répondant ne fonctionne pas;
- Un processus d'audit rigoureux devrait être effectué périodiquement afin d'évaluer la robustesse du suivi des résultats d'investigation ou de dépistage de tout service diagnostique dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

DESTINATAIRES

Le cadre de gestion pour le suivi sécuritaire des résultats d'investigation ou de dépistage est destiné aux dirigeants des établissements, aux directeurs des services professionnels, aux membres des comités exécutifs des CMDP, aux équipes des services diagnostiques, aux chefs de départements et de services, aux responsables de GMF, aux responsables de la qualité et à tout leader clinique et administratif.

Ce document pourra aussi intéresser tout prescripteur déterminé à évaluer et à améliorer la sécurité de son processus de suivi des résultats d'investigation ou de dépistage.

Les résultats des travaux du comité de travail sont présentés au moyen d'un aide-mémoire court, voir le tableau Cadre de gestion pour le suivi sécuritaire des résultats d'investigation ou de dépistage. Les utilisateurs pourront s'en inspirer pour évaluer et améliorer leurs processus dans leur contexte spécifique. Bien que ce document ne vise pas à être normatif, ses utilisateurs sont invités à partager leur expérience afin d'améliorer son impact sur la sécurité des soins.

CONTEXTE GÉNÉRAL

Responsabilités et obligations des différents acteurs

Il aurait été facile, devant le problème des résultats d'investigation ou de dépistage « orphelins », d'imaginer de nouvelles obligations réglementaires ou déontologiques pour les organisations comme pour les prescripteurs. Mais de l'avis des membres de l'équipe, tous les règlements et toutes les obligations déontologiques sont déjà là. C'est ce que rappelle d'ailleurs, en tête de tableau, la prémisse du cadre de gestion pour le suivi sécuritaire des résultats d'investigation ou de dépistage.



Obligations du prescripteur

Les prescripteurs ont l'obligation déontologique d'assurer le suivi requis par l'état du patient, l'obligation déontologique de transférer ce suivi à un confrère s'ils ne peuvent l'assurer eux-mêmes et l'obligation, lorsqu'ils prescrivent une investigation, d'y donner suite de façon appropriée et en temps opportun. Ces obligations devraient s'étendre à tous les professionnels qui prescrivent des investigations ou des dépistages.



Responsabilités de l'utilisateur

L'utilisateur, dont l'implication à titre de patient partenaire est devenue incontournable, doit avoir l'opportunité et les moyens de participer activement et en tout temps à son plan d'intervention et à la décision. Cela est d'ailleurs rappelé dans l'article 10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS)². Sa contribution de base demeure par ailleurs de maintenir ses données démographiques à jour avec l'établissement et le prescripteur et de suivre les recommandations des différents professionnels.



Obligations de l'établissement

Finalement, l'établissement a une obligation stricte, à l'article 100 de la LSSSS³, d'assurer une prestation de services de santé et de services sociaux de qualité qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins.

Pour ce faire, les établissements devraient intégrer et opérationnaliser ces obligations dans chacune des fonctions qu'ils assument, notamment au sein des services diagnostiques.

2. L.R.Q., c. S-4.2.

3. L.R.Q., c. S-4.2.

GESTION DES RÉSULTATS D'INVESTIGATION OU DE DÉPISTAGE

Objectifs

Le cadre de gestion propose différentes modalités qui permettront une gestion et un suivi sécuritaires de tous les résultats d'investigation ou de dépistage. Les objectifs sont les suivants :

- Assurer le suivi des résultats d'investigation ou de dépistage, notamment ceux présentant une valeur critique;
- Assurer la sécurité des soins et des services en mettant à contribution les médecins, les professionnels et les établissements;
- S'assurer de la compréhension du concept de répondant et de la nécessité de la mise en place de ce concept par tous les professionnels qui demandent une investigation ou un dépistage.

Il importe de mettre en place toutes les modalités requises qui permettront un suivi de tous les résultats et qui assureront des actions rapides dans l'éventualité d'un résultat présentant une valeur critique.



Médecins et professionnels œuvrant hors établissement

Chaque prescripteur devrait désigner un répondant qui assurera le suivi des résultats d'investigation ou de dépistage s'il ne peut le faire lui-même. Il devrait également prévoir un mécanisme de transmission de cette information aux services diagnostiques appelés à réaliser ces investigations. L'intervention de ce répondant pourrait être essentielle lors du signalement d'une valeur critique par le service diagnostique qui doit compter sur une information à jour afin de joindre le répondant, le cas échéant.

Ceci s'applique notamment à :

- Un médecin exerçant en solo;
- Un médecin œuvrant au sein d'un groupe de médecins (GMF ou autre clinique de groupe);
- Une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne;
- Un professionnel appliquant une ordonnance collective.

Ainsi, lors d'une revue périodique du processus de transmission des résultats d'investigation ou de dépistage, une attention particulière devrait être apportée aux professionnels qui œuvrent seuls. Par ailleurs, les modalités de couverture pour les résultats d'investigation ou de dépistage, à l'intérieur d'un GMF ou à l'intérieur de toute clinique de groupe devraient être définies, explicites et formelles. De la même façon, une infirmière praticienne spécialisée devrait identifier un répondant tout comme les différents professionnels appliquant une ordonnance collective.



Médecins et professionnels œuvrant en établissement

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens/Directeur des services professionnels

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement devrait inclure dans son règlement l'obligation individuelle pour chacun des membres de désigner un répondant pour le suivi des résultats d'investigation ou de dépistage. De plus, des modalités sont à prévoir en ce qui a trait aux médecins impliqués dans un mécanisme de dépannage.

Sur une base périodique, le CMDP devrait s'assurer que ce règlement est appliqué au sein des départements ou des services, tant pour la clientèle hospitalisée que celle en externe.

Le CMDP devrait maintenir à jour et diffuser la liste des répondants de chaque membre du CMDP pour leur pratique liée à cet établissement. Un mécanisme de mise à jour est également à prévoir. Cela pourrait être fait lors de l'octroi de privilèges, lors de leur renouvellement et être mis à jour périodiquement dans l'éventualité d'un changement (par exemple sur une base annuelle). Un avis devrait être acheminé aux professionnels pour lesquels cette information est manquante ou obsolète.

Modalités de fonctionnement d'un service ou d'un département en établissement

L'application du règlement du CMDP relatif à l'obligation individuelle des membres de désigner un répondant peut se faire en tenant compte des particularités propres aux départements et aux services. Une revue régulière des modalités de fonctionnement à l'intérieur des services ou des départements en établissement devrait être effectuée. Par exemple, lorsqu'une analyse est demandée en cours de séjour hospitalier, il devrait être clairement établi à partir du moment où le résultat de l'analyse devient disponible qui, du prescripteur de l'analyse ou du clinicien qui est de garde pour le service ou le département où séjournait l'utilisateur, est responsable de donner suite au résultat lorsque l'utilisateur a quitté. De telles situations surviennent tous les jours et la responsabilité de donner suite à une analyse anormale devrait être clairement énoncée dans les règlements des services ou des départements et être rigoureusement appliquée.

Les établissements qui font appel à des médecins pour un mécanisme de dépannage devraient porter une attention toute particulière à la responsabilité des analyses que ces derniers prescrivent lors de leur dépannage. Il faut prévoir, lors de l'attribution de privilèges temporaires à un médecin œuvrant dans ce contexte, la responsabilité du suivi sécuritaire des résultats d'investigation ou de dépistage qui seront transmis après le départ du prescripteur. De tels privilèges ne devraient pas être accordés si une entente explicite et formelle de suivi n'est pas en place au préalable.

Désignation d'un répondant pour les autres professionnels visés

Le développement d'ordonnances collectives de plus en plus nombreuses au sein des établissements augmente le risque que des résultats d'investigation ou de dépistage restent sans suite. Plusieurs professionnels peuvent maintenant prescrire une investigation dans le cadre de ces ordonnances collectives. L'établissement doit donc s'assurer que ces prescripteurs détiennent des privilèges légitimes de prescription à l'intérieur de ces protocoles et que des répondants à ces prescripteurs soient clairement identifiés dans l'éventualité où une valeur critique serait atteinte et que le prescripteur initial serait indisponible.

L'identification d'un répondant est aussi nécessaire pour les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et les sages-femmes qui peuvent également prescrire des investigations ou des dépistages.



Services diagnostiques

Les services diagnostiques doivent effectuer les examens et transmettre avec diligence les résultats d'investigation ou de dépistage en mettant en place toutes les mesures permettant au prescripteur d'assurer le suivi approprié en temps opportun. Pour ce faire, quelques éléments doivent être pris en compte :

- Formulaire de demande et de résultats d'investigation permettant d'identifier rapidement le professionnel responsable du suivi afin d'éviter toute confusion (professionnel demandant une analyse avec l'intention que le médecin de famille y donne suite, alors qu'en même temps, le médecin de famille pourrait croire en recevant copie de ce résultat que l'autre professionnel s'en occupe!) :
 - Recours à une formulation explicite, par exemple « professionnel responsable du suivi » ou « professionnel informé des résultats »,
 - Suggestion d'abandonner des termes comme « requérant », « traitant » ou « CC » qui peuvent générer certaines ambiguïtés;
- Présentation visuelle claire des résultats sur le rapport avec le recours à différentes astuces afin d'attirer l'attention du prescripteur vers les anomalies du rapport qu'il reçoit (taille des caractères, mots-clés soulignés, rapport libre de tout contenu superflu qui pourrait distraire l'attention, mention « **ATTENTION** », etc.);
- Transmission des résultats au bon prescripteur en prenant toutes les mesures appropriées afin d'éviter les erreurs de transmission et en apportant les correctifs nécessaires lorsque requis;
- Accès aux différentes ordonnances collectives en vigueur et à la liste à jour des personnes autorisées à les appliquer en s'assurant d'une mise à jour périodique de celles-ci;
- Accès à la liste à jour des répondants pour tous les professionnels habilités à demander des investigations ou des dépistages :
 - Accès informatique centralisé unique souhaitable afin d'éviter le risque lié à la circulation de versions périmées,
 - Au besoin, envoi d'un avis aux professionnels pour lesquels l'information est manquante ou obsolète.

GESTION DES RÉSULTATS PRÉSENTANT DES VALEURS CRITIQUES

Une valeur critique est un résultat inattendu d'investigation ou de dépistage, de nature quantitative ou qualitative, présentant un écart tel par rapport aux valeurs de référence qu'il signifie un état critique pour la vie, la fonction ou l'organe si le prescripteur n'en est pas informé dans les délais requis. Une valeur critique requiert donc l'attention immédiate du prescripteur.

La notion de valeur critique n'est pas limitée aux seuls examens de biologie médicale. La découverte fortuite d'un anévrisme de l'aorte abdominale de plus de 5,5 cm à l'imagerie ou d'un flutter auriculaire lors d'un électrocardiogramme électif constitue aussi une valeur critique qui doit entraîner une suite d'actions dont le signalement rapide au prescripteur constitue la pierre angulaire.

Hélas, nombre de ces anomalies ne sont pas signalées à temps et lorsque, par exemple, un radiologue tente de le faire, il se bute parfois à l'indisponibilité du prescripteur ou à l'absence d'un répondant. Par ailleurs, l'habitude de consigner au dossier de l'usager l'événement n'est pas encore généralisée.



Préalables au sein des services ou des départements de l'établissement

Il existe maintenant une littérature scientifique abondante qui définit les valeurs critiques et les délais dans lesquels les prescripteurs devraient être avisés. Chaque service ou département devrait toutefois s'approprier cette littérature et l'adapter, avec la collaboration de ses prescripteurs, au contexte spécifique de son milieu. Les chefs des services et des départements qui produisent des résultats d'investigation ou de dépistage doivent entreprendre ce travail et harmoniser les pratiques entre tous leurs membres afin d'assurer la robustesse du processus, sa reproductibilité et son amélioration continue.



Prescripteur (ou son répondant)

Lorsqu'elles sont définies de façon rigoureuse, les valeurs critiques ne surviennent pas aussi souvent qu'on pourrait le présumer. Pour chaque valeur critique, un cheminement précis devrait être prévu, avec boucle de rétroaction pour confirmer la transmission de l'information.

Le prescripteur doit donc accorder toute son attention à un signalement d'une valeur critique et en confirmer la réception au service diagnostique, évitant ainsi tout délai dans les actions à poser. Le prescripteur qui reçoit un avis de valeur critique devrait prendre des mesures immédiates et documenter explicitement les actions qu'il a prises au dossier de l'usager.

Le prescripteur assurera également le suivi lors d'un signalement de non-conformité afin d'apporter les correctifs requis (désignation d'un autre répondant, transmission des informations à l'établissement pour un changement de coordonnées pour le joindre, etc.).



Préalable pour l'établissement

Chaque milieu devrait mettre en place un filet de sécurité si, ni le prescripteur, ni son répondant ne peuvent être joints. Un intervenant clinique (le plus souvent une infirmière d'expérience) devrait être désigné afin de prendre le relais et d'orienter l'utilisateur vers la ressource la plus appropriée à sa condition urgente. Cette situation ne devrait toutefois constituer que l'exception du système.



Modalités d'alerte lors de la présence de valeurs critiques

Le déclenchement d'une alerte, lorsqu'une valeur critique est repérée, devrait être chorégraphié avec la plus infime minutie. Le tableau synoptique du cadre de gestion énumère systématiquement la suite d'actions nécessaires lors du signalement d'une alerte, en distinguant la valeur critique quantitative du laboratoire de biologie médicale (par exemple, un résultat d'INR de 7), de la valeur critique qualitative d'une autre modalité d'investigation ou de dépistage (par exemple, un pneumothorax sous tension à la radiographie pulmonaire).

Chaque service diagnostique devrait mettre en place un système de repérage des résultats avec valeur critique, les communiquer au prescripteur ou à son répondant et inscrire une note de suivi au dossier de l'utilisateur. De plus, il doit signaler les non-conformités (prescripteur ou son répondant non joint) et en aviser le prescripteur touché. Celui-ci devrait participer activement à l'analyse subséquente de cette non-conformité, car il s'agit là de la meilleure façon d'améliorer le système afin d'éviter une éventuelle catastrophe humaine.

Par ailleurs, en l'absence d'avis de réception de la part du prescripteur ou de son répondant, l'établissement devrait prévoir un système de relance par le service diagnostique pour tout résultat avec valeur critique. La logique d'une telle méthode repose sur la très faible probabilité qu'un résultat critique soit involontairement perdu ou ignoré deux fois.

Dans un souci d'amélioration continue, tout avis de non-conformité émis par les services diagnostiques devrait être révisé périodiquement par le DSP et par les instances professionnelles intéressées. Dans le cas de récurrence, le prescripteur touché devrait faire l'objet d'un examen de sa pratique par les autorités visées, car celle-ci est potentiellement dangereuse pour les usagers.



Prescripteur (ou son répondant) non joint

Lorsque ni le prescripteur ni son répondant ne sont joints, le service diagnostique visé devrait communiquer le résultat avec valeur critique à l'intervenant clinique désigné. Celui-ci communiquera alors avec l'utilisateur afin d'assurer le suivi approprié à sa condition et aux résultats critiques obtenus. Une fois la situation sous contrôle, un avis de non-conformité devrait être signalé au prescripteur et aux instances (DG, DSP, conseil professionnel).

DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE

Comment implanter rapidement un tel cadre de gestion dans un établissement et au sein d'un réseau local de services? Comment être certain de sa pérennité au travers des innombrables autres crises du système de santé et des services sociaux et malgré le roulement du leadership clinique et administratif?

Cette question se rapporte au problème de la gestion du changement dans les organisations de la santé. Il est d'abord important de mettre en lumière dans l'organisation l'urgence d'agir imposée par la gravité de la situation. Une coalition forte, avec un leadership clinique et administratif crédible, soutenue par la plus haute instance de l'organisation, saura donner le coup d'envoi de la transformation et assurer le suivi des changements à mettre en place.



Collaboration au sein du réseau local de services (RLS)

Dans une vision axée sur l'amélioration continue de la qualité et de la prestation sécuritaire des soins, l'établissement est invité à mettre sur pied un comité, composé par exemple du directeur général, du directeur général adjoint, du directeur des services professionnels, d'un représentant du CMDP et de la directrice des soins infirmiers, lequel aura le mandat d'élaborer, d'implanter et d'assurer le suivi de l'application du cadre de gestion. Ce dossier devrait faire l'objet d'une campagne d'information soutenue et bénéficier de l'appui de toutes les instances qui soutiennent l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Une fois la démarche réalisée, un mécanisme d'audit périodique devrait venir consolider les acquis et en polir les aspérités. Une gestion systématique des défaillances permettra d'apporter les adaptations requises dans une perspective de gestion intégrée des risques. Il serait approprié de publiciser le succès du travail d'équipe, un gage d'imprégnation du changement de culture dans l'organisation.

Il est également utile de se doter de cibles de performance et d'indicateurs qui permettront de mesurer le degré d'atteinte de ces cibles. Une démarche ne devient vraiment intégrée que lorsqu'elle est régulièrement mesurée et lorsqu'elle fait l'objet d'un suivi étroit.



Organismes indépendants

Les organismes d'agrément porteront une attention plus soutenue à la robustesse des processus de suivi des résultats d'investigation ou de dépistage maintenant qu'il est plus largement reconnu qu'elle est devenue si déterminante à la qualité et à la sécurité des soins.

On pourrait également s'attendre à ce que le Collège des médecins du Québec de même que toutes les autres instances professionnelles qui évaluent périodiquement la qualité de l'acte professionnel incluent dans leurs mécanismes d'évaluation l'implantation du cadre de gestion pour le suivi sécuritaire des résultats d'investigation ou de dépistage.

CONCLUSION

Un tel cadre de gestion ne s'implantera pas tout seul. Bien que sa mise en place ne devrait pas constituer un effort très considérable pour toute organisation qui sait l'approcher en équipe, en se fixant des balises de temps et de ressources et en l'entreprenant comme un projet d'amélioration continue, elle constituera néanmoins, pour certains, un changement à leurs habitudes et à ce titre, pourrait générer de la résistance.

C'est pourquoi un leadership clinique et administratif fort nous apparaît incontournable dès le lancement du projet et pour le suivi du cadre à plus long terme. Le succès de la démarche repose sur la participation de plusieurs intervenants dans une approche globale et intégrée. Le cadre propose la mise en place de règles claires et explicites qui doivent toutefois être adaptées à la réalité de chaque milieu. L'appui incon-
ditionnel des leaders au processus d'audit périodique en assurera l'amélioration et la pérennité.

Les instances réglementaires et professionnelles, tout comme les organismes d'agrément, pourront, dans un avenir rapproché, s'attendre à ce qu'un tel cadre soit implanté et tout à fait fonctionnel. Les services diagnostiques trouveront alors, au sein de processus cliniques de plus en plus complexes, leur plein poten-
tiel d'améliorer la santé des usagers, un patient à la fois, en toute sécurité.