Cadre canadien d'analyse des incidents

Saskatchewan Ministry of Health

Cadre canadien d'analyse des incidents

Le Cadre a été élaboré conjointement par l'Institut canadien pour la sécurité des patients, l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, Saskatchewan Health, Patients pour la sécurité des patients du Canada (un programme de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, dirigé par les patients), Paula Beard, Carolyn E. Hoffman et Micheline Ste-Marie.

cpsi icsp

Canadian Patient Safety Institute

Institut canadien pour la sécurité des patients

Canadian Patient Safety Institute
Suite 1414, 10235 - 101 Street
Edmonton, AB, Canada
T5J 3G1
Toll Free: 1-866-421-6933
Phone: 780-409-8090
Fax: 780-409-8098
www.patientsafetyinstitute.ca

Institut canadien pour la sécurité des patients
Bureau 410, 1150 chemin Cyrville
Ottawa, (Ontario) K1J 7S9
Téléphone: 613-730-7322
Télécopieur: 613-730-7323

Citation entière :
Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients, 2012. Les partenaires collaborant à l'analyse des incidents sont l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, Saskatchewan Health, Patients pour la sécurité des patients du Canada (un programme de l'ICSP dirigé par les patients), Paula Beard, Carolyn E. Hoffman et Micheline Ste-Marie.

Citation brève :
Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. Canadian Incident Analysis Framework.
Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute; 2012.

Cette publication est téléchargeable gratuitement à : **www.securitedespatients.ca**
Pour obtenir des renseignements supplémentaires ou pour faire des commentaires, veuillez utiliser l'adresse suivante : **analysis@cpsi-icsp.ca**

L'Institut canadien pour la sécurité des patients tient à souligner le soutien financier de Santé Canada.

L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada tient à souligner le soutien financier de Santé Canada par l'entremise du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM).

Les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada.

ISBN (imprimé)**:** 978-1-926541-44-0
ISBN (en ligne): 978-1-926541-45-7

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ANALYSE DES INCIDENTS :

Membres	*Affiliations actuelles*
Paula Beard, ACP, MA	Alberta Health Services
Julie Greenall, RPh, BScPhm, MHSc, FISMPC	Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada
Carolyn E. Hoffman, RN, MN	Alberta Health Services
Sharon Nettleton, BA, MA	Patients pour la sécurité des patients du Canada (un programme de l'ICSP dirigé par les patients)
Ioana Cristina Popescu, MBA	Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)
Micheline Ste-Marie, MD	Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill
Donna Walsh, RN, BScN, FISMPC	Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada
Jennifer White, BSc, MEDes	Le ministère de la Santé de la Saskatchewan

REMERCIEMENTS

Le Groupe de travail sur l'analyse des incidents aimerait remercier les nombreuses personnes qui ont généreusement mis à profit leur expertise pour élaborer ce cadre, dont : les organismes participants et les auteurs du cadre canadien de l'analyse des causes souches pour avoir construit la fondation pour le présent document (partenaires : l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP) et Saskatchewan Health; et les coauteurs : Carolyn Hoffman, Paula Beard, Julie Greenall, David U et Jennifer White), les participants à la réunion de la Table ronde internationale sur l'analyse des incidents tenue en mars 2010, qui ont été les premiers à en orienter le contenu; le personnel de Fraser Health, qui a si généreusement consacré du temps pour mettre à l'essai et améliorer les premières révisions du cadre; les membres des groupes de discussion sur la gestion des recommandations et l'engagement des patients; les représentants des divers ministères de la santé provinciaux, les Conseils pour la qualité des soins; les établissements membres de l'ICSP; le Groupe Vigilance pour la sécurité de soins et les participants au sondage de consultation publique qui ont aidé le Groupe de travail à comprendre quelques-uns des défis auxquels se butent les établissements de santé du Canada dans leurs efforts pour améliorer les soins. De plus, le Groupe de travail aimerait remercier : John Lewis, Donna Davis, Anne Findlay, Robert Johnston, Deborah Prowse, Sabina Robin, Cindy Winfield, Michelle Dionne, Mary Marshall, Laura Lin Gosbee et Ross Baker pour leur importants conseils d'experts et leurs contributions,

DÉDICACE

Merci aux patients, familles, prestataires de soins, gestionnaires, organismes de réglementation et bailleurs de fonds, pour votre passion et votre engagement à améliorer la sécurité des soins aux patients. Nous vous invitons à partager les réussites et défis que vous avez vécus tout au long de cette aventure.

TABLE DES MATIÈRES

L'HISTOIRE DE CLAIRE

En octobre 2001, notre fille de onze ans, Claire, est décédée à la suite d'une intervention chirurgicale pour enlever une tumeur bénigne au cerveau. Sa mort est le résultat d'une série de défaillances catastrophiques dans la gestion des soins postopératoires. Les enquêtes ont révélé que Claire est décédée à la suite de sérieuses lacunes au niveau des soins et du système. Sa mort était évitable.

L'enquête initiale sur la mort de Claire n'a pas fourni les réponses aux questions essentielles que notre famille se posait, pour nous permettre de bien comprendre ce qui s'était passé. Dans les semaines et les mois qui ont suivi la mort de Claire, la communication des informations fournies par l'hôpital était très difficile. Au départ, nous avons dû faire des démarches pour obtenir des renseignements de l'hôpital. Lorsqu'il est devenu clair que ces informations ne nous seraient pas communiquées volontairement, nous avons dû les exiger, ce qui était d'autant plus dévastateur pour nous puisque la mort de Claire était une véritable tragédie - notre jeune fille était morte de façon si inattendue. Les médecins et autres personnes impliquées dans les soins de Claire avaient probablement très peur de nous au départ, sans doute parce que nous étions en colère. Ils avaient peut-être peur aussi à cause de ce qu'ils savaient déjà, ou de ce qu'ils pourraient apprendre. La difficulté de le partager avec nous devait être également présente. Oui, nous étions en deuil de notre belle petite fille. Nous souffrions vraiment. Nous sommes des gens assez tranquilles et nous tenons à notre vie privée. Nous ne voulions pas répondre à des quantités de gens, mais des réponses au sujet de la mort de Claire étaient nécessaires pour nous aider à accepter la situation et à composer avec notre grande perte.

Nos communications avec l'hôpital étaient très froides après le décès de Claire. Lorsque des réunions avec des gestionnaires ont finalement eu lieu, la froideur a continué, ce qui ne faisait qu'empirer la situation. Le manque de compréhension de ce dont nous avions vraiment besoin – des informations communiquées rapidement et de manière attentionnée - a été dévastateur. Cela n'a fait que compliquer un processus de deuil déjà fragile. Nous avions besoin de ressentir que les gens avaient de la compassion et qu'ils étaient capables de montrer à quel point ils se souciaient de nous. Nous avions besoin que quelqu'un reste en contact avec nous et communique avec nous de façon calme et continue. Nous avions besoin d'un engagement ferme et rapide de l'hôpital pour nous aider à trouver des réponses. Nous avions besoin de leur ouverture et de leur honnêteté pour que nous puissions comprendre pourquoi Claire était morte.

Après plusieurs mois de lutte, l'hôpital a accepté de mener une deuxième enquête, exhaustive cette fois-ci. L'équipe de direction de l'hôpital, le PDG, le chef du personnel médical et le chef des services infirmiers, nous ont fait parvenir un rapport comprenant les conclusions auxquelles elle était arrivée. Ils nous ont rencontrés en personne. Ils ont reconnu leur responsabilité dans ce qui s'était passé et ont présenté ouvertement leurs excuses. Ils étaient extrêmement compatissants ce jour-là et le sont demeurés dans les nombreuses réunions et communications qui ont suivi.

Le rapport soulignait de nombreuses erreurs commises par plusieurs individus de diverses disciplines. On a trouvé des lacunes au niveau des soins prodigués et des informations consignées dans le dossier de Claire. Il y a eu plusieurs erreurs de jugement relatives au délai mis à reconnaître à temps la situation critique et la détérioration de l'état de Claire. Des recommandations précises ont été faites pour chacune des conclusions. Il ne s'agissait pas

d'une rhétorique vide. Les recommandations étaient rédigées sous forme de plans fondés, détaillés et réalisables. Cela m'est apparu, en tant qu'infirmière, susceptible d'aider à prévenir une tragédie semblable à l'avenir. Ils ont pris le temps de rester en contact avec nous et nous ont fait part de la mise en œuvre des recommandations.

Les recommandations sur la formation des infirmières en USI comprenaient des mesures relatives à l'équilibre hydroélectrolytique pédiatrique, aux nouveaux protocoles médicamenteux et à la restructuration de l'USI. Un effort a été fait, grâce à une communication plus ouverte, pour intégrer des familles dans le cercle de soins. L'hôpital a collaboré à une autre enquête menée, celle-là, par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario. Cette enquête a permis d'identifier d'autres décès semblables impliquant le même médicament que celui qui avait contribué à la mort de Claire. En collaboration avec l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, une alerte médicamenteuse fut émise et envoyée à d'autres hôpitaux à travers le Canada. Même si la mise en œuvre des recommandations a pris du temps, le processus s'est déroulé de façon à s'assurer que le personnel comprenne et acceptent ces changements.

« SOYEZ DES LEADERS ET MONTREZ L'EXEMPLE. INSPIREZ, ENCOURAGEZ ET ÉDUQUEZ LES AUTRES À SUIVRE CE QUI PARFOIS PEUT RESSEMBLER À DES SENTIERS VIERGES. CES ACTIONS ÉVOCATRICES MÈNERONT À DES CHANGEMENTS AUX SOINS DES PATIENTS ET À UNE SÉCURITÉ ACCRUE. »

Je pense que, pour nous, c'est la direction de l'hôpital qui a vraiment fait la différence entre la première et la seconde enquête. Les hauts dirigeants ont assumé leur rôle et leur responsabilité avec sérieux. La transparence dont ils ont fait preuve nous a permis d'avoir une meilleure compréhension des événements qui ont conduit à la mort de notre fille. Cette divulgation les a amenés à s'excuser et a également mené à une série d'actions et à des rencontres avec les personnes directement impliquées dans les soins de Claire. Cette preuve de leadership a été extraordinaire. Leurs actions ont contribué à l'amélioration de la sécurité des soins à l'hôpital et ont permis, en améliorant la communication, une bonne compréhension de ce qui avait contribué à la mort de Claire. Et pour nous, les parents de Claire, ces étapes ont favorisé la guérison et permis le pardon.

Maintenant que nous avons pris du recul, je crois que notre situation très désespérée fut allégée, dans une certaine mesure, et est certainement devenue plus positive en raison des gestes des nombreux dirigeants engagés qui, dans une variété de postes et de responsabilités, ont pris « les mesures qui s'imposaient ».

La perte de Claire est incommensurable. Rien sur terre ne pourra jamais remplacer notre enfant et l'amour que nous partagions. Maintenant que quelque 10 ans se sont écoulés, ma voix et mes actions visent beaucoup de gens. Soyez des leaders et montrez l'exemple. Éduquez les autres et inspirez-les, encouragez-les à sortir des sentiers battus et à explorer de nouvelles façons de faire. Ces actions évocatrices mèneront à des améliorations pour les soins des patients et à une sécurité accrue. Faites ce qu'il faut faire pour assurer que d'autres patients et leurs familles n'aient pas à vivre ce que nous avons vécu, comme beaucoup d'autres avant nous.

John Lewis
Le père de Claire[1]

SOMMAIRE

Dans le milieu des soins de santé, les incidents liés à la sécurité des patients qui ont un impact tant sur la vie des patients et des familles que sur les prestataires et les établissements, peuvent survenir et surviennent en pratique. Ces dernières années, l'accent considérable a été mis sur la sécurité des patients et a visé des niveaux différents : la culture de la sécurité des patients au sein des établissements de santé, les connaissances liées à la sécurité des patients (méthodes et recherche), l'analyse des incidents liés à la sécurité des patients, avec l'apprentissage et les améliorations en résultant, et le partage et la communication de ces leçons. Une meilleure compréhension de la complexité et des limites des soins de santé a également émergé (par exemple, les interconnexions entre les services et les soins, les demandes de ressources pour la mise en œuvre d'initiatives d'amélioration, une visibilité accrue de la sécurité des patients et l'impact des budgets restreints sur la qualité des soins). Depuis la publication du cadre canadien d'analyse des causes souches en 2006, il y a eu une demande continue de ressources pour aider à soutenir la gestion, l'analyse, l'apprentissage et les améliorations après des incidents liés à la sécurité des patients. Ces facteurs ont été perçus comme des déclencheurs importants pour la publication d'une version révisée du document.

Le cadre canadien d'analyse des incidents (le cadre) est une ressource conçue pour soutenir ceux qui sont responsables, ou engagés dans la gestion, l'analyse ou l'apprentissage à partir d'incidents liés à la sécurité des patients, dans n'importe quel contexte de soins de santé. Il vise à accroître l'efficacité de l'analyse dans l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins prodigués aux patients. Le cadre offre des méthodes et des outils pour aider à répondre aux questions suivantes :

- Qu'est-il arrivé?
- Comment et pourquoi cela s'est-il passé?
- Que peut-on faire pour réduire la probabilité de récurrence et rendre les soins plus sécuritaires?
- Quelles leçons a-t-on apprises?

Les principales améliorations apportées au cadre comprennent :

- La perspective du patient/de la famille;
- Plusieurs méthodes pour analyser les incidents;
- Une description de la façon dont l'analyse est étroitement liée au continuum de gestion des incidents;
- Une méthode innovante de création de diagrammes pour mieux identifier les facteurs contributifs et leurs interconnexions, et
- Une nouvelle section sur le développement, la priorisation, la validation et la gestion des recommandations.

La rédaction de ce cadre révisé a requis un véritable effort de collaboration. Les représentants des organismes partenaires suivants : Institut canadien pour la sécurité des patients, Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, Saskatchewan Health et Patients pour la sécurité des patients du Canada (un programme de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, dirigé par les patients) en collaboration avec Paula Beard, Carolyn Hoffman et Micheline Ste-Marie, ont généreusement partagé leurs connaissances combinées d'une manière symbiotique pour créer cet ouvrage. Plusieurs consultations avec des dirigeants,

experts et utilisateurs ont façonné le document final en confirmant la qualité de certaines sections ou en offrant des conseils pratiques pour en améliorer d'autres. Ces experts ont également été invités à contribuer à des sections du document ou à les réviser.

Les méthodes et ressources incluses dans le cadre sont conçues pour améliorer la réussite de l'analyse dans l'amélioration de la sécurité des soins offerts aux patients en soutenant l'apprentissage organisationnel, l'amélioration de la qualité, une culture sécuritaire et juste, etc.

> « NOUS ENVISAGEONS UN SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN OÙ LES PATIENTS, LES PRESTATAIRES, LES GOUVERNEMENTS ET D'AUTRES TRAVAILLENT ENSEMBLE AFIN DE CONSTRUIRE ET PROMOUVOIR UN SYSTÈME DE SANTÉ PLUS SÛR; OÙ LES PRESTATAIRES SONT FIERS DE LEUR CAPACITÉ À FOURNIR DES SOINS DE LA PLUS HAUTE QUALITÉ ET SÉCURITÉ, ET OÙ TOUS LES CANADIENS AYANT BESOIN DE SOINS DE SANTÉ PEUVENT ÊTRE CONFIANTS QUE LES SOINS QU'ILS REÇOIVENT SONT LES PLUS SÉCURITAIRES AU MONDE ».[2]

Terminologie employée par le cadre

Patient : comprend tous ceux qui reçoivent des services de santé dans tout le continuum des soins (par exemple, patient, client, résident, usager).

Prestataire : comprend les médecins, le personnel professionnel et non professionnel et les autres personnes engagées dans la prestation de services de santé.

Analyse des incidents : un processus structuré qui vise à identifier ce qui s'est passé, comment et pourquoi c'est arrivé, ce qui peut être fait pour réduire le risque de récurrence et rendre les soins plus sécuritaires, et les enseignements qu'on en a tirés.

Gestion des incidents : les différentes mesures et processus nécessaires pour mener les activités immédiates et continues à la suite d'un incident. L'analyse des incidents fait partie de la gestion des incidents.

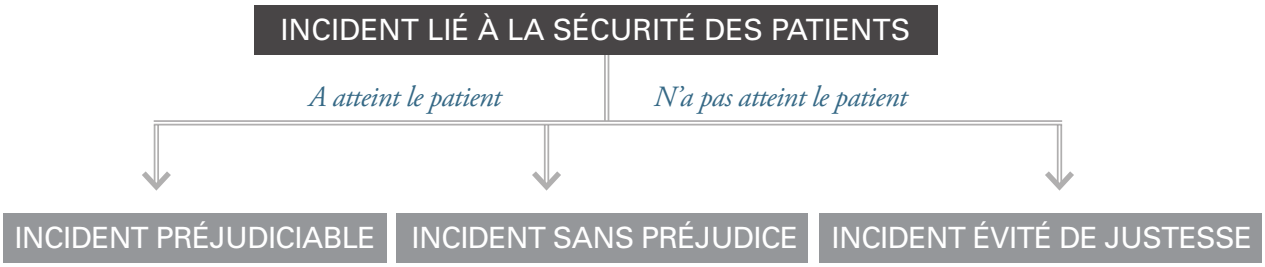
Incidents liés à la sécurité des patients : la Classification internationale pour la sécurité des patients,[3] en cours d'élaboration par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), comporte une terminologie commune pour faciliter mondialement le partage et l'apprentissage d'informations liées à la sécurité des patients mondialement. La terminologie de l'OMS est privilégiée, car elle assure l'uniformité; toutefois, on reconnaît que les établissements de santé pourraient avoir des raisons de continuer à utiliser d'autres termes.

> **Incidents liés à la sécurité des patients :** action ou situation ayant pu causer ou ayant bel et bien causé un préjudice inutile à un patient.
>
> **Incident préjudiciable :** Incident lié à la sécurité des patients ayant atteint le patient et lui ayant causé un préjudice. Remplace les termes « événement indésirable », « événement sentinelle » et « incident critique ».
>
> **Incident sans préjudice :** Incident lié à la sécurité des patients ayant atteint le patient sans lui causer de préjudice perceptible.

Incident évité de justesse : Incident lié à la sécurité des patients n'ayant pas atteint le patient. Remplace le terme « quasi accident ».

La Figure 1 explique le lien qui unit les quatre termes. Il est important de noter qu'un incident lié à la sécurité des patients peut causer un préjudice, mais ce n'est pas toujours le cas. Autrement dit, un patient n'a pas à subir de préjudice pour qu'un incident lié à la sécurité des patients se soit bel et bien produit; toutefois, il faut qu'il y ait eu un **risque** de préjudice pour un ou plusieurs patients.

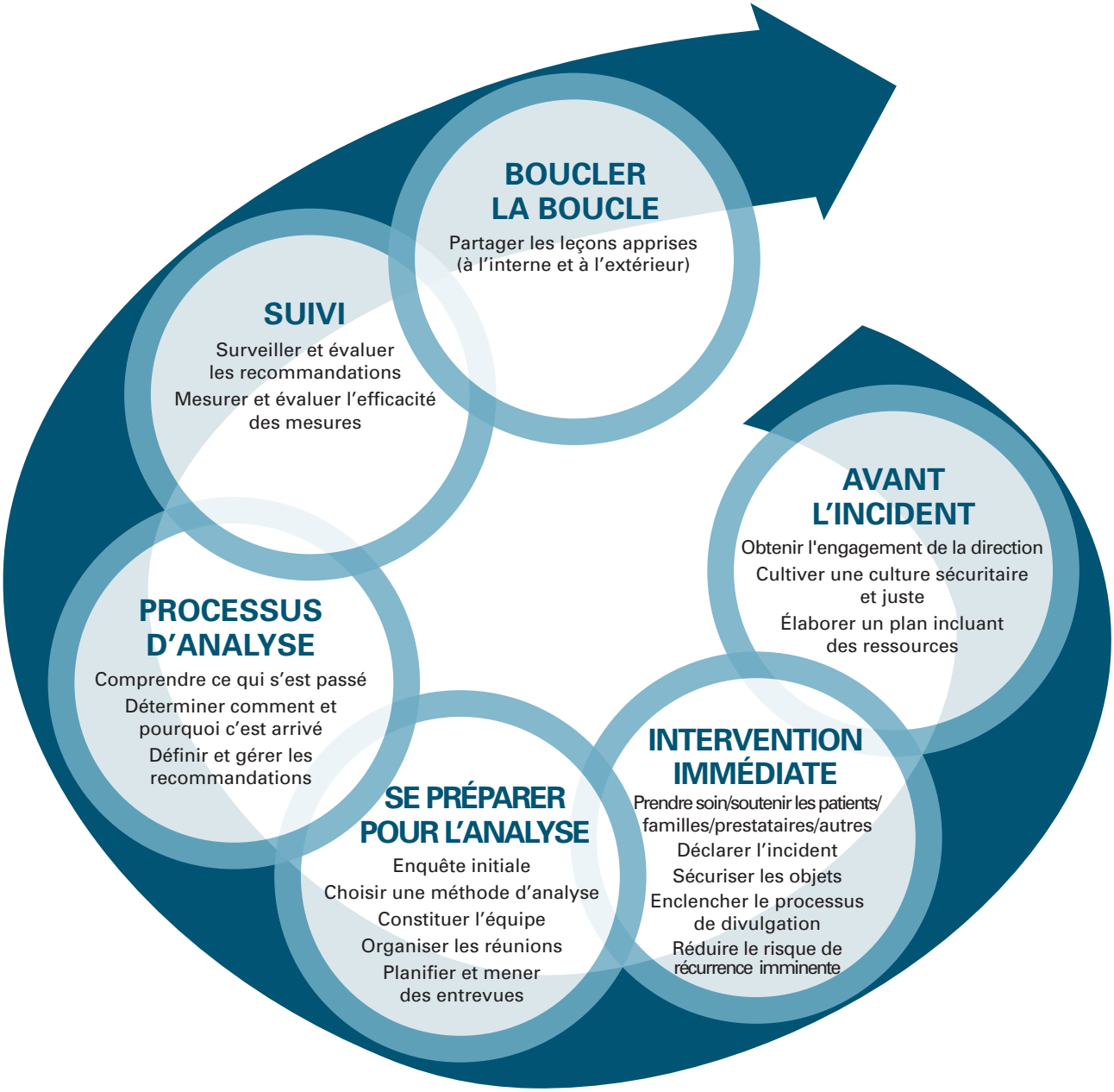
Figure 1 : TROIS TYPES D'INCIDENT LIÉS À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS[4]



Note à l'intention des lecteurs du Québec

La traduction française du présent cadre canadien de gestion des incidents liés à la sécurité des patients est destinée aux francophones du Canada et le choix des termes a été le fruit d'un consensus. Cependant, compte tenu des dispositions de la Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q., c. S 4.2) en vigueur au Québec, certaines adaptations touchant le vocabulaire sont nécessaires. Toutefois, afin de ne pas nuire à la fluidité du texte, il a été convenu d'utiliser la terminologie modifiée. Veuillez consulter la liste des termes propres au Québec à *(l'Annexe O)* et faire les transpositions nécessaires tout au long de la lecture.

INTRODUCTION



INTRODUCTION

Malgré les plus grands efforts et les meilleures intentions, il arrive que des patients subissent un préjudice dans le cadre des soins de santé qui leur sont prodigués et qui visent pourtant à les soulager et à les guérir.[5] Ce sont surtout les patients et leur famille qui subissent les conséquences de ce préjudice. Mais les prestataires de soins bien intentionnés et les établissements de santé souffrent également de tels incidents. Leur effet peut durer des mois parfois des années, affectant la santé, les relations et les carrières. Lorsque les informations ne sont pas fournies et s'il y a des lacunes d'apprentissage et en matière d'améliorations, cela peut mener à la colère, la frustration et un processus de deuil complexe.[6]

Dans un milieu où les nombreuses demandes concurrentes aux prestataires se bousculent, les incidents sont souvent discutés, mais pas nécessairement analysés systématiquement. L'analyse des incidents offre la possibilité de tirer une leçon constructive d'une situation très difficile, ce qui aide les patients, les familles et les prestataires de soins à comprendre ce qui s'est passé et quelles améliorations pourraient être apportées afin de réduire le risque qu'un tel incident cause un préjudice semblable à d'autres patients dans l'avenir.

1.1 CONTEXTE

En 2006, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et ses partenaires, l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) et Saskatchewan Health, se sont réunis pour élaborer, publier et soutenir le cadre canadien de l'analyse des causes.[7] Les travaux menés en ce sens ont surtout porté sur la gestion et l'analyse systémique des incidents ayant causé ou presque causé un préjudice aux patients. Par la suite, le Groupe Vigilance pour la sécurité des soins a adapté la version anglaise pour les Canadiens de langue française. Au fil du temps, les partenaires ont travaillé à former des milliers de personnes du milieu des soins de santé à propos de l'utilisation de cet outil polyvalent dans le cadre de leur pratique au Canada et ailleurs. Des centaines d'autres ont assisté à des ateliers avancés et à une formation de formateurs afin de parfaire leurs connaissances de ce cadre d'analyse des causes souches.

Depuis 2006, les auteurs du tout premier cadre ont eu maintes fois l'occasion d'échanger des idées avec des experts canadiens et étrangers et d'en apprendre davantage sur la façon de procéder à l'analyse des incidents. Le groupe de travail sur le cadre canadien d'analyse des incidents (le Groupe de travail), qui comprend les auteurs originaux et les organismes partenaires ainsi que de nouveaux membres, a intégré ces nouvelles informations et connaissances à cette présente version révisée du cadre canadien d'analyse des incidents.

Le cadre est une ressource qui soutient l'apprentissage des individus et organisationnel, et se veut un outil d'amélioration de la qualité en réponse aux incidents liés à la sécurité des patients. Le cadre offre également un moyen de soutenir les processus d'assurance de la qualité.

Public cible : le cadre peut être employé, dans tout établissement de santé, par les personnes responsables d'analyser et de gérer les incidents liés à la sécurité des patients ou d'en tirer des leçons.

L'objectif du cadre est d'aider les individus dans les établissements de soins de santé à établir :

- ce qui s'est passé;
- pourquoi ça s'est produit;
- quoi faire pour réduire la probabilité d'une récurrence et rendre les soins plus sécuritaires;
- ce qui a été appris et comment partager ces connaissances;

Les **buts ultimes** du cadre sont les suivants :

- améliorer la sécurité et la qualité des soins;
- promouvoir une culture de sécurité au sein des établissements;
- favoriser les soins centrés sur le patient et la famille
- encourager l'apprentissage et la communication des leçons apprises au sein de l'établissement et au-delà de ses murs;
- augmenter l'efficacité de la gestion des incidents;
- améliorer le taux de réussite de l'analyse des incidents comme outil de prévention ou d'atténuation des préjudices.

1.2 MISES À JOUR IMPORTANTES

Un des principaux changements de ce cadre est l'abandon du terme « causes souches ». Le terme a, en effet, mené à la fausse croyance que l'outil ne permettait de cerner qu'une seule « cause souche » de l'incident. La cadre va également au-delà d'une représentation linéaire de l'analyse des incidents liés à la sécurité des patients en introduisant des concepts liés à la théorie de la complexité et illustre les facteurs contributifs comme regroupements au sein d'une constellation plutôt que faisant partie de relations causales directes un-à-un.

De plus, le cadre révisé s'appuie sur l'utilisation de diagrammes qui supportent l'analyse des incidents et la pensée systémique utilisant une approche non linéaire qui comprend l'examen des catégories de facteurs contributifs (tâche, équipement, environnement de travail, équipe de soins et facteurs organisationnels).

Le cadre souligne aussi l'importance de reconnaitre qu'il existe, dans un établissement de santé, de nombreuses sources d'information sur les risques auxquels les patients peuvent être exposés (p. ex., recommandations tirées des rapports d'agrément, préoccupations des patients, demandes de renseignements, données provenant des outils déclencheurs, etc.). Des ressources sont disponibles pour aider les établissements à établir la synthèse des conclusions de l'analyse des incidents et de ces autres recommandations de manière coordonnée. L'adoption d'une approche méthodique pour attribuer un ordre de priorité aux recommandations permettra d'optimiser l'utilisation des ressources afin de créer un milieu de soins des plus sécuritaires.

Un autre changement important apporté au cadre concerne l'attention que l'on donne aux points de vue des patients et de leurs familles, illustré par l'histoire très personnelle de la famille Lewis, une section sur l'analyse des incidents du point de vue du patient/de la famille, et la création d'une liste de vérification et de conseils pour mener des rencontres efficaces avec patients et familles. Ces améliorations aident à assurer que les patients et les familles sont soutenus, entendus, compris et valorisés en tant que partie intégrale du processus d'apprentissage et d'amélioration.

1.3 ÉVOLUTION DE L'ANALYSE DES INCIDENTS

Des industries aux soins de la santé
L'analyse des causes souches a d'abord été employée par les ingénieurs des industries aéronautique et aérospatiale, qui estimaient qu'il était nécessaire de se doter de stratégies pour gérer les activités à risque élevé. Au fil du temps, les établissements de soins de santé ont adapté cette méthodologie parce qu'eux aussi évoluent dans des milieux qui dépendent aussi d'interactions et de communications complexes. Cependant, on s'est rendu compte plus récemment que le domaine des soins de santé est plus complexe que l'industrie aérospatiale et d'autres industries à haut risque[8] à cause du nombre d'intervenants qui interagissent dynamiquement dans un environnement hautement spécialisé, des personnes vulnérables et des processus de soins complexes. Les méthodes servant à analyser et à gérer les incidents ont dû évoluer pour tenir compte du contexte unique des soins de santé.

Tendances dans la communauté mondiale
Les leçons tirées de l'analyse des incidents proviennent de nombreuses sources. Par exemple, le projet High 5s (Cinq solutions prioritaires) mené dans le cadre du Programme sur la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) constitue un effort international considérable qui mérite d'être souligné.[9] Le projet a pour but d'évaluer l'impact des protocoles opératoires normalisés (PON) sur la sécurité des patients et d'évaluer l'incidence de ces protocoles sur les résultats obtenus. L'évaluation nécessite l'utilisation des méthodes d'analyse concise, exhaustive, globale et typologique des incidents. Les travaux menés dans le cadre de ce projet ont inspiré l'élaboration du présent cadre, et ce dernier a inspiré la conception de l'évaluation de l'initiative High 5s.

Une préoccupation constante pour les personnes qui œuvrent dans le milieu de la sécurité des soins au niveau mondial est la valeur de l'analyse des incidents.[10] Un des buts recherchés est de démontrer à plus grande échelle qu'une analyse permet de recommander des mesures qui, lorsque mises en œuvre et évaluées, améliorent la sécurité des soins. Des études jugées par les pairs dans la documentation décrivent l'efficacité de l'analyse des causes souches localement pour réduire certains incidents liés à la sécurité des patients.[11, 12]

Les gouvernements du Canada et la communauté mondiale de sécurité des patients dans son ensemble ont également constaté qu'il est nécessaire d'accéder aux connaissances tirées des analyses. Pour répondre à ce besoin, l'ICSP a lancé, en février 2011, *outil Alertes mondiales sur la sécurité des patients.*[13] Cet outil accessible au public fait le résumé de ces alertes et avis rédigés par divers organismes contributifs des quatre coins du monde et les a regroupés, avec des liens menant au texte intégral, sur un site Web public facile à consulter.

Comment le cadre a été élaboré

Pour la rédaction du cadre révisé, nous avons mené deux activités particulièrement importantes : une recherche et une analyse documentaires, achevées en décembre 2009[14] et mise à jour tout au long du processus de révision. Les conclusions de cette analyse ont servi de fondement à la tenue d'une table ronde internationale à Vancouver en mars 2010.[10] Les objectifs de cette rencontre étaient les suivants :

- réunir des experts d'envergure nationale et internationale en analyse des incidents liés à la sécurité des patients;
- échanger de l'information sur les définitions des incidents liés à la sécurité des patients et sur les processus utilisés pour les analyser, ainsi que sur la façon de les intégrer l'un dans l'autre;
- recueillir de l'information en vue de revoir le cadre canadien de l'analyse des causes souches;
- générer des idées sur les prochaines étapes à suivre pour parvenir à une situation « idéale ».

Le résumé des travaux de la table ronde est disponible sur le site Web de l'ICSP.[10] Les conclusions qui ont servi à orienter l'élaboration du présent document présentent un intérêt particulier. En voici un exemple :

> *« Les fondements du cadre d'analyse des causes souches sont bons. Il y a possibilité d'améliorer le processus d'analyse des causes souches pour augmenter l'efficacité avec laquelle il peut aider les prestataires à apprendre des incidents et à mettre les changements en pratique. Il y a aussi la possibilité d'envisager des méthodes de rechange, y compris des analyses des causes souches concises, des examens globaux des incidents et des examens globaux des analyses des causes souches, pour mieux soutenir le processus dans différents contextes. »*

Suite à la revue de la documentation et à une table ronde, plusieurs activités ont été menées pour s'assurer que le cadre révisé répondait aux besoins des intervenants et reflétait mieux les réalités des établissements de soins de santé. Ces activités incluaient les suivantes :

- Recueillir du contenu expert des rédacteurs invités (mesure, facteurs humains, législation et perspective du patient).
- Rédaction et mise à l'épreuve des principales modifications (méthodes concises et complètes, diagramme de constellation, questions d'orientation). Une équipe de consultants en amélioration de la qualité de Fraser Health a recommandé des façons d'améliorer les outils testés (en utilisant des sondages et entrevues).
- Mener des groupes de discussion afin d'identifier les défis actuels et les meilleures pratiques, en vue d'aider à l'élaboration de sections spécifiques (développement et gestion des recommandations, et partenariat avec le patient).
- Consultation complète à plusieurs étapes :
    - Tout d'abord, des consultations sur invitation avec des représentants des conseils provinciaux sur la qualité de la santé, les ministères de la Santé et les membres votants de l'ICSP.
    - Deuxièmement, une consultation publique qui comprenait des appels d'information et un sondage indépendant mené par un tiers.
- Contenu finalisé et confirmé en fonction des commentaires reçus.

Les résultats du sondage indépendant ont confirmé que l'investissement dans le processus de développement en valait la peine :

« La plupart [des répondants] (81 %) estiment que le cadre serait utile ou très utile pour les établissements et les prestataires de soins de santé. »[15]

POINT DE VUE DES PATIENTS/FAMILLES

CADRE CANADIEN
D'ANALYSE DES INCIDENTS

1.4 L'ANALYSE ET LA GESTION DES INCIDENTS DU POINT DE VUE DES PATIENTS ET DE LEUR FAMILLE

Cette section du cadre a été écrite par un groupe de patients et de familles membres de Patients pour la sécurité des patients du Canada (un programme dirigé par les patients de l'Institut canadien pour la sécurité des patients). Le contenu est écrit dans leur optique. C'est la voix du patient et de sa famille.

PATIENTS FOR PATIENT SAFETY CANADA | PATIENTS POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DU CANADA

Le partenariat impliquant les patients, les familles et les prestataires de soins de santé est l'une des pièces maitresses de nos soins. Lorsque nous avons besoin de soins, nous nous sentons souvent très vulnérables. Nous pouvons également être effrayés, fâchés et mal à l'aise. Les milieux de soins santé ne nous sont généralement pas familiers. Les conversations que nous avons avec nos prestataires de soins de santé sur notre santé et notre plan de soins, y compris les risques possibles et les résultats, avant et après les soins ou traitements, aident à nous rassurer et à apaiser certaines craintes. Le partage ouvert de l'information contribue à renforcer la confiance que nous accordons à notre équipe de soins et améliore la sécurité et l'expérience de nos soins.

Sécurité et soins centrés sur le patient et la famille avant tout

Lorsque nous faisons appel au système de santé, nous présumons que les soins seront sécuritaires et sensibles à nos besoins et souhaits - les principes des soins centrés sur le patient et la famille.[16] Pour nous, cela signifie :

- Que les soins que nous recevons sont sécuritaires.
- Que nous sommes traités avec respect.
- Qu'on nous donne des informations dont nous avons besoin pour comprendre et prendre des décisions éclairées au sujet de notre santé et de nos soins.
- Que nous pouvons communiquer ouvertement et honnêtement avec nos prestataires de soins de santé et qu'ils vont communiquer ouvertement et honnêtement avec nous.
- Que nous sommes impliqués, autant que possible, avec notre équipe de soins de santé en tant que partenaires dans nos soins.

Réponse immédiate - Situations inattendues

Quand les soins ne se déroulent pas comme prévu, lorsque les conditions changent ou en cas de préjudice, les principes de sécurité et de soins centrés sur le patient et la famille sont encore plus importants pour nous. Qu'il s'agisse d'une complication, d'une erreur, d'un oubli, d'un incident lié à la sécurité ou d'une situation « qu'on ne peut pas expliquer pour l'instant », les patients et les familles ont besoin du soutien du système de santé et de son engagement pour trouver ce qui s'est passé et apporter des améliorations. Pour nous la divulgation, l'apprentissage et l'apport d'améliorations pour la sécurité du prochain patient sont les éléments les plus importants de ce processus.[4,17]

Lorsque des situations inattendues se produisent, Il est important pour nous que le système de santé et nos prestataires :

1. Expliquent quel événement imprévu ou changement s'est produit.
2. S'excusent de ce qui s'est passé.
3. Nous aident à comprendre comment et pourquoi c'est arrivé.
4. Expliquent quelles seront les prochaines étapes et soient engagés vis-à-vis de nous dans ces prochaines étapes; et
5. Nous incluent dans le processus de collecte de faits, ce qui nous permet de contribuer en apportant notre point de vue.

L'analyse – Que s'est-il passé? Comment et pourquoi est-ce arrivé?

En nous aidant à comprendre ce qui s'est passé, il est important que nos prestataires de soins de santé communiquent avec nous dès que possible, dans un langage que nous comprenons. Il est important que nos prestataires de soins de santé aient encore plus de compassion dans ces situations en nous montrant qu'ils se soucient vraiment de nous et de ce qui s'est passé. Une reconnaissance du fait que « quelque chose d'inattendu s'est produit » est si importante. Nous pouvons être les premiers à voir, sentir ou pressentir que quelque chose est anormal. Rester sans réponse ou sentir une réticence à le reconnaître, crée plus de peur et diminue la confiance.

Nous comprenons que le « comment » et le « pourquoi » ne sont pas totalement connus au moment de la divulgation initiale et que de plus amples renseignements et plus de temps peuvent être nécessaires pour recueillir tous les faits. Veuillez nous expliquer cette partie du processus afin que nous comprenions ce qui se passera ensuite. Cela signifie nous parler de notre plan de soins et de la façon dont notre situation sera examinée.

Si une analyse est nécessaire, s'il vous plaît nous inclure dans le processus de collecte des faits. Invitez-nous à rencontrer l'équipe d'analyse afin que nous puissions donner notre point de vue et apporter les informations que nous pourrions posséder à propos de la situation. Dans certains cas, le processus d'analyse peut être très simple et clair. Dans d'autres situations, il pourrait être plus compliqué et impliquer beaucoup de personnes différentes. Lorsque c'est possible, s'il vous plaît nous inclure dès le départ. Un examen des faits, en particulier dans les cas de préjudice grave, n'est pas complet avant d'obtenir tous les points de vue et les informations de toutes les personnes impliquées, y compris le patient/la famille.

Nous impliquer dans la phase de collecte des faits manifeste également le respect de notre point de vue d'experts en matière d'expérience du patient. Ceci confirme que c'est le patient, et non pas le système, qui est au centre du problème. L'objectif est de rendre le système plus sûr pour les patients grâce à la compréhension, l'apprentissage et l'amélioration.

Bien que l'analyse en temps opportun est essentielle, il peut y avoir des circonstances différentes selon ce qui s'est passé qui pourraient nous empêcher de participer à ce processus tout de suite, par exemple : le choc de l'incident, des changements importants de notre état de santé et les implications pour notre famille et nos proches. Soyez conscients de nos limites et aidez-nous à trouver des moyens raisonnables de participer

lorsque c’est notre souhait. Le respect, l'empathie et la compréhension des épreuves que nous pourrions traverser, permettent de rebâtir la confiance envers nos prestataires et l'établissement de soins de santé.

Beaucoup d'entre nous veulent rester en contact avec l'établissement au cours du processus d'analyse. Veuillez nous rendre la tâche facile. C'est préférable de choisir une personne avec laquelle on est déjà à l'aise. Donnez-nous ses coordonnées au moment de la demande.

Souvent, il y a des informations que nous aussi aimerions examiner dans le cadre de nos soins continus. Il pourrait s’agir de notre dossier médical ou de tracés, des rapports ou des résultats de tests effectués. Lorsque vous nous rencontrez, veuillez rendre facile l’accès à ces documents importants concernant notre santé. Il est plus facile de communiquer, de comprendre et de rétablir la confiance lorsque nous avons tous la même information.

Dans certains cas où des patients ont subi un préjudice grave ou lorsque d'importantes défaillances du système sont possibles, cela peut s’avérer difficile pour les patients ou leur famille, et parfois même le grand public, de rétablir la confiance envers l'établissement de soins de santé ou le système. Des doutes peuvent survenir quant à la l’impartialité et l’efficacité des équipes d'analyse, lorsqu'elles sont recrutées au sein de l'établissement, comparativement à des experts de l’extérieur. Dans ces situations, veuillez tenir compte de notre demande d’une équipe d'analyse externe ou que des examinateurs et experts externes soient membres de l'équipe d'analyse. Avoir dans l'équipe d'analyse, un membre du public ou quelqu'un qui est familier avec la perspective du patient et de la famille, peut également être important pour assurer que nos intérêts et perspectives sont pris en compte.[18]

Dans des situations plus complexes, du temps additionnel peut être nécessaire pour compléter tous les aspects de l'analyse. Veuillez vous assurer que nous sommes au courant des délais et informés d’éventuels retards ou changements.

Suite à l'analyse

Une fois l'analyse complétée, demandez à nous rencontrer en personne, à un moment et un lieu qui nous conviennent, si c’est notre souhait. Si une date de suivi a déjà été fixée, veuillez essayer de respecter cet engagement. Si un délai est prévu, veuillez nous en informer et nous donner la raison de ce changement. Envoyez-nous les informations ou les rapports qui seront discutés avant ces réunions pour que nous puissions en prendre connaissance et venir aux réunions avec nos questions déjà préparées.

Ces réunions peuvent être très émouvantes pour nous. Veuillez faire tout votre possible pour nous rendre l’épreuve plus facile. Demandez-nous notre point de vue et tenez compte de nos suggestions en vue de l'apprentissage et des améliorations à apporter. Le point de vue du patient et de sa famille est une ressource précieuse pour trouver des solutions efficaces. Qui est mieux placé pour suggérer des améliorations au système que ceux qui ont subi des lacunes dans leurs soins? Informez-nous sur les prochaines étapes et la façon dont nous pouvons continuer d'être informés ou impliqués dans le développement ou la promotion de ces améliorations. Pour nous, cela démontrerait l’engagement continu envers notre sécurité et celle des autres patients.

Partenaires dans l'établissement de relations de confiance

Examiner et intégrer l'ensemble des meilleures pratiques actuelles et les directives nationales correspondantes dans vos sites de soins et vos activités et partager vos connaissances.

Lorsque de nouvelles façons d'améliorer la sécurité et la qualité dans les soins de santé sont à l'étude, impliquez-nous dans le processus. Travailler avec nous afin d'assurer que ces expériences consultatives soient bénéfiques pour toutes les parties - surtout le patient et sa famille.[6,19]

Les patients et les familles ont des idées intéressantes, des informations et des expériences à partager. Il y a de nombreuses façons d'aider.[20] Nous, les patients et les familles, sommes des partenaires engagés dans la sécurité et la qualité de nos soins. Voir la liste de contrôle à (*l'Annexe F*) qui présente les faits saillants concernant ces importantes problématiques patient/famille dans la gestion des incidents.

LES FONDEMENTS DE L'ANALYSE

CADRE CANADIEN
D'ANALYSE DES INCIDENTS

LES FONDEMENTS DE L'ANALYSE : PRINCIPES, CONCEPTS ET PRATIQUES EXEMPLAIRES

2.1 PRINCIPES

Les principes suivants sont les éléments constitutifs qui forment la base de l'analyse efficace des incidents, ainsi que la gestion des incidents. Les établissements sont encouragés à élaborer, soutenir et communiquer ces principes sur une base continue.

Une culture sécuritaire et juste

La sécurité des patients demande que les établissements de soins de santé bâtissent et maintiennent une culture de sécurité. Une culture de sécurité est fréquemment définie comme: « le produit de valeurs, d'attitudes, de compétences et de comportements individuels et de groupe qui déterminent l'engagement envers les programmes de santé et de sécurité et leur style et efficacité. Les établissements dotés d'une culture positive de la sécurité sont caractérisés par des communications fondées sur la confiance mutuelle, par des perceptions partagées de l'importance de la sécurité, et par la confiance dans l'efficacité des mesures préventives. »[21]

Une culture de sécurité est composée de plusieurs valeurs, y compris l'ouverture, l'honnêteté, l'équité et la responsabilité. Elle requiert et encourage que les incidents et les dangers soient signalés. Elle les prend en charge comme des occasions de formation à la sécurité et de se préparer à de telles éventualités. Elle favorise la compréhension, l'apprentissage et l'amélioration. Elle exige souplesse et résilience de sorte que les gens, les situations inattendues et les priorités peuvent être gérés d'une manière opportune et efficace. Surtout, elle comprend les principes des soins centrés sur le patient et la famille.[22]

« POUR INSTAURER UNE CULTURE QUI APPREND DE SES ERREURS, LES ÉTABLISSEMENTS DOIVENT RÉÉVALUER LA PLACE QU'OCCUPE LEUR RÉGIME DISCIPLINAIRE DANS L'ÉQUATION. IMPOSER DES MESURES DISCIPLINAIRES AUX EMPLOYÉS QUI FONT DES ERREURS DE BONNE FOI CONTRIBUE TRÈS PEU À L'AMÉLIORATION DE LA SÉCURITÉ DU SYSTÈME DANS SON ENSEMBLE. »[23]

Le processus d'analyse des incidents s'avère plus efficace lorsqu'il se déroule dans une culture de sécurité puisque les prestataires savent qu'ils seront traités de façon juste, mais seront tenus responsables de leurs gestes et comportements. Une culture juste est la marque d'un établissement qui « a une compréhension globale et sait faire la différence entre un acte commis de bonne foi et un acte répréhensible. »[24] Les différences sont établies entre les actions intentionnelles, l'insouciance, et les circonstances imprévues des complications de soins.

La culture n'est pas une mesure pouvant être mise en œuvre à coup de politiques ou de procédures; elle doit plutôt être progressivement encouragée et stimulée à tous les échelons organisationnels. Le leadership est particulièrement important dans les premières étapes de

l'instauration d'une culture de sécurité. Finalement, tout le monde dans un établissement joue un rôle en aidant à construire et à maintenir une culture de sécurité.

Cohérence et équité

Il est impératif que tous les prestataires de soins comprennent bien l'approche que préconisera leur établissement au moment d'examiner un incident. Il est tout aussi important que l'établissement suive avec cohérence et équité les processus établis et procède comme le précisent les politiques et les procédures, qui devraient être périodiquement évaluées et mises à jour. Une seule petite dérogation aux processus systémiques convenus risque de décourager les prestataires de soins à signaler les incidents par crainte de conséquences personnelles négatives s'ils déclarent un incident ou prennent part à son analyse avec ouverture et honnêteté.

Approche d'équipe

La réussite de toute analyse d'incident qui vise à rebâtir la confiance et à mettre en œuvre des solutions pour rendre les soins plus sécuritaires, repose largement sur une démarche d'équipe. Le patient et sa famille ainsi que les personnes clés qui sont directement concernées par l'incident et qui y sont liées d'une quelconque façon doivent tous participer de manière significative au processus d'analyse. Il arrive parfois que ces personnes ne puissent pas participer pleinement, mais dans la mesure du possible, leur participation est très importante. En règle générale, un facilitateur ayant des compétences en analyse et un responsable clinique ayant des responsabilités de gestion et une bonne compréhension du processus d'analyse se partageront la responsabilité primaire du déroulement et de la coordination de l'analyse en fonction des procédures organisationnelles établies. Voir la *Section 3.6* et les *Annexes A à D* pour plus de renseignements sur la gestion des équipes.

Confidentialité

L'analyse des incidents est plus efficace dans un climat de confidentialité où les participants peuvent exprimer librement, sans crainte de représailles, leurs opinions concernant les facteurs contributifs de l'incident. La plupart des provinces et territoires se sont dotés de lois visant à protéger les discussions portant sur la qualité des soins afin de favoriser un climat de confiance et d'échange ouvert (*Annexes L* et *M*). Certains établissements exigent que les membres de l'équipe d'analyse signent une entente de confidentialité (*Annexe E*), pour leur rappeler que les renseignements et opinions communiqués à l'équipe ne doivent pas être transmis ou divulgués à l'extérieur des mécanismes de communication stipulés dans les politiques ou lois pertinentes. Que le déroulement de l'analyse soit assujetti aux dispositions législatives en matière de qualité des soins ou non, la confidentialité relative à l'identité du patient et des soins reçus est obligatoire.

2.2 CONCEPTS

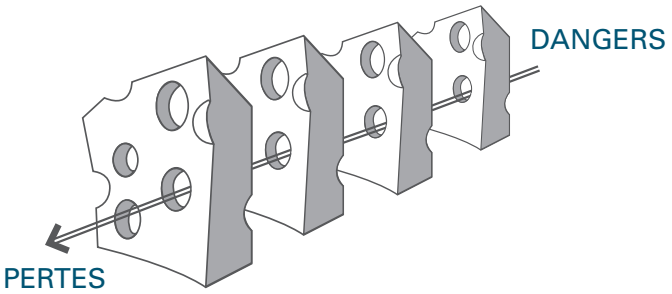
Le cadre évoque et exploite plusieurs concepts pour veiller à ce que l'analyse et la gestion des incidents reflètent les complexités du système de soins de santé actuel tout en restant pratique. Ces concepts ont été élaborés pour permettre aux utilisateurs du cadre de mieux comprendre comment surviennent les incidents dans le milieu de la santé et pour les aider à élaborer et à cibler des stratégies d'amélioration avec une plus grande précision.

Le modèle *Swiss Cheese*

Le modèle *Swiss Cheese*[24] de James Reason fait partie des concepts essentiels et il soutient tous les aspects de la gestion des incidents :

- les défenses, obstacles et protections qui existent dans un système ne sont pas imperméables, donc il est possible de les pénétrer lorsque des défaillances actives (gestes non sécuritaires) et des conditions latentes (conditions du système au repos) s'allient pour créer une possibilité d'incident. Les conditions latentes peuvent être cernées et corrigées;
- les humains sont des êtres faillibles et peuvent faire des erreurs, même dans les meilleurs établissements parce qu'ils sont incapables d'assurer un rendement impeccable en tout temps;
- les questions à poser lorsque survient un incident sont comment et pourquoi les défenses du système ont fait défaut ou, dans le cas d'un incident évité de justesse, comment et pourquoi elles ont porté fruit – en d'autres termes, il faut examiner le système dans son ensemble, et pas seulement les gestes posés par les personnes;
- les établissements, fonctionnant dans des conditions dangereuses et qui ont moins que leur juste part d'incidents préjudiciables, anticipent sans arrêt le pire et tous les échelons de l'établissement se préparent à y faire face.

Figure 2.1 : LE MODÈLE SWISS CHEESE[24]



Système

Un système se définit comme la réunion de parties, d'interdépendances et d'un but.[25] En règle générale, les systèmes peuvent être regroupés en deux catégories : les systèmes mécaniques (voitures, avions) et les systèmes adaptatifs (organismes, établissements). Les systèmes mécaniques sont très prévisibles et faciles à contrôler puisqu'ils réagissent toujours de la même façon à un stimulus donné. De leur côté, les systèmes adaptatifs sont peu prévisibles parce que l'ensemble de leurs parties ne réagit pas de la même façon au même stimulus. Lorsque les systèmes adaptatifs sont également complexes, il existe un autre facteur qui diminue la prévisibilité : les actions d'un élément modifiant le contexte de tous les autres éléments,[26] ce qui peut s'avérer utile ou nuisible. Le côté utile vient du fait que les diverses réactions et

modifications du contexte génèrent des approches innovatrices et de meilleures solutions. Le côté nuisible s'explique par le fait que l'absence de prévisibilité augmente l'écart, donc le risque de préjudice.

Pensée systémique et facteurs humains

À la base, la science des facteurs humains étudie comment les humains interagissent avec le monde autour d'eux et peut aider à déterminer comment et pourquoi les choses vont mal. La science des facteurs humains s'appuie sur la recherche appliquée dans de nombreux domaines, tels que la biomécanique, la kinésiologie, la physiologie et les sciences cognitives, afin de définir les paramètres et les contraintes qui affectent la performance humaine. Cette connaissance spécialisée est utilisée pour concevoir des processus efficaces, centrés sur l'humain et qui améliorent la fiabilité et la sécurité. Parce que la pensée systémique et les facteurs humains affectent tous les niveaux de gestion des incidents liés à la sécurité des patients, ces concepts ont été intégrés à travers le cadre en plus d'être brièvement introduits ici.

Historiquement, quand un incident survenait, on avait tendance à chercher l'explication la plus évidente de ce qui était arrivé et pourquoi. Dans la plupart des cas, l'erreur humaine individuelle était identifiée comme cause, principalement parce que c'était facile à cerner et à réparer.[27] Cette approche ignorait les facteurs contributifs sous-jacents qui ont mené à l'incident et donc produisait une analyse superficielle des circonstances. Le résultat d'une telle analyse a pu stimuler la création de nouvelles politiques et procédures, la formation supplémentaire, des mesures disciplinaires ou l'attente d'une vigilance accrue de la part des individus. L'accent a été presque exclusivement mis sur l'amélioration de la performance individuelle et, par conséquent, cette approche était susceptible d'échouer dans la prévention de la récurrence d'un incident identique ou similaire.

Les experts en sécurité des patients préconisent fortement un mode de pensée qui voit l'erreur humaine comme un symptôme de problèmes plus vastes au sein d'un système mal conçu, tel qu'un environnement physique ou organisationnel défavorable. Dekker[28] parle de points de vue anciens et nouveaux par rapport à l'erreur humaine. Selon l'ancien point de vue, on recherche les décisions incorrectes et les jugements erronés. Selon une nouvelle approche, l'objectif n'est pas de trouver le point d'erreur de la personne, mais plutôt d'évaluer les actions de l'individu dans le contexte des circonstances à ce moment. Une enquête plus approfondie sur les circonstances indiquera des facteurs contributifs systémiques.

Trouver les facteurs contributifs qui sont intégrés aux systèmes défaillants demande des stratégies ciblées. La connaissance des facteurs humains en cause est à la fois utile et importante lorsqu'on pose des questions pendant le processus d'analyse des incidents et peut aider l'équipe d'analyse à porter son attention sur les questions liées aux systèmes et non sur la performance individuelle. Une analyse efficace des incidents intègre toujours les facteurs humains.

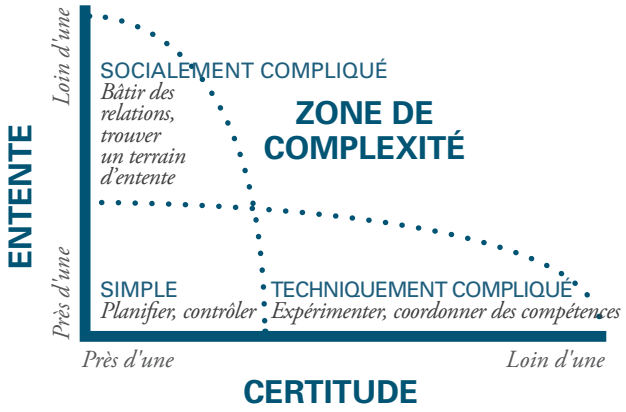
Complexité

La science de la complexité examine le comportement des systèmes adaptatifs, lequel est lié au degré d'interdépendance qui existe entre leurs nombreuses parties.[29] La zone de complexité se définit comme la zone où il existe un faible degré de certitude et un faible degré d'entente sur

le plan social ou professionnel. La « certitude » renvoie à ce qui est *techniquement compliqué*, alors que le degré « d'entente » renvoie à ce qui est *socialement compliqué*.[30] Il est possible de déterminer la complexité d'un milieu en regardant ses trois propriétés clés : la *multiplicité* (le nombre de parties pouvant interagir), l'*interdépendance* (la mesure dans laquelle les éléments sont liés) et la *diversité* (le degré de leur hétérogénéité).

Voici quelques exemples pour expliquer comment les concepts « *simple – compliqué – complexe* » s'intègrent à la gestion des incidents.

Figure 2.2 : LA COMPLEXITÉ[30]



Les systèmes **simples** comptent peu d'interactions et sont extrêmement prévisibles. La même action produit les mêmes résultats en tout temps. Les résultats et les processus font également l'objet d'un degré élevé d'entente. Le processus de prise de sang par ponction de la veine est un exemple de système simple.

Les systèmes **compliqués** se composent de nombreuses parties en mouvement ou tâches en traitement et offrent un milieu propice aux interactions de toute sorte, mais ils fonctionnent de façon structurée. Il est possible de prévoir avec exactitude le comportement d'un système compliqué. Les systèmes compliqués regroupent généralement un certain nombre de personnes, souvent de différentes professions. Le processus d'admission des patients est un exemple de système compliqué.

Les systèmes **complexes** se caractérisent par des propriétés qui peuvent fonctionner de façon structurée, mais interagissent différemment au gré des situations. En situations complexes, les résultats ou les processus suscitent un faible degré d'entente, puisque de nombreux individus ou processus y prennent part; on constate un degré élevé d'hétérogénéité entre eux (p. ex., différents services). En outre, les équipes s'organisent d'elles-mêmes en fonction des domaines de compétences, ce qui rend les liens encore plus fluides. Un exemple d'un système complexe serait le processus de transfert d'un patient entre établissements (par exemple, le transfert d'un patient traumatisé en avion d'un hôpital communautaire à un centre de soins tertiaires demanderait plusieurs transitions de soins et une collaboration interinstitutions).

« Ce qui distingue surtout ce qui est compliqué de ce qui est complexe tient au fait qu'on peut habituellement prévoir les résultats d'un système compliqué lorsqu'on en connaît les conditions de départ. Dans un système complexe, les mêmes conditions de départ peuvent produire divers résultats selon les interactions des éléments qui le composent. » [26]

Pour analyser les incidents, il faut tenir compte de leur complexité au moment de choisir la méthode d'analyse, d'étudier les facteurs contributifs et de formuler des recommandations.

Le degré d'interconnexion et le lien qui existe entre les diverses parties du système permettent également de faire une distinction entre situations *compliquées* et *complexes*. En situation *compliquée*, il est possible de simuler et de clarifier les liens (ce qui accroît la prévisibilité), alors qu'il est impossible de le faire dans une situation ou un système *complexe* parce que les éléments ne sont pas stables; ils interagissent et s'influencent mutuellement sans relâche (ce qui élimine toute prévisibilité).

Entre autres choses, il faut qualifier un incident de *compliqué* ou de *complexe* au moment de décider de la façon de l'analyser, et ce jugement doit être fait en consultation avec les personnes responsables de l'analyse. De plus, les incidents qui semblent *simples* au début de l'analyse peuvent s'avérer plus *compliqués* une fois que les faits sont mieux connus et que l'incident est mieux compris. Il faut éviter de présumer, dès le début du processus, du degré de complexité de la situation sans avoir au préalable compris toutes les circonstances ayant mené à l'incident.

Sphère d'influence

La sphère d'influence renvoie au nombre et à la force des interconnexions entre les parties du système.[31] Un facteur contributif particulier peut être influencé par de nombreux autres facteurs. Par exemple, un incident peut survenir lorsqu'un patient n'est pas transféré de façon sécuritaire de son lit à son fauteuil roulant. Parmi les facteurs contributifs, il se peut que le lève-personne soit nouveau dans l'unité. Il se peut également qu'aucune formation n'ait été donnée avant de mettre le lève-personne en service. Dans ce cas, l'absence de formation à l'utilisation de l'équipement et sa nouveauté s'influencent. En outre, la non disponibilité d'un formateur nommé par le fournisseur ainsi que le fait que l'appareil ait été transféré dans l'unité pour remplacer un appareil défectueux peuvent être d'autres facteurs contributifs d'influence. Tous ces facteurs (nouvel appareil, manque de formation, aucune formation offerte par le fournisseur et appareil défectueux), une fois réunis, créent une confluence des facteurs qui interagissent et contribuent à l'incident.

Pour gérer les incidents, il faut tenir compte de la sphère d'influence au moment d'analyser les facteurs contributifs et de leur attribuer un ordre de priorité, surtout lorsqu'on utilise le diagramme de constellation.

Dans le cadre de l'analyse des incidents, le concept de sphère d'influence s'illustre par l'utilisation du diagramme de constellation. Ce diagramme permet aux responsables de l'analyse de visualiser l'incident et les facteurs qui y ont contribué. L'*Annexe H*. explique ce qu'est un diagramme de constellation. Il est possible de visualiser la sphère d'influence en reliant les facteurs contributifs qui s'influencent mutuellement. Cette représentation ne se veut pas linéaire. Cette étape aidera à comprendre comment un certain groupe de facteurs contributifs, en interagissant entre eux, s'unissent pour produire un incident précis qui peut s'avérer problématique pour d'autres patients dans pareille situation si ces facteurs ne sont pas éliminés.

Il convient de noter que lors d'un incident complexe, soit un système où les parties sont en constante interaction et s'influencent mutuellement, le diagramme de constellation et les facteurs contributifs cernés n'offrent qu'un « aperçu » de l'incident et du contexte. La tâche de l'équipe d'analyse est de formuler, à partir de cet aperçu, des recommandations quant aux mesures à prendre pour agir sur les facteurs cernés, alors que celle des décideurs et des dirigeants de l'établissement est de cerner les conclusions qui affectent l'ensemble de l'établissement et d'y donner suite.

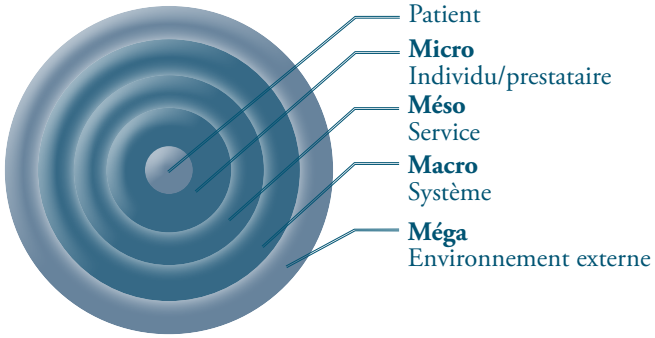
Niveaux de système

En règle générale, les systèmes sont observés à divers niveaux (stratification) parce qu'il existe des différences d'objectifs, de structures et de façons de travailler dans les diverses parties d'un établissement. On s'entend généralement pour dire que les quatre niveaux suivants (trois niveaux internes et un niveau externe à l'établissement) sont représentatifs de la plupart des systèmes;[32] cela dit, chaque établissement peut se faire une idée légèrement différente de ces niveaux, puisqu'il existe certains écarts d'un secteur des soins de santé à l'autre (*Figure 2.3*).

En analyse, il faut tenir compte des niveaux de système au moment de choisir la méthode, d'analyser les facteurs contributifs ou d'attribuer un ordre de priorité aux recommandations.

Il est important de continuer à surveiller le niveau où se dérouleront la majorité des activités et la façon dont ce niveau est lié aux niveaux voisins ou les influence.

Figure 2.3 : NIVEAUX DE SYSTÈME



- **Micro** = le point où les prestataires interagissent avec le patient (p. ex., l'équipe clinique ou l'unité qui offre des soins).
- **Méso** = le niveau des unités/services et programmes cliniques qui offrent des soins à un groupe de patients semblables et qui s'insèrent dans un plus grand établissement (p. ex., un programme de soins à domicile ou de soins cardiaques).
- **Macro** = le niveau du système le plus élevé (stratégique), qui englobe l'ensemble des unités, services, prestataires et personnel (p. ex., des conseils, le réseau de la santé, un système de santé intégré ou une région qui abrite plusieurs établissements).
- **Méga** (environnement externe) = le niveau extérieur à l'établissement qui influence le comportement de plus d'un système. Les divers secteurs des soins de santé tels que les organismes d'agrément, les organismes de réglementation professionnelle, les associations professionnelles, les assureurs, les gouvernements fédéral et provinciaux, les organismes nationaux voués à la promotion de la qualité et de la sécurité des patients et l'industrie des soins de santé et la collectivité font tous partie de cette catégorie.

Puisqu'il existe de nombreux liens entre les quatre niveaux et à l'intérieur de chacun d'eux, il est d'autant plus nécessaire de tenir compte de ces niveaux si on veut bien comprendre et gérer les incidents liés à la sécurité des patients. Il est important de comprendre comment fonctionne un système donné pour assurer que les solutions apportées ont l'appui des bonnes personnes et ciblent avec précision le bon échelon de l'établissement. Prenons, par exemple, un problème au niveau d'un microsystème tel que le service d'urgence. Idéalement, toute solution envisagée serait élaborée en tenant compte des commentaires des représentants de ce service. Une fois élaborée et mise à l'épreuve dans le service d'urgence d'origine, la transférabilité de la solution est établie; cette solution peut ou non être applicable dans un autre service d'urgence (mésosystème) ou dans tous les services (macrosystème). L'élargissement de la mise en œuvre de la solution peut se faire lorsque les améliorations ainsi apportées sont mesurées et connues dans une partie du système. Ces améliorations peuvent être mises en œuvre dans d'autres parties, mais avec beaucoup de prudence et faire l'objet d'une mesure puisque les résultats peuvent grandement varier en fonction du contexte.

Contexte

Les dictionnaires définissent le mot « contexte » comme étant l'ensemble des circonstances dans lesquelles s'insère un fait : situation, environnement, conjoncture.[33] Le contexte peut comprendre une combinaison de circonstances internes et externes[34] pertinentes et reliées à l'incident et au système qui influence le processus d'analyse de l'incident.

Ainsi, au moment d'analyser ou de gérer l'incident, les équipes doivent également tenir compte de facteurs internes, tels que les pressions et priorités provenant :

- des données sur l'incident (rapports chronologiques ou recommandations/ mesures) tirées du système d'information interne, des plaintes des patients, des rapports d'agrément, des réclamations d'assurance, des poursuites civiles, etc.;
- des priorités stratégiques à court et long termes, ainsi que des plans d'action; et
- des ressources humaines et financières disponibles, y compris le soutien et la coordination de la direction.

Il faut également examiner les pressions externes, comme :

- la réglementation, les exigences, les pratiques privilégiées;
- les données probantes tirées de la documentation notamment le risque et la fréquence de l'incident, ses répercussions et son coût, les interventions fondées sur les données probantes, entre autres choses;
- l'information provenant des rapports et des bases de données publics sur la sécurité des patients, par ex., *Alertes mondiales sur la sécurité des patients*,[13] les bulletins de sécurité d'ISMP;[35] et
- les demandes anticipées des patients, du public, des médias et d'autres intervenants intéressés.

Pour gérer les incidents, il faut tenir compte du contexte au moment de choisir la méthode d'analyse, d'étudier les facteurs contributifs et d'attribuer un ordre de priorité.

Sans une bonne compréhension du contexte, il est probable que la gestion et l'analyse des

incidents ne produisent pas les résultats souhaités parce que les recommandations qui en découlent ne correspondent pas à la réalité de l'établissement. Pour avoir une idée précise du contexte, il est essentiel d'obtenir la participation de la direction de l'établissement.

2.3 PRATIQUES EXEMPLAIRES

Le but premier de l'analyse et de la gestion des incidents est de tirer des leçons de l'incident afin de réduire le risque de récurrence et de rendre les soins plus sécuritaires. L'analyse d'un incident vise à déterminer : ce qui est arrivé, pourquoi c'est arrivé, ce qu'il faut faire pour réduire le risque de récurrence et quelles leçons ont été apprises.[36]

Caractéristiques principales d'une analyse d'incident : [9, 37]

- doit s'enclencher rapidement, dès que possible après l'incident;
- doit être interdisciplinaire et impliquer des experts de première ligne, le patient et sa famille et les membres du personnel non réglementé au besoin, par ex. administratif, d'entretien, etc. ; et
- doit demeurer aussi impartiale et objective que possible.

Pour être approfondie, l'analyse de l'incident doit comprendre : [9, 37]

- une description détaillée de l'incident analysé;
- l'examen des systèmes sous-jacents à l'aide d'une série de « pourquoi », de « comment » et de « qu'est-ce qui a influencé ceci » afin de déterminer les facteurs contributifs qui sont sous ou hors du contrôle de l'établissement, et les liens qui les unissent (points de connexion) à d'autres facteurs contributifs;
- des recommandations formelles concernant les mesures à prendre afin d'améliorer les processus ou les systèmes;
- la saisie des conclusions et des recommandations; et
- boucler la boucle afin de cerner et partager les leçons tirées.

Pour être crédible, l'analyse de l'incident doit prévoir : [9, 37]

- la participation du patient/de ses proches, des prestataires ou du personnel liés à l'incident, s'ils peuvent contribuer;
- la participation des dirigeants de l'établissement et des personnes impliquées de très près dans les processus de soins relatifs à l'incident;
- la prise en compte de la documentation pertinente et d'autres sources d'information : systèmes de déclaration des incidents et alertes internes, information provenant d'experts externes du processus analysé, etc.; et
- un plan d'évaluation de la mise en œuvre des recommandations et des résultats obtenus, le cas échéant.

2.4 ÉVITER LES PIÈGES COGNITIFS

Les biais cognitifs sont des mécanismes implicites qui influencent le raisonnement et la prise de décisions.[38] Ils affectent, par conséquent, le processus d'analyse. Un biais peut influencer l'équipe de plusieurs façons, ce qui mène aux conditions suivantes :[39]

- La simplification excessive de ce qui a contribué au résultat;
- La surestimation de la probabilité du résultat;
- La surpondération de l'importance de certains facteurs et actions;
- Un mauvais jugement de la prééminence ou de la pertinence des faits et des données;
- L'achèvement prématuré du processus d'analyse ; et
- Un excès de confiance par rapport à l'interprétation de l'information connue.

La sensibilisation à la partialité doit être cultivée chez ceux qui mènent et participent à l'analyse; tous les efforts devraient être réalisés pour reconnaître et réduire l'influence de la partialité. Une des approches possibles pour y parvenir est d'inclure dans l'équipe d'analyse, des individus qui ne sont pas au courant des détails de l'incident sous analyse ou qui ne connaissent pas les processus d'analyse. Une autre approche consiste à encourager tous les participants à écouter activement les contributions de chaque membre de l'équipe et à éviter de « tirer des conclusions hâtives ». D'autres techniques peuvent faire appel à des questions d'orientation (*Annexe G*) et à un diagramme de constellation (*Annexe H*) comme aides à la décision; ces outils aideront l'équipe à explorer de multiples catégories de facteurs contributifs et de comprendre leurs interconnexions. L'emploi d'une combinaison de plusieurs approches est encouragé.

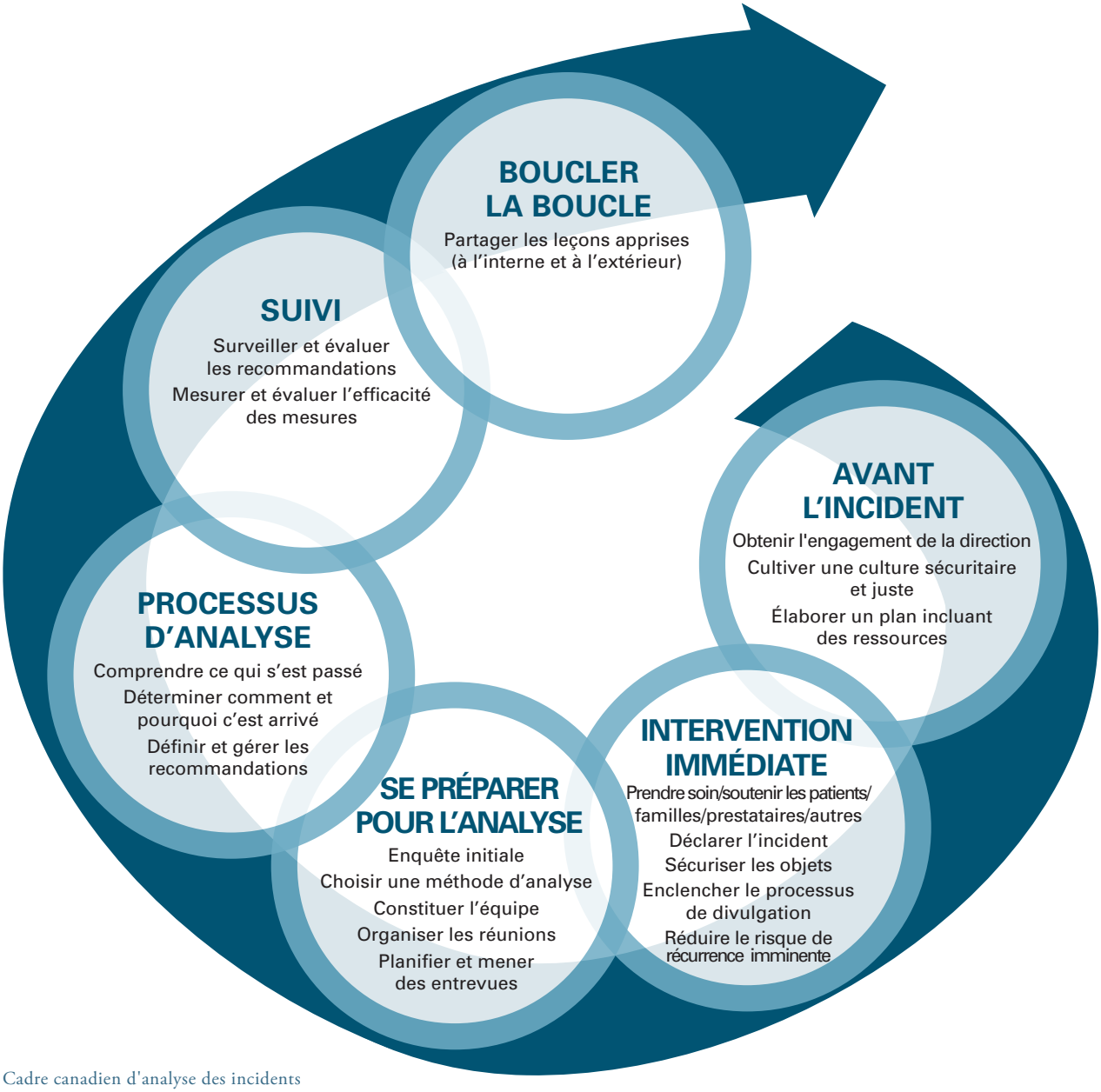
Ce n'est que rarement que tous les facteurs contributifs importants sont immédiatement connus; donc souvent les perceptions initiales se révèlent incorrectes une fois qu'une analyse plus approfondie qui tient compte de l'ensemble du système (environnement de travail, établissement, contexte) a été menée.[40] Identifier et traiter les biais potentiels de l'analyse peut contribuer à une culture juste et sécuritaire et à un environnement d'apprentissage.

LE CADRE D'ANALYSE DES INCIDENTS LIÉS À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

3.1 L'ANALYSE DES INCIDENTS COMME ÉLÉMENT DE LA GESTION DES INCIDENTS

Le but de ce cadre est d'aider les responsables ou ceux qui sont impliqués dans l'analyse, la gestion ou l'apprentissage à partir d'incidents liés à la sécurité des patients à établir ce qui s'est passé; comment et pourquoi c'est arrivé; ce qu'il faut faire afin de réduire le risque de récurrence et rendre les soins plus sécuritaires; et à partager les leçons apprises. Afin d'accroître l'efficacité de l'analyse dans l'amélioration des soins, l'analyse des incidents ne peut pas être traitée en dehors de la multitude d'activités qui se déroulent suite à un incident (gestion des incidents). Le diagramme qui suit décrit comment l'analyse est une partie intégrante du processus de gestion des incidents. Bien qu'il y ait une certaine variation dans la façon dont les établissements de soins de santé gèrent les incidents liés à la sécurité des patients, les étapes de base seront semblables. L'interconnectivité et l'interdépendance entre les activités identifiées font en sorte que certains de ceux-ci pourraient avoir lieu simultanément.

Figure 3.1 : L'ANALYSE DES INCIDENTS COMME ÉLÉMENT DU CONTINUUM DE GESTION DES INCIDENTS



Selon la nature de l'incident, ces activités peuvent être effectuées ou menées par quelques individus, ou par une plus grande équipe à laquelle on a confié cette responsabilité (*Annexe C*). Dans certains cas il peut y avoir différentes équipes engagées à des moments différents, par exemple, il y a des équipes/membres différents pour la divulgation, l'analyse et la mise en œuvre.

Tel qu'indiqué plus tôt, la bonne gestion d'un incident lié à la sécurité des patients repose sur les principes de soins centrés sur le patient, une culture sécuritaire et juste, la cohérence et l'équité, une approche d'équipe et la confidentialité (*Section 2.1*).

« APPRENDRE DE NOS EXPÉRIENCES PEUT ÉVITER QUE DES ERREURS NÉFASTES NE SE REPRODUISENT. LA SÉCURITÉ EST RENFORCÉE PAR LES LEÇONS TIRÉES DES ÉCHECS. »[41]

3.2 QUAND UTILISER LE CADRE

Ce cadre n'est pas adapté à tous les types d'analyse

Il n'est **pas recommandé** de soumettre les types d'incidents suivants à une analyse systémique :

1. les événements découlant d'un acte criminel;
2. les actes non sécuritaires délibérés (acte commis par un prestataire de soins avec l'intention de causer des préjudices);
3. les actes liés à la l'abus d'alcool ou de drogues au travail par le prestataire/le personnel;
4. les événements impliquant tout type d'abus présumé envers un patient.[37]

Bien que ces situations peuvent constituer des exemples de leçons systémiques à tirer puisqu'elles sont liées directement aux procédures des ressources humaines (notamment la gestion de la performance individuelle) et aux systèmes de sécurité, elles doivent cependant être renvoyées immédiatement aux organismes administratifs appropriés et, s'il y a lieu, aux organismes de réglementation professionnels pour traitement.

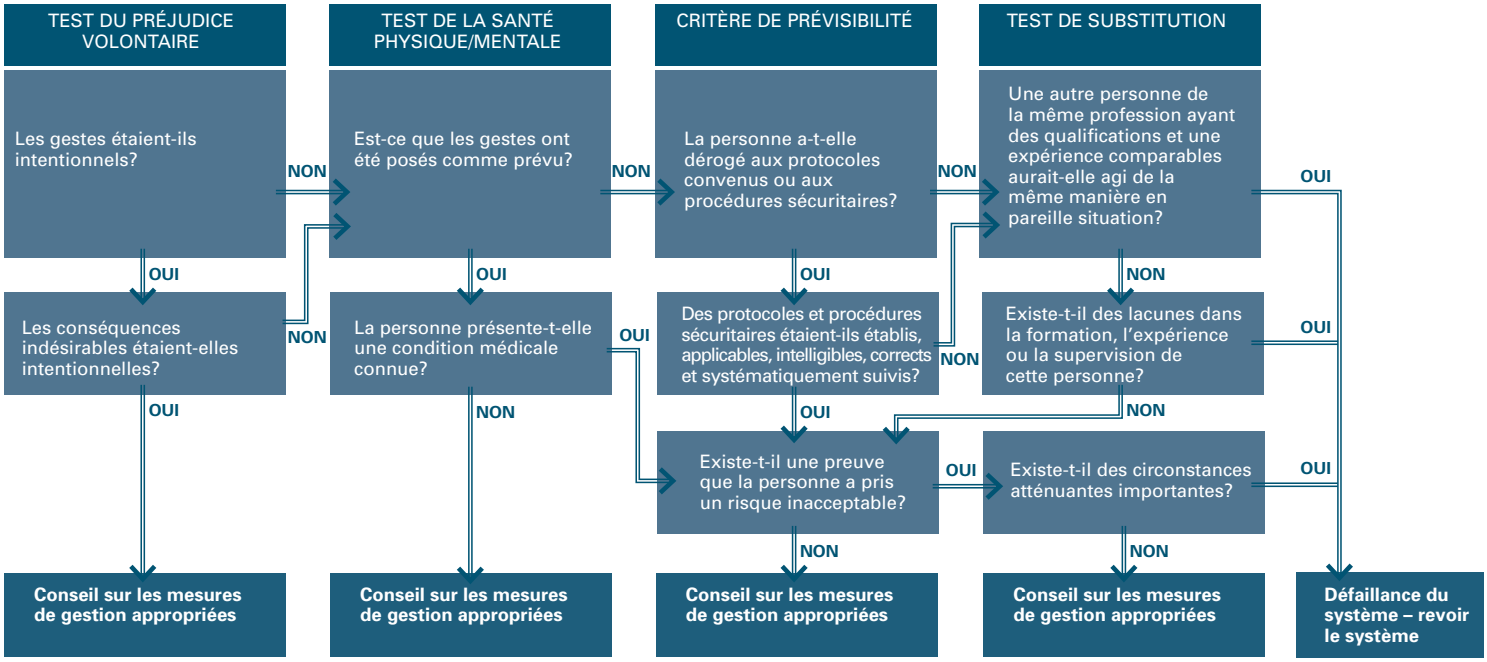
Il est important de préserver l'intégrité du processus d'analyse des incidents et de le dissocier d'une situation pouvant entraîner un congédiement, des mesures disciplinaires ou des accusations criminelles. Lorsque des mesures disciplinaires ou d'autres mesures administratives ont été prises, il est toujours possible de mener en parallèle une analyse systémique de l'incident. Toutefois, il est impératif que les deux processus demeurent étanches, que l'information ne circule pas entre eux et que tous les participants soient avisés du caractère distinct de chacun. Une fois ces processus d'analyse en parallèle terminés, le partage des leçons tirées s'avère très précieux pour les améliorations du système.

Dans la plupart des établissements, deux types d'examen formel sont généralement disponibles pour les conséquences cliniques imprévues et les incidents liés à la sécurité des patients : des examens d'amélioration du système, souvent appelées examens d'amélioration de la qualité ou des examens de la compétence d'un prestataire, aussi appelé examens de la responsabilité. Le cadre est axé sur l'amélioration du système alors que les examens de la responsabilité ont trait à la performance individuelle. Le coaching et le mentorat sont les mesures à favoriser lorsqu'il s'agit de l'examen des performances individuelles, sauf s'il y a

non-respect du devoir d'éviter de causer des préjudices ou d'exposer le patient à des risques injustifiables. Au cours d'un examen d'amélioration du système, des préoccupations au sujet de la performance individuelle peuvent surgir; un examen approprié de la responsabilité devrait être mis en place comme processus distinct pour traiter les problèmes identifiés. De même, des informations concernant les défaillances du système révélées lors d'un examen de la responsabilité devraient être renvoyées à un examen d'amélioration du système.

L'arbre de décision en cas d'incident (*Figure 3.2*), a été adapté par la National Patient Safety Agency du Royaume-Uni[42] afin qu'il soit plus facile de déterminer s'il convient de faire l'analyse d'un incident au moyen d'un examen d'amélioration de la qualité. Il se fonde sur le modèle de culpabilité conçu par James Reason.[24] Une version électronique de l'arbre de décision comportant de plus amples détails est disponible en ligne.[43]

Figure 3.2 : L'ARBRE DE DÉCISION EN CAS D'INCIDENT[43]



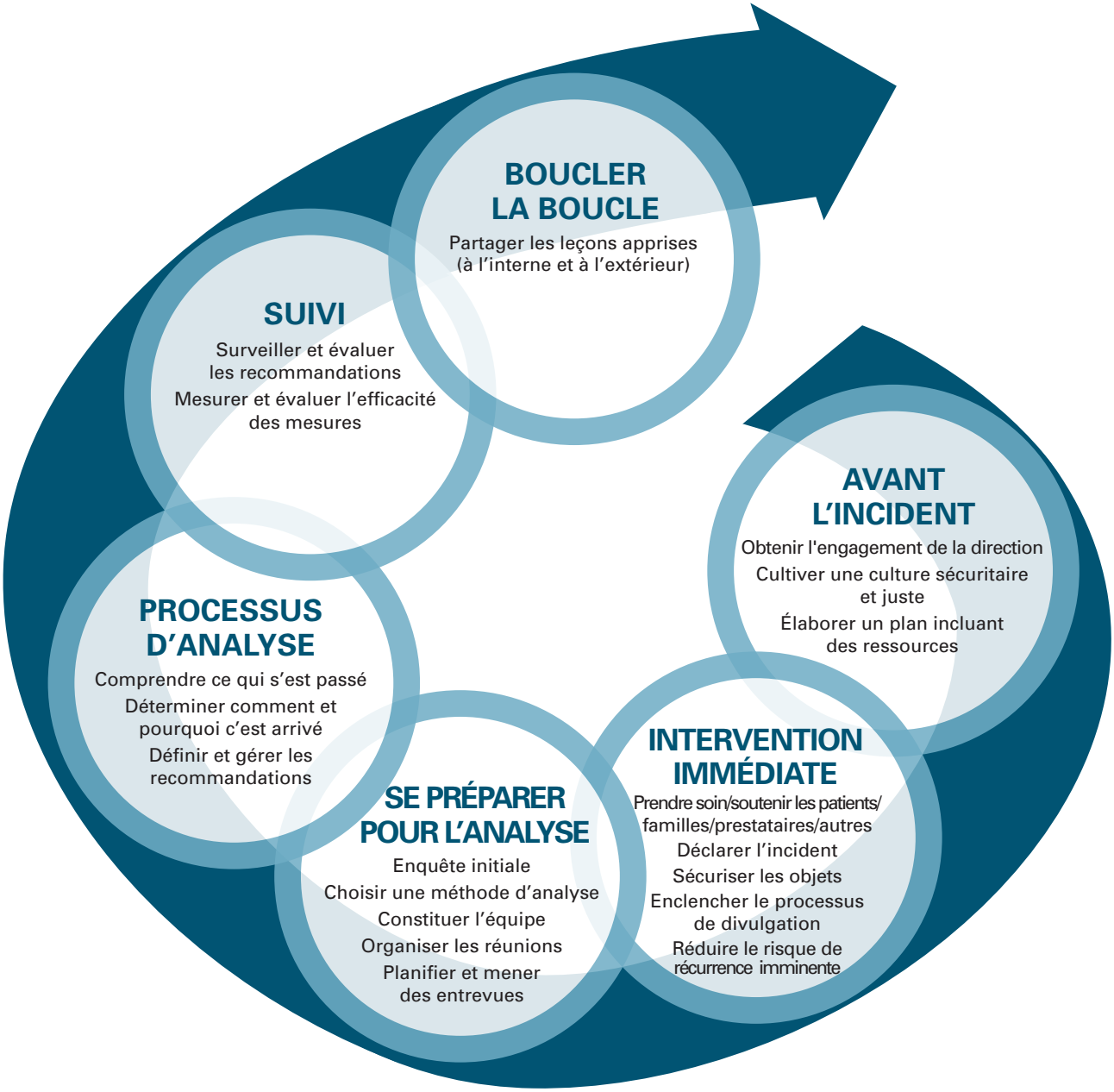
L'Association canadienne de protection médicale, dans son ouvrage intitulé *Leçons à tirer des événements indésirables : Favoriser une culture juste en matière de sécurité dans les hôpitaux et les établissements de santé au Canada*[40], présente une approche différente pour déterminer si un examen du système ou de responsabilité est approprié et décrit chaque type d'examen en détail. Après avoir recueilli les faits et décidé si une analyse doit être complétée, le type d'examen approprié peut être déterminé en posant les questions de triage suivantes :

- Est-ce qu'on présume qu'il y a eu une violation délibérée par un prestataire d'une politique bien réfléchie?
- Y a-t-il une inquiétude au sujet de la santé du prestataire?
- Est-ce que la préoccupation dominante dans ce cas concerne un manque évident de connaissances ou de compétences, ou une sérieuse inconduite professionnelle par un prestataire?

Si les réponses à toutes ces questions sont NON, un examen d'amélioration du système devrait être lancé et dirigé par le comité ou les sous-comité(s) d'amélioration de la qualité, axé sur les défaillances du système (contexte de soins). Si la réponse à l'une ou à plusieurs de ces questions est OUI, alors un examen de la responsabilité individuelle des prestataires doit suivre, mené par les gestionnaires/la direction et être axé sur la performance individuelle des prestataires.

De temps en temps les prestataires indiqueront qu'il n'y a pas nécessité d'analyser un incident parce qu'ils croient que le préjudice résulte d'une complication connue. Il est important de comprendre que les progrès dans les soins rendent certaines complications, avec le temps, évitables et donc classées comme incidents liés à la sécurité des patients. Aussi, les incidents liés à la sécurité des patients peuvent être accompagnés de complications, et sans procéder à une analyse de l'incident, des occasions d'apprentissage et d'amélioration peuvent être perdues.

AVANT L'INCIDENT



3.3 AVANT L'INCIDENT

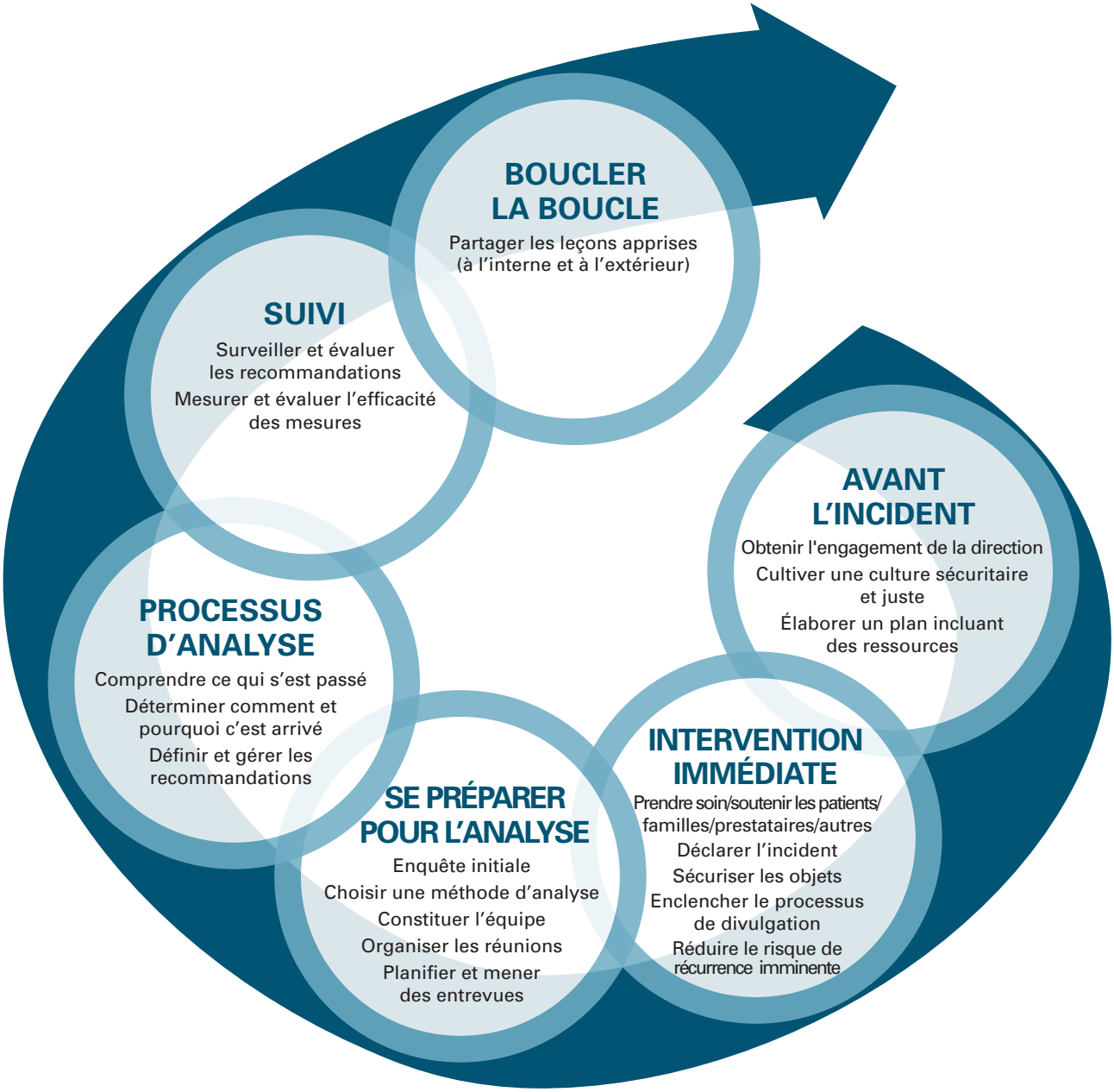
La pression d'agir peut survenir rapidement lorsqu'un patient subit un incident. Les établissements peuvent gérer la situation au mieux s'ils **élaborent un plan** avant qu'un incident ne se produise. Ce plan décrira les étapes et la responsabilité pour diverses mesures (qui fait quoi, comment et quand), et indiquera les ressources disponibles (politiques, procédures, listes de contrôle, compétences) pour gérer l'incident. Le plan de gestion des incidents nécessite l'engagement et le **soutien** visible **de la direction** à tous les niveaux de l'établissement et sera renforcé par une culture[44] sécuritaire et juste déjà en place avant l'incident. Les plans et procédures doivent être mis à l'épreuve, mis à jour et révisés périodiquement afin d'assurer qu'ils correspondent à l'évolution de la culture, de la structure et des processus de l'établissement.

Les établissements qui bâtissent et maintiennent la résilience sur une base continue dans leurs structures, fonctions et démarches concernant les incidents, sont mieux préparés pour composer avec l'imprévu. Cinq attributs caractérisent ces établissements :

1) **La préoccupation de l'échec** : pour éviter l'échec, on doit être aux aguets et être sensible aux signes avant-coureurs.
2) **La réticence à simplifier** : pour être en mesure d'avoir un regard plus complet et nuancé sur un incident; éviter les lieux communs, les clichés et de trop simplifier.
3) **Sensibilité aux opérations** : les systèmes ne sont pas statiques et linéaires, mais plutôt de nature dynamique et non linéaire. Par conséquent, il devient difficile de savoir comment un secteur d'activité de l'établissement agira comparé à un autre.
4) **Engagement envers la résilience** : l'établissement doit maintenir ses activités lors d'événements qui le mettent à l'épreuve. La résilience a trois composantes :
    i. Absorber la pression et préserver les activités malgré l'adversité.
    ii. Maintenir la capacité de fournir un service après des événements difficiles.
    iii. Apprendre et évoluer grâce aux événements antérieurs.
5) **S'en remettre à l'expertise** : cela comprend faire confiance aux membres de l'établissement aux niveaux de la base en mettant davantage l'accent sur un ensemble de connaissances, d'expérience, d'apprentissage et d'intuition plutôt que sur la position hiérarchique dans l'établissement. La crédibilité est la reconnaissance mutuelle du niveau de compétence et de la légitimité et est un élément nécessaire de l'expertise.[45, 46]

Pour construire et soutenir à la fois leur résilience et leur capacité de réagir, les établissements sont encouragés à puiser dans les leçons apprises lors d'incidents évités de justesse qui sont d'une grande valeur,[47] ou dans les efforts d'amélioration mis en place et les leçons apprises lors de l'analyse d'incidents multiples.

INTERVENTION IMMÉDIATE



3.4 INTERVENTION IMMÉDIATE

Soins et soutien des patients/familles/prestataires/autres

Un incident lié à la sécurité des patients peut être une expérience très traumatisante pour le(s) patient(s) et prestataire(s) impliqué(s). En règle générale, la première mesure, après avoir reconnu qu'un incident s'est produit, est de prendre soin du patient et de ses proches et de soutenir ces derniers ainsi que d'assurer la sécurité des autres patients qui pourraient être à risque. Prendre en charge la sécurité et le bien-être des prestataires impliqués et des autres est aussi une nécessité.[4, 6]

Déclarer l'incident

Bien que chaque situation sera différente et guidée par des politiques et pratiques organisationnelles propres à chaque établissement, l'activité suivante consiste généralement à déclarer l'incident afin que des mesures supplémentaires puissent être prises pour gérer l'incident. Les établissements ont des approches et des pratiques différentes pour ce faire. Cela requiert généralement de remplir un document ou un formulaire d'incident électronique, mais les incidents ayant un fort potentiel de préjudice sont souvent signalés verbalement dans le cadre d'une intervention immédiate. Les rapports aident à comprendre les prochaines étapes, telles que savoir si une enquête ou une analyse plus approfondie est nécessaire, ou si des ressources supplémentaires et d'autres mesures telles que des avis supplémentaires sont requis. Le gestionnaire concerné ou un autre destinataire du rapport devra, au minimum, examiner les faits de l'incident et recueillir toute information complémentaire afin d'assurer une compréhension préliminaire de ce qui s'est passé. Tout facteur contributif identifiable à ce stade devra également être consigné.

La déclaration d'un incident est le déclencheur d'une chaîne d'avis internes qui, selon la nature de l'incident, cibleront des personnes ou des unités à différents niveaux de l'établissement : p. ex. médecin traitant, PDG, comité de gestion des risques, diverses spécialités médicales, personnel du service des archives médicales, gestionnaires d'unité ou de programme, personnel des communications ou des relations publiques. Des avis externes peuvent également être nécessaires pour assurer le respect des lois et règlements (par exemple le coroner, le ministère de la Santé) ou, dans le contexte actuel, de maintenir la réputation de l'établissement, par exemple, avec les médias. Des communications internes et externes efficaces, rapides et respectueuses peuvent favoriser une plus grande confiance de tous les intervenants, y compris le public. Il est recommandé que les établissements élaborent des directives internes à cet effet. On peut trouver de l'aide supplémentaire dans un document intitulé *Lignes directrices relatives au partage d'information avec les médias suite à un évènement indésirable*.[48] La communication interne et externe devrait être un processus continu et soutenu à travers la phase d'analyse et qui se termine lors du partage des leçons apprises.

Sécuriser les objets

Tous les objets reliés à l'événement doivent être isolés pour être ensuite testés et examinés par l'équipe d'analyse. Cela comprend les équipements biomédicaux, les solutions IV, les médicaments, les emballages, les vêtements, etc. Ces objets doivent être soigneusement étiquetés avec numéros de lot et numéros de série en cas de rappel de produit ou si d'autres tests s'avéraient nécessaires. Ils devront être placés dans un endroit prévu à cet effet ou donné à une personne désignée, où ils seront protégés, sécurisés et dont l'accès

sera contrôlé. Des photos des objets et de l'espace de travail pourraient également se révéler utiles. Les dossiers de santé doivent également être sécurisés et l'accès à ces dossiers doit être contrôlé. Le service ou l'unité reçoit généralement une copie papier du dossier si le patient reçoit des soins continus.

CONSEIL CONCERNANT LES FACTEURS HUMAINS :

Lors de l'analyse d'un incident, rassembler le matériel tel que l'équipement et tout autre objet utilisé au moment de l'incident ou peu avant. Il s'agit essentiellement de recueillir tout ce qui a pu influencer l'interaction personne-système durant l'incident et pouvant constituer un facteur contributif. Par exemple, au moment d'examiner une erreur de médicament, il sera utile d'avoir sous la main et de pouvoir examiner directement l'un ou l'ensemble des éléments suivants : le registre d'administration des médicaments, le formulaire d'ordonnance du prescripteur, la fiole ou la seringue contenant le médicament ainsi que les étiquettes, la pompe à perfusion IV ou tout autre équipement médical utilisé pour administrer le médicament. Il faut non seulement examiner les données consignées ou entrées, mais aussi examiner la conception des matériaux ou de l'appareil pour voir si elle peut avoir porté à confusion. De plus, il serait sans doute utile de revoir l'organigramme de l'établissement, les horaires des quarts de travail, le plan de la salle ou de l'étage ainsi que des données relatives à l'environnement de travail, telles que les niveaux d'éclairage ou de bruit.

Enclencher le processus de divulgation

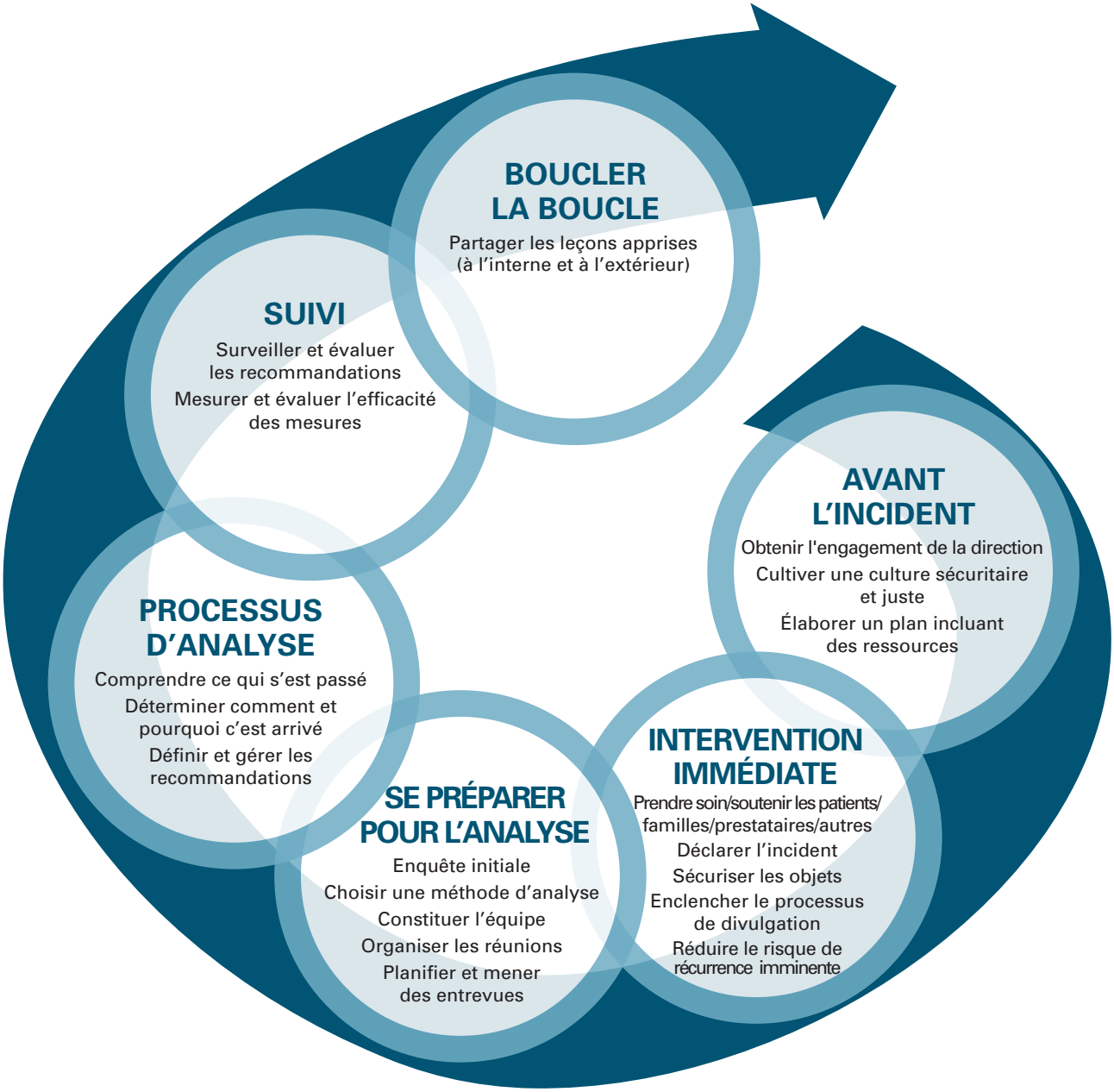
Des représentants de l'établissement devraient enclencher le processus de divulgation auprès du patient et de sa famille dès que possible. La divulgation est un processus continu durant lequel plusieurs « conversations de divulgation » peuvent se produire au fil du temps, débutant par une première divulgation et se terminant par une divulgation post analyse. Il existe une variété de lignes directrices telles que les *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables*[4] pour aider au processus de divulgation et précisant les rôles, les responsabilités, quoi divulguer et comment, etc.

Le patient, la famille et les prestataires ont souvent besoin de soutien pratique et les coordonnées de ressources disponibles devraient leur être fournies afin que ceux qui ont souffert émotionnellement et physiquement puissent recevoir de l'aide rapidement. La divulgation, les expressions de compassion et la présentation d'excuses sont des éléments importants de la communication, aidant la guérison des patients, des familles et des prestataires et au rétablissement des relations de confiance.[4]

Réduire le risque de récurrence imminente

Les mesures pour réduire le risque de récurrence imminente peuvent être prises sur place, immédiatement, alors que des mesures supplémentaires suivront habituellement suite à une analyse plus approfondie. Les patients et les familles doivent être informés des mesures immédiates mises en place.

SE PRÉPARER POUR L'ANALYSE



3.5 SE PRÉPARER POUR L'ANALYSE

L'enquête initiale

Afin de déterminer le suivi approprié suite à un incident, y compris la nécessité d'une analyse, une première enquête ou l'établissement des faits est nécessaire. Le principal résultat de cette étape sera une chronologie très détaillée et la consignation des faits connus liés à l'incident. Selon les établissements, il y aura des différences quant à la personne qui sera responsable de cette enquête et la latitude dont elle disposera pour ce faire. Il est recommandé que les individus responsables de ce niveau préliminaire d'analyse et d'actions soient formés en analyse des incidents et reçoivent une introduction aux principes des facteurs humains et aux autres concepts essentiels (*Section 2*). Ils devraient également avoir accès à des mécanismes organisationnels/outils pour l'identification des tendances dans les incidents, y compris leurs facteurs contributifs.

Une fois la phase d'enquête initiale complétée, une détermination des prochaines étapes suivra. Dans certains cas, une analyse approfondie systémique sera de toute évidence nécessaire, alors que dans d'autres cas, un examen de la responsabilité ou un processus alternatif d'amélioration de la qualité sera peut-être mieux adapté. Voir la *Section 3.2* pour apprendre quand mener une analyse de l'incident et pour obtenir des conseils sur le choix d'une méthode d'analyse, consulter la section suivante.

Choisir une méthode d'analyse

Si, selon la compréhension préliminaire de ce qui s'est passé, à partir du rapport d'incident et le premier examen des faits, on détermine que l'analyse est nécessaire (*Section 3.2*), alors il est habituel de définir la méthode d'analyse à ce moment-là. Trois types d'analyse des incidents sont décrits dans le présent cadre : concise, exhaustive et à incidents multiples. Le choix de la méthode appropriée est fait à l'aide d'une série de critères (*Section 3.6*). Cette décision est généralement prise conjointement par le gestionnaire concerné avec les responsables de la qualité et de la sécurité, de la direction clinique et souvent les responsables séniors et d'autres individus tel que défini dans les politiques et procédures organisationnelles. Chaque méthode d'analyse des incidents comprend un processus systématique visant à identifier ce qui s'est passé, et comment et pourquoi c'est arrivé, ce qui peut être fait pour réduire la probabilité de récurrence et rendre les soins plus sécuritaires et le partage de l'apprentissage. L'étape suivante consiste normalement à affecter un individu ou une équipe, qui sera responsable de ce travail.

Identifier l'équipe et son approche

En règle générale, un facilitateur, qualifié en analyse, et un gestionnaire dont les responsabilités administratives permettent de comprendre et de soutenir l'analyse, se partagent la responsabilité première de mener et de coordonner toute analyse selon les politiques applicables. Les décisions concernant la participation et le calendrier de participation des diverses personnes sont susceptibles de varier d'un établissement à l'autre et seront influencées par le contexte de l'incident, ainsi que par la culture locale et l'expérience antérieure. En évaluant la participation d'individus différents, il est important de clairement définir les rôles et les responsabilités de tous ceux qui participeront au processus d'analyse.

Les membres de l'équipe ne sont pas tous tenus de participer à tous les aspects de l'analyse. Par exemple, les prestataires directement impliqués et les patients/membres de la famille peuvent

participer à la phase de collecte d'informations et contribuer davantage au développement de solutions. D'autres membres du personnel de soins directs pourraient participer à la phase d'analyse réelle. Celle-ci peut être menée par les personnes directement impliquées. Des représentants de la haute direction pourraient participer activement à l'analyse ou soutenir le processus sans y être impliqués directement. Le soutien et la participation de hauts dirigeants dans le processus d'analyse contribuent à démontrer un engagement envers le changement aux plus hauts échelons de l'établissement et aident également à assurer que les recommandations sont élaborées dans le contexte de l'ensemble de l'établissement. Il est également utile d'impliquer des experts externes ou consultants ayant une connaissance spécialisée du système analysé ou du processus d'analyse, particulièrement pour les analyses exhaustives. Pour des détails supplémentaires sur les rôles de l'équipe et la gestion, voir *l'Annexe C*.

Membres de l'équipe d'analyse

L'équipe d'analyse est le groupe chargé de l'analyse des incidents (**l'Annexe C** : exemple de charte d'une équipe d'analyse). D'autres individus pourraient être impliqués dans le processus d'analyse (par exemple, au moyen d'entrevues, de réunions, d'enquêtes, ou de consultations).

La composition de l'équipe variera en fonction de l'incident et de la protection législative qui s'applique à ces travaux ainsi que de l'approche d'analyse de l'établissement (par exemple, un individu peut mener des entrevues et une enquête, puis rassembler le groupe pour confirmer et obtenir un consensus sur les faits, les facteurs contributifs, les recommandations, ou sinon, l'ensemble du processus peut constituer un effort d'équipe).

La réussite d'une analyse repose tout autant sur la participation des personnes qui ont prodigué les soins que sur celle du patient ou de sa famille. Pour plusieurs raisons, que ce soit le temps nécessaire pour se remettre de ce qui est arrivé, le processus de deuil, la nécessité de donner des soins immédiats ou de préparer les funérailles, le patient et sa famille peuvent ne pas être en mesure ou prêts à participer à l'analyse de l'incident. Être respectueux des besoins du patient ou de sa famille à ce moment-là et soucieux de garder la communication ouverte peut favoriser leur participation ultérieure à cet exercice. Il en va de même du personnel soignant directement impliqué dans l'incident. Toutefois, c'est essentiel que le patient et la famille fassent partie du processus de collecte des informations au départ.

Les avantages clés sont les suivants :

- Une relation ouverte et sincère entre toutes les personnes impliquées dans un incident peut créer un partenariat favorable au processus de guérison ou de deuil, à la reconstruction d'une relation de confiance entre toutes ces personnes et envers le système et à l'amélioration du bien-être de chaque participant.
- Lorsque les membres de l'équipe soignante procèdent ensemble, ils peuvent découvrir, comme c'est souvent le cas, de nouveaux renseignements jusque-là inconnus de certains membres de l'équipe soignante.
- L'analyse est un outil hors pair qui donne aux individus impliqués dans un incident l'occasion d'aider à découvrir des informations qui peuvent mener à des solutions capables de rendre les soins plus sécuritaires. Cela permet à tous ceux qui y sont impliqués d'avoir une incidence sur le système dans lequel ils travaillent et d'avoir le sentiment qu'ils ont participé à apporter des modifications, au lieu de les subir.

Les équipes externes, internes ou mixtes
Il existe plusieurs types d'équipes d'analyse :

- Externe - tous les membres de l'équipe proviennent de l'extérieur.
- Interne - tous les membres de l'équipe sont employés par l'établissement.
- Interne avec aide extérieure - la plupart des membres proviennent du personnel interne et quelques-uns sont externes.

Puisque le contexte et les circonstances entourant chaque incident sont différents, une attention particulière doit être accordée à tous les facteurs pertinents avant de décider de quelle façon aborder l'analyse. Il est important que les établissements abordent l'analyse de façon à ce qu'un plan soit élaboré pour permettre aux équipes d'intervenir rapidement et efficacement en cas d'incident.

Les analyses impliquant des équipes internes qui travaillent en collaboration avec des experts internes ou externes sont bénéfiques à la culture de l'établissement ainsi que pour rebâtir la confiance.

Organiser les réunions
Il est commun pour un animateur de collaborer avec le chef de l'équipe d'analyse afin de mener un travail de fond et de recueillir les informations nécessaires à l'analyse : le dossier de santé, la chronologie, les politiques et procédures pertinentes, les lignes directrices fondées sur des données probantes, etc. L'équipe d'analyse complète est convoquée à une date et à une heure mutuellement convenables. On recommande que tous les documents fournis à l'équipe lors des réunions, y compris la séquence des événements, soient identifiés et retournés à l'animateur à la fin de l'analyse.

Un facilitateur chevronné sera en mesure de prévoir les différends qui ne manqueront pas de surgir lors du processus d'analyse. Les clés de la réussite comprennent la tenue de toutes les réunions dans un endroit confortable et privé, idéalement pas situé près du site de l'incident, l'établissement de « règles de base » pour les discussions et l'assurance de la disponibilité des renseignements requis.

Voici quelques **règles de base** proposées :

- le respect des personnes;
- le respect des opinions exprimées;
- la participation égale de tous les membres;
- le respect de la confidentialité des discussions;
- la façon de poser des questions pour obtenir des précisions plutôt que pour contester les opinions des autres;
- la prise de décisions par consensus.

Des listes de vérification ou des aide-mémoires fournis au chef de l'équipe d'analyse ou au facilitateur pour l'animation de ce groupe (*Annexe A*) et pour mener des réunions efficaces avec les patients et les familles (*Annexe F*) peuvent aider ces personnes à se préparer et à gérer ces réunions de manière efficace.

Lors d'une analyse, il faut insister sur le **principe de confidentialité** et le faire respecter en tout temps. Certains établissements exigent que les membres de l'équipe signent une entente de confidentialité (*Annexe E*). Une telle entente renforce le fait que les renseignements communiqués au sein de l'équipe ne peuvent être transmis ni divulgués autrement que par les mécanismes de communication établis par le comité de la qualité des soins ou stipulés dans les politiques et lois applicables.

Planifier et mener des entrevues

Les entrevues sont une étape clé pour la collecte d'informations pour l'analyse et aident également à soutenir ceux qui sont directement impliqués dans l'incident. Une entrevue est souvent la première occasion où le patient, un membre de la famille ou le prestataire de soins de santé peuvent partager leur point de vue détaillé concernant l'incident. Le processus d'entrevue peut causer de l'anxiété et de la détresse additionnelles. Il est donc important d'être respectueux envers ceux qui sont impliqués, de les soutenir et d'être clair à propos de l'objectif de l'entrevue et de ce qui sera fait des renseignements fournis lors de l'entrevue.

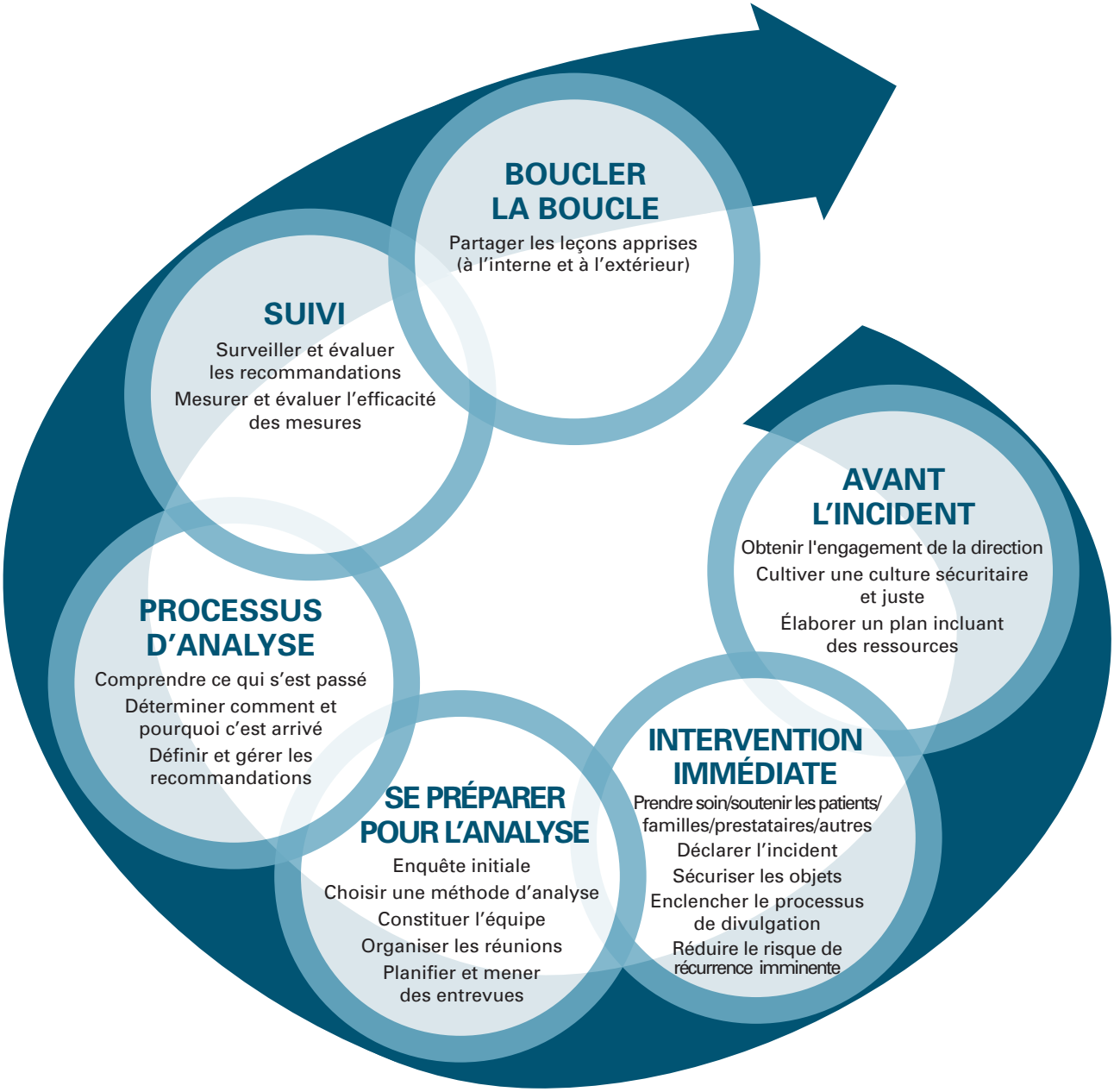
Les entrevues doivent être effectuées aussitôt que possible après l'incident et ce, pour deux raisons. D'abord, la mémoire des faits diminue rapidement et les détails importants risquent d'être perdus au fil du temps. Deuxièmement, alors que les individus impliqués dans l'incident s'échangent leur version des faits, les versions peuvent se mélanger et la possibilité d'obtenir des perspectives et des détails uniques sera alors perdue.

Il est recommandé de mener des entrevues individuelles avec l'ensemble du personnel impliqué dans l'incident ainsi que des entrevues, individuelles ou de groupe, avec les membres de la famille du patient, si c'est approprié. On encourage une approche de collaboration en utilisant des questions ouvertes. Les individus seront invités à « raconter leur histoire » et éventuellement à rejouer l'incident ou des parties de l'incident. Si possible, ne pas interrompre la personne interrogée qui raconte son histoire, car cela augmente la probabilité que des parties de l'histoire soient omises; essayer plutôt de soulever les questions et de demander des explications supplémentaires à la fin du récit. Il sera utile de demander aux personnes interrogées s'il y a des facteurs qui, selon eux, auraient contribué à l'incident : par exemple, des facteurs environnementaux tels que l'éclairage, les niveaux de bruit, l'heure, la charge de travail, etc. ou qui auraient pu atténuer les effets de l'incident : par exemple « qu'est-ce qui s'est bien déroulé? ».

Il sera important d'enregistrer l'entrevue de façon à ce que la personne rencontrée soit confortable. Une autorisation doit être obtenue avant d'enregistrer l'entrevue. Il convient de noter que les enregistrements vidéo ou audio ont tendance à augmenter l'anxiété et ne sont généralement pas recommandés. Il est préférable que les entrevues soient effectuées individuellement afin que les perspectives sur l'incident soient bien comprises quant à leurs nuances et à leurs points de vue uniques. Les chargés d'entrevues devraient donner des précisions concernant le processus d'analyse, les prochaines étapes possibles et encourager la personne rencontrée à les recontacter si, une fois l'entrevue complétée, elle se souvient d'autres détails qu'elle juge importants pour la compréhension de l'incident.

Enfin, avant de terminer l'entrevue, remercier sincèrement les gens d'avoir aidé à la compréhension de l'incident et faire en sorte que leurs questions sur le processus d'analyse en cours soient traitées avant la fin de l'entrevue.

PROCESSUS D'ANALYSE



3.6 PROCESSUS D'ANALYSE

3.6.1 Méthodes d'analyse des incidents - survol

Suite à de nombreuses consultations auprès d'experts en matière de sécurité des patients ou engagés dans l'analyse d'incidents, il est devenu évident qu'une méthode universelle d'analyse des incidents n'est pas forcément adaptée à tous les types d'incidents. Une revue de la littérature et une analyse du milieu des méthodes d'analyse utilisées au Canada et partout dans le monde[10, 14] ont confirmé l'émergence d'une variété de méthodes pour analyser les incidents dans le milieu des soins de santé. L'accès à un large éventail de méthodes est important pour les utilisateurs, qui peuvent choisir la méthode la plus adaptée à leur établissement de santé, à leur contexte, à leurs compétences, à leurs ressources et à leur type d'incident. Les méthodes présentées dans ce cadre ont été conçues avec la souplesse requise afin de permettre leur utilisation dans différents milieux de soins.

Ce cadre propose deux méthodes pour l'analyse des incidents individuels, l'*exhaustive* et la *concise*, et une méthode pour l'analyse d'un ensemble d'incidents, l'analyse *d'incidents multiples*. Toutes ces méthodes visent à determiner ce qui s'est passé, comment et pourquoi c'est arrivé, ce qu'il faut faire pour réduire la probabilité de récurrence et pour rendre les soins plus sécuritaires et dégager les leçons apprises de ces incidents.

Quelle que soit la méthode utilisée, les principes de base et les étapes du processus d'analyse sont les mêmes (*Figure 3.1*), mais le niveau de détail et le cadre de l'examen seront différents pour chaque méthode. Voici une brève description de chaque méthode, suivie de conseils sur la façon de choisir la bonne méthode d'analyse d'un incident particulier ou d'un groupe d'incidents.

Analyse exhaustive: méthode la plus souvent employée pour analyser des incidents compliqués et complexes qui causent un préjudice grave ou catastrophique ou qui présentaient un risque élevé d'en causer. Plusieurs sources d'information pertinentes sont consultées, des entrevues sont menées tant avec les personnes concernées directement ou indirectement par l'incident qu'avec des experts, et une analyse documentaire ciblée et approfondie est faite. L'analyse peut demander beaucoup de temps et de ressources humaines et financières. Le rapport final qui en résulte doit inclure la chronologie de l'événement, les facteurs contributifs et leurs influences, les conclusions de la recherche documentaire et de l'analyse du contexte, les recommandations et, dans certains cas, les plans de mise en œuvre, d'évaluation et de diffusion. Les membres de la haute direction de l'établissement doivent être informés du déroulement de l'analyse et peuvent même y participer.

Analyse concise: méthode succincte, mais systématique, servant à analyser les incidents qui n'entraînent aucun préjudice grave ou causent un préjudice faible ou modéré et qui se limitent généralement à l'unité ou au microsystème où l'incident s'est produit. Les sources d'information consultées sont les rapports disponibles que l'on complète par quelques entrevues choisies et un examen d'autres sources d'information ciblées. L'analyse s'effectue en peu de temps par une ou deux personnes. À la fin de l'analyse, on rédige un court rapport présentant les faits incluant une brève chronologie des événements, les facteurs contributifs, une analyse sommaire du contexte et, dans certains cas, les recommandations sur les mesures à prendre et un plan d'évaluation et de diffusion.

Analyse d'incidents multiples: analyse d'un groupe d'incidents composé de plusieurs incidents similaires par leur nature ou leur origine, qui n'ont entraîné aucun préjudice grave ou ont causé un préjudice faible ou modéré ainsi que des incidents évités de justesse qui se sont produits n'importe où dans l'établissement, parfois dans un court intervalle de temps. Peut aussi servir à passer en revue un ensemble d'analyses exhaustives ou concises. Cette méthode d'analyse peut produire un important apprentissage à l'échelle de l'établissement ou du système qui ne peut pas être obtenu par d'autres moyens.

Incidents impliquant plusieurs patients - lignes directrices pour l'analyse
Lorsqu'un incident affecte plus d'un patient par exemple, la stérilisation incorrecte des équipements pendant un intervalle de temps, le choix de la méthode d'analyse adoptée doit être décidé au cas par cas.

3.6.2 Choisir une méthode d'analyse

Au moment de choisir une méthode d'analyse, on doit tenir compte de divers critères, notamment la gravité de l'incident, la probabilité de récurrence, la complexité des facteurs qui semblent avoir influé sur l'incident, les répercussions pour l'établissement : unité, établissement ou système. D'autres facteurs contextuels : les premières conclusions, la fréquence d'apparition, les obligations réglementaires, les pressions internes ou externes doivent aussi être pris en compte. Dans le cas d'incidents évités de justesse ou lorsque la conséquence n'est pas connue au moment de l'enquête, la pire conséquence possible doit être envisagée. En outre, des facteurs tels que la compétence acquise pour l'analyse des incidents et les ressources limitées disponibles aux équipes d'analyse sont aussi à examiner. Ces facteurs sont résumés à la *Figure 3.3* qui suit. Voir les descriptions de la complexité, de la zone d'impact et du contexte à la *Section 2.2*.

Figure 3.3 : CRITÈRES À CONSIDÉRER AU MOMENT DE CHOISIR UNE MÉTHODE D'ANALYSE DES INCIDENTS

CRITÈRE	EXHAUSTIVE	CONCISE	INCIDENTS MULTIPLES
Code d'évaluation de la sécurité (gravité et probabilité) (Voir *Figure 3.4* qui suit)	3 et, dans certains cas, 2	1 et, dans certains cas, 2	1, 2 and 3
Degré de complexité (degré de consensus, nombre d'interactions)	Compliqué, complexe	Simple, compliqué	Simple, compliqué ou complexe
Zone d'impact	Équipe, unité/programme, établissement, système	Équipe, unité/programme, peut-être établissement	Équipe, unité/programme, établissement, système, secteur, industrie
Contexte – pressions internes et externes	Élevées	Faibles	Faibles, modérées ou élevées
Ressources requises/disponibles (financières, humaines, temps)	Modérées à élevées	Limitées	Modérées à élevées
Délai	Semaines ou mois	Heures ou jours	Variable

La gravité de l'incident ne devrait pas être le seul critère guidant le choix d'une méthode d'analyse, car il y a des situations où un incident à cote d'évaluation de la sécurité élevée, serait mieux analysé par une analyse concise et d'autres situations où un incident à la cote d'évaluation faible, demande une analyse exhaustive.

Cote d'évaluation de la sécurité

Le *US Veterans Affairs Safety Assessment Code*[37] est l'un des nombreux outils de stratification des incidents qui relient la gravité d'un incident lié à la sécurité des patients à sa probabilité de récurrence. L'outil s'applique à tous les incidents (préjudiciables, sans préjudice et évités de justesse).

« Les principaux facteurs représentant les catégories liées à la **gravité** sont l'envergure de la blessure, la durée du séjour, le niveau de soins requis pour guérir, ainsi que les coûts réels ou estimés pour l'établissement. Pour **les incidents préjudiciables ou sans préjudice**, la gravité s'évalue selon l'état actuel du patient. S'il s'agit d'un incident **évité de justesse**, la gravité s'établit en fonction du « pire » scénario réaliste de cas à l'échelle du système. Par exemple, si vous entrez dans la chambre d'un patient tout juste avant sa tentative de suicide mortelle, l'événement est catastrophique parce que le « pire scénario » est le décès du patient.

Pour déterminer la **probabilité**, l'idéal est de savoir à quelle fréquence cet incident survient dans votre établissement. Les données sont parfois faciles d'accès parce qu'elles font l'objet d'un suivi régulier, p. ex., chutes entraînant des blessures, événements iatrogènes médicamenteux, etc. Cependant, il faut à l'occasion estimer la probabilité des événements qui ne sont pas systématiquement suivis en demandant l'opinion rapide ou informelle du personnel le plus proche de ces événements. Cette évaluation devient parfois une estimation éclairée. »[37]

Figure 3.4 : MATRICE DE L'ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DU UNITED STATES VETERANS AFFAIRS[37]

GRAVITÉ / PROBABILITÉ	CATASTROPHIQUE	MAJEURE	MODÉRÉE	MINEURE
Fréquente	3	3	2	1
Occasionnelle	3	2	1	1
Rare	3	2	1	1
Isolée	3	2	1	1

Il faut noter que les méthodes d'analyse présentées ici ne sont pas mutuellement exclusives. Par exemple, les facteurs contributifs découverts au cours d'une analyse d'incident concise pourraient également être le fondement d'une analyse exhaustive ou d'incidents multiples. Dans le cas où une analyse exhaustive a été menée récemment et un nouvel incident semblable se produit, une analyse concise de l'incident peut être suffisante pour déterminer si de nouveaux facteurs contributifs doivent être traités.

ANALYSE EXHAUSTIVE

CADRE CANADIEN
D'ANALYSE DES INCIDENTS

3.6.3 Analyse exhaustive

Introduction

L'analyse détaillée, ou exhaustive, d'un incident unique est généralement menée lors d'un préjudice permanent, d'un décès ou d'un risque élevé à cet égard, d'un incident compliqué ou complexe, ou si la zone affectée est au niveau micro, méso ou macro, ou si les pressions contextuelles sont élevées. Voir en *Annexe J* une étude de cas utilisant la méthode exhaustive.

Étapes requises pour mener une analyse exhaustive

QU'EST-IL ARRIVÉ?

Recueillir de l'information
Le premier impératif de l'équipe est de recueillir l'information pertinente sur l'incident. Cette étape du processus vise à répondre à la question « Qu'est-il arrivé? » et mettra en lumière ce qui s'est produit. Cette première enquête « approfondie » est primordiale, on ne peut surestimer son importance. L'équipe ne pourra saisir les facteurs ayant contribué à l'incident, si elle n'a pas d'idée claire sur les circonstances qui l'entourent. L'instauration d'une procédure systématique pour évaluer les besoins d'information et recueillir l'information permettra de veiller à ce que l'analyse soit à la fois complète et crédible. Il s'avère utile pour les établissements de se doter d'un modèle ou d'une liste de vérification pour aider le facilitateur à préparer l'information à soumettre à l'équipe pour être analysée (*Section 2.3*).

Étudier le rapport d'incident
Le rapport d'incident est généralement le tout premier résumé formel des renseignements entourant un incident et se fonde sur une connaissance initiale des faits. L'examen des renseignements contenus dans le rapport d'incident permettra d'orienter la démarche d'enquête initiale. Cependant, d'autres sources d'information peuvent également déclencher une analyse exhaustive : les préoccupations des patients, les constatations soulignées lors de l'utilisation d'outils déclencheurs, les vérifications ou les rapports du coroner et l'intérêt des médias ou du public.

Étudier les renseignements supplémentaires
En plus d'examiner soigneusement le dossier médical du patient, il faut prévoir interroger tous les praticiens et les autres personnes directement ou indirectement concernées, y compris le patient et sa famille (*Section 3.5*). Si possible, il est recommandé que l'équipe visite l'endroit où s'est produit l'incident; lorsqu'une visite en personne n'est pas possible, on recommande à l'équipe d'étudier des photographies et des vidéos. Cette visite permet d'obtenir d'importants « détails » ou de cerner d'autres facteurs contributifs que la plupart des personnes concernées ont oubliés ou n'avaient pas vus comme importants. Les articles ayant servi lors de l'incident : p. ex., seringues, étiquettes, appareils, médicaments, etc., doivent être mis en lieu sûr lorsque l'incident est identifié. Si les articles originaux ne sont pas disponibles, l'équipe devrait avoir accès aux éléments appropriés pour les aider à comprendre ce qui s'est passé, et comment et pourquoi c'est arrivé.

Établir une chronologie détaillée

Lorsque toute l'information a été recueillie, l'équipe devrait être en mesure de combler les lacunes dans la compréhension initiale des faits précisés dans le rapport de l'incident ou obtenus par d'autres moyens, puis d'en dresser une chronologie détaillée. Une description chronologique narrative (voir les exemples d'étude de cas aux *Annexes J* et *K*) est couramment utilisée pour consigner la séquence des événements. La chronologie détaillée réunira l'information obtenue de diverses sources, notamment le dossier médical et les entrevues avec les principaux intervenants. Puisqu'il peut être utile de connaître les soins prodigués au patient après l'incident en vue d'atténuer le préjudice causé, il convient de recueillir des données sur la prise en charge une fois l'incident découvert.

Vu que l'équipe se servira de la chronologie détaillée comme point de départ pour déterminer les facteurs systémiques qui sont sous-jacents à l'incident, il est crucial que cette chronologie ne renferme que les faits ou les processus tels qu'ils se sont déroulés, et non des suppositions sur ce qui s'est produit. La connaissance détaillée de l'incident diffère toujours de la connaissance initiale, ce qui souligne l'importance d'explorer à fond les circonstances entourant un incident identifié pour une analyse exhaustive.

Étudier les données à l'appui

Une analyse de l'incident devrait inciter l'équipe à examiner les politiques et les procédures en vigueur. Cette étude est importante pour deux raisons. D'abord, elle permet de connaître les attentes organisationnelles documentées quant à la norme des soins, puis elle sert de référence pour évaluer les pratiques organisationnelles courantes par rapport aux dernières données probantes et aux lignes directrices sur les meilleures pratiques.

Une *analyse* des pratiques en vigueur dans des établissements similaires et une analyse documentaire dont l'ampleur dépend de l'incident, permettront également de cadrer l'incident et de déterminer s'il existe *des pratiques exemplaires ou des lignes directrices fondées sur les données probantes* qui sont pertinentes à l'incident.

Il est également possible de cerner les incidents *similaires déjà signalés* ou les incidents évités de justesse qui se sont produits à l'intérieur de l'établissement ou dans d'autres établissements. Il sera ainsi plus facile pour l'équipe de comprendre les facteurs contributifs et de recommander des mesures à prendre si elle a, entre les mains, une description de l'incident, des mesures prises et des problèmes rencontrés par d'autres établissements qui ont dû faire face à une situation semblable. La base de données d'*Alertes mondiales sur la sécurité des patients*[13] est une excellente ressource.

Il arrive parfois qu'un incident unique ne fasse pas l'objet d'une mention dans la documentation; dans ce cas, la *consultation de collègues* ou d'experts du même domaine peut aider à déterminer si le problème en question a déjà été observé dans la pratique courante sans avoir été publié.

Analyser l'information pour cerner les liens et les facteurs contributifs
Lorsque l'équipe commence à comprendre les circonstances entourant l'incident, certains liens et facteurs contributifs se dessinent. Une série de catégories d'enquête et de « questions guides » (voir *l'Annexe G*) a été adaptée à partir des travaux menés par des experts internationaux en analyse des incidents[37, 49, 50, 51] afin de servir de point de départ à l'analyse et d'aider les équipes à veiller à ce que tous les aspects pertinents de l'incident soient examinés en détail lors des entrevues et de l'étude des renseignements obtenus à l'étape de l'enquête. Cette portion de l'analyse consiste à répondre à la question « Comment est-ce arrivé? ».

À ce point de la démarche, on s'attarde surtout à cerner tous les problèmes du système qui ont pu contribuer à l'incident. Bien qu'il soit humain de cerner les facteurs qui relèvent de l'interaction entre le patient et le prestataire de soins, le niveau micro, le but de l'analyse est d'amener l'équipe à explorer les niveaux méso, macro et méga du système afin de pouvoir cerner tous les facteurs contributifs : p. ex., les processus, les politiques, l'environnement, etc.

Durant cette étape de l'analyse, l'équipe devra se poser des questions telles que « *qu'est-ce qui a influencé l'incident?* » et « *quels autres facteurs auraient pu influencer les circonstances?* ». Pour répondre à ces questions, l'équipe se servira de la chronologie détaillée de l'incident ainsi que des principes de la théorie des systèmes et des facteurs humains en vue de cerner les facteurs contributifs.

Recours à la théorie des systèmes et aux facteurs humains
En tenant compte de la théorie des systèmes et des facteurs humains, il sera plus facile de répondre à ces questions puisque ces concepts permettent de concentrer l'analyse autour des facteurs contributifs systémiques. L'ingénierie des facteurs humains, en particulier, offre des outils, des méthodes et des théories pour aborder ces questions. Le but ici est de mettre l'accent non pas uniquement sur l'humain ou uniquement sur le système, mais plutôt sur l'interaction entre l'humain et le système, puis d'examiner les facteurs qui influencent cette interaction. Ces derniers peuvent être liés à l'équipement, à la tâche ou à l'environnement de travail, sans compter les caractéristiques et les limites inhérentes à l'être humain.

À cette étape de l'analyse, diverses méthodes de définition des facteurs humains peuvent servir à répondre à la question « comment et pourquoi est-ce arrivé? » Leur degré de complexité, ainsi que le temps, les ressources et les compétences en facteurs humains qu'elles nécessitent, diffèrent grandement. Trois d'entre elles sont décrites à *l'Annexe N*, soit l'examen cognitif, l'évaluation heuristique et l'essai de convivialité. Ces trois méthodes permettent d'examiner en détail l'interaction entre les humains et le système. Dans le cadre de l'**examen cognitif**, sans doute la méthode la plus facile et la plus économique à employer, les participants sont invités à « penser tout haut » tout en simulant les tâches effectuées lors de l'incident. Dans le cadre d'une **évaluation heuristique**, on vérifie les diverses composantes du système, par exemple, l'équipement, les formulaires papier, les systèmes informatiques, etc. utilisées pour l'exécution des tâches lors de l'incident. Cette vérification a pour but de déterminer si les principes de l'ingénierie des facteurs humains ont été enfreints et de recenser ainsi les facteurs contributifs éventuels de l'incident. L'évaluation heuristique exige une compréhension des

principes relatifs aux facteurs humains tels qu'ils s'appliquent aux différents systèmes, p. ex. les systèmes informatiques. Enfin, on peut utiliser l'**essai de convivialité** où l'on étudie l'interaction homme-système avec l'équipement, les tâches administratives ou les processus; ce qui est semblable à une simulation. On invite les participants à exécuter un certain nombre de tâches dans un environnement de simulation reposant sur le déroulement de l'incident. Un certain niveau de formation sur les facteurs humains est nécessaire pour planifier et effectuer les essais de convivialité et d'en interpréter les résultats. Toutefois, s'ils sont effectués correctement, les essais de convivialité offrent des renseignements précieux concernant le déroulement de l'interaction homme-système dans le monde réel.

Utiliser la schématisation

Pour l'aider à trouver réponse à toutes ces questions, l'équipe peut recourir à la schématisation. L'utilisation de schémas peur aider l'équipe à mieux comprendre les interrelations qui existent entre les divers facteurs contributifs. Plus important encore, la schématisation déplace l'attention du rendement individuel vers le rendement systémique et les facteurs sous-jacents, ce qui permet à l'équipe de mieux comprendre la situation et d'effectuer un examen approfondi de l'incident.

Bien que le diagramme d'Ishikawa, aussi appelé graphique en arête de poisson[52] (*Figure 3.5*), et l'« arborescence[53] » (*Figure 3.6*) aient historiquement été utilisés pour appuyer l'analyse, ces deux types de diagrammes sont limités. Le diagramme d'Ishikawa est utile pour cerner et regrouper les facteurs, mais ne permet pas d'illustrer aisément les liens complexes entre les facteurs. De son côté, l'arborescence est jugée trop « linéaire » et son approche descendante peut entraîner une certaine confusion quant à l'importance relative des facteurs contributifs cernés.

Figure 3.5 : DIAGRAMME D'ISHIKAWA

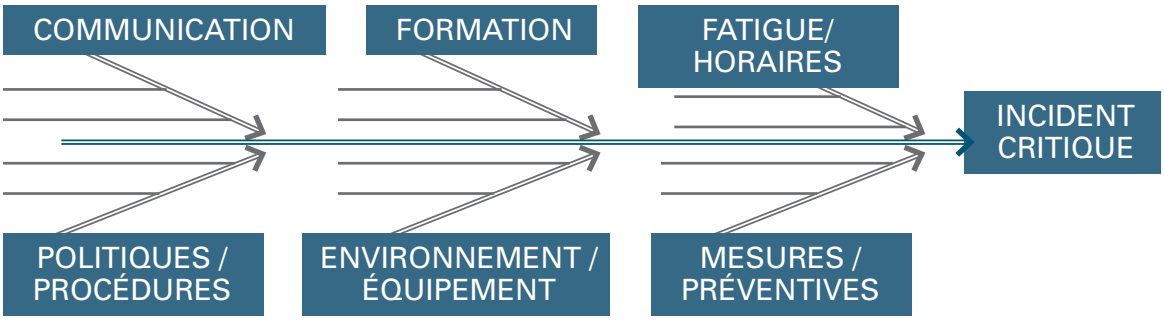
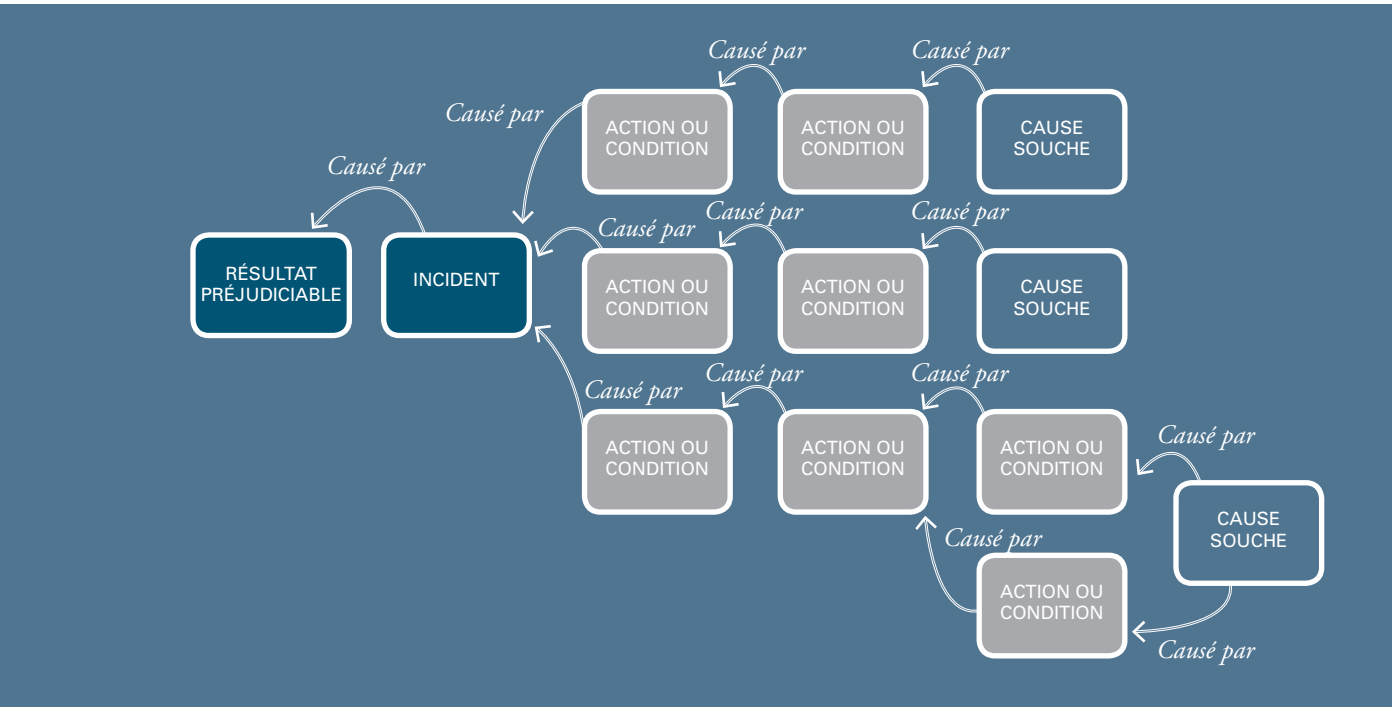
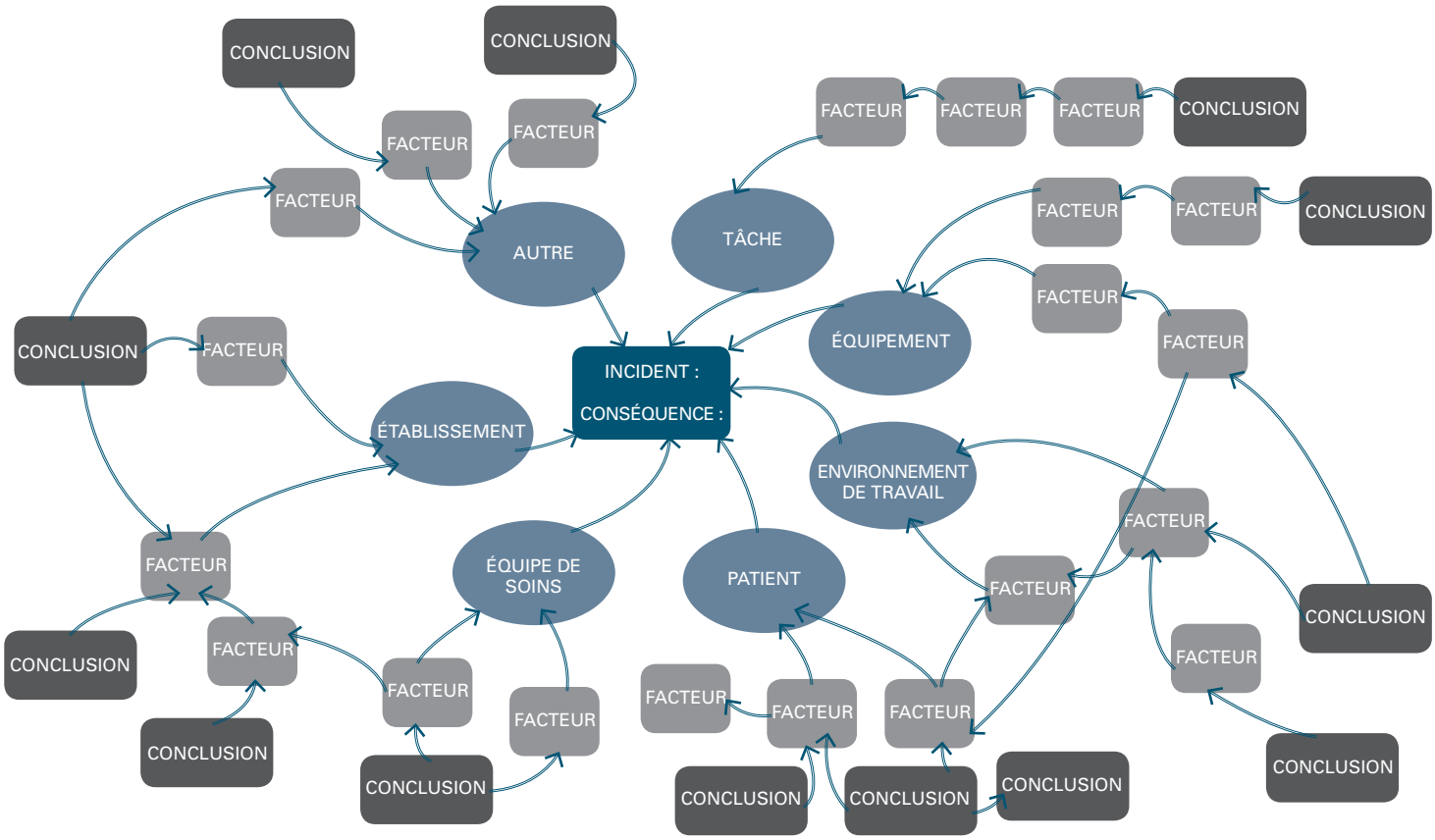


Figure 3.6 : DIAGRAMME EN ARBRE



Afin de composer avec les avantages et les limites de ces deux types de diagrammes, leurs caractéristiques ont été combinées dans un diagramme innovateur qui a évolué à partir des diagrammes d'arêtes de poisson et en arbre, vers ce que nous avons appelé *diagramme de constellation*, illustré dans la *Figure 3.7*.

Figure 3.7 : EXEMPLE D'UN DIAGRAMME DE CONSTELLATION



L'Annexe H présente des instructions détaillées pour élaborer un diagramme de constellation.

Quel que soit le type de schéma utilisé pour soutenir l'analyse des incidents, les étapes de base se ressembleront : décrire l'incident, identifier les facteurs contributifs possibles, définir les interrelations entre et parmi les facteurs contributifs potentiels, identifier les conclusions et confirmer les conclusions avec l'équipe.

Résumer les conclusions

Une fois l'analyse terminée, l'équipe doit faire le résumé des conclusions afin de clairement définir les facteurs contributifs liés à l'incident et de jeter les bases de la formulation de recommandations quant aux mesures à prendre. Ce résumé des conclusions prend la forme d'une série « d'énoncés sommaires » adaptés des versions précédentes « d'énoncés de causalité » du cadre d'analyse des causes souches.[7]

Points à considérer au moment de rédiger les énoncés sommaires

La rédaction des énoncés est parfois confiée à un petit sous-groupe de l'équipe d'analyse. Une fois rédigés, ces énoncés sont soumis à l'examen de toute l'équipe à une réunion

subséquente. Une autre façon de procéder consiste, lors d'une réunion d'équipe, à rédiger une ébauche des énoncés sommaires, laquelle sera ensuite mise au point par le facilitateur et le responsable clinique.

Les énoncés sommaires décrivent les liens qui existent entre les facteurs contributifs et l'incident ou les conséquences. Ces énoncés portant sur les conclusions mettent l'accent sur les facteurs contributifs et devraient être aussi précis que possible. Noter qu'il peut exister un ensemble de facteurs qui, lorsque conjugués, auraient pu contribuer à l'incident ou aux conséquences.

Le format proposé de l'énoncé est le suivant : *Le(s) facteur(s) contributif(s), dans le contexte de l'incident, a/ont augmenté/diminué la probabilité que ce résultat se produise.*

Un diagramme de constellation bien conçu va aider l'élaboration des énoncés, le travail commence aux bords du diagramme pour aller vers le centre. Des exemples d'énoncés sommaires sont présentés dans les exemples de cas aux *Annexes J* et *K*.

QUE FAIRE POUR RÉDUIRE LA PROBABILITÉ DE RÉCURRENCE ET RENDRE LES SOINS PLUS SÉCURITAIRES?

Le but ultime de l'analyse des incidents est de mettre en œuvre des mesures pour réduire le risque de récurrence et rendre les soins plus sécuritaires. La *Section 3.6.6* contient des directives à suivre étape par étape sur la façon d'élaborer et de gérer les mesures à prendre.

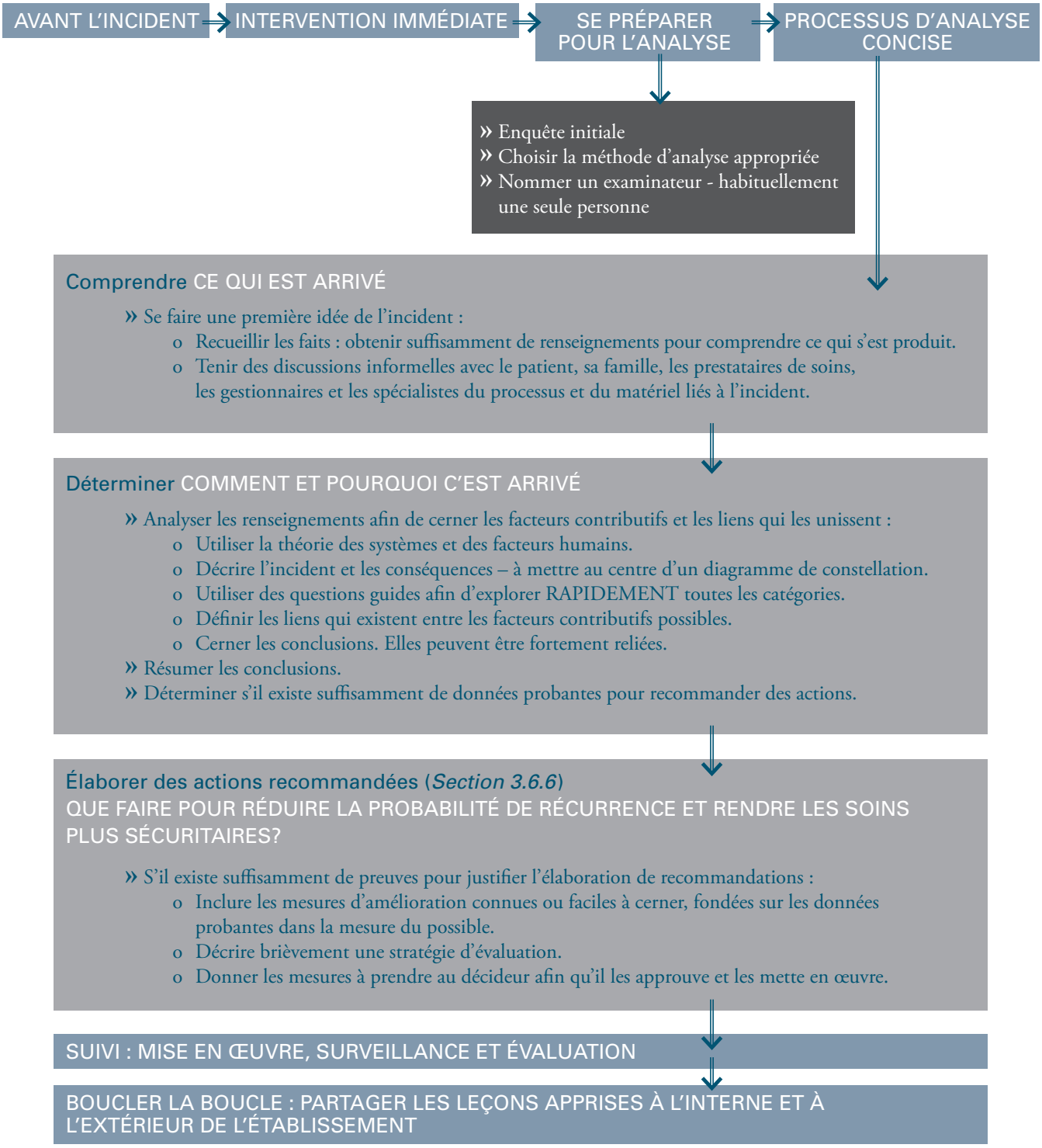
QUELLES SONT LES LEÇONS À RETENIR?

Malgré tous les efforts déployés par les prestataires de soins tout au long du continuum de soins de santé, des incidents liés à la sécurité des patients se produisent toujours. Il faut porter davantage attention aux enseignements de ces incidents, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de chaque milieu de pratique et partager ces leçons pour que d'autres puissent prendre les mesures qui s'imposent pour rendre leur établissement plus sécuritaire. La *Section 3.8* explique comment assurer l'apprentissage continu et la communication des résultats au sein des établissements.

ANALYSE CONCISE

CADRE CANADIEN
D'ANALYSE DES INCIDENTS

3.6.4 Analyse concise d'un incident



Introduction

Compte tenu de la complexité du milieu des soins de santé et des nombreuses ressources que nécessite une analyse exhaustive de l'incident, les responsables des soins de santé et les experts de la sécurité des patients ont commencé à chercher une méthode plus « concise » d'analyser un incident afin qu'ils puissent intervenir avec rapidité et précision en présence d'un grand nombre d'incidents. Par exemple, un établissement de soins de longue durée a instauré des « mini analyses des causes souches », version abrégée du processus d'analyse formel, lorsqu'il n'y avait pas suffisamment de temps pour mener une analyse complète chaque fois qu'un résident faisait une chute.[54] En 2008, la National Patient Safety Agency (Royaume-Uni) a également admis que les divers niveaux d'enquête étaient nécessaires et a publié un outil d'analyse des causes souches précisant la marche à suivre à trois niveaux : analyse concise, analyse exhaustive et analyse indépendante.[55] D'autres méthodes d'analyse des incidents simplifiées sont apparues, telles que les conférences de cas, aussi appelées rondes de morbidité et mortalité (M & M) modifiées[56], et des programmes de sécurité à l'échelle de chaque unité.[50]

L'analyse concise d'un incident respecte les principes et la méthodologie d'une analyse exhaustive, incluant une approche système qui tient compte des facteurs humains. Un choix conscient et volontaire a été fait pour que l'analyse porte surtout sur quatre aspects : les faits convenus, les principaux facteurs contributifs, les mesures d'amélioration, le cas échéant, et l'évaluation. Voir la *Figure 3.8* pour connaître les caractéristiques d'une analyse exhaustive et concise et voir en *Annexe K* une étude de cas utilisant la méthode concise.

Si, à tout moment durant l'analyse concise, le facilitateur estime que l'enquête doit être menée de façon plus exhaustive, il devrait l'exiger.

L'approche concise

Elle est le plus souvent adoptée dans le cas d'incidents ou de préoccupations qui n'entraînent aucun préjudice ou causent un faible préjudice au patient. Elle peut aussi porter sur un nouvel incident pour lequel une analyse exhaustive a été récemment menée. D'autres outils d'analyse des incidents ne peuvent pas être employés ou seulement employés de façon restreinte par exemple, la séquence des événements, le « diagramme d'Ishikawa », etc.

Figure 3.8 : CARACTÉRISTIQUES DE L'ANALYSE EXHAUSTIVE ET CONCISE DES INCIDENTS[9]

CARACTÉRISTIQUE	CONCISE	EXHAUSTIVE
Devrait être menée par une ou des personnes connaissant l'analyse d'incidents, les facteurs humains et l'élaboration de solutions efficaces	√	√
Souvent menée par une personne avec des données recueillies auprès du patient, de la famille, du personnel et des médecins concernés par l'incident	√	
Menée par une équipe interdisciplinaire ponctuelle de moyenne ou grande taille, composée du personnel et des médecins concernés par l'incident ainsi que d'experts* ou consultants indépendants internes ou externes réputés non impliqués dans l'incident * Experts externes – experts qui sont *extérieurs à l'incident,* mais qui ne sont pas nécessairement *extérieurs à l'établissement participant*		√
Temps nécessaire à l'analyse	Court délai (heures ou jours)	Long délai (jusqu'à 90 jours)
Identifie les facteurs contributifs, les mesures correctives prises, le cas échéant	√ (s'attarde sur les facteurs clés)	√
Recommandations d'amélioration	√ (le cas échéant)	√
Principes de l'analyse des incidents	Reflète l'intention, mais peut ne pas tout traiter	Intègre tous les principes
Stratégie d'évaluation	√ (le cas échéant)	√

L'analyse concise est généralement menée par une seule personne (facilitateur) ayant les compétences requises pour l'analyse des incidents, les facteurs humains et le développement de solutions efficaces. Cette personne acquiert cette expertise dans le cadre de divers programmes d'études ou d'expériences supervisées par un mentor. Il peut s'agir d'un prestataire de soins ou de tout autre expert de processus, mais pas nécessairement d'un gestionnaire des risques ou d'un conseiller en amélioration de la qualité.

Étapes de l'analyse concise

QU'EST-IL ARRIVÉ?

Obtenir suffisamment d'information pour comprendre *ce qui est arrivé et comment c'est arrivé*. Le facilitateur peut avoir des discussions informelles avec le patient, des membres de la famille, des prestataires de soins, le gestionnaire ou des experts en processus et peut aussi examiner l'équipement lié à l'incident.

COMMENT ET POURQUOI EST-CE ARRIVÉ?

- » Revoir les questions guides pour explorer BRIÈVEMENT toutes les catégories, en n'oubliant pas de s'éloigner de l'interface entre le patient-prestataire et les niveaux du système afin de fouiller les chaînes de facteurs contributifs (*l'Annexe G*).
- » Choisir des questions guides ou toute question pertinente à l'incident pour en discuter de façon informelle avec quelques individus, pouvant inclure le patient, un membre de sa famille, le personnel, des médecins de l'établissement ou d'autres experts à l'interne ou de l'extérieur.
- » Un diagramme de constellation peut aider à développer une approche systématique. Le processus d'élaboration d'un diagramme de constellation peut aider à créer une représentation visuelle de l'incident et du système des facteurs contributifs. Il est également possible d'identifier les facteurs atténuants qui ont limité les effets de l'incident. Voir une explication du diagramme de constellation en *Annexe H*.
- » Une fois que tous les facteurs contributifs ont été identifiés, il est opportun d'essayer de comprendre comment ces facteurs sont regroupés ou liés les uns aux autres, étant donné que tous les incidents résultent généralement d'une chaîne d'événements plutôt que d'un facteur contributif isolé.
- » Une fois que les liens sont terminés, il convient de passer à la description des résultats et à l'élaboration de recommandations, si nécessaire, afin de rendre les soins plus sécuritaires pour les futurs patients dans des circonstances semblables.
- » Cerner les principaux facteurs qui ont contribué à l'incident en se demandant comment ils sont reliés.

Il sera utile de consigner les principales informations factuelles sous forme d'une chronologie très détaillée ou d'une description narrative.

QUE FAIRE POUR RÉDUIRE LA PROBABILITÉ DE RÉCURRENCE ET RENDRE LES SOINS PLUS SÉCURITAIRES?

Résumer les conclusions et déterminer s'il y a assez de données pour élaborer des recommandations. Existe-t-il des mesures d'amélioration fondées sur des données probantes qui sont connues ou faciles à identifier?

- o S'il n'y en a pas, a-t-on suffisamment de connaissances et de compétences pour élaborer des solutions à l'échelle locale en vue de les mettre à l'essai, de les évaluer et de les officialiser?
- o S'il y en a, officialiser les solutions recommandées et consulter le décideur compétent pour la prise de décisions et les mesures. La *Section 3.6.6* offre des renseignements additionnels concernant l'élaboration et la gestion des recommandations.

Le facilitateur, ou toute autre personne désignée par l'établissement, est responsable du plan d'action et s'assure qu'il existe une stratégie d'évaluation afin de déterminer si les recommandations ont été mises en œuvre de façon durable et s'il y a eu un impact apparent sur la sécurité des patients à l'intérieur du ou des processus de soin ciblés.

Déterminer si une analyse d'incidents multiples est requise pour mieux comprendre les risques touchant les patients (*Section 3.6.5*).

Assurer le suivi et la documentation de toutes les décisions clés, ainsi que du plan d'action et de la stratégie d'évaluation, le cas échéant.

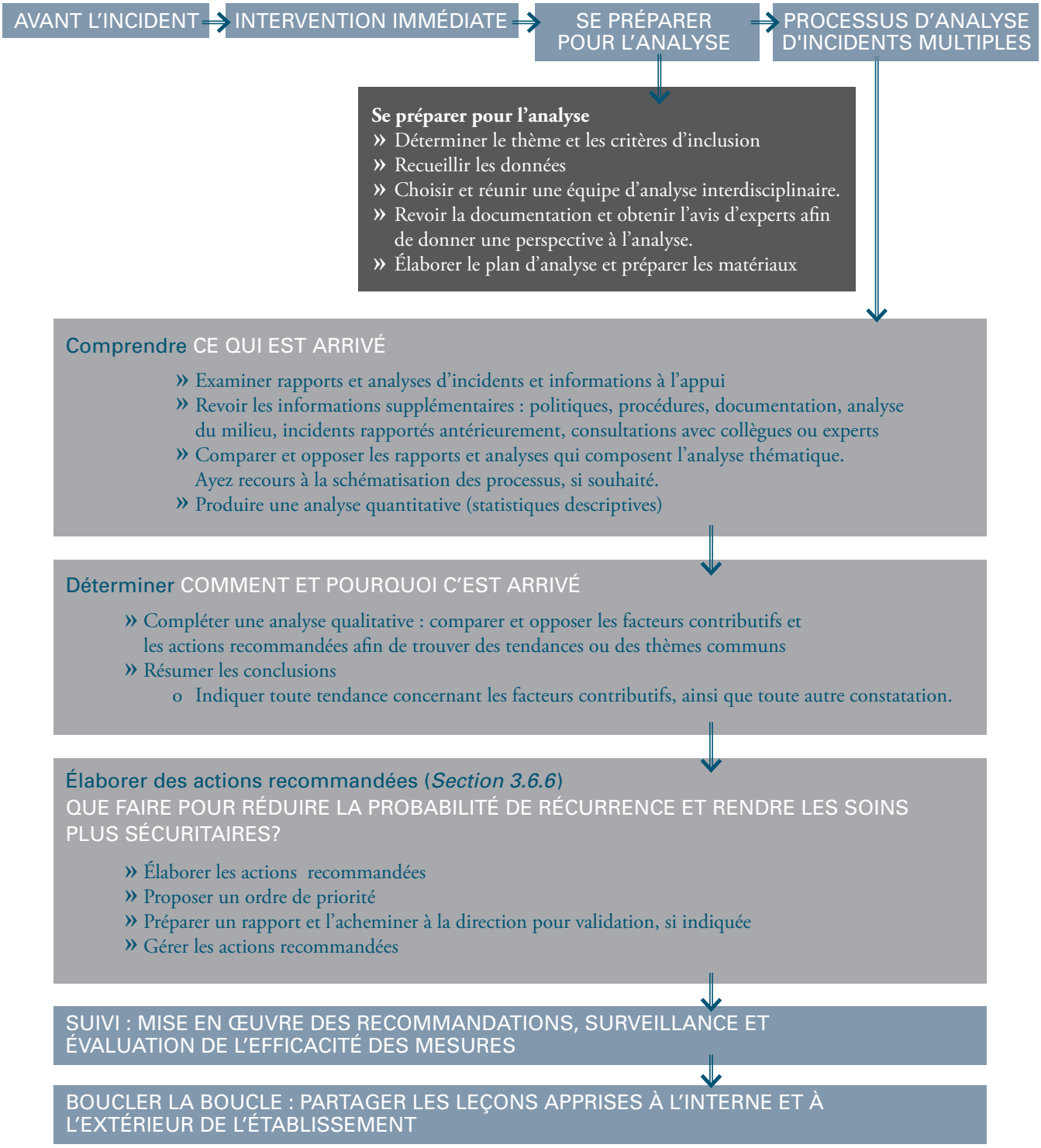
QUELLES SONT LES LEÇONS À RETENIR?

L'analyse concise peut apporter des connaissances très utiles sur un grand nombre d'incidents et leurs facteurs contributifs. Les découvertes, les conclusions et les recommandations devraient être présentées à l'échelon le plus élevé de l'établissement en vue d'établir l'ordre de priorité des risques et des mesures d'amélioration de la qualité.

ANALYSE D'INCIDENTS MULTIPLES

CADRE CANADIEN
D'ANALYSE DES INCIDENTS

3.6.5 Analyse d'incidents multiples



Introduction

En plus des analyses exhaustives et concises d'incidents individuels, de nombreux établissements de soins de santé doivent également utiliser une méthodologie pour analyser les multiples incidents qui correspondent à un thème particulier. Par exemple :

- Un groupe d'incidents distincts liés à la sécurité des patients, similaires dans leur composition ou leur origine, qui n'ont causé aucun préjudice ou que des préjudices moindres.
- Un groupe d'incidents distincts liés à la sécurité des patients, similaires dans leur composition ou leur origine, qui auraient pu causer divers degrés de préjudice, allant du sans préjudice jusqu'aux cas de préjudice majeur ou catastrophique.
- Un groupe de patients qui sont touchés par des facteurs contributifs similaires et qui subissent le même incident préjudiciable, à des degrés plus ou moins élevés.
- Un groupe d'analyses d'incident exhaustives ou concises terminées.

Pour les besoins du présent cadre, une analyse d'un ensemble d'incidents est appelée « analyse d'incidents multiples ». D'autres termes utilisés dans les ouvrages et la documentation pour ce type d'analyse sont l'analyse typologique, l'analyse de regroupements, et la méta-analyse. Voici une liste partielle des caractéristiques communes à toute analyse d'incidents multiples :

- un thème ou un cadre prédéfini;
- la participation d'une équipe interdisciplinaire comprenant des prestataires de première ligne et potentiellement un représentant des patients; et
- l'utilisation de méthodes quantitatives et qualitatives.

Un des avantages des analyses de plusieurs incidents est qu'elles peuvent révéler des tendances ou des schémas relatifs aux facteurs contributifs qui n'étaient pas perceptibles avant. Ces analyses peuvent également indiquer si des recommandations ont été efficaces ou non. Ci-dessous se trouvent des exemples qui décrivent divers types d'analyses d'incidents multiples et la méthodologie pour les mener.

Exemple 1 : un groupe d'incidents à préjudices faibles ou nuls ou évités de justesse qui n'ont pas été analysés

La plupart des établissements canadiens de soins de santé disposent d'un système de communication de rapports pour permettre au personnel et aux médecins de déclarer les incidents sans gravité ou de faible gravité. Bien qu'il soit convenu en général que ces incidents, en l'absence d'un préjudice significatif pour le patient, offrent une excellente occasion d'apprentissage, ils sont trop souvent classés sans faire l'objet d'un examen. En particulier, ces incidents sans préjudice ou à préjudice faible, s'ils sont analysés en groupe, ont le potentiel de révéler des tendances ou des schémas de facteurs contributifs difficiles à identifier au niveau d'un incident unique. Si des mesures sont choisies et appliquées grâce à une analyse, des incidents semblables pourraient être évités à l'avenir.

L'analyse typologique porte sur au moins trois incidents sans préjudice ou à faible préjudice ou évités de justesse, qui n'ont jamais été analysés dans le cadre d'une analyse des incidents liés à la sécurité des patients. Par exemple, une analyse de 15 chutes ou quasi-chutes qui a trouvé des schémas de facteurs contributifs et lacunes en matière de sécurité a été menée par Zecevic A. et coll. et publiée dans la revue Gerontologist en 2009.[57]

Exemple 2 : un groupe d'incidents similaires dans leur composition ou leur origine, qui auraient pu causer divers degrés de préjudice allant du sans préjudice jusqu'aux cas de préjudice majeur ou catastrophique.
Certains établissements de soins de santé peuvent décider d'analyser de multiples incidents impliquant un thème ou des critères prédéfinis. La conséquence de ces incidents pour les patients peut être variée - de sans préjudice à catastrophique ou préjudice majeur. Par exemple, toutes les chutes survenant dans une unité de soins aigus au cours d'une période de six mois, dont huit incidents à faible préjudice et non analysés et un événement à préjudice grave pour le patient alors qu'une analyse exhaustive avait été préalablement menée.

Ce type d'analyse comprendrait au moins trois incidents évités de justesse, d'autres sans préjudice, à faible préjudice ou à préjudice grave, tous s'étant produits dans un laps de temps ou un endroit donné. Tel que noté ci-dessus, un ou plusieurs de ces incidents pourraient déjà avoir été analysés à l'aide d'une méthodologie d'analyse exhaustive ou concise.

Le cadre de ces analyses peut transcender les limites de l'établissement et les juridictions. L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) a mené des analyses d'incidents médicamenteux sous divers thèmes, notamment le type de médicament, la phase d'utilisation du médicament, par exemple : l'ordonnance, la délivrance, l'administration, la surveillance; le contexte d'utilisation du médicament : le bloc opératoire, l'urgence, les soins intensifs; ou encore le lieu ou le type d'établissement où ces soins ont été donnés, par exemple : les cliniques externes, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, etc.

Figure 3.8 : EXEMPLES D'ANALYSES D'INCIDENTS MULTIPLES PUBLIÉES PAR ISMP CANADA [58]

- *Analyse des données internationales sur des incidents liés aux timbres transdermiques de Fentanyl, 2009; 9(10)*
- *Les cinq médicaments les plus souvent associés à des préjudices lors de la déclaration d'incidents/accidents liés à l'utilisation des médicaments chez des enfants, 2009; 9(6)*
- *Analyse d'un ensemble d'incidents liés à la médication survenus dans les pharmacies communautaires, 2008; 8(8)*
- *Partage des connaissances – Déclaration d'accidents impliquant l'Hydromorphone; 2006; 6(9)*
- *Les 10 médicaments les plus fréquemment déclarés dans les cas d'accidents avec préjudice liés à la médication; 2006; 6(1)*

Exemple 3 : un groupe de patients qui sont touchés par des facteurs contributifs similaires, et qui subissent le même incident préjudiciable à des degrés plus ou moins élevés
Ces dernières années, les juridictions canadiennes ont été alertées quant à des situations où de nombreux patients ont connu une conséquence préjudiciable semblable qui apparaît être le résultat de facteurs contributifs similaires.

Le thème de ce type d'analyse est un résultat commun qui a touché plusieurs patients.

Bien que les facteurs contributifs puissent être complexes et uniques à chaque incident, l'apprentissage peut être réalisé en analysant ces incidents « multi-patients ». Par exemple, l'imagerie médicale et les erreurs de pathologie ont affecté beaucoup de Canadiens dans plus d'une province. Grâce à des analyses d'incidents multi-patients, les faiblesses présentes dans les systèmes de soins de santé ont été révélées et des stratégies d'amélioration mises en œuvre. Parmi les exemples récents qui ont reçu l'attention des médias, citons-en deux les enquêtes sur l'imagerie médicale et sur l'accréditation et l'assurance de la qualité : BC Patient Safety and Quality Council : *Investigation into Medical Imaging, Credentialing and Quality Assurance* (2011)[62]; et Health Quality Council of Alberta : *Investigation into Medical Imaging, Credentialing and Quality Assurance* (2010).[63]

Exemple 4: Un groupe d'analyses des incidents exhaustives ou concises
Les établissements qui mènent des analyses des différents incidents liés à la sécurité des patients accumuleront une riche source d'information concernant les risques identifiés, les facteurs contributifs et les plans d'action pour réduire ces risques pour les patients. Les établissements sont encouragés à développer et à utiliser un système de gestion pour coordonner l'apprentissage et pour assurer la pérennité de ce que l'on a appris à propos du système de santé.

Une analyse des analyses exhaustives ou concises déjà faites[9, 13, 37] peut ressembler à une méta-analyse épidémiologique, même si elle n'a pas de méthodologie scientifique et statistique aussi précise qui lui est associée. Cette analyse se compose d'un groupe d'analyses achevées et menées sur les mêmes types d'incidents. Une illustration de ce type d'analyse est disponible à *Queensland Health, Australia*.[64]

Idéalement, un établissement aura recours à un système de gestion pour coordonner l'identification des thèmes généraux liés à de multiples incidents qui ont été analysés. Les thèmes généraux peuvent comprendre les types d'incidents analysés, les facteurs contributifs identifiés et les plans d'action pour réduire les préjudices aux patients. Par exemple, il peut y avoir un certain nombre de recommandations par les facilitateurs qui identifient la nécessité d'améliorer le travail d'équipe ou la communication. Cela peut, à son tour, mener à la conception d'une priorité d'amélioration stratégique pour l'établissement indiquant aussi les ressources requises pour soutenir l'effort.

Étapes pour mener une analyse d'incidents multiples

Se préparer pour l'analyse

- Déterminer les critères d'inclusion des cas : les caractéristiques communes ou uniques des incidents allant de sans préjudice à préjudice catastrophique, ou des incidents multi-patients, ou encore, identifier un thème pour les analyses déjà faites.
- Recueillir les données pertinentes :
    - Si nécessaire, interroger les prestataires, les patients ou la famille et toute autre personne ayant une connaissance intime des incidents ou des processus de soins impliqués dans les incidents.
- Revoir la documentation et obtenir l'opinion d'experts afin de recueillir d'autres renseignements contextuels et donner une perspective à l'analyse :

- Examiner les données des autres systèmes de déclaration, tels que les *Alertes mondiales sur la sécurité des patients*[13], afin de voir si des incidents semblables ont été analysés par d'autres établissements.

- Élaborer le plan d'analyse, qui comprendra tant des éléments d'analyse quantitatifs que qualitatifs.

QU'EST-IL ARRIVÉ?

Étudier les incidents liés à la sécurité des patients, ce qui consiste notamment à comparer et à opposer la chronologie des événements, les soins prodigués et les facteurs contributifs. La schématisation des processus, un outil fréquemment utilisé pour soutenir l'outil d'analyse des modes de défaillance (Failure Mode Effects Analysis (FMEA)[59, 60] et la méthode d'amélioration Lean®[61], peuvent également aider dans la définition des faiblesses du système au moment d'effectuer une analyse d'un ensemble d'incidents.

Noter la fréquence des problèmes ou des points de défaillance du système et au besoin, les recommandations. Il s'agit de la partie quantitative de l'analyse et elle comprendra des classifications telles que la gravité des préjudices, le type d'incident, le diagnostic du patient, etc.

COMMENT ET POURQUOI EST-CE ARRIVÉ?

L'analyse qualitative doit porter sur les facteurs contributifs identifiés ainsi que sur les similarités non apparentes lors d'une analyse d'un seul incident. Les descriptions narratives sont particulièrement utiles pour cette partie de l'analyse. À mesure que les modèles communs émergent, l'équipe peut avoir besoin de continuer à établir des catégories secondaires pour clarifier les tendances ou les problèmes.

Quand un ensemble d'analyses exhaustives ou concises est examiné, les facteurs contributifs et les recommandations peuvent être inclus dans l'analyse qualitative.

Résumer les résultats en incluant les facteurs contributifs et les recommandations antérieurement qui peuvent mener à des améliorations du système et y inclure toutes les tendances, les modèles de facteurs contributifs et toute autre conclusion.

QUE FAIRE POUR RÉDUIRE LA PROBABILITÉ DE RÉCURRENCE ET RENDRE LES SOINS PLUS SÉCURITAIRES?

Élaborer des recommandations qui mèneront à l'amélioration du système, en accordant une attention à l'information justificative disponible y compris les lignes directrices fondées sur des données probantes et des pratiques exemplaires. Identifier des stratégies à court terme et à long termes. Voir la *Section 3.6.6* pour obtenir des directives pour élaborer des recommandations efficaces visant la réduction des risques.

Il serait bon que l'équipe envisage une stratégie de mesure et d'évaluation avant de transmettre des recommandations aux décideurs en vue de la prise de décisions finales et de la délégation de la mise en œuvre.

QUELLES LEÇONS POUVONS-NOUS EN TIRER?

Les résultats, facteurs contributifs, tendances et thèmes, et les recommandations et leurs conséquences doivent s'insérer dans les processus de gestion des risques et d'amélioration de la qualité de l'établissement et utiliser les processus de communication et de partage de l'apprentissage.

LES RECOMMENDATIONS

CADRE CANADIEN
D'ANALYSE DES INCIDENTS

3.6.6 Élaboration et gestion des recommandations

L'élaboration et la gestion des recommandations entraînent une série d'activités à plusieurs échelons de l'établissement visant à déterminer « ce qui peut être fait pour réduire le risque de récurrence et rendre les soins plus sécuritaires ». La réussite de la recommandation dépend de la qualité des conclusions cernées à l'étape précédente (le « comment et pourquoi est-ce arrivé? »). Il est important de savoir que quelques recommandations bien pensées et à effet de levier, seront en fin de compte, plus efficaces qu'une longue liste de mesures à faible effet. Il convient toutefois de noter qu'il arrive, bien que ce soit rare, que certaines analyses, les analyses concises en particulier, ne débouchent sur aucune mesure à prendre.

Élaborer les recommandations

L'équipe d'analyse joue un rôle fondamental dans l'élaboration des mesures à prendre. Les conclusions cernées à l'étape précédente de l'analyse, le « comment et pourquoi c'est arrivé? », sont étudiées par l'équipe, qui propose ensuite des mesures correctives pour éliminer les vulnérabilités qui ont permis à l'incident de se produire. L'utilisation de diagrammes d'analyse, comme le diagramme de constellation, aide l'équipe à évaluer les aspects les plus susceptibles d'être améliorés par les mesures prises. L'équipe d'analyse a généralement la tâche de recommander des mesures, de proposer un ordre de priorité et de consulter les autres parties concernées avant de remettre son rapport aux décideurs et aux responsables de la validation et de la mise en œuvre des mesures.

Principales caractéristiques de recommandations efficaces:
Les dirigeants du milieu de la santé et les personnes prenant part à l'analyse dans les établissements de santé canadiens ont tous exprimé le besoin de disposer d'un outil pour les aider à recommander des mesures plus robustes et plus précises. La liste des principales caractéristiques présentée ci dessous se veut un guide que les équipes peuvent adapter et utiliser dans leur établissement. Des recommandations efficaces doivent :

- Aborder le risque que présentent les conclusions cernées durant l'analyse.
- Mettre en place la solution la plus efficace qui est raisonnable ou possible dans les circonstances (*Figure 3.9*).[65]
- Offrir une solution durable au problème.
- Rédiger les mesures en format «SMART»,[66] c'est à-dire :
    - spécifiques – s'attaquer à un problème clairement défini dans un cadre bien délimité;
    - mesurables – pouvoir démontrer l'incidence sur le processus et le résultat;
    - accessibles – pouvoir atteindre son but avec les ressources disponibles;
    - réalistes – confronter la réalité afin d'être acceptée et mise en œuvre;
    - fixées dans le temps – avoir un échéancier de mise en œuvre;
- Cibler les mesures au bon niveau du système et veiller à ce que la mesure convienne à ce niveau (voir la *Section 2.2* pour une description des niveaux de système). Par exemple, lors d'un incident médicamenteux, si l'une des recommandations est de modifier la conception de l'étiquette, la responsabilité de cette mesure ne relève pas de l'établissement où s'est produit l'incident, ce qui transforme la tâche en effort national ou international.

- Responsabiliser les échelons appropriés de l'établissement.
- Avoir une incidence plus positive que négative sur les autres processus, ressources et horaires. Instaurer une mesure d'équilibre pour veiller à ce que les conséquences imprévues soient connues et comprises.
- Être fondées sur des données probantes y compris sur des avis d'experts, si possible, qui démontrent l'incidence de cette mesure ou d'une mesure semblable. Tenir compte des études publiées, des mesures semblables déjà mises en œuvre dans l'établissement à la suite de l'agrément, de plaintes des patients, ou à l'extérieur. Voir les *Alertes mondiales sur la sécurité des patients*.[13] Essayer d'utiliser des études dont le degré de fiabilité est le plus élevé possible; les essais contrôlés randomisés sont les plus fiables, suivis des études contrôlées par observation, des études non contrôlées, des avis d'experts et des avis de pairs).[67, 68]
- Donner suffisamment d'information sur le contexte pour que les personnes responsables de la mise en œuvre de la mesure puissent en comprendre le bien-fondé.

Il est avantageux de mettre en application les principes liés aux facteurs humains pour cerner plus facilement les facteurs contributifs puisque la même démarche peut également servir à définir les recommandations et à en évaluer l'efficacité. Autrement dit, le fait d'avoir cerné correctement les facteurs contributifs systémiques devrait permettre de trouver des solutions systémiques.

Figure 3.9 : HIÉRARCHIE DE L'EFFICACITÉ

Au moment de recommander les mesures à prendre, l'équipe dispose d'une foule d'options ayant des niveaux d'efficacité différents. Elle doit être informée de toutes ces options, énumérées ci-dessous en ordre décroissant d'efficacité, et encouragée à choisir la plus efficace selon ce qui est raisonnable et possible dans les circonstances. Il convient de noter que certains aspects, comme la formation et l'élaboration de politiques, sont des éléments indispensables mais inefficaces à eux seuls pour modifier les conditions sous-jacentes ayant mené à l'incident.

Du point de vue des facteurs humains, les interventions les plus efficaces sont «physiques plutôt que procédurales et permanentes plutôt que temporaires».[65] Certains établissements trouvent utile de se faire aider par des ingénieurs des facteurs humains ou des ergonomes afin de déterminer si les mesures proposées seront efficaces à ce point de vue.

SOLUTIONS D'AMÉLIORATION[37,65,69]

1. Mesures de restriction et contraintes
2. Automatisation/informatisation

} **GRANDE INFLUENCE – LE PLUS EFFICACE**
p. ex. installation de barres d'appui; absence de connectivité pour les appareils non liés

3. Simplification/normalisation
4. Rappels, listes de vérification, double vérification

} **INFLUENCE MODÉRÉE**
p. ex. limitation du nombre de modèles d'un même appareil; réduction du nombre d'étapes à suivre dans un processus

5. Règles et politiques
6. Sensibilisation et information

} **FAIBLE INFLUENCE – LE MOINS EFFICACE**
p. ex. diminution de la nécessité de se fier à la mémoire et à la vigilance, réduction des distractions, signaux répétitifs intégrés, utilisation d'étiquettes d'avertissement

Dans bon nombre de cas, la recommandation d'une mesure systémique nécessite de faire la preuve de l'erreur et d'apporter un changement ou une amélioration au processus ou au protocole, aux espaces de travail, aux logiciels, aux bons de commande ou à l'équipement. Une étape de « protection contre les erreurs » permet aux équipes de déterminer si les recommandations auront l'effet souhaité. Au cours de cette étape, les membres des équipes évaluent si la mesure envisagée aurait évité l'incident ou atténué le préjudice. Cette étape permet d'éviter toute conséquence involontaire sur les processus comme par exemple, créer des étapes inutiles ou une charge de travail accrue, ce qui pourrait inciter les gens à prendre des raccourcis.

Il est recommandé de bien évaluer l'incidence des recommandations avant de les mettre en œuvre. Pour ce faire, il est possible de recourir à l'une ou à plusieurs de méthodes décrites à *l'Annexe N* : l'examen cognitif, l'évaluation heuristique ou l'essai de convivialité. Le choix de la méthode dépend de la complexité du sous-système à modifier et de la gravité des répercussions si la mesure échoue ou entraîne des conséquences imprévues. En règle générale, si les conséquences risquent d'être graves, la mesure doit être évaluée à l'aide d'un test d'utilisation ou d'une combinaison de méthodes, puis modifiée et améliorée avant d'être mise en œuvre. L'outil d'analyse des modes de défaillance *Failure Mode Effects Analysis* (FMEA)[59, 60], est une autre méthode d'analyse qui peut servir à évaluer l'impact du changement de processus proposé.

L'équipe s'attardera, en premier, à **éliminer** le risque pour les patients. Si aucune mesure ne peut être prise pour éliminer ce risque, l'équipe doit trouver la mesure de contrôle du risque la plus appropriée pour réduire les probabilités de récurrence. Il est important de noter que même si une mesure de **contrôle** est mise en place et même si elle s'accompagne de vérifications, le risque demeure que la situation ayant mené à l'incident, ou une situation qui s'y apparente, se reproduise. Il arrive parfois, dans certaines circonstances, que l'équipe choisisse **d'accepter** la présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque cernés, sans autre intervention. Il se peut alors que la fréquence ou la gravité des incidents soient négligeables ou qu'un ou des facteurs identifiés ne puissent être modifiés. Par exemple, au cours de l'examen d'un incident lié à l'impossibilité d'accéder rapidement à des soins tertiaires, l'équipe devrait accepter le fait que ce niveau de service ne serait pas disponible en région éloignée et se concentrer davantage sur le transfert rapide des patients, lorsque de tels services sont nécessaires, en d'autres mots, instaurer une mesure de contrôle de ce risque.

Quelques mesures bien pensées et à effet de levier seront, en fin de compte, plus efficaces qu'une longue liste de mesures à faible effet.

Proposer un ordre de priorité pour les recommandations

La nécessité d'attribuer un ordre de priorité aux recommandations résulte de plusieurs facteurs pratiques :[10,14]

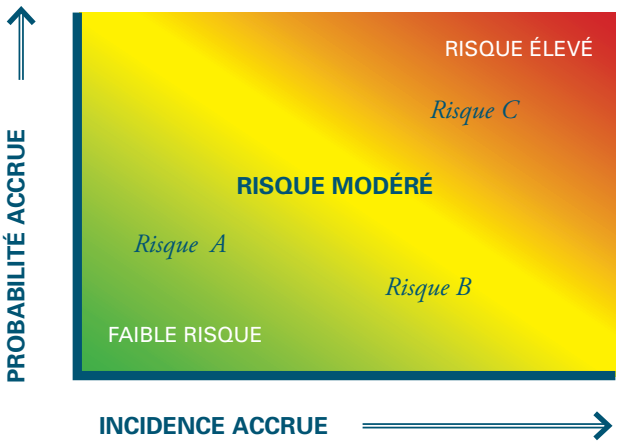
- liées à l'établissement :
  - une abondance de recommandations de toutes sortes provenant de l'agrément, des plaintes des patients, des réclamations d'assurance, des rapports du coroner et autres;
  - des ressources financières ou humaines limitées pour assurer un bon suivi des initiatives d'amélioration de la qualité et de gestion des risques;

    - d'autres priorités et stratégies décrites dans les planifications stratégiques.
- » liées à l'environnement externe :
    - diverses pressions et exigences extérieures qui influencent le fonctionnement, notamment les pratiques administratives exigées, les dispositions prévues dans les règlements et les politiques;
    - la présentation de rapports destinés au public et la conformité à certains indicateurs; et
    - les rapports portant sur des incidents similaires rendus publics.
- » liées aux caractéristiques de la mesure même (degré de changement exigé).

Le but de l'équipe d'analyse est de proposer un ordre de priorité et les délais de mise en œuvre souhaités qui devront ensuite être approuvés par l'équipe de mise en œuvre et la haute direction. Les questions et considérations suivantes peuvent servir à orienter le processus d'établissement des priorités :

- Si la recommandation n'est pas mise en œuvre, quels sont les risques ou les pires conséquences pour le patient, les prestataires, l'établissement? Si possible, illustrer les réponses à l'aide d'une carte thermique[70] (*Figure 3.10*) ou du degré d'évaluation de la gravité (*Section 3.6.2, Figure 3.4*).
- Quelles mesures peuvent être mises en œuvre immédiatement? Déterminer s'il y a des mesures à effet rapide sur la sécurité des patients qui permettraient à l'équipe de mise en œuvre et aux autres personnes concernées de poursuivre leurs efforts. Il est important de se rappeler que de petites mesures à effet rapide sont des pas dans la bonne direction, et non la destination finale.
- Déterminer aussi s'il y a en place des mécanismes, initiatives, programmes ou autres efforts d'amélioration pour mettre en œuvre les recommandations. Envisager de dresser l'inventaire sous forme de tableau, de chiffrier ou autre, des efforts déployés actuellement pour régler ce problème ou un problème semblable lié à un ou des facteurs contributifs. Ce répertoire accessible pour consultation, pourrait être un document évolutif tenu à jour et utilisé par tous les échelons de l'établissement.
- Si possible :
    - recommander des mesures à prendre à divers échelons de l'établissement et discuter pour savoir laquelle est la plus importante à chaque échelon;
    - évaluer les ressources humaines et financières et les délais nécessaires pour mettre en œuvre chacune des recommandations.

Figure 3.10 : EXEMPLE DE CARTE THERMIQUE[70]



La *Figure 3.11* présente l'exemple d'un outil pouvant servir à résumer les mesures provisoires recommandées à prendre en priorité. Il suffit d'inscrire un descripteur, élevé, modéré, faible ou autre, suivant les besoins, ou quelques brefs commentaires.

Figure 3.11 : EXEMPLE DE TABLEAU POUR RÉSUMER LES MESURES À PRENDRE EN PRIORITÉ

MESURE RECOMMANDÉE (catégorie, identification, source)	RISQUE (évaluation de la gravité)	HIÉRARCHIE DE L'EFFICACITÉ (effet de levier élevé, modéré ou faible)	PRÉDICTEURS DE RÉUSSITE (harmonisation, mécanismes en place, mesures à effet rapide)	NIVEAU DE SYSTÈME CIBLÉ (micro, méso, macro, méga)	SOLIDITÉ DES DONNÉES PROBANTES (noter si disponibles, type)	ORDRE DE PRIORITÉ SUGGÉRÉ (ou délai suggéré)

Consulter au sujet des recommandations

Lorsque c'est possible, cela peut s'avérer utile de mener une consultation pour s'assurer que les recommandations soient appropriées, que les risques cernés soient atténués et qu'il y ait une forte probabilité que l'incident ou un incident semblable ne se reproduisent plus. Les patients et les familles ont un point de vue unique sur l'incident et devraient être invités à exprimer à l'équipe, leurs idées d'amélioration. Les prestataires de soins de l'unité/service où s'est produit l'incident ainsi que les experts devraient également être consultés. Toutes les personnes ayant été sollicitées pour donner leur opinion doivent cependant être informées que leurs suggestions seront considérées mais, pour toutes sortes de raisons valables, pas nécessairement mises en œuvre. Ces raisons doivent leur être expliquées.

Rédiger et remettre le rapport

La dernière tâche de l'équipe d'analyse consiste à intégrer les recommandations et leur bien-fondé, soit les conclusions de l'analyse, dans un rapport qui est remis aux personnes responsables d'approuver ces mesures, d'en déléguer la mise en œuvre, d'affecter les ressources nécessaires et d'en surveiller la mise en œuvre. C'est le plus souvent un gestionnaire principal ou un comité responsable de la qualité qui en a la responsabilité.

La présence d'un dossier d'analyse clair et de documents pertinents à l'appui, renforcera la confiance envers les décisions découlant de l'analyse. En effet, lorsque les étapes d'analyse, les faits, les données probantes et les documents à l'appui sont consignés tout au long de l'analyse, la rédaction du rapport devrait se faire assez facilement. Le rapport servira de base aux personnes responsables de décider des mesures à prendre. Voir un exemple de modèle de rapport à *l'Annexe I*.

Souvent, l'équipe d'analyse sera dissoute une fois le rapport remis. Pour assurer un suivi adéquat, un mécanisme sera mis en place pour suivre l'avancement de la mise en œuvre des recommandations et les résultats correspondants (voir l'exemple de la *Figure 3.12*).

Gérer les recommandations

La personne ou le groupe de personnes, le plus souvent un gestionnaire principal ou un comité responsable de la qualité, qui reçoit le rapport d'analyse doit s'assurer que les recommandations sont validées d'un point de vue stratégique et opérationnel, puis délègue et enclenche la mise en œuvre des mesures approuvées. Les personnes responsables devront généralement soutenir, auprès des dirigeants et autres intervenants, les décisions concernant la mise en œuvre de ces mesures, tout en faisant preuve d'une bonne gestion des ressources disponibles et en tenant compte de l'impact à long terme pour l'établissement.

Valider les recommandations d'un point de vue stratégique et opérationnel
Le rapport d'analyse, ainsi que les recommandations, doivent être évalués par la ou les personnes responsables afin de déterminer si elles doivent être mises en œuvre, et de quelle façon. Les trois étapes suivantes peuvent s'avérer utiles pour orienter la prise des décisions :

1. **Confirmer les mesures**
   Pour favoriser la confirmation des recommandations, les personnes responsables peuvent décider de démarrer le processus en **fusionnant les mesures découlant de l'analyse et des recommandations provenant d'autres sources.** Cette façon de faire prend appui sur l'inventaire dressé par l'équipe d'analyse (*Figure 3.11*) et vise à faire en sorte que les mesures soient examinées à la lumière des risques stratégiques et opérationnels et des priorités. L'idéal est de créer, pour l'établissement, un répertoire centralisé des recommandations provenant de toutes les sources (plaintes des patients, constatations tirées des outils déclencheurs, réclamations d'assurance, agrément, coroner), ainsi que leur état d'avancement. Ce répertoire peut tenir dans un simple chiffrier électronique ou être entré dans le système lié à la sécurité des patients ou à la performance de l'établissement.

   Il peut s'avérer utile de regrouper les recommandations selon les principales catégories de facteurs contributifs : la tâche, l'équipement, l'établissement, l'environnement de travail, le patient, l'équipe de soins, autre, et d'accompagner chacune d'elles d'une information clé de haut niveau, p. ex., le risque estimé pour l'établissement et l'état de la mise en œuvre. Un tel répertoire facilitera le choix des priorités en veillant à ce que les recommandations à la suite de cet incident aillent dans le même sens que les efforts déjà en cours au sein de l'établissement, et non dans une direction opposée. Il faut, bien sûr, assurer la mise à jour régulière d'un tel répertoire.

2. Évaluer la validité des recommandations

On procède à la validation des recommandations pour s'assurer que les mesures sont :

- Accessibles : les ressources, compétences et outils sont disponibles sinon, on prévoit les mettre en place avant le début de la mise en œuvre;
- réalisables : la culture, la volonté de changer, la technologie, la législation et tout autre facteur contextuel permettent de soutenir la mesure et ne lui font pas concurrence;
- rentables : une analyse coût/bénéfice peut parfois être nécessaire;
- harmonisées avec les priorités stratégiques et opérationnelles de l'établissement : la mise en œuvre des mesures ne créera pas un vide dans d'autres services ou programmes.

3. Approuver les recommandations et établir des lignes directrices pour leur mise en œuvre

La dernière étape de la validation consiste à confirmer les mesures à prendre et à établir des lignes directrices globales pour leur mise en œuvre. Celles-ci doivent porter sur les critères suivants et s'accompagner d'une brève justification :

- l'ordre de priorité à donner aux recommandations. Que faut-il mettre en œuvre en premier?;
- le niveau de système ciblé : micro, méso, macro ou méga. Il faut déterminer si les recommandations doivent être généralisées aux autres parties du système. Par exemple, si l'incident est lié à l'utilisation d'un médicament injectable sous forme concentrée dans un secteur de l'hôpital, il sera utile d'aborder la gestion de ce médicament dans tous les autres secteurs également et de tenir aussi compte de l'administration des médicaments injectables concentrés semblables dans le cadre de la même intervention, au même moment;
- les délais : le début de la mise en œuvre et la durée prévue;
- la responsabilité : désigner un dirigeant sénior et un responsable de la mise en œuvre;
- la reddition de compte : proposer la façon de mesurer la réussite, les étapes clés et la fréquence des rapports.

Une fois approuvées et validées, les recommandations doivent être confiées aux personnes responsables de leur mise en œuvre. Il faut mettre en place un mécanisme pour transmettre de l'information sur les recommandations et leur mise en œuvre au patient et à sa famille, ainsi qu'aux prestataires de soins de l'unité/service où l'incident s'est produit, aux dirigeants de l'établissement et à d'autres parties concernées, le cas échéant. La *Section 3.8* présente de plus amples renseignements sur le partage de l'information et l'apprentissage.

Déléguer et enclencher la mise en œuvre des recommandations

Les mesures approuvées sont ensuite confiées aux personnes responsables de leur mise en œuvre. Dans la mesure du possible, cette étape se fait dans le cadre d'une réunion en personne pour que tous comprennent bien le but, les objectifs et l'orientation des mesures à prendre. Il est important que tout soit clair pour tous puisque le dirigeant sénior et l'équipe responsable de la mise en œuvre fonderont leurs plans de travail sur l'information reçue à propos du processus de transition. Il est tout aussi important d'assurer le suivi et l'état d'achèvement de la mise en œuvre des mesures.

La délégation des mesures à prendre ne devrait pas être un fardeau pour les personnes responsables puisqu'elle se fait selon les travaux de validation menés précédemment. Il faut maintenant offrir du soutien et donner toute la latitude à l'équipe de mise en œuvre, puisque l'effort de changement qu'on s'apprête à déployer peut se buter à une certaine résistance, souvent inhérente à tout changement organisationnel.

Il est utile d'instaurer un système de suivi des recommandations parce qu'il permettra aux dirigeants de l'établissement et à d'autres de suivre la progression de leur mise en œuvre. Il est également possible de publier périodiquement des rapports d'étape précisant les mesures connexes en cours de mise en œuvre. La *Figure 3.12* donne un exemple d'outil de suivi de l'état de la mise en œuvre des recommandations. Un chiffrier tel qu'Excel® ou un logiciel tel que Microsoft Project® seraient également utiles.

Figure 3.12 : EXEMPLE D'OUTIL DE SUIVI DE L'ÉTAT DE LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS

CATÉGORIE	RECOMMENDATION	SOURCE ET N° D'ID	DATE D'ENTRÉE	ÉTAT D'AVANCEMENT (*voir fig. 3.13*)	ORDRE DE PRIORITÉ OU DÉLAI (date de fin)	SECTEUR VISÉ	NIVEAU DE RISQUE	PERSONNE RESPONSABLE
FACTEURS LIÉS À LA TÂCHE								

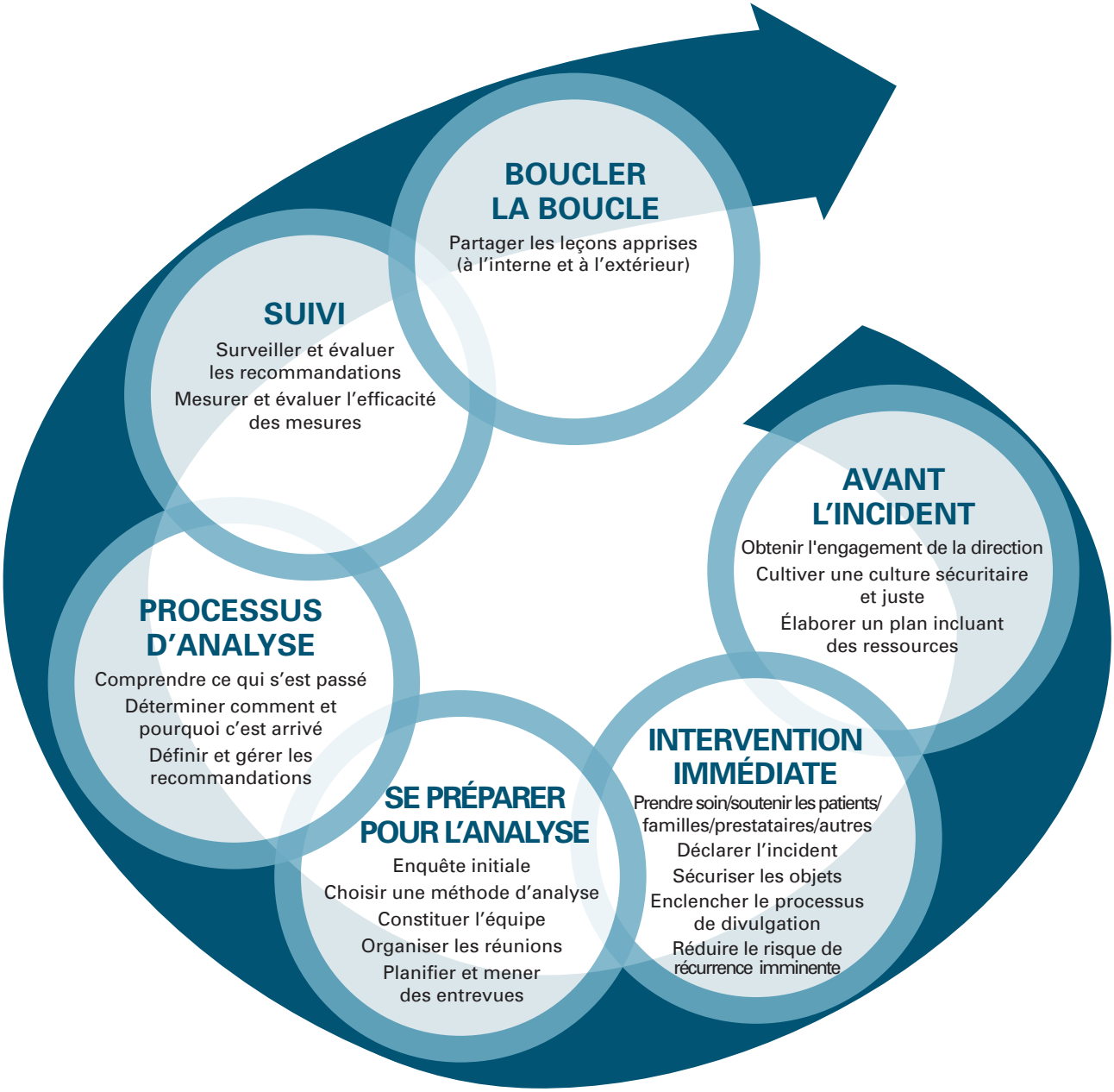
La transposition des recommandations de l'analyse de l'incident en mesures concrètes et en changements durables n'est pas une mince affaire. Une réelle amélioration ne sera réalisée qu'en présence d'une démarche de collaboration systématique qui jouit du soutien explicite de la direction et de ressources suffisantes. Parmi les ressources requises, il faut des facilitateurs de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients qui sont formés régulièrement aux méthodes utilisées et ont acquis et perfectionné leurs compétences au fil de nombreuses années d'expérience.

Figure 3.13 : L'ÉCHELLE DE LARSEN

L' Échelle de Larsen[71] est un outil souvent utilisé pour suivre les mesures. Elle permet d'apposer une étiquette descriptive à l'état d'avancement du projet.

Examiné et rejeté
Rien de fait
À l'étude
En voie d'être mis en œuvre
Partiellement mis en œuvre
Mis en œuvre tel que présenté
Adapté et mis en œuvre

SUIVI


BOUCLER LA BOUCLE
Partager les leçons apprises (à l'interne et à l'extérieur)
SUIVI
Surveiller et évaluer les recommandations
Mesurer et évaluer l'efficacité des mesures
AVANT L'INCIDENT
Obtenir l'engagement de la direction
Cultiver une culture sécuritaire et juste
Élaborer un plan incluant des ressources
PROCESSUS D'ANALYSE
Comprendre ce qui s'est passé
Déterminer comment et pourquoi c'est arrivé
Définir et gérer les recommandations
SE PRÉPARER POUR L'ANALYSE
Enquête initiale
Choisir une méthode d'analyse
Constituer l'équipe
Organiser les réunions
Planifier et mener des entrevues
INTERVENTION IMMÉDIATE
Prendre soin/soutenir les patients/familles/prestataires/autres
Déclarer l'incident
Sécuriser les objets
Enclencher le processus de divulgation
Réduire le risque de récurrence imminente

3.7 SUIVI

3.7.1 Mise en œuvre

La mise en œuvre des recommandations est une étape importante dans le processus de gestion des incidents, son succès contribuant à la réussite de l'analyse. L'implication de la haute direction, comme en témoigne l'histoire de Claire, peut accélérer la mise en œuvre et les améliorations et soutenir une culture de la sécurité dans l'établissement. Il y a des ressources et des programmes de gouvernance disponibles pour les conseils d'administration et qui offrent un soutien important et favorisent une culture de sécurité. Par exemple, la trousse *« Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients: Trousse à outils à l'intention des membres de conseils d'administration et des cadres supérieurs d'organismes de santé »*.[2]

Les recommandations peuvent être très difficiles à mettre en œuvre si elles ne ciblent pas les facteurs contributifs, ne visent pas d'objectifs clairs et n'ont pas le soutien explicite de la direction. La capacité limitée d'absorber de nouvelles initiatives est bien connue. Les équipes de première ligne sont toujours occupées à soigner les patients et à apporter les améliorations souhaitées, tandis que les gestionnaires se sentent inondés par les projets ministériels ou régionaux qui s'ajoutent aux activités quotidiennes. Et pour ajouter aux pressions déjà exercées, la direction s'attend à ce que les recommandations soient rapidement mises en œuvre.

Ainsi, il vaut mieux que l'établissement ait recours à un outil de gestion du changement[72] ou d'amélioration qui peut contribuer à faciliter la mise en œuvre des recommandations d'une manière qui soutiendra la réussite. Voir les outils, modèles et autres ressources dans la trousse de départ du cadre d'amélioration *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*.[73] Le modèle d'amélioration[74] figure parmi les méthodes qui ont été employées avec succès par des milliers d'établissements de santé dans le monde afin d'améliorer les divers et nombreux processus et résultats en soins de santé. Le modèle compte deux parties :

- Trois questions fondamentales :
    - Qu'essaie-t-on d'accomplir?
    - Comment savoir qu'un changement apporte une amélioration?
    - Quels changements apporter pour obtenir une amélioration?
- Le cycle Planification-Exécution-Étude-Action (PEÉA) afin de mettre à l'essai et en œuvre les changements en milieu de travail réel.

La science de la complexité (*Section 2.2*) nous convie à essayer de nombreuses démarches et à consacrer notre temps et notre énergie aux stratégies qui semblent être fructueuses. L'adoption de petits cycles PEÉA en vue d'apporter des changements et d'améliorer la qualité est un exemple d'activité qui permet l'expérimentation au sein d'une approche scientifique.[74] L'établissement devrait également penser à mener des essais pilotes ou des tests d'utilisation avant de procéder à la mise en œuvre des mesures à grande échelle, surtout lorsque des changements importants sont prévus.

Un outil facile à utiliser, testé et développé par le Boston Consulting Group peut aider à identifier et à minimiser le risque d'échec de la mise en œuvre. Leurs experts ont déterminé que le résultat des initiatives de changement dépend de quatre éléments : la (D)urée du projet, l'(I)ntégrité de performance de l'équipe, l'engagement de l'établissement envers le (C)hangement, et l'(E)ffort supplémentaire exigé des membres du personnel. L'outil est disponible en ligne à l'adresse : http://dice.bcg.com/dice.html[75]

Idéalement, les personnes responsables de la mise en œuvre des recommandations feront part de la progression de leurs efforts aux membres de l'équipe d'analyse, ainsi qu'au personnel de l'unité/du programme/de l'établissement où l'incident est survenu. Une fois les mesures mises en œuvre, les résultats de l'évaluation et les leçons retenues doivent être communiqués. Voir la *Section 3.8* pour plus d'information sur la communication des leçons retenues.

3.7.2 Surveiller et évaluer l'efficacité des recommandations

Le but de la mise en œuvre de changements du système est de rendre le système plus sécuritaire. Toutefois, certaines recommandations, même bien intentionnées et bien pensées, peuvent ne pas avoir l'effet désiré en pratique. Ainsi, l'efficacité des mesures mises en œuvre doit être surveillée afin de déterminer si ces changements ont aidé à rendre le système plus sûr, ont eu un impact nul ou limité sur la sécurité du système, ou dans le pire des cas, les changements ont réellement rendu le système moins sécuritaire. Si la surveillance indique que, pour une raison quelconque, les changements n'ont pas eu l'effet escompté, l'établissement doit revoir les recommandations pour identifier des solutions alternatives ou améliorer l'impact des solutions précédentes. Les établissements investissent des ressources considérables pour enquêter sur les incidents en vue de modifier les conditions qui ont conduit à ces événements. Suivre l'impact des recommandations d'une analyse favorise l'apprentissage organisationnel et l'engagement du personnel envers l'amélioration des soins. Avedis Donabedian a noté que « plutôt qu'être une activité de contrôle, la surveillance fait appel à la responsabilisation professionnelle et contribue à une gestion rationnelle en permettant de documenter la qualité du produit. »[70]

L'efficacité des recommandations doit être mesurée si on veut l'évaluer. Une façon d'identifier les mesures d'évaluation utiles est de demander au personnel comment ils sauraient si une mesure a été efficace. Le personnel pourrait être plus familier avec les données existantes ou avoir des idées sur la façon d'observer et d'enregistrer des gestes que l'équipe d'analyse ne reconnaîtrait pas.[65] Les données disponibles à partir de bases de données existantes ou de rapports, ainsi que des données enregistrées par des outils de vérification simples utilisés sur une base régulière, pourraient s'avérer utiles. Les évaluations les plus utiles des recommandations sont celles qui permettent d'évaluer les résultats ou les conséquences. L'évaluation des résultats offre des preuves directes de l'efficacité des mesures instaurées et pas seulement l'achèvement de mesures préventives. Par exemple, à la suite d'une analyse d'incidents multiples de chute, un établissement doit surveiller l'incidence continue des chutes. Étant donné qu'une des conséquences de l'attention croissante portée sur la prévention des chutes est susceptible d'être une croissance des cas de chute signalés, l'équipe doit également surveiller l'incidence de chutes avec préjudice.

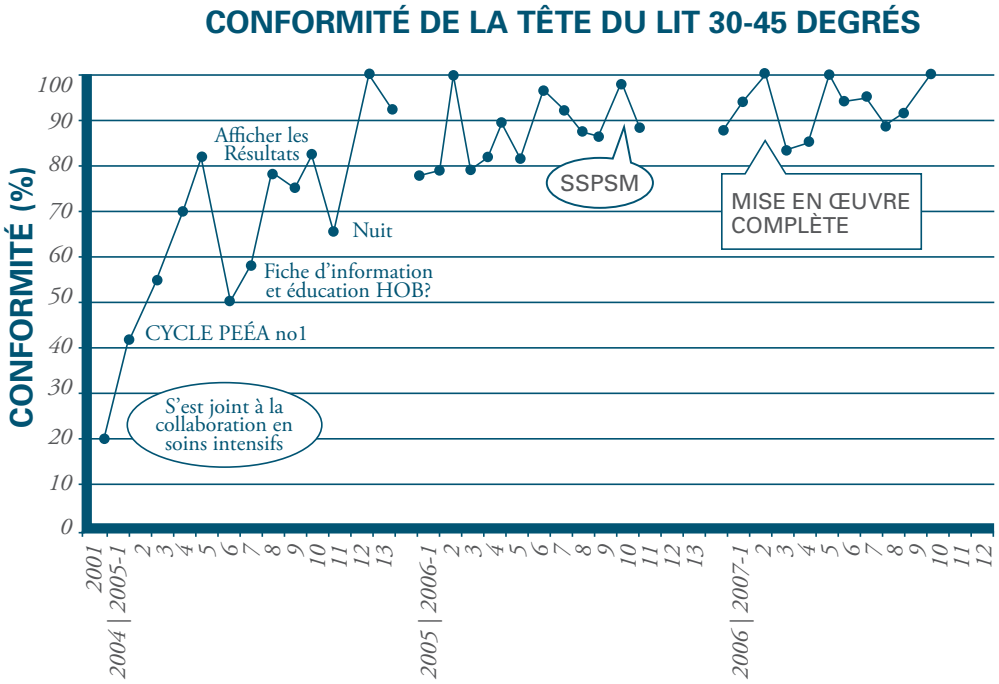
Les évaluations des résultats devraient être accompagnées par des évaluations de processus qui permettent d'évaluer le degré de mise en œuvre des recommandations. Pour reprendre l'exemple des chutes, un établissement pourrait surveiller le pourcentage de patients nouvellement admis qui ont été évalués au niveau du risque de chute. Si une recommandation avait identifié le besoin que les patients portent des chaussures adaptées, le personnel pourrait surveiller les patients sur une base régulière pour observer combien de ces derniers portent des chaussures appropriées. Un équilibre entre les évaluations de processus et de résultat permet à l'individu ou au groupe chargé de surveiller la mise en œuvre des recommandations, d'interpréter leur impact et de les réviser ou les renforcer si elles n'ont pas l'effet souhaité.

Évaluer ou mesurer?
La méthodologie associée à l'évaluation est plus complexe que celle pour la mesure car son intention est plus vaste : porter des jugements, améliorer ou développer davantage l'efficacité du programme, éclairer les décisions ou accroître la compréhension.[77] La mesure est l'une des nombreuses composantes de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité.

De nombreux incidents sont rares. Par conséquent, la surveillance de l'incidence hebdomadaire ou mensuelle est peu informative. Il faut plutôt faire appel dans ces cas à des stratégies plus avancées telles que les tableaux de contrôle qui surveillent les intervalles de temps entre incidents[76] Dans les endroits où les cartes de contrôle ne sont pas disponibles, les équipes peuvent utiliser des mesures de processus qui permettent d'identifier d'importantes mesures de prévention comme substituts ou procurations pour les résultats. Par exemple, dans de nombreux USI, l'incidence de bactériémies a chuté abruptement après la mise en œuvre de protocoles relatifs à l'insertion et au soin des cathéters centraux. Dans ces unités de soins intensifs, la meilleure stratégie de mesure serait peut-être la surveillance de ces protocoles, par exemple, quel est le pourcentage de cathéters centraux surveillés en vertu de « l'ensemble de mesures de soin? », combinée à l'analyse des incidents de bactériémies liées aux cathéters afin d'identifier d'éventuelles contre-mesures supplémentaires.

Les mesures du processus devraient être illustrées par des schémas ou des courbes qui permettent une évaluation rapide des performances au fil du temps. Les schémas présentent plusieurs avantages : ils sont faciles à créer sans logiciel spécialisé; ils sont faciles à interpréter et ils présentent plus d'informations que des graphiques à barres ou des tableaux qui ne montrent pas les performances au fil du temps et ils peuvent dissimuler les tendances indésirables de performance, y compris des améliorations à court terme qui se détériorent.[72] Ces schémas ou courbes annotés comprennent des notes qui aident à comprendre les facteurs qui ont contribué à la variation de la performance. Voir exemple ci-dessous. Ces schémas ou courbes sont encore plus utiles s'ils sont interprétés à l'aide d'une série de règles qui signalent des motifs non aléatoires.[78, 79]

Exemple d'une courbe annotée[72]



Le principal objectif de mesurer le suivi des recommandations est l'amélioration.[80] Mesurer en vue d'améliorer met l'accent sur une approche pratique avec « juste assez » de données dans de petits échantillons séquentiels[73] De petits échantillons prélevés fréquemment peuvent informer plus que de grands échantillons prélevés moins souvent et ils sont également plus faciles à intégrer dans le travail du personnel. Les mesures doivent être clairement définies et les stratégies pour la collecte de ces données doivent être mises au point à l'aide du personnel qui les collecte. La collecte de données relatives à un processus, avant la mise en œuvre de changements, aide à établir si ces changements sont des améliorations et si ces améliorations sont durables. Par exemple, l'équipe qui surveille les recommandations en matière de prévention des chutes pourrait convenir d'évaluer 10 dossiers de patients dans deux unités chaque semaine et noter le nombre de dossiers pour lesquels une évaluation des risques de chute a été complétée. La stratégie d'échantillonnage et le calendrier pour la mesure doivent être clairement établis. Il est important de fixer des plafonds de performance réalistes. Par exemple, une cible de conformité à 100 pour cent ne devrait pas être fixée à moins de pouvoir l'atteindre.

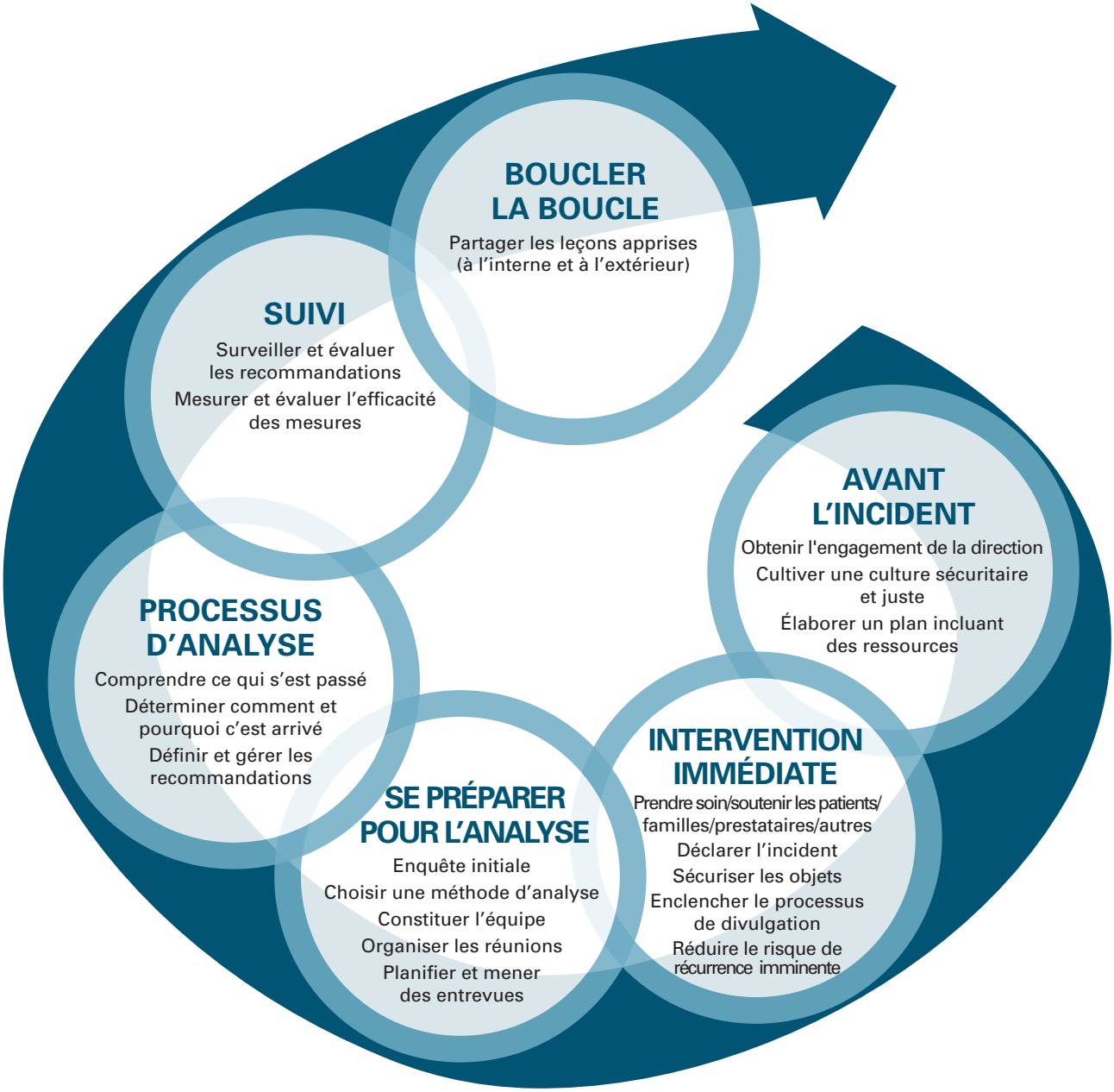
Mesurer et évaluer peut se faire sous forme de rapports volontaires, de suivi d'intervention, d'observation directe de la performance, de l'examen des dossiers, de suivi informatisé et de sondages. Mais quelle que soit la forme, les mesures doivent être soigneusement définies, la collecte des données sera conçue pour être pratique et le personnel doit recevoir des informations sur les raisons de l'importance de mesurer et comment cela peut être incorporé dans leur travail. Voir la *Figure 3.14* pour les questions clés concernant la conception d'une stratégie de collecte de données.

Mesurer ressemble parfois à rien de plus que « des tâches additionnelles » et une mesure qui n'est pas bien conçue, incomplète ou faite rapidement ne sera pas informative. Mais bien mesurer aide à s'assurer que des améliorations sont apportées pour favoriser des environnements de soins plus sécuritaires, et cela peut se traduire par de meilleurs résultats pour les patients et des environnements de travail plus efficaces.

Figure 3.14 : QUESTIONS UTILES POUR LA CONCEPTION DE LA COLLECTE DE DONNÉES

1. Ai-je défini les données de sorte que je reçoive exactement ce que je veux?
2. Quel est le niveau de précision désiré et est-ce important?
3. Comment les données m'aideront-elles?
4. Puis-je compter sur leur cohérence?
5. Que vais-je faire avec les données?
6. Est-ce que ma stratégie de collecte fonctionne?
7. Comment vais-je afficher les données que je recueille?

BOUCLER LA BOUCLE



3.8 BOUCLER LA BOUCLE

Partager l'apprentissage constitue l'un des objectifs finaux de l'analyse, représentés comme derniers éléments du continuum du cadre. Partager l'apprentissage à la fois au sein de l'établissement, avec les patients et les familles, les personnes impliquées dans l'incident, l'équipe d'analyse et d'autres au besoin, et également à l'extérieur de l'établissement, est essentiel pour la prévention des préjudices futurs et pour rendre les soins plus sécuritaires. Sans l'apprentissage et le partage, l'établissement reste vulnérable, car des incidents identiques ou similaires pourraient se reproduire et aucun autre système ou établissement externe ne peuvent bénéficier de cet apprentissage. Les résultats des analyses devraient s'intégrer aux processus de rapports à l'échelle de l'établissement et être partagés avec la haute direction, le conseil d'administration et le public.

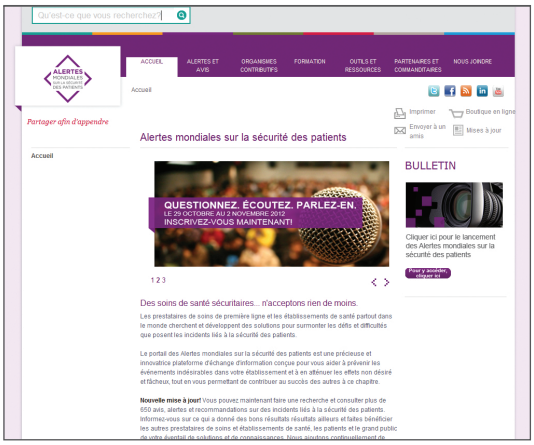
Le processus de gestion des incidents doit être surveillé en permanence pour s'assurer de son efficacité et de sa fiabilité. Une surveillance continue permet d'identifier d'autres occasions d'amélioration.

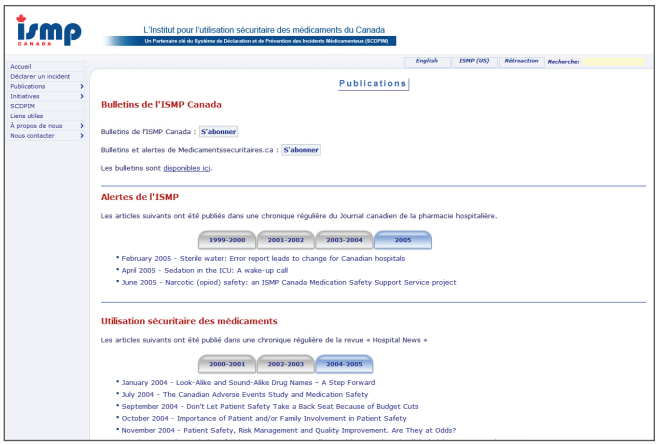
L'apprentissage organisationnel permanent et le partage des résultats

Apprendre d'un incident, comprendre, formuler les mesures à prendre pour prévenir toute récurrence et rétablir les relations sont les buts ultimes du processus de gestion des incidents liés à la sécurité des patients. Il est essentiel que les leçons retenues soient diffusées et transmises par de multiples voies de communication. Certains établissements pourraient vouloir mener une analyse de plusieurs analyses déjà effectuées afin de pouvoir réexaminer des situations similaires et en tirer des conclusions plus générales (*Section 3.6.5*).

Des mécanismes de rétroaction doivent être instaurés dans le cadre de toute analyse d'incident afin de partager les connaissances acquises avec les diverses personnes qui ont pris part aux activités d'analyse et de mise en œuvre des mesures. Ainsi, le patient, sa famille et les prestataires de soins de l'unité où s'est produit l'incident doivent être informés des changements apportés et des résultats obtenus. L'équipe d'analyse de l'incident voudra savoir à quels facteurs contributifs parmi ceux identifiés on a décidé de s'attaquer. De son côté, l'équipe de mise en œuvre voudra savoir lequel des changements ou des mesures apportés a eu le plus grand impact.

Figure 3.15 : EXEMPLES DE LOGITHÈQUES





Ces renseignements peuvent être partagés de plusieurs façons, notamment par mémos, présentation orale, caucus ou tout autre moyen que l'établissement juge pratique. La nécessité d'assurer une communication en temps opportun est un aspect à ne pas négliger. Des individus devraient être affectés à cette tâche importante afin qu'elle soit complétée rapidement.

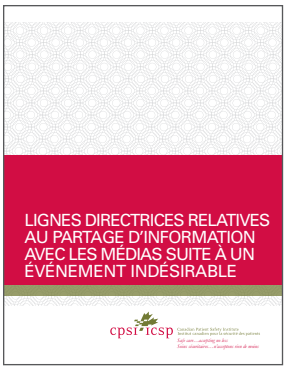
Les mécanismes de communication vers l'extérieur, qui permettent de transmettre les leçons retenues à l'externe, revêtent une aussi grande importance parce que le même incident ou un incident similaire peuvent survenir dans d'autres établissements, systèmes ou pays. Les leçons retenues par un établissement doivent être transmises aux autres afin de prévenir les préjudices. Les communications externes doivent préciser ce qui s'est produit, pourquoi, la réaction de l'établissement, les mesures ou les changements mis en œuvre et les résultats obtenus.

Les alertes, avis et mémos constituent des outils souvent employés à cette fin. Afin de prévenir un préjudice semblable et de faciliter la gestion des incidents, il est fortement recommandé de partager les résultats anonymisés avec les autres, tout en respectant les lois sur la protection des renseignements personnels. Par exemple, les *Bulletins d'ISMP Canada*[35] sont rédigés pour signaler les incidents médicamenteux et partager les connaissances acquises à l'échelle du Canada. Les *Alertes mondiales sur la sécurité des patients*[13] renferment un résumé des Bulletins d'ISMP Canada, ainsi que des alertes et des avis de diverses sources du monde entier qui sont pertinents pour les praticiens canadiens (*Figure 3.16*).

Informer le public est une étape qu'il faut également envisager et qui s'avère cruciale lorsque l'incident a été ou sera divulgué au public. Parmi les renseignements critiques à transmettre au public, il y a les mesures prises pour réduire le risque de récurrence et les résultats ainsi obtenus, ainsi que le contexte de l'incident. Un exemple de document précisant les lignes directrices à suivre pour divulguer l'information au public et renfermant une liste de vérification sur le partage de l'information élaborée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients est intitulé *Lignes directrices relatives au partage d'information avec les médias suite à un évènement indésirable*, et est mis à la disposition du public.[48]

« DANS LE CADRE DE L'EXAMEN DE NOS PROPRES ERREURS, NOUS AVONS ÉGALEMENT RECHERCHÉ DES INFORMATIONS À TRAVERS LE PAYS SUR LES AUTRES TRAGÉDIES SEMBLABLES... IL Y A EU AU MOINS TROIS AUTRES DÉCÈS D'ENFANTS DANS CE PAYS DEPUIS 1989 À LA SUITE DE LA VINCRISTINE INJECTÉE PAR ERREUR DANS LE LIQUIDE CÉPHALORACHIDIEN. CES ÉVÉNEMENTS SE SONT PRODUITS EN NOUVELLE-ÉCOSSE, AU QUÉBEC ET EN ONTARIO. CHAQUE INCIDENT A ÉTÉ PLEINEMENT EXAMINÉ DANS L'INSTITUTION OÙ IL S'EST PRODUIT, TANT À L'INTERNE QUE PAR LES CORONERS PROVINCIAUX. POURTANT, NOUS AVONS CONSTATÉ QUE LES DÉTAILS DE CES ERREURS N'ONT PAS ÉTÉ ENTIÈREMENT PARTAGÉS ENTRE LES PROVINCES, LES BUREAUX DES CORONERS OU LES HÔPITAUX. NOUS N'ÉTIONS PAS EN MESURE D'APPRENDRE DE NOS ERREURS ET N'AVONS PAS EU L'OCCASION D'APPRENDRE DE CELLES DE NOS COLLÈGUES. »[81]

Figure 3.16 : EXEMPLE DE LIGNES DIRECTRICES POUR INFORMER LES MÉDIAS



Comme la plupart des établissements de soins de santé ont désigné plus d'une personne responsable de mener les diverses activités liées au processus de gestion des incidents décrites à la *Figure 3.1*, il est essentiel, pour la réussite de ce processus, d'assurer un bon transfert de responsabilités entre les étapes, de compléter toutes les étapes en entier et d'en assurer le suivi. Il est tout aussi crucial d'assurer une excellente communication entre les personnes ou équipes responsables de répondre, de faire rapport, d'analyser, de mettre en œuvre, d'évaluer et de communiquer les leçons tirées des incidents.

Réflexions sur l'amélioration de la qualité des analyses et des processus de gestion

Les établissements sont encouragés à périodiquement consacrer du temps et des ressources pour examiner et évaluer comment les processus d'analyse des incidents et de gestion des incidents fonctionnent. Le but de cet effort est de s'assurer que les processus sont pertinents, fiables, utilisent efficacement les ressources et le personnel et sont axés sur l'amélioration des soins. En outre, l'apprentissage peut aider dans l'élaboration de protocoles, de listes de contrôle et d'autres ressources qui aident les équipes à gérer les incidents.

Les facteurs qui influencent la qualité de l'analyse comprennent : [82]

- La rapidité mise à compléter l'analyse.
- La qualité des recommandations. Voir la *Section 3.6.6* .
- La mise en œuvre des recommandations et leur état d'achèvement.
- La surveillance de l'efficacité des mesures mises en œuvre dans la réduction de la récurrence des préjudices.
- Le partage les leçons apprises à l'interne et à l'externe.
- La présence de barrières ou d'un ou de plusieurs facteurs atténuants efficaces.
- La façon dont le prestataire perçoit la sécurité des soins.

Lors de la définition des critères de qualité, les établissements doivent porter leur attention sur les conséquences involontaires possibles résultant de plusieurs facteurs, par exemple, mener des analyses plus simples et moins nombreuses.

Les stimulants non monétaires, par exemple des récompenses[83] qui reconnaissent les équipes qui affichent une meilleure performance, peuvent jouer un rôle important dans l'augmentation de l'engagement dans le processus et donc améliorer la qualité de

l'analyse. La qualité d'analyse des incidents est extrêmement importante au niveau du rétablissement de la confiance et des relations parmi tous ceux qui étaient impliqués dans un incident et dans la création d'une culture de sécurité dans l'établissement.

CONCLUSION

La sécurité des soins des patients est un aspect fondamental de la prestation de services de santé de qualité. Le cadre canadien d'analyse des incidents liés à la sécurité des patients peut grandement contribuer à l'amélioration de la sécurité des soins dans les établissements de santé. Il peut aider ces établissements et leurs employés de première ligne qui offrent des soins aux patients, à procéder à une analyse systémique des incidents, comprenant notamment l'identification des facteurs contributifs, la formulation de recommandations pour réduire les risques, ainsi que l'élaboration de plans d'action et de stratégies de mesure visant à évaluer l'efficacité de ces plans.

En s'efforçant de cerner et d'analyser les causes sous-jacentes à l'origine des incidents, on parvient à mieux comprendre les risques présents dans le système et, en fin de compte, à offrir à toute la population un système de santé plus sécuritaire. Il s'agit d'une partie intégrale du projet de faire évoluer la culture de l'établissement de santé dans son ensemble, du blâme vers la compréhension, l'apprentissage et l'amélioration.

RÉFÉRENCES

1. Hicock L, Lewis J. *Beware the Grieving Warrior: A child's preventable death. A struggle for truth, healing, and change.* ECW Press: Toronto; 2004.

2. Groupe de direction sur la gouvernance. *Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients: Trousse à outils à l'intention des membres de conseils d'administration et des cadres supérieurs d'organismes de santé.* Version 2. Edmonton (AB) : Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011. P 2. Disponible ici : http://signup.patientsafetyinstitute.ca/french/toolsresources/governancepatientsafety/pages/default.aspx

3. World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety. More than words: conceptual framework for the international classification for patient safety.* Geneva: World Health Organization; 2009 Jan. 154 p. Report No.: WHO/IER/PSP/2010.2. Disponible ici : http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

4. Institut canadien pour la sécurité des patients. *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation : parler ouvertement aux patients et aux proches.* Edmonton (AB) : Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011. P 12. Disponible ici : http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/disclosure/Documents/CPSI%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines%20FR.pdf

5. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. *The Canadian Adverse Events Study : The incindence of adverse events among hospital patients in Canada.* CMAJ. 2004 May; 170(11) : 1678-1686.

6. Trew M, Nettleton S, Flemons W. Du préjudice à la guérison – devenir le partenaire des patients qui ont subi un préjudice. Edmonton (AB). Institut canadien pour la sécurité des patients. 2011. Disponible ici: http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/research/commissionedresearch/pages/default.aspx

7. Institut canadien pour la sécurité des patients, L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, Saskatchewan Health. *Cadre canadien de l'analyse des causes souches.* Edmonton AB: Institut canadien pour la sécurité des patients. Mars 2006. : Édition française 2008.

8. Vincent, C. *Patient Safety*, 2nd edition. Wiley-Blackwell Publishing. 2012. Pp. 119-140;

9. Organisation mondiale de la Santé. *Cinq solutions prioritaires.* Organisation mondiale de la Santé; Sept. 2011. Disponible ici : https://www.high5s.org

10. *Table ronde sur l'analyse des événements indésirables.* Vancouver (BC): Institut canadien pour la sécurité des patients; 3 Mars 2010. Disponible ici : http://www.patientsafetyinstitute.ca

11. Ruddick P, Hannah K, Schade CP, Bellamy G, Brehm J, Lomely D. « Using root cause analysis to reduce falls in rural health care facilities ». In: Henriksen K, Battles

JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 8 août. Disponible ici : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43646/

12. Percarpio KB, Watts BV, Weeks WB. *The effectiveness of root cause analysis: what does the literature tell us?* Jt Comm J Qual Patient Saf. 2008 Jul;34(7):391-8.

13. Institut canadien pour la sécurité des patients. *Alertes mondiales sur la sécurité des patients.* Edmonton (AB): Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011. Disponible ici : http://www.globalpatientsafetyalerts.com/french/pages/default.aspx

14. White J L., *Analyse des causes souches : un survol de la documentation pertinente* [Internet]. Edmonton (AB): Institut canadien pour la sécurité des patients; 1er juillet 2009. Disponible ici : http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/rca/Documents/RCA%20Literature%20Review%202009%20FR.pdf

15. PRA. *Consultations sur les révisions au cadre d'analyse des causes souches* [Internet]. Edmonton (AB). Sera disponible en 2012 sur www.patientsafetyinstitute.ca

16. American Hospital Association, Institute for Family Centred Care. *Strategies for Leadership: Advancing the Practice of Patient and Family Centred Care. A Resources Guide for Hospital Senior Leaders, Medical Staff and Governing Boards.* Septembre 2004. Disponible ici : http://www.aha.org/content/00-10/resourceguide.pdf

17. Patients pour la sécurité des patients du Canada. *Principes de la divulgation des préjudices.* Edmonton (AB): Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011 [cité janv. 2012]. Disponible ici : http://www.patientsforpatientsafety.ca/French/Resources/Pages/Disclosure-Principles.aspx

18. Grissinger M. *Including Patients on Root Cause Analysis Teams: Pros and Cons.* P&T Décembre 2011. Vol. 36 N. 12. Disponible ici : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278184/?tool=pubmed

19. Zimmerman TM, Amori G. *Including Patients in Root Cause and System Failure Analysis: Legal and Psychological Implications.* Journal of Healthcare Risk Management. 2007. Vol. 27. N. 2. 27-34

20. Edgman-Levitan S. Involving the patient in safety efforts. In : Leonard M, Frankel A, Simmonds T. Achieving Safe and Reliable Healthcare : strategies and solutions. Chicago, IL : Health Administration Press; 2004. P. 81-92. Available from : www.ache.org/pdf/secure/gifts/july10-leonard.pdf

21. Health and Safety Commission. *Organizing for safety.* ACSNI Human Factors Study Group (report no. 3). London. HMSO : 1993.

22. Vincent C. *Patient Safety*. 2nd edition. Hoboken, NJ : Wiley-Blackwell;2010. P. 119-140.

23. Marx D. *Patient safety and the "just culture": a primer for health care executives* [Internet]. New York (NY): Medical Event Reporting System – Transfusion Medicine; Avril 2001 [cité janv. 2012]. Disponible ici : http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1582

24. Rason J. *Human error : models and management.* BMJ. 2000 Mar; 320(7237) : 768-770. Available from : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/?tool=pubmed

25. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century* [Internet]. Washington, DC: The National Academies Press; 2001 [cité janv. 2012]. Appendix B. Available from: www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309072808

26. Sargut G, McGrath RG. *Learning to live with complexity.* Harvard Business Review. 2011 Sep; 89(9) : 66-76

27. Edmondson AC. *Strategies for learning from failure.* Harvard Business Review. 2011 Apr; 89(4) : 48-55.

28. Dekker S. *The Field Guide to Human Error Investigations* (Aldershot: Ashgate Publishing limited 2002)

29. Dooley, K. Edgeware : *Insights from complexity science for health care leaders* by Brenda Zimmerman, Curt Lindberg and Paul Plsek. Complexity. 1999 Jul; 4(5) : 38.

30. Patton MQ. *Developmental evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation and use* [Internet]. New York (NY): The Guilford Press; 2011

31. Java A. *Social Media Research Blog: Sphere of Influence* [Internet]. Baltimore (MD): TypePad. Août 2008 – [cité janv. 2012]. Disponible ici : http://socialmedia.typepad.com/blog/2008/08/sphere-of-influence.html

32. Nelson EC, Godfrey MM, Batalden PB, Berry SA, Bothe AE Jr, McKinley KE, Melin CN, Muething SE, Moore LG, Wasson JH, Nolan TW. *Clinical microsystems, part 1. The building blocks of health systems*. Jt Comm J Qual Patient Saf. Juillet 2008;34(7):367-78.

33. Merriam-Webster, Inc. *Dictionary and thesaurus* [Internet]. Context. Springfield (MA): Merriam-Webster, Inc.; 2012 [cité janv. 2012]. Disponible ici : http://www.merriam-webster.com.

34. Zecevic A, et coll. *Seniors Fall Investigative Methodology (SFIM): A Systems Approach to the Study of Falls in Seniors*. Canadian Journal on Aging 26 (3):281-290 (2007)

35. L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. Bulletins. [Internet] Toronto (ON). 2012. [cité janv. 2012] Disponible ici : http://ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/

36. Wu AW, Lipshutz AK, Pronovost PJ. *Effectiveness and efficiency of root cause analysis in medicine.* JAMA. 13 Février 2008 13;299(6):685-7.

37. Veterans Health Administration. *VHA Patient Safety Improvement Handbook*. [Internet] Washington (DC): Department of Veteran Affairs, Veterans Health Administration. 4 mars 2011 [cité janv. 2012] Disponible ici : http://www1.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=2389

38. Lucchiari C, Pravettoni G. *Cognitive balanced model : a conceptual scheme of diagnostic decision making*. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2012 Feb; 18(1) : 82-88

39. Dekker S. *Just culture: balancing safety and accountability*. Burlington, VT: Ashgate Publishing, Ltd.; 2007.

40. L'Association canadienne de protection médicale. *Leçons à tirer des événements indésirables : Favoriser une culture juste en matière de sécurité dans les hôpitaux et les établissements de santé au Canada*. Ottawa, ON : l'Association canadienne de protection médicale; 2009. Disponible ici : https://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/submissions_papers/com_learning_from_adverse_events-f.cfm

41. Hyland S. Why is Critical Incident Reportin and Shared Learning Important for Patient Safety? Reporting on critical incidents related to medications/iv fluid. Ontario Hospital Association Video and Website; 2011 Aug 24; Toronto, ON. Available from: www.oha.com/Education/Documents?ISMP_Canada_Presentation_for_OHA_Video_Webcast_24August2011_Final.pdf.

42. National Patient Safety Agency (NPSA). NPSA: *Incident decision tree*. London, UK: National Patient Safety Agency; 2003. Available from www.chpso.org/just/IDTadvice2003.pdf

43. National Patient Safety Agency. *NPSA: incident decision tree* [Internet]. London (UK): National Patient Safety Agency. 2005 [cité janv. 2012] Disponible ici : https://report.npsa.nhs.uk/idt2/%28S%28ois05g452z3hkn551sqyfken%29%29/index.aspx

44. Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell MJ. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events* (Second Edition). IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponible ici : www.IHI.org.

45. Weick K, Sutcliffe K. *Managing the Unexpected: Resilient Performance in an Age of Uncertainty.* San Francisco, CA: Jossey Bass. 2007.

46. Models of HRO. High Reliability Organizing. Available from http://high-reliability.org/pages/Weick-Sutcliffe

47. Wu AW (editor). *The Value of Close Calls in Improving Patient Safety: Learning how to avoid and mitigate patient harm.* Joint Commission Resources, Oak Brook, IL, 2010.

48. Institut canadien pour la sécurité des patients. *Lignes directrices relatives au partage d'information avec les médias suite à un évènement indésirable.* [Internet]. Edmonton (AB): Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011 [cité janv. 2012]. Disponible ici : http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/News/Documents/CPSI%20Best%20Practice%20Guide%20FR.pdf

49. Centre for Healthcare Improvement. *Patient Safety : From learning to action IV. Fourth Queensland health report on clinical incidents and sentinel events in the Queensland public health system 2008/09*. Queensland Health; 2011 Jan. P. 20. Available from : www.health.qld.gov.au/psq/reports/lta4.pdf

50. Center for Innovation in Quality Patient Care. *The comprehensive unit-based safety program (CUSP)* [Internet]. Baltimore (MA): John Hopkins Medicine; [cité janv. 2012]. Disponible ici : http://www.hopkinsmedicine.org/innovation_quality_patient_care/areas_expertise/improve_patient_safety/cusp/

51. Throop C, Stockmeier C. *SEC & SSER Patient Safety Measurement System for Healthcare* [Internet]. Virginia Beach (VA): *Healthcare Performance Improvement*, LLC; 2011 May [cité janv. 2012 9] Disponible ici : http://hpiresults.com/publications/HPI%20White%20Paper%20-%20SEC%20SSER%20Measurement%20System%20REV%202%20MAY%202010.pdf

52. Ishikawa K.Introduction to Quality Control. Productivity Press; 1990.

53. Leebov W, Ersoz CJ. *The Health Care Manager's Guide to Continuous Quality Improvement*. Lincoln (NE): Authors Choice Press; 1991-2003. p 173.

54. Ruddick P, Hannah K, Schade CP, Bellamy G, Brehm J, Lomely D. *Using root cause analysis to reduce falls in rural health care facilities*. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; Août 2008.

55. National Patient Safety Agency. *Root Cause Analysis (RCA) Investigation Guidance* [Internet]. London (UK): National Patient Safety Agency. 2010 Aug [cité janv. 2012] Disponible ici : http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=75355

56. Kauffmann RM, Landman MP, Shelton J, et al. *The use of a multidisciplinary morbidity and mortality conference to incorporate ACGME general competencies. Journal of Surgical Education* 2011 Jul-Aug;68(4):303-8. Epub 2011 Mar 25.

57. Zecevic AA, Salmoni AW, Lewko JH, Vandervoort AA, Speechley M. *Utilization of the Seniors Falls Investigation Methodology to Identify System-Wide Causes of Falls in Community-Dwelling Seniors*. The Gerontologist. 2009 Oct; 49(5) :685-696. Disponible ici : http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2009/01/01/geront.gnp059.full.pdf+html

58. L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. *Analysis of a cluster of medication incidents in community pharmacy*. ISMP Canada Safety Bulletin [Internet]. 2008 Nov [cité janv. 2012];8(8)1-2. Disponible ici : http://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2008-08MedicationIncidentsinCommunityPharmacy.pdf

59. L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. *Failure mode and effects analysis* [Internet]. Toronto (ON) : L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada; 2000-2009 [cité janv. 2012]. Disponible ici : http://www.ismp-canada.org/fmea.htm

60. Joint Commission Resources. Failure Mode and Effects Analysis in Health Care : Proactive risk reduction, Third Edition. Oakbrook Terrance, IL : Joint Commision Resources; 2010.

61. Womack , Jones D. *Lean Thinking : Banish waste and create wealth in your corporation, Second Edition*. Free Press 2003.

62. Cochrane DD. Investigation into Medical Imaging, Credentialing and Quality Assurance : Phase 2 report. British Columbia Patient Safety and Quality Council; 2011 Aug. Available from : www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2011/cochrane-phase2-report.pdf

63. Health Quality Council of Alberta. *Quality Assurance Review of the Three Medication and One Expressed Breast Milk Incidents at the Alberta Children's Hospital, Calgary, Alberta: Public report*. Calgary, AB : Health quality Council of Alberta. Mars 2010 [cité janv. 2012]. Disponible ici : http://publications.hqca.ca/preview/154

64. Queensland Health, Farmer. Appendix 3. Patient Safety : From learning to action III. Queensland Health; 2010 May. Available from www.health.qld.gov.au/psq/reports/Ita3.pdf

65. Lee C, Neily J, Mills PD, Hirschelr KH. *How to make the most of actions and outcome measures*. NCPS TIPS Juillet/août 2004. Disponible ici : http://www.patientsafety.gov/TIPS/Docs/TIPS_JulAug04.pdf

66. Doran, G.T. *There is a S.M.A.R.T. way to write management objectives. Management Review*. 1981; 71 (11, AMA Forum); Nov.1981; 35-36.

67. Brighton B, Bhandari M, Tornetta P 3rd, Felson DT. *Hierarchy of evidence: from case reports to randomized controlled trials*. Clinical Orthopaedics and Related Research. Août 2003; (413): 19-24.

68. Evidence Based Nursing Practice. *The Hierarchy of Evidence* [Internet]. London (UK): Morton and Morton; 2003 [cité janv. 2012]. Disponible ici : http://www.ebnp.co.uk/The%20Hierarchy%20of%20Evidence.htm

69. Donabedian A. *Institutional and professional responsibilities in quality assurance.* Quality Assurance in Health Care. 1989; 1(1):3-11.

70. Celona J, Driver J, Hall E. *Value-driven ERM: Making ERM an engine for simultaneous value creation and value protection*. American Society for Healthcare Risk Management Monograph.2010. Disponible ici : www.ashrm.org/ashrm/education/development/monographs/Monograph_ERM2010.pdf

71. Larsen JK. Information utilization and non-utilization and executive summary. Annual Convention of the American Psychological Association. 1982 Aug; Washington, DC. Available at : www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/contentdelivery/serlet/ERICServlet?accno=ED227430

72. Kotter JP, Schlesinger LA. *Choosing Strategies for Change*. Harvard Business Review 1979; 57(2) : 106-1142008, Jul.

73. Soins de santé plus sécuritaires maintenant! *La trousse d'information dans le cadre du travail de l'amélioration de la qualité*. Edmonton, AB : Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Octobre 2011. Disponible ici : http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20EN.PDF

74. Langley GJ, Moen R, Nolan KM, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 2nd Edition. Jossey-Bass. Avril 2009.

75. Boston Consulting Group. *DICE : How to beat the odds in program execution*. [Internet] 2012 [cité janv. 2012]. Disponible ici : http://dice.bcg.com/dice.html

76. Benneyan JC. *Number Between G-type Statistical Quality Control Charts for Monitoring Adverse Events*. Health Care Management Science. 2001; 4(4) : 305-318.

77. Department Of Evaluation and Research Services. *Differentiation of Research, Quality Improvement and Program Evaluation*. [Internet] 2010 [cité janv. 2012]. Disponible ici : http://research.fraserhealth.ca/media/2010%2005%2006Research_QI_Program%20Evaluation%20Differentiation.pdf

78. Provost LP, Murray SK. *The Health Care Data Guide: Learning From Data for Improvement*. San Francisco, Jossey-Bass. 2011.

79. Perla RJ, Provost LP, Murray SK. et coll. *The run chart: a simple analytical tool for learning from variation in healthcare processes*. BMJ Quality & Safety 2011; 20(1) : 46-51.

80. Solberg LI, Mosser G, McDonald S. *The Three Faces of Performance Measurement: Improvement, Accountability, and Research*. Journal on Quality Improvement. 1997; 23(3): 135-147.

81. National Steering Committee on Patient Safety. *Building a Safer System : A national integrated strategy for improving patient safety in Canadian health care*. Ottawa, O : Royal College of physicians and Surgeons of Canada; 2002. P.2 Sept. 2008. Disponible ici : http://rcpsc.medical.org/publications/building_a_safer_system_e.pdf

82. Pham JC, Kim GR, Natterman JP, et al. *ReCASTing the RCA: An Improved Model for Performing Root Cause Analyses*. American Journal of Medical Quality. 2010; 25(3):186-191

83. Bagian JP, King BJ, Mills PD, McKnight SD. *Improving RCA performance: the Cornerstone Award and the power of positive reinforcement*. BMJ Quality & Safety. Novembre 2011; 20(11): 974-982.

84. Hollnagel, E. *Cognitive Reliability and Error Analysis Method (CREAM)*. Oxford, UK: Elsevier Science; 1998.

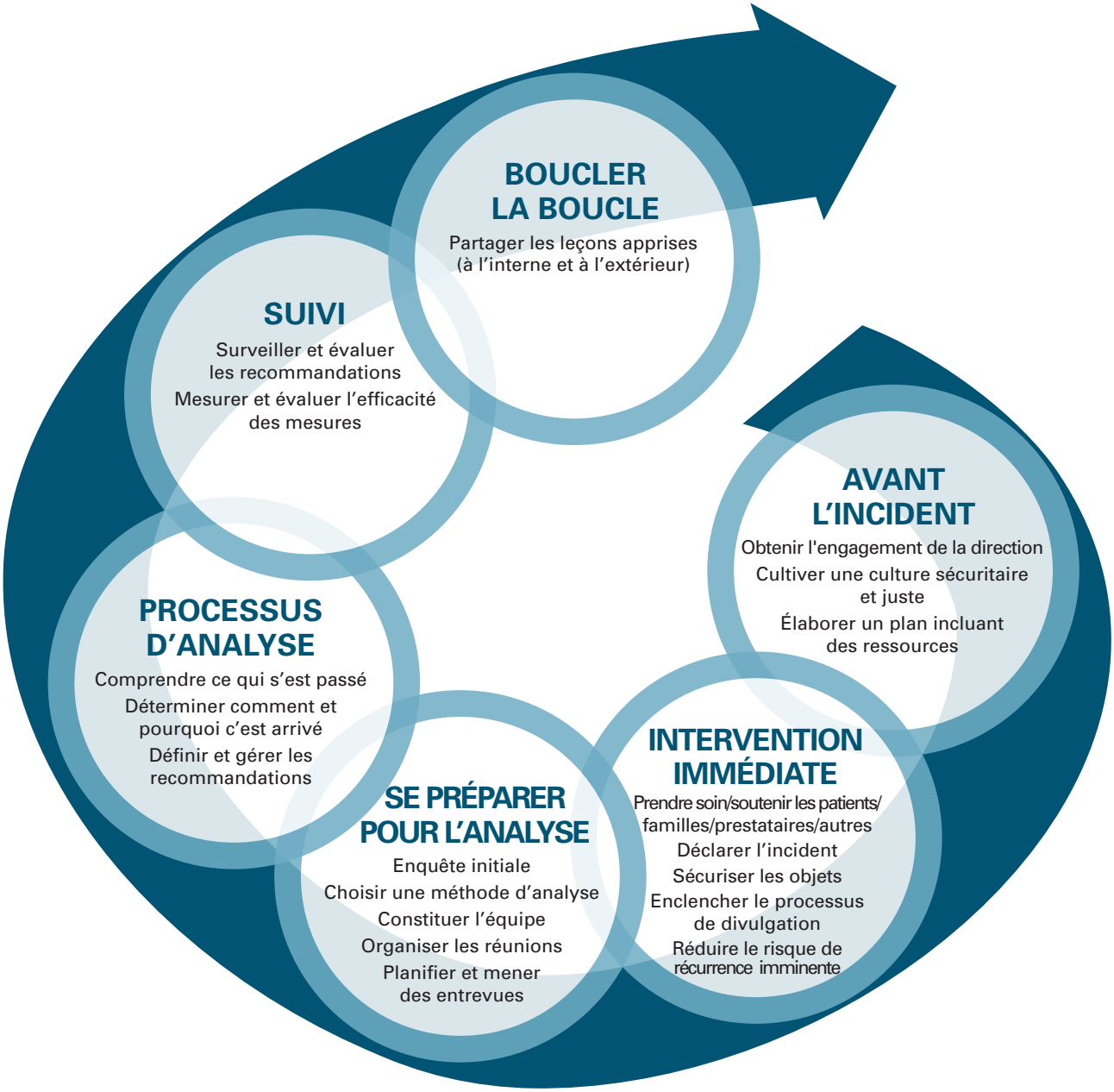
85. Trochim W, Kane M. *Concept mapping: an introduction to structured conceptualization in health care*. International Journal for Quality in Health Care. Juin 2005; 17(3): 187-191. Disponible ici : http://intqhc.oxfordjournals.org/content/17/3/187.long

86. Snider C, Kirst M, abubakar S, Ahmad F, Nathens AB. *Community-based Participatory Research: Development of an Emergency Department–based Youth Violence Intervention Using Concept Mapping*. Academic Emergency Medicine 2010; 17(8): 977-885.

87. Anderson C, Talsma A. *Characterizing the structure of operating room staffing using social network analysis*. Nursing Research. Nov-Déc 2011; 60(6): 378-385.

88. National Patient Safety Agency National Reporting and Learning Service. *Root Cause Analysis Investigation Tools: Guide to investigation report writing following Root Cause Analysis of patient safety incidents*. [Internet] London, UK : NHD; 2008 [cité janv. 2012]. Disponible ici : http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59847

ANNEXES


BOUCLER LA BOUCLE
Partager les leçons apprises (à l'interne et à l'extérieur)
SUIVI
Surveiller et évaluer les recommandations
Mesurer et évaluer l'efficacité des mesures
AVANT L'INCIDENT
Obtenir l'engagement de la direction
Cultiver une culture sécuritaire et juste
Élaborer un plan incluant des ressources
PROCESSUS D'ANALYSE
Comprendre ce qui s'est passé
Déterminer comment et pourquoi c'est arrivé
Définir et gérer les recommandations
SE PRÉPARER POUR L'ANALYSE
Enquête initiale
Choisir une méthode d'analyse
Constituer l'équipe
Organiser les réunions
Planifier et mener des entrevues
INTERVENTION IMMÉDIATE
Prendre soin/soutenir les patients/familles/prestataires/autres
Déclarer l'incident
Sécuriser les objets
Enclencher le processus de divulgation
Réduire le risque de récurrence imminente

ANNEXES

A. LISTE DE VÉRIFICATION DE LA GESTION D'ÉQUIPE

LISTE DE VÉRIFICATION DE LA GESTION D'ÉQUIPE	
PLANIFICATION	
☐	Membres de l'équipe identifiés et confirmés
☐	Salle réservée
☐	Rafraîchissements commandés
PRÉPARATION	
☐	Entente de confidentialité
☐	Charte de projet
☐	Dossier médical
☐	Politiques et procédures connexes
☐	Chronologie de l'incident (copies numérotées 1/10, 2/10, etc.)
☐	Tableaux de papier, feuillets autoadhésifs, marqueurs
☐	Ordre du jour et objectifs; documents à lire avant la réunion au besoin
☐	Règles de base
SUIVI	
☐	Prochaines réunions prévues : _____
☐	Rédaction du compte rendu confiée à : _____ Date limite : _____
☐	Documents recueillis

B. DÉFIS ET STRATÉGIES UTILES AU COURS DU PROCESSUS D'ANALYSE

Une foule de défis peuvent survenir lors de l'analyse. Le tableau ci-dessous souligne quelques obstacles pouvant nuire au déroulement d'un processus d'analyse et propose diverses stratégies à envisager si de tels obstacles sont rencontrés.

DÉFIS/OBSTACLES	STRATÉGIES
Absence de politique/directives organisationnelles en matière d'analyse	Élaborer et mettre en œuvre des directives d'analyse à l'échelle de l'établissement. Utiliser des exemples de pratiques exemplaires pour stimuler et faciliter le processus.
Expertise en analyse insuffisante au sein de l'établissement	Offrir de la formation en analyse aux personnes responsables de la gestion de risque et de l'amélioration de la qualité de l'établissement et du soutien pour les inciter à mener un processus d'analyse. De nombreux cours et ateliers se donnent au Canada et aux États-Unis. Avoir recours à un spécialiste externe de l'analyse pour établir une solide base de connaissances et de compétences.
Manque de connaissance et de compréhension du processus d'analyse	Élaborer et mettre en œuvre un programme de formation sur la politique et le processus d'analyse. Prévoir plusieurs séances pour les médecins et les représentants du personnel, ainsi que pour les cadres supérieurs et les membres du conseil d'administration.
Problèmes de dynamique d'équipe	
Peur	Fournir à tous les membres de l'équipe, avant la première réunion, une copie de la politique en vigueur concernant le déroulement d'une analyse.
Langage culpabilisant (y compris auto-accusation)	Veiller à ce que le facilitateur, le chef d'équipe ou les collègues experts soient disponibles pour clarifier les questions ou les préoccupations.
Personnalités dominantes	Réitérer les règles de base. Ne jamais tolérer l'usage d'un langage culpabilisant et ne permettre à personne de dominer la discussion.
Manque de participation	Respecter le fait que la participation soit volontaire. Une fois le processus bien établi, le taux de participation augmentera.
Idées toutes faites sur les solutions ou les modifications à apporter	Guider l'équipe et l'amener à explorer des solutions de rechange qui pourraient être tirées de l'analyse documentaire.
Réticence à explorer des améliorations ou modifications spécifiques à apporter au système	Utiliser des exemples comme ceux présentés dans ce document pour illustrer le processus. Encourager la créativité et les idées novatrices.

C. COMPOSITION ET RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE D'ANALYSE

Chef de l'équipe d'analyse : personne qui possède une bonne connaissance du type d'incident à analyser et l'autorité requise pour enclencher le processus.

Compétences requises :
- Possède des compétences cliniques et une solide capacité d'analyse dans ce domaine en particulier.

Responsabilités :
- Garder l'équipe centrée sur l'incident
- Offrir le soutien nécessaire au changement de culture
- Soutenir les membres de l'équipe dans leur analyse
- Éliminer tout obstacle rencontré par les membres de l'équipe

Facilitateur : spécialiste de la qualité ou gestionnaire de risques ayant la compétence et l'assurance nécessaires pour mener à bien le processus.

Compétences requises :
- Expert des méthodes et techniques d'analyse
- Compétences en dynamique de groupe
- Compétences en délégation
- Compétences en recherche de consensus

Responsabilités :
- Coordonner les réunions d'équipe
- Garder l'équipe centrée sur l'incident
- Encourager un dialogue constructif
- Respecter les échéances
- S'assurer du respect du processus d'analyse selon les directives de l'établissement
- Peut être appelé à compléter le rapport final

Personnes compétentes dans le domaine
Ces personnes varieront selon le type d'incident. L'apport des membres du personnel clinique et non clinique, y compris ceux concernés par l'incident et plusieurs qui ne le sont pas, est précieux. Par exemple, l'analyse d'un suicide peut nécessiter la participation du personnel de divers services, dont les installations matérielles ou l'entretien du bâtiment, l'entretien ménager, les soins infirmiers, la sécurité, etc. L'analyse des incidents médicamenteux peut nécessiter l'apport de pharmaciens, d'ingénieurs biomédicaux, de spécialistes en technologies de l'information, de médecins, d'infirmières, de commis d'unité, d'assistants techniques en pharmacie, etc. Les équipes de chutes peuvent faire appel aux infirmières, aux physiothérapeutes, au personnel de réadaptation, aux aides infirmières, aux infirmières auxiliaires, etc.

Compétences requises :
- Connaissance approfondie du domaine
- Crédibilité au sein de l'établissement
- Capacité d'analyse, ouverture d'esprit
- Intérêt pour la démarche

Responsabilités :

- Fournir de l'information pertinente sur les étapes de l'incident
- Fournir de l'information sur les procédures habituellement suivies
- Aider à cerner les facteurs contributifs et les gestes relevant de la bonne pratique

Le patient, sa famille ou leur représentant

Compétences requises :

- Compréhension de l'incident avec une perspective différente des autres membres de l'équipe
- Habileté à communiquer cette perspective et sa compréhension de l'incident

Responsabilités :

- Partager leur opinion, leur connaissance de l'incident et toute autre information pouvant contribuer à l'identification de ce qui est arrivé, du comment cela s'est-il produit et de ce qu'on peut faire pour en prévenir la récurrence
- Participer au dialogue de façon constructive

Haute direction

Compétences requises :

- Autorité nécessaire pour la prise de décisions
- Promotion par l'exemple de la culture de sécurité

Responsabilités :

- S'assurer que les mesures sont mises en œuvre une fois approuvées.
- S'assurer que le personnel est relevé de ses tâches habituelles afin de participer à l'analyse.
- S'assurer que les résultats de l'analyse sont communiqués à grande échelle.
- S'assurer que les prestataires et le patient, sa famille ou son représentant sont pris en charge.

Autres employés ou consultants

Notamment les organismes externes au besoin : soins à domicile, personnel ambulancier, fournisseurs, etc. Ces personnes peuvent fournir de l'information que les employés de l'établissement ne peuvent savoir.

Compétences requises :

- Connaissances particulières de l'équipement, de la technologie, etc., qui a pu contribuer à l'incident ou qui peut être nécessaire pour corriger la situation.

Responsabilités :

- Fournir un avis et des connaissances spécialisées afin d'aider à cerner les facteurs contributifs ou la formulation des recommandations.

D. EXEMPLE DE MISE SUR PIED D'UNE ÉQUIPE

Date :
De :
Objet : Mémo concernant la constitution d'une équipe en vue d'une analyse
À :

1. Le présent mémo confirme qu'une équipe d'analyse sera réunie pour déterminer les facteurs ayant contribué à l'incident lié à la sécurité des patients ou ceux ayant été cernés dans le cadre d'une analyse typologique ou globale brièvement décrite ci-dessous.

_____

_____

Date de l'incident ___/___/___ Date du signalement ou de la déclaration de l'incident___/___/___
Cette méthode d'analyse est (cocher une seule réponse) : une analyse exhaustive ____
concise ____ à incidents multiples ____

2. Dans le cadre du processus, l'équipe sera responsable de rédiger un rapport final et des recommandations fondées sur son analyse éclairée. Toutes les analyses s'inscrivent dans les processus d'assurance de la qualité et d'examen ciblé, et les résultats obtenus par l'équipe (p. ex. les notes d'entrevues, les rapports préliminaires et finaux, etc.) sont confidentiels, privilégiés et protégés en vertu de la Loi XYZ.

Note : Si, en cours d'analyse, il s'avère que les incidents liés à la sécurité des patients étudiés sont le résultat d'actes non sécuritaires intentionnels, l'équipe communiquera avec la personne compétente pour déterminer si un processus d'examen administratif ou autre devrait s'enclencher. Voir la Section 3.2 pour en savoir plus

3. Liste des disciplines ou des services qui devraient prendre part à l'analyse :

_____

_____

4. Liste des experts internes de l'établissement (p. ex., d'une installation) et des experts ou des consultants externes possibles :

_____

_____

5. Liste des ressources mises à la disposition de l'équipe (p. ex., numéro de salle, tableaux de papier, ordinateur portable, etc.)

_____

_____

6. Date de remise du rapport final de l'équipe : ___/___/___

(Texte adapté du Veteran's Administration National Center for Patient Safety, dans le Cadre canadien de l'analyse des causes souches)[7]

E. ENTENTE DE CONFIDENTIALITÉ

Nom (en lettres moulées): _____

Affilié à _____ en tant que _____

(Inscrire le nom de l'établissement) (Poste ou titre d'emploi)

1. Je comprends que l'établissement a la garde et le contrôle des renseignements qu'il doit protéger pour des raisons éthiques et juridiques. Le présent document témoigne de mon engagement à traiter toute information qui m'est révélée durant le processus d'analyse d'une manière qui respecte la vie privée des praticiens, des patients et des organismes concernés, y compris l'information qui ne dévoile pas l'identité des professionnels de la santé, des institutions ou des patients.

2. Je considérerai, dans le cadre de l'analyse, tous les renseignements liés à l'incident, ainsi que toute information administrative, financière, liée aux employés et autre, comme étant confidentiels. Cela inclut l'information détenue sur tout type de support, comme la télécopie, le courrier électronique, les notes de discussion et tout autre document. Cette obligation ne s'applique pas à l'information du domaine public.

3. Je conviens de respecter les règles suivantes en ce qui concerne le traitement de l'information que possède l'établissement.

   (a) Je ne consulterai pas les renseignements liés à l'incident à moins d'en avoir absolument besoin pour effectuer mes tâches régulières ou m'acquitter des responsabilités professionnelles qui m'incombent dans le cadre du processus d'analyse.
   (b) Je ne divulguerai aucune information relative au processus d'analyse, sauf pour exercer mon métier ou assumer mes responsabilités envers l'établissement.
   (c) Je n'amorcerai aucune discussion concernant l'information découlant du processus d'analyse, que ce soit en public ou dans un endroit susceptible d'attirer l'attention de tierces personnes, qui ne sont pas autorisées à recevoir une telle information, comme dans les corridors, les ascenseurs, les salles de toilette, la cafétéria, les vestiaires, les salons, les aires publiques d'accueil, etc.
   (d) Je ne permettrai à quiconque d'utiliser mon accès autorisé (nom d'utilisateur et mot de passe) pour consulter l'information relative à l'analyse et conservée sur support informatique, numérique ou autre.
   (e) Je consulterai, traiterai et transmettrai l'information uniquement à l'aide des moyens autorisés (matériel, logiciels et autre équipement).

4. Je conviens que l'établissement se réserve le droit de mener des vérifications pour s'assurer que l'information est protégée contre toute consultation, utilisation, divulgation, duplication, modification et destruction non autorisée.

5. J'ai lu la présente entente de confidentialité et je m'engage à respecter les modalités qui y sont précisées même si mon association avec l'établissement prend fin.

_____ _____

Signature Date

(Tiré de *Organizational Confidentiality Agreement* et adapté avec la permission de l'ISMP Canada)

F. LISTE DE VÉRIFICATION POUR MENER DES RENCONTRES EFFICACES AVEC LES PATIENTS ET LES FAMILLES

(Rédigé par Patients pour la sécurité des patients du Canada, un programme dirigé par les patients de l'Institut canadien pour la sécurité des patients)

Cette liste a été élaborée pour aider à préparer les dirigeants en soins de santé et les prestataires pour des réunions avec les patients et les familles quand un incident lié à la sécurité des patients est en train d'être discuté.

Les éléments clés de l'entregent que les dirigeants et les prestataires peuvent apporter à ces réunions sont la compassion, une volonté d'écouter et de comprendre et la capacité de soutenir.

PATIENTS FOR PATIENT SAFETY CANADA | PATIENTS POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DU CANADA

Lorsque l'inattendu se produit :

- » Reconnaître tout de suite l'événement devant le patient ou sa famille et présenter des excuses.
- » Poser des questions sur les besoins immédiats du patient ou de sa famille résultant de la situation inattendue : p. ex. une aide temporaire pour le logement, le transport, la garde d'enfants, le deuil ou le soutien psychologique, etc. Offrir de l'aide si possible.
- » S'engager à découvrir ce qui s'est passé, le comment et le pourquoi c'est arrivé.
- » Expliquer la prochaine étape du processus d'analyse.
- » Aider le patient ou sa famille à accéder aux informations qu'ils demandent, p. ex., les résultats de tests, les dossiers médicaux, etc

Garder les lignes de communication ouvertes :

- » Donner au patient ou à sa famille le nom d'une personne-ressource qui pourra répondre à leurs questions ou leur donner des mises à jour.
- » Communiquer avec le patient ou sa famille à des intervalles convenus s'ils le souhaitent.
- » Informer le patient ou sa famille s'il y a des changements ou des retards dans le processus.

Permettre la participation au processus d'analyse :

- » Demander au patient ou à sa famille s'ils souhaiteraient rencontrer l'équipe d'analyse ou d'enquête.
- » Organiser une entrevue avec les enquêteurs et le patient ou sa famille à un moment et à un endroit qui est agréable et confortable pour le patient ou sa famille. Essayer de planifier cela dès le début du processus d'analyse.

Se préparer pour les réunions avec les patients et les familles :

Général :

- » Demander au patient ou à sa famille, à quel endroit ils seraient le plus à l'aise et leur disponibilité pour une réunion.
- » Demander au patient ou à sa famille qui ils aimeraient voir assister à la réunion. Communiquer à l'avance la liste des participants et leurs titres.
- » Confirmer les détails de la réunion. Aider à la planification, par ex. le stationnement, le lieu de rencontre, le plan pour les aider à trouver la salle, etc.
- » Fournir les coordonnées, numéros du téléphone portable et autre téléphone à utiliser en cas de changement.

- Demander s'il y a d'autres éléments qui pourraient leur être utiles pour cette réunion, par exemple, commander un taxi, avoir un laissez-passer de stationnement, prévoir la garde des enfants, identifier les entrées accessibles, etc.
- S'assurer que la salle de réunion et l'emplacement sont appropriés, pas dans l'unité ou l'établissement où l'incident s'est produit, et que la pièce est assez grande pour accueillir tous les participants.
- Penser à tenir les réunions avec l'équipe de prestataires dans un endroit différent ou après la réunion avec le patient ou sa famille afin d'éviter la perception que la réunion est déjà commencée sans eux. Obtenir de l'eau, du café ou du thé, des serviettes et un endroit confortable où le patient ou sa famille peuvent s'asseoir et qui est facilement accessible à partir de la porte d'entrée de l'établissement.

Pour l'examen des conclusions de l'analyse :

- Informer le patient/la famille que l'examen a été complété et le cas échéant, leur envoyer des copies des rapports.
- Demandez-leur s'ils souhaiteraient avoir une rencontre en personne pour discuter du rapport.

Préparer l'équipe pour des réunions avec les patients et les familles :

- S'assurer que l'équipe connaît le lieu, l'heure et la date de la réunion.
- S'assurer que l'équipe qui assiste est capable de rester pour la réunion entière.
- S'assurer que chaque membre de l'équipe connaît son rôle et ce qu'on attend de lui.
- Nommer un facilitateur pour ouvrir la réunion, soutenir le patient ou sa famille, veiller à ce qu'il y ait possibilité de poser des questions et clore la réunion.

Lors de la réunion avec les patients et les familles :

- Ne pas commencer la réunion avant l'arrivée du patient ou de sa famille. Arriver tôt pour accueillir le patient ou sa famille au moment et au lieu de rencontre convenus et les escorter jusqu'à la salle de réunion.
- Fournir des indications à propos du bâtiment, par exemple, le lieu pour les toilettes, le café, la cafétéria, le cas échéant.
- Commencer la réunion en remerciant le patient ou sa famille d'assister à la réunion et faire des déclarations de soutien, par exemple, présenter des excuses, manifester de la compassion, etc.
- Présenter l'équipe et tous les membres de la famille présents.
- Discuter de la façon dont la réunion sera structurée.
- Encourager le patient ou sa famille à poser des questions et à faire préciser l'information.
- Demander au patient ou à sa famille leur point de vue ou leurs observations lors de la réunion.
- Faire preuve de compassion et de compréhension vis-à-vis de la situation du patient ou de sa famille, surtout s'ils réagissent avec émotion au cours de la réunion.
- À la fin de la réunion, si approprié, demander si le patient ou sa famille souhaitent rester en contact avec l'établissement et tenus à jour sur les progrès de l'une des améliorations recommandées.
- Résumer la discussion qui a eu lieu durant la réunion. Indiquer les principaux points soulevés ou demandés par le patient ou sa famille.

- Offrir un plan et un calendrier pour tout autre suivi, si nécessaire.
- Remercier le patient ou sa famille d'avoir assisté à la réunion, pour leurs questions, leur patience, leur perspicacité et les renseignements fournis.
- Escorter le patient ou sa famille depuis la salle de réunion jusqu'à leurs moyens de transport. Répéter les indications à propos du bâtiment (toilettes, café, stationnement, etc.). Fournir un jeton de stationnement ou effectuer le remboursement.

Suivi :

- À moins d'indication contraire de la part du patient ou de sa famille, faire un suivi téléphonique quelques jours plus tard pour voir s'il y a d'autres questions, des commentaires ou des renseignements.
- Suivi avec le patient ou sa famille à propos des questions en suspens.
- Suivi avec le patient ou sa famille, le cas échéant concernant les leçons apprises, la mise en œuvre d'améliorations et d'autres moyens de contribuer à la qualité et la sécurité des soins.

G. QUESTIONS GUIDES POUR L'ANALYSE DES INCIDENTS

La liste de questions guides qui suit vise à faciliter la détermination des facteurs contributifs, des dangers et des facteurs atténuants à l'étape de l'analyse de l'incident qui cherche à savoir « comment et pourquoi c'est arrivé ». Les questions sont posées pour vérifier la disponibilité et la solidité des mesures de sécurité mises en place à tous les niveaux de l'établissement et pour orienter l'analyse vers la détermination des vulnérabilités du système qui, une fois alignées d'une certaine façon, ont permis à un incident de survenir. Les équipes sont encouragées à noter, analyser et rapporter les barrières systémiques qui ont bien fonctionné (facteurs atténuants), et qui devraient donc être renforcées et reconnues pour qu'elles continuent à empêcher les préjudices futurs.

Les questions sont regroupées selon des catégories de facteurs établies pour concentrer l'analyse sur l'interaction entre les humains et le système et, de ce fait, faciliter la détermination des facteurs contributifs à l'échelle du système à divers échelons de l'établissement. Voir la *Section 2.3*. Ces catégories s'inspirent de celles utilisées en situation d'analyse partout dans le monde[37, 49, 50, 51] et raffinées dans le cadre d'essais pilotes et de consultations auprès d'un spécialiste des facteurs humains.

L'utilisation qui est faite de cette liste relève des préférences personnelles. Certaines personnes choisissent de poser les questions énumérées ci-dessous pour faciliter la collecte de données, alors que d'autres préfèrent les utiliser pour corroborer les renseignements déjà obtenus. Le but de l'exercice est de poser toutes les questions pour voir si des mesures de protection sont en place et si elles fonctionnent bien. Pour chaque catégorie, il faut réfléchir aux autres facteurs qui ont pu contribuer à l'incident et en tenir compte dans l'analyse.

Conseils:

- Les questions guides sont fournies à titre d'exemple et ne représentent pas une liste exhaustive.
- Les questions guides sont différentes des questions d'entrevue.
- Pour chaque question guide, demander quel est son rapport à l'incident.
- Si la réponse à une question guide suggère qu'une précaution n'était pas en vigueur ou ne fonctionnait pas, questionner davantage avec des questions supplémentaires : par exemple, « pourquoi est-ce le cas? », ou « si c'est le cas, comment cela a-t-il contribué à affecter l'incident? ».

Tâche (soins/processus de travail) :

» Y a-t-il déjà eu des défaillances passées ou prévues en lien avec cette tâche ou ce processus?
» Fallait-il des compétences spécialisées pour exécuter cette tâche?
» Fallait-il une procédure établie ou une séquence d'étapes, p. ex., groupes d'ordonnances pré-établies, listes de vérification, etc.? Existait-elle et a-t-elle été suivie?
» Existait-il un protocole, était-il à jour et a-t-il été suivi dans ce cas?
» Au moment d'effectuer la tâche, y avait-il des contraintes ou des pressions, p. ex., de temps, de ressources?

» L'information nécessaire pour décider des soins à donner était-elle disponible et à jour, p. ex., les résultats d'analyse, la documentation, l'identification du patient?
» Y avait-il un programme d'évaluation des risques, de vérification ou de contrôle de la qualité en place pour la tâche ou le processus?
» Autre?

Équipement (comprend les systèmes d'information et de communication) :

» Les signaux visuels et les commandes étaient-ils compréhensibles?
» L'équipement pouvait-il détecter et afficher les problèmes automatiquement?
» L'affichage était-il fonctionnel?
» Les étiquettes de mise en garde, le guide de référence et les mécanismes de sécurité étaient-ils fonctionnels et faciles à voir ou accessibles?
» L'entretien et la mise à niveau étaient-ils à jour?
» L'équipement était-il normalisé?
» Les utilisateurs qualifieraient-ils cet équipement de «facile à utiliser»?
» Des systèmes de communication : téléphone, téléavertisseur, logiciel, matériel, etc.) étaient-ils disponibles et fonctionnels?
» Autre?

Environnement de travail :

» Le niveau de bruit a-t-il gêné l'écoute des alarmes?
» L'éclairage était-il approprié à la tâche?
» La zone de travail était-elle adéquate pour les tâches effectuées, p. ex., l'espace, l'aménagement, la localisation et l'accessibilité des ressources?
» Autre?

Patients :

» Le patient avait-il l'information nécessaire pour aider à ce que l'incident soit évité?
» Sinon, qu'est-ce qui aurait permis au patient d'aider l'équipe de soins?
» Certains facteurs comme l'âge, le sexe, les médicaments, les allergies, le diagnostic et les autres conditions médicales ont-ils contribué à l'incident? De quelle façon y ont-ils contribué?
» Certains facteurs d'ordre social ou culturel ont-ils contribué à l'incident? Lesquels?
» De quelle façon?
» La langue a-t-elle constitué une barrière?
» Autre?

Équipe de soins :

Prestataires de soins :

» L'éducation, l'expérience, la formation et le niveau de compétences étaient-ils appropriés?
» La fatigue, les éléments de stress, des problèmes de santé ou d'autres facteurs posaient-ils un problème?
» La charge de travail était-elle appropriée?
» Une aide ou une supervision appropriée et opportune étaient-elles disponibles?
» Autre?

Équipe de soutien (tous les individus prenant part au processus de soin) :

» Les rôles et les responsabilités étaient-ils clairs et bien compris?
» La qualité et la fréquence des communications orales et écrites entre les membres de l'équipe étaient-elles adéquates : claires, précises, exemptes de jargon technique, pertinentes, complètes, opportunes?
» Des séances d'information et de bilan d'équipe régulières étaient-elles tenues concernant les questions importantes liées aux soins?
» Le moral de l'équipe était-il bon? Les membres de l'équipe se soutiennent-ils mutuellement?
» Des canaux de communication : courriel, téléavertisseur, téléphone, etc. étaient-ils disponibles et appropriés pour répondre aux besoins de l'équipe?
» Autre?

Établissement :

Politiques et priorités :

» Les politiques et procédures pertinentes étaient-elles disponibles, connues et accessibles et répondent-elles aux besoins des utilisateurs?
» Y avait-il des dérogations aux politiques et procédures documentées?
» Existait-il un mécanisme pour signaler et régler les incohérences entre la politique et la pratique?
» Les priorités stratégiques de l'établissement étaient-elles claires pour tout le monde?
» Autre?

Culture:

» Les patients, cliniciens et autres employés étaient-ils à l'aise de signaler les problèmes de sécurité?
» Le soutien de la direction et du conseil d'administration envers la sécurité des patients était-il visible?
» La communication entre le personnel et la direction soutenait-elle les soins sécuritaires quotidiens prodigués aux patients?
» Les incidents étaient-ils considérés comme des défaillances du système pour lesquelles les gens n'ont pas été blâmés?
» Autre?

Les ressources :

» L'horaire établi a-t-il influencé le niveau de dotation ou causé du stress, de la fatigue?
» Le système avait-il les ressources suffisantes pour bien fonctionner?
» Les mesures d'incitation formelles ou informelles étaient-elles appropriées?
» Autre?

Autre - à considérer :

» Existait-il d'autres conditions ou circonstances locales qui ont pu influer sur les conséquences ou le résultat?
» Existait-il des conditions ou circonstances propres au secteur qui ont pu influer sur les conséquences ou le résultat?
» Autre?

H. CRÉATION D'UN DIAGRAMME DE CONSTELLATION

L'étape de création de diagrammes du processus d'analyse est axée sur la reconnaissance de tous les problèmes du système qui peuvent avoir contribué à l'incident plutôt qu'uniquement sur les facteurs qui sont apparents et les plus proches du foyer de l'incident. La schématisation peut aider les équipes à mieux comprendre les facteurs systémiques et leurs interrelations, à mieux les visualiser et à éviter le biais rétrospectif. La schématisation est l'un des éléments qui peuvent rendre les soins plus sécuritaires en augmentant la crédibilité, la fiabilité et l'efficacité de l'analyse.

Beaucoup de lecteurs seront familiers avec l'utilisation des diagrammes d'Ishikawa (également appelé « arête de poisson »)[52] et « en arbre »[53] pour appuyer l'analyse, cependant, ces deux types de diagrammes ont des limites. Le diagramme d'Ishikawa est utile pour cerner et regrouper les facteurs, mais ne permet pas d'illustrer aisément les liens complexes entre les facteurs. De son côté, l'arborescence est jugée trop « linéaire » et son approche descendante peut entraîner une certaine confusion quant à l'importance relative des facteurs contributifs cernés.

Figure H.1 : DIAGRAMME D'ISHIKAWA (« ARÊTE DE POISSON »)

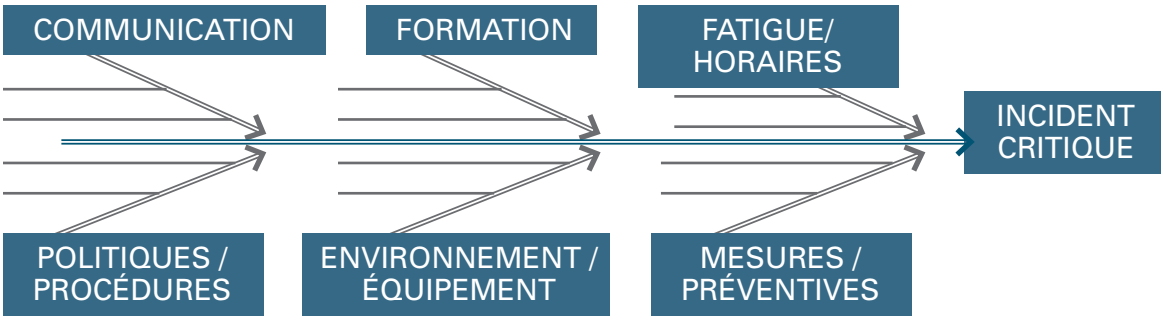
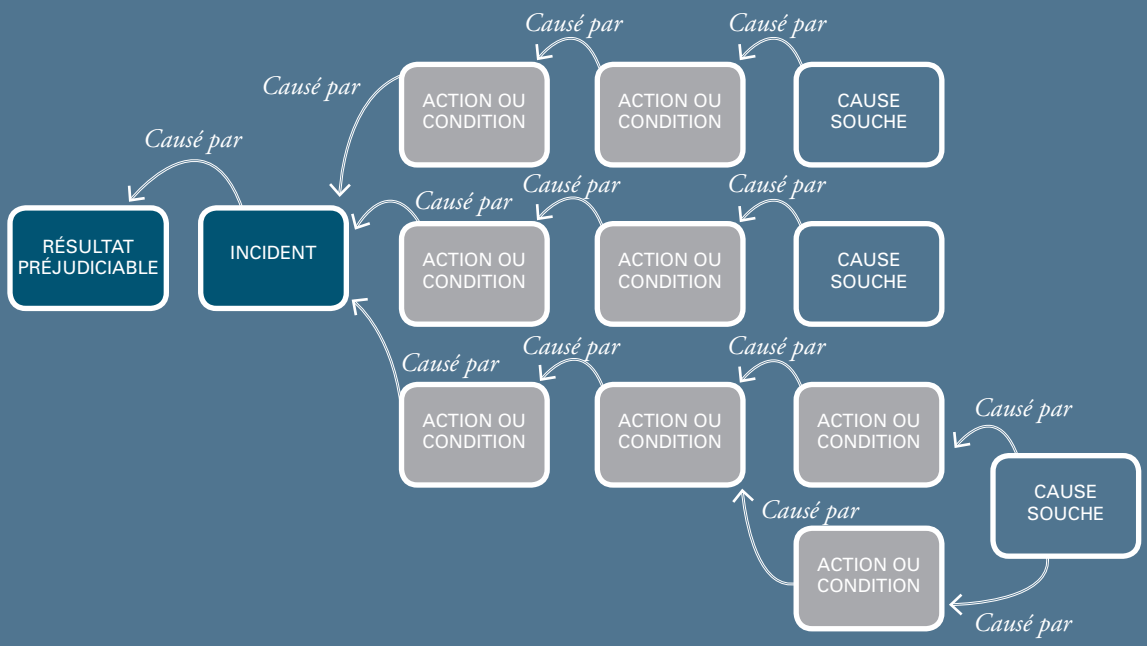


Figure H.2 : DIAGRAMME EN ARBRE



Afin de composer avec les avantages et les limites de ces deux types de diagramme, leurs caractéristiques ont été combinées dans un diagramme innovateur qui a évolué à partir des diagrammes d'arêtes de poisson et en arbre, vers ce que nous avons appelé « diagramme de constellation », une nouvelle méthode de création de diagrammes conçue par les auteurs. Une recherche documentaire n'a pas identifié de références à des diagrammes de constellation dans le contexte d'une schématisation de facteurs contributifs dans le cadre de l'analyse des incidents, mais il y a des références à des méthodes de schématisation et d'analyse, y compris l'analyse statistique, qui mettent l'accent sur l'identification de groupes d'éléments ainsi que leurs interrelations, par exemple : le modèle d'accident fonctionnel par résonance[84] la cartographie conceptuelle[85] et cognitive,[86] et l'analyse du réseau social.[87]

Grâce à ses catégories de facteurs suggérées et l'utilisation de questions d'orientation, ce nouveau schéma offre un moyen systématique pour analyser les facteurs contributifs au niveau du système. En outre, la représentation visuelle unique de la constellation encourage et facilite l'identification des interconnexions et de la sphère d'influence parmi les facteurs contributifs, ce qui aidera à identifier ceux ayant le plus fort impact sur la sécurité des patients.

Améliorer la sécurité et la qualité des soins dans les systèmes adaptatifs complexes de soins de santé est tributaire de la capacité de voir comment les parties du système s'influencent mutuellement de sorte que les ressources limitées disponibles peuvent être dirigées avec plus de précision là où les plus grands risques sont identifiés. Le diagramme de constellation offre une plus grande souplesse que les diagrammes d'Ishikawa et en arbre pour accomplir cette tâche.

L'élaboration d'un diagramme de constellation relatif à un incident lié à la sécurité des patients se fait en cinq étapes :

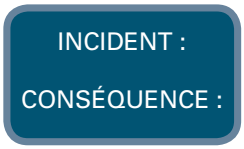
Étape 1 : Décrire l'incident
Étape 2 : Cerner les facteurs contributifs possibles
Étape 3 : Établir les liens entre les facteurs contributifs possibles
Étape 4 : Déterminer les conclusions
Étape 5 : Valider les conclusions avec l'équipe

Le développement et l'enregistrement du diagramme peuvent être faits en utilisant les ressources disponibles sur place, telles qu'un diagramme dessiné à la main qui peut être numérisé, une photographie de notes autoadhésives, ou à l'aide de logiciels tels que Word®, Excel®, Visio®, Mindmap®, etc.

Étape 1 : Décrire l'incident

a. Résumer l'incident et le préjudice ou le risque de préjudice au centre du diagramme, généralement en moins de 10 mots. (*Figure H.3*)

Figure H.3 : DÉCRIRE L'INCIDENT

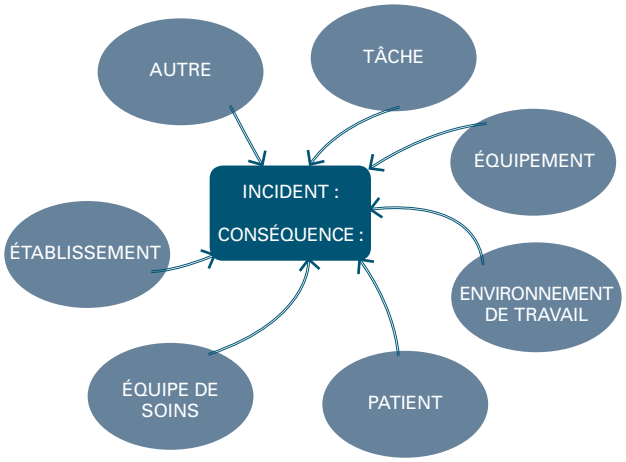


Il est crucial que l'équipe définisse clairement le point de départ de l'analyse. Ce point de départ est habituellement une situation préjudiciable que l'équipe souhaite prévenir. Il s'agit souvent, mais pas toujours, de l'issue réelle. Par exemple, dans le cas d'un incident évité de justesse, le risque a pu être décelé avant que le patient ne soit concerné. Il se peut aussi que l'incident se soit produit, mais qu'il ait été décelé à temps et que des mesures aient été prises avant qu'il ne cause de préjudice. Dans les deux cas, l'équipe déterminerait que le point de départ de l'analyse est le préjudice possible, puisqu'aucun préjudice n'a été réellement causé.

Étape 2 : Cerner les facteurs contributifs possibles

a. Ajouter au diagramme, en les plaçant en cercle autour de la description de l'incident et de la conséquence, les catégories de facteurs contributifs : la tâche, l'équipement, l'environnement de travail, le patient, l'équipe de soins, etc. (*Figure H.4*)

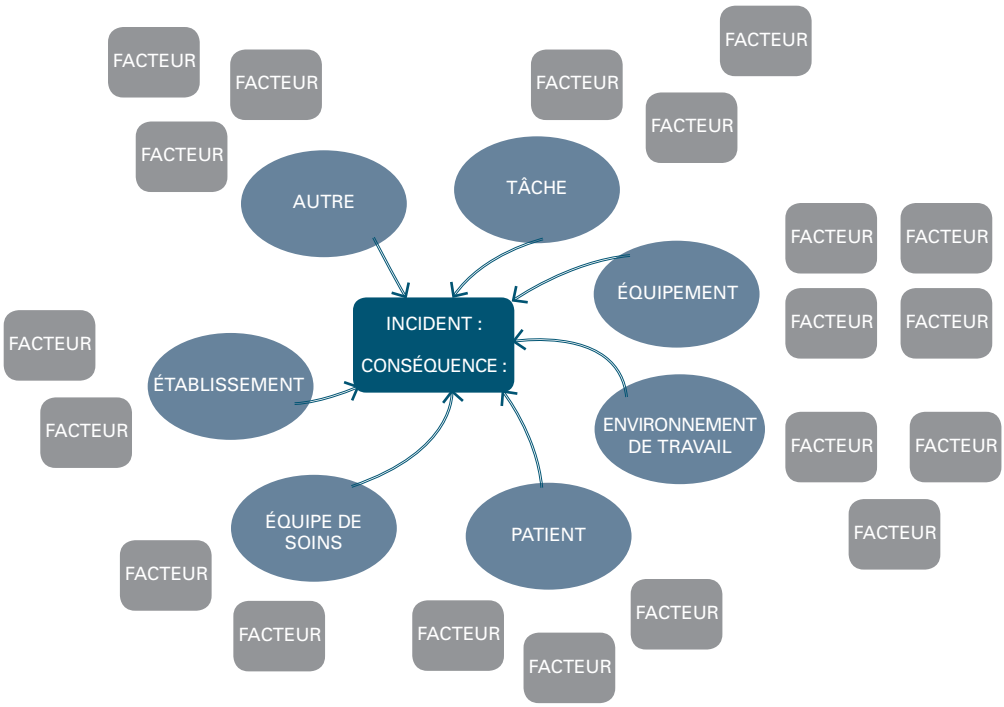
Figure H.4 : AJOUTER LES CATÉGORIES DE FACTEURS CONTRIBUTIFS



b. Utiliser les exemples de questions guides fournis (*Annexe G*), et d'autres questions au besoin, afin de cerner les facteurs contributifs possibles.

c. Placer ensuite chacun des facteurs contributifs possibles sur une note autoadhésive et les regrouper près du titre de la catégorie (*Figure H.5*).

Figure H.5 : CERNER LES FACTEURS CONTRIBUTIFS POSSIBLES



Lors de l'identification d'éventuels facteurs contributifs, on doit mettre l'accent sur des facteurs système, et non ceux qui sont centrés sur les individus, afin d'assurer que les recommandations ne sont pas centrées sur les individus. En gardant à l'esprit les principes des facteurs humains et de la théorie des systèmes, l'analyse devrait se concentrer sur « comment » certaines actions humaines se sont produites et non seulement sur le fait qu'elles ont eu lieu.

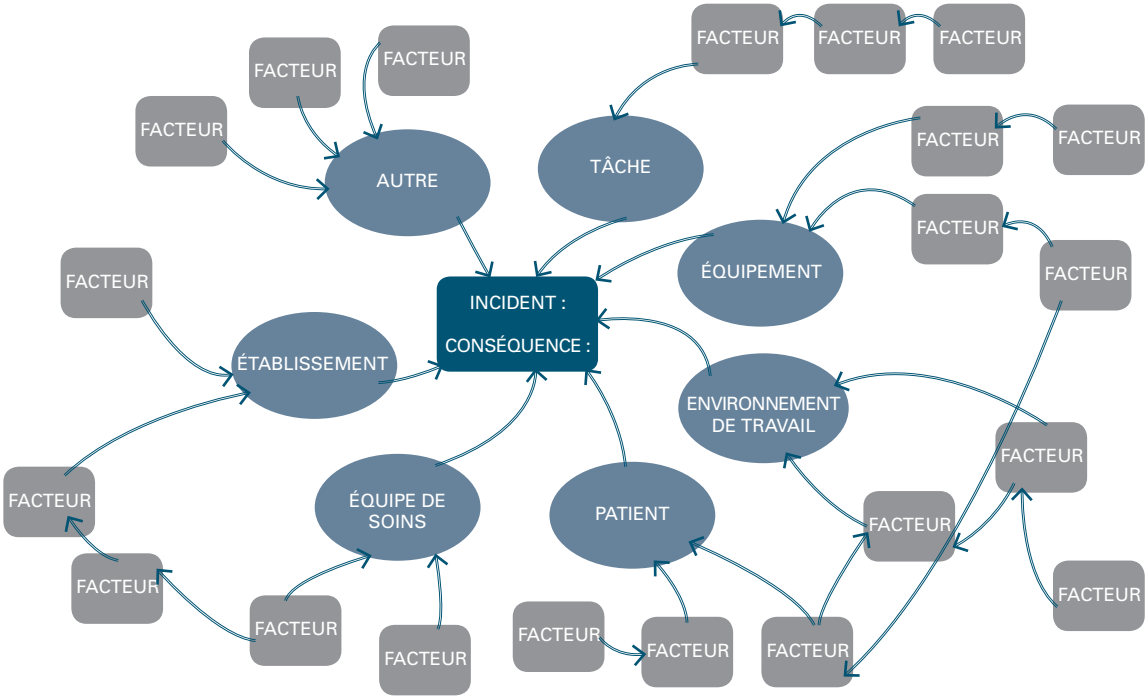
Par exemple, dans le cadre de l'analyse d'un incident au cours duquel un médicament a été administré incorrectement, il a été déterminé que l'infirmière était pressée. Le fait que l'infirmière était pressée est un détail factuel de ce qui s'est passé et non un facteur contributif. Les facteurs contributifs sont ceux qui peuvent avoir causé l'empressement. Il pourrait s'agir de trop de tâches attribuées, l'infirmière ayant pris en charge trop de patients complexes; ou le moment d'administration des médicaments du patient était en conflit avec un changement de quart, le patient ayant été admis peu avant la fin du quart et l'infirmière a voulu donner au patient ses médicaments contre la douleur pour lui éviter d'attendre la fin du changement de quart. En se concentrant sur les facteurs contributifs du système, l'équipe d'analyse sera en mesure d'identifier des solutions à effet multiplicateur. Les recommandations devraient être compatibles avec l'un des principaux fondements des facteurs humains : adapter la tâche ou le système à l'être humain et non l'inverse.

Étape 3 : Établir les liens entre les facteurs contributifs possibles

a. Pour chaque facteur contributif possible, se demander « pourquoi et comment c'est arrivé? », « qu'est-ce qui a influencé cela? » et « quels autres facteurs ont influencé les circonstances? ».
b. Ajouter les réponses à ces questions afin d'établir des « chaînes relationnelles ».
    i. Certains facteurs contributifs peuvent être directement liés l'un à l'autre, dans la même catégorie, pour créer une chaîne.
    ii. Certaines réponses peuvent provenir de différentes catégories de facteurs contributifs; dans ce cas, il faut indiquer le lien en traçant une ligne.
c. Continuer à poser les questions « pourquoi » et « qu'est-ce qui a influencé cela? » jusqu'à ce qu'aucun autre indice ne puisse être produit.

Une fois les facteurs contributifs possibles cernés à l'aide des catégories de questions guides, la deuxième étape de l'analyse commence. En se demandant « qu'est-ce qui a influencé cela? » et « quels autres facteurs ont influencé les circonstances? », l'équipe agrandit alors le diagramme de constellation pour y ajouter les « chaînes relationnelles » des facteurs contributifs, comme l'illustre la *Figure H.6*. Ce processus de questionnement se poursuit jusqu'à ce que toutes les questions aient été posées, que les connaissances soient limitées ou que les enjeux cernés débordent du cadre de l'analyse. Il faut s'attendre à ce que des facteurs de catégories différentes soient interreliés et puissent s'influencer mutuellement.

Figure H.6 : ÉTABLIR LES LIENS ENTRE LES FACTEURS CONTRIBUTIFS POSSIBLES



Étape 4 : Cerner les conclusions

La prochaine étape dans le processus d'analyse consiste à identifier les conclusions qui sont au cœur de l'incident. L'équipe doit s'attendre à identifier plusieurs conclusions - il y a

rarement, sinon jamais, qu'une seule raison qui explique pourquoi un incident s'est produit.

Les conclusions seront identifiées dans trois catégories :

a. Des facteurs qui, s'ils avaient été corrigés, auraient vraisemblablement prévenu l'incident ou atténué le préjudice subi, seront à la base de l'élaboration de recommandations.

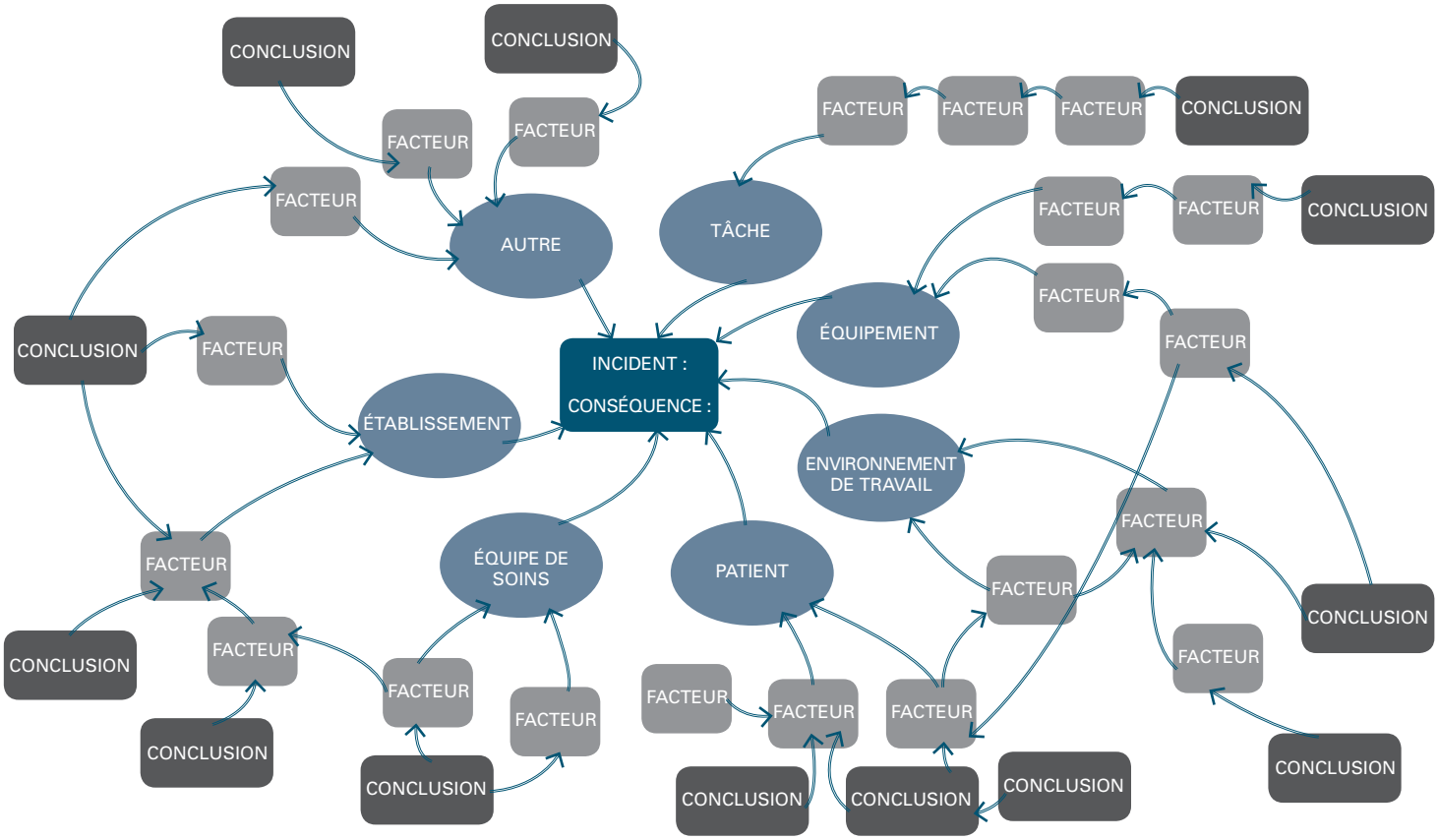
   La question qui se pose est la suivante: « *si ce facteur avait été éliminé ou corrigé, cela aurait-il réduit le risque de récurrence des incidents ou des préjudices?* » Même s'il est possible que de nombreux facteurs contributifs puissent être identifiés par l'analyse, certains facteurs, si corrigés, ont une plus grande probabilité de prévenir l'incident complètement ou d'en atténuer les préjudices. Il est commun que ces facteurs soient **« très relationnels »**. En d'autres termes, des relations ou des relations possibles entre plusieurs facteurs identifiés semblent se combiner pour permettre à un incident de se produire, il y a donc une sphère d'influence parmi eux. Ces conclusions seront à la base de l'élaboration de recommandations. Noter que des mesures pourraient être requises à différents niveaux du système.

b. Des facteurs qui, s'ils avaient été corrigés, n'auraient pas prévenu l'incident ni atténué le préjudice subi, mais qui demeurent importants pour le la sécurité du patient, du personnel ou la sécurité des soins en général. Ces questions devraient être couvertes par les conclusions de l'équipe, portées à l'attention des individus appropriés pour suivi et consignées au rapport d'analyse à des fins d'examen et d'action future au besoin.

c. Les facteurs atténuants - facteurs qui ont évité que des conséquences plus graves ne découlent de l'incident et qui représentent des mesures préventives solides qui doivent être conservées.

Un diagramme de constellation complété est illustré à la *Figure H.7* qui suit.

Figure H.7 : DIAGRAMME DE CONSTELLATION COMPLÉTÉ



Étape 5 : Valider les conclusions avec l'équipe

a. S'assurer d'un consensus et de leur soutien pour l'élaboration de recommandations.

L'équipe doit s'entendre sur les conclusions avant de passer à l'élaboration de recommandations. S'il y a une absence d'accord immédiat, il sera important de discuter et de régler tout désaccord afin de parvenir à un consensus avant de procéder. Si les individus clés impliqués dans l'incident ne sont pas des participants dans l'équipe d'analyse, il sera utile d'obtenir leur avis sur les conclusions de l'équipe d'analyse dans le cadre du processus de vérification des conclusions. Cette étape du processus devrait aussi inclure une étape de rétrovérification; en d'autres termes, considérer l'effet qu'aurait la correction des vulnérabilités identifiées en répondant à la question suivante, « si ce facteur n'avait pas été présent ou avait été corrigé, est-ce que l'incident se serait produit quand même? ».

I. MODÈLE DE RAPPORT D'ANALYSE D'UN INCIDENT

Date du rapport : *Préparé par :*

Incident :
Conséquence :
Date de l'incident : Nom de fichier (ID) :
Type d'incident : Gravité (conséquence) :
Dates de réunions pour l'analyse (le cas échéant) :
Programmes/Unités : Établissement :

RÉSUMÉ de l'incident [description brève]

HISTORIQUE ET CONTEXTE [per ex. description brève des soins ou des traitements prodigués, l'envergure du service, depuis quand ce service est offert, la composition de l'équipe clinique, etc.]

CADRE/TERMES DE RÉFÉRENCE

ÉQUIPE D'ANALYSE

MÉTHODOLOGIE [Enquête et analyse]
Type d'analyse (sélectionner une réponse)

- » Concise
- » Exhaustive
- » Multi-incident ou multi-patient
- » Menée selon le cadre de la loi (par ex. lois sur la protection de la qualité des soins) [cocher si oui]

RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS – [liste + description brève]

1. ..
2. …
3. …

RECOMMANDATIONS – Établir la priorité des recommandations en les reliant aux conclusions ci-dessus (par ex. 1.1, 1.2), aux catégories des facteurs contributifs (tâche, matériel, environnement de travail, patient, équipe de soins, établissement, autre), cadre (ou zone cible) et niveaux de risque]

ANNEXES :

- » Chronologie
- » Diagramme de constellation
- » Liste complète des recommandations
- » Plan de mise en œuvre
- » Plan d'évaluation
- » Dispositions pour l'apprentissage partagé
- » Références vérifiées (documentation, normes, lignes directrices)

Tiré du Guide de rédaction de rapports d'enquête (*Guide to Investigation Report Writing*) du National Patient Safety Agency[88]

J. ÉTUDE DE CAS – ANALYSE EXHAUSTIVE D'UNE FUGUE D'UN CENTRE DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Contexte

Le cas à analyser concerne une fugue survenue à l'unité sécurisée des soins aux personnes atteintes de démence d'un centre de soins de longue durée (CSLD). Le centre est situé dans une ville du centre du Canada. Durant l'été, la température y atteint 35°C, alors qu'en hiver, le mercure peut descendre jusqu'à - 30°C.

Dans ce centre, les résidents susceptibles de fuguer sont munis d'un bracelet électronique. Des alarmes de surveillance ont été installées à l'entrée principale, à l'avant de l'unité, située tout juste à côté de la porte avant du bâtiment, ainsi qu'à une sortie d'urgence à l'arrière de l'unité, qui est aussi l'arrière du bâtiment. La porte de sortie d'urgence demeure verrouillée en tout temps et une alarme retentit lorsqu'on l'ouvre. Les bracelets électroniques sont vérifiés toutes les deux semaines pour veiller à ce qu'ils fonctionnent correctement.

Incident

Au souper, une aide-diététicienne a remarqué qu'une résidente de 75 ans n'était pas dans la salle à manger; on a demandé à un aide-soignant de la chercher, mais elle n'était nulle part dans le centre. Un code jaune a alors été déclenché. Au moment d'aviser la police, on a appris que la résidente avait été retrouvée, transie de froid et confuse, marchant sur une route à 2 km de là et que la police tentait de savoir où elle vivait. La résidente a été amenée à l'urgence de l'hôpital régional pour examen et traitement.

Mesures immédiates

Le directeur des soins du CSLD et la direction de l'établissement ont été avisés et ont pris les mesures suivantes :

1. Ils ont communiqué avec la famille de la résidente pour l'informer de l'incident.
2. Ils ont immédiatement ordonné au personnel de :
    a. veiller à la sécurité des autres résidents en vérifiant toutes les alarmes de porte et les bracelets de surveillance électronique;
    b. mettre le dossier médical de la résidente en lieu sûr;
    c. mettre en quarantaine le bracelet de surveillance électronique de la résidente dès son retour au centre;
    d. tester les alarmes des issues de secours.
3. Ils ont rencontré le personnel concerné le lendemain matin et fait un premier bilan afin de rassembler et d'établir les faits connus et d'offrir un soutien psychologique; ils ont avisé le personnel des services offerts dans le cadre du Programme d'aide aux employés (PAE), notamment la possibilité d'organiser une séance de bilan d'incident avec les intervenants du PAE.
4. Ils ont veillé à ce que les documents appropriés soient remplis dans le dossier médical et que le rapport d'incident soit complété.

Figure J.1 : RAPPORT D'INCIDENT LIÉ À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

MON CENTRE DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Unité : *Du Souvenir 3B*	Identité du client (nom, âge, sexe) N00000123 *Marie Belle Humeur F* *77 Rue principale,* *Belle ville, Canada* *Date de naissance 15/12/1936* *Dre Suzanne Aubonsoins - médecin*
Date de l'évènement : *Toute date*	
Heure de l'évènement : *18h40*	

Description de l'événement : (faits concis seulement, comment l'événement a été découvert) *Femme de 76 ans résidant dans l'unité sécurisée pour personnes atteintes de démence, trouvée marchant le long de l'autoroute par la police à environ 2 km du centre.*	**Découvert par :** ☐ INF. ☐ INF. AUX. ☐ Pharmacien ☐ Assistant technique en pharmacie ☐ MD **X** Autre police

Patient - mesures et renseignements pertinents pris dans le cas du résident. ☐ Cocher si non requis ou expliquer :
résidente trouvée transie de froid, « habillée seulement de vêtements légers et de pantoufles la nuit par temps frais [température de 10˚C] » et apparemment confuse. Emmenée à l'hôpital par la police– traitée avec des couvertures chaudes et liquides IV.

Résultat :
- ☐ Remarqué à temps
- ☐ Aucun préjudice
- **X** Préjudice (surveillance ou interventions supplémentaires requises)
- ☐ Préjudice majeur/ événement sentinelle (informer le gestionnaire ou son délégué sur-le-champ)
- ☐ Décès (informer le gestionnaire ou son délégué sur-le-champ)

Personnes avisées :

	Date	**Heure**	**Sans objet**	**Commentaires**
Médecin	Jour de l'événement	19h15		
Directeur des soins	Jour de l'événement	19h00		
Patient	Jour de l'événement	s/o		
Famille	Jour de l'événement	18h40 et 18h45		
Autre				

Se préparer pour l'analyse

Dans les jours qui suivirent l'incident, le directeur des soins et le coordonnateur de la qualité et de la sécurité des patients passèrent en revue les faits connus relatifs à l'incident. En consultation avec l'administration du centre, il a été décidé qu'une analyse exhaustive serait nécessaire. Cette décision a été communiquée à la famille de la résidente par le directeur des soins.

Une fois que la décision fut prise de procéder à une analyse exhaustive de l'incident, une équipe comprenant les personnes suivantes a été constituée :

a. le gestionnaire de l'unité,
b. le coordonnateur de la qualité et de la sécurité des patients,
c. le médecin traitant,
d. l'infirmière autorisée,
e. l'infirmière auxiliaire,
f. l'aide-soignant ou le préposé aux bénéficiaires,
g. le représentant du comité des résidents

Processus d'analyse : que s'est-il passé?

Avant la première rencontre avec l'équipe d'analyse, le directeur des soins et le coordonnateur de la qualité et de la sécurité des patients ont réalisé les activités suivantes :

1. Rencontre avec tous les membres du personnel directement et indirectement concernés, soit tous les employés travaillant de jour et de soir cette journée-là, notamment les aides-diététiciennes, les aides-soignants ou les préposés, le médecin, l'infirmière, etc.
2. Entrevue avec toute autre personne pouvant détenir de l'information utile, p. ex., la famille de la résidente, les visiteurs des autres résidents.
3. Examen du dossier médical de la résidente pour connaître les soins qu'elle recevait et son état de santé et toute information qui pourrait s'avérer pertinente.
4. Examen des politiques et des procédures liées à la surveillance des résidents ayant des déficits cognitifs.
5. Vérification auprès de d'autres CSLD afin d'obtenir copie de leurs politiques et procédures liées à la surveillance des résidents ayant des déficits cognitifs. Les lignes directrices provinciales ont aussi été vérifiées, s'il en existe.

À la première rencontre avec l'équipe d'analyse, l'équipe a :

1. évalué les renseignements rassemblés par le directeur des soins et le coordonnateur de la qualité et de la sécurité des patients :
    - Les renseignements provenant du rapport d'incident :
        - Résidente trouvée marchant sur l'autoroute à 2 km du CSLD par la police locale. Elle était transie de froid et confuse.
            - température extérieure de 10˚C.
            - habillée seulement de vêtements légers et de chaussons
        - La résidente a été transportée à l'urgence, examinée, et traitée.
        - La police reçoit un appel du CSLD indiquant que la résidente est absente. La police avise que la résidente est en transit vers l'hôpital
        - La résidente est évaluée à l'urgence et mise sous des couvertures chaudes, hydratée par perfusion et gardée en observation toute la nuit.

    - La résidente rentre au CSLD le lendemain matin après le déjeuner.
  - Les politiques et procédures relatives à la surveillance des résidents qui présentent un risque de fugue.
  - Les résultats d'une recherche documentaire et du milieu des soins de longue durée pour identifier les pratiques exemplaires en matière de gestion des résidents qui présentent un risque de fugue.

2. Visité les endroits pertinents, notamment la chambre de la résidente, la salle à manger et le salon, vérifiant l'emplacement des sorties et des alarmes. Une simulation « sécuritaire » de l'incident a été menée.

3. Examiné les bracelets de surveillance électronique de réserve et les instructions du fabricant ont été consultées.

4. Établir une description chronologique détaillée de l'incident (*Figure J.2*).

Figure J.2 : DESCRIPTION CHRONOLOGIQUE DE L'INCIDENT DE FUGUE («connaissances finales»)

DATE/HEURE	ÉLÉMENT D'INFORMATION	COMMENTAIRE/ SOURCE
4 mois avant l'incident	• Résidente de 75 ans admise à l'unité sécurisée de soins aux personnes atteintes de démence du centre de SLD. • Antécédents médicaux : diabète de type II, démence. • Médication à l'admission : Metformin 500 mg trois fois par jour, Donepezil 5 mg une fois par jour, et multivitamines chaque jour. • Évaluation infirmière initiale : troubles de cognition, piètre capacité décisionnelle, légère confusion, marche sans aide avec une canne. • Jugée susceptible de fuguer; un bracelet électronique est placé à son poignet droit.	Dossier médical; entrevues du personnel
6 semaines avant l'incident	Résidente de plus en plus confuse et agitée. Examinée par le médecin, qui a prescrit du Risperidone 0.25 mg au coucher.	Notes d'évolution des infirmières
4 semaines avant l'incident	Résidente retrouvée à l'extérieur du centre au début de la soirée, dans le stationnement du personnel à l'arrière du bâtiment, par un membre du personnel débutant son quart de soir. Le personnel en service n'a pas souvenir d'avoir entendu une alarme. Le bracelet électronique de la résidente a été testé et jugé en bon état de fonctionnement.	Notes d'évolution des infirmières; entrevues du personnel
2 semaines avant l'incident	Résidente très confuse; tente de quitter l'unité; renvoyée à sa chambre plusieurs fois par le personnel. Médecin appelé; ordonnance reçue pour augmenter le Risperidone à 0,25 mg deux fois par jour.	Notes d'évolution des infirmières
Jour de l'incident 11 h 45	La résidente dit à l'infirmière venue donner les médicaments du midi qu'elle «rentre à la maison». Le personnel organise le dîner de la résidente à la salle à manger, puis la ramène à sa chambre pour sa sieste habituelle. Elle est observée la dernière fois en train de prendre son dîner.	Entrevues du personnel
13 h 05	L'alarme de la porte arrière retentit; le personnel la réinitialise sans vérifier puisqu'un membre du personnel vient tout juste de quitter pour le dîner et que la pratique habituelle est de sortir par cette porte pour accéder facilement au stationnement.	Entrevues du personnel
16 h	L'aide-soignant va voir la résidente pour la préparer pour le souper, mais ne la trouve pas à sa chambre; suppose que la résidente est déjà dans la salle commune en train de regarder la télévision.	Entrevues du personnel
17 h 30	L'aide-diététicienne remarque que la résidente n'est pas dans la salle à manger. En discute avec l'aide-soignant qui est allé la voir dans sa chambre.	Entrevues du personnel
17 h 40	L'aide-soignant est incapable de localiser la résidente, après avoir vérifié dans les autres unités de soins et marché autour du bâtiment. Elle n'est nulle part.	Dossier médical; entrevues du personnel
17 h 55	L'aide-soignant signale à l'infirmière responsable que la résidente manque à l'appel. Annonce générale du code jaune. Enclenchement d'une fouille complète de toute l'installation.	Dossier médical; entrevues du personnel

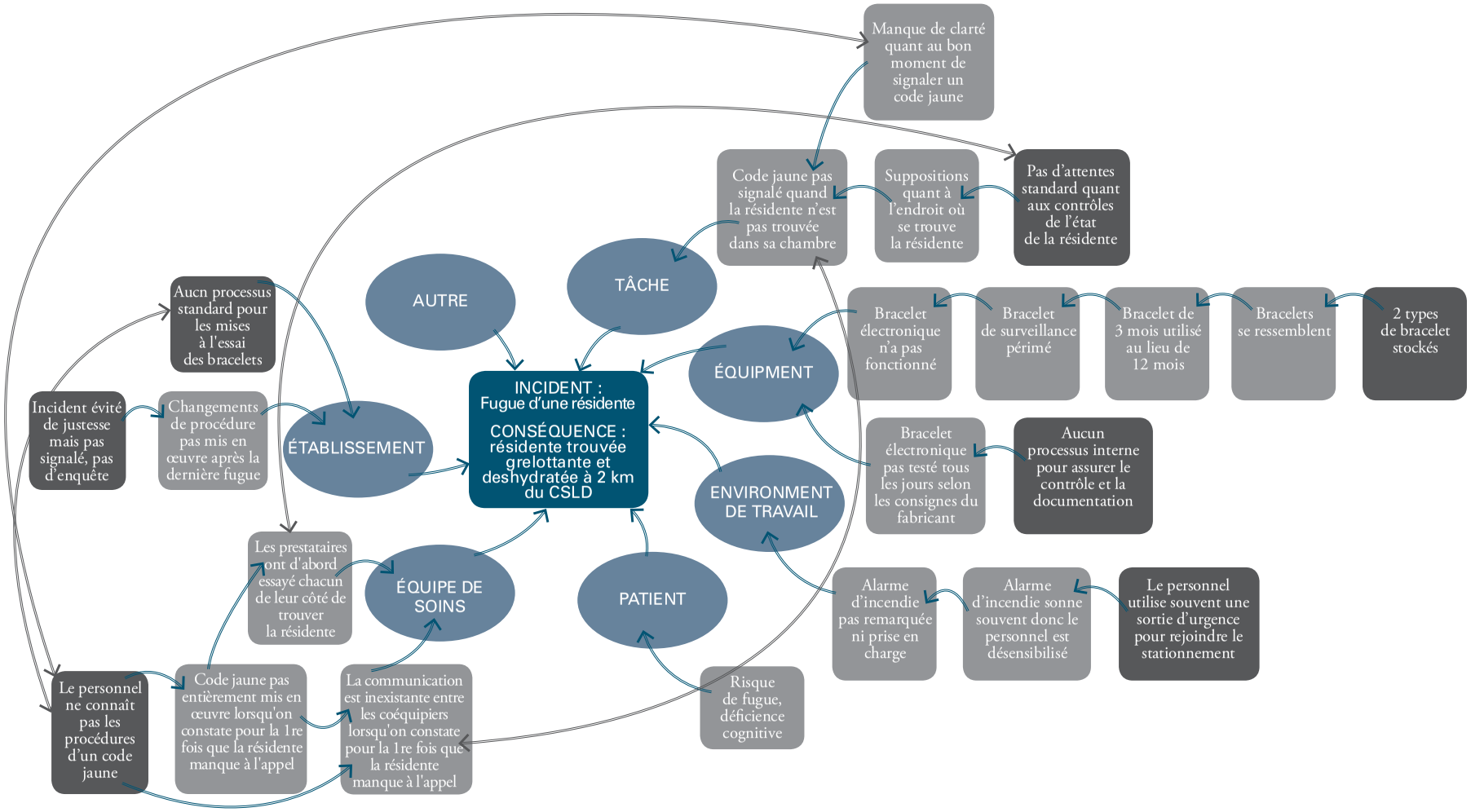
DATE/HEURE	ÉLÉMENT D'INFORMATION	COMMENTAIRE/ SOURCE
18 h 40	Le personnel ne parvient pas à trouver la résidente sur les lieux. La famille de celle-ci est informée de la situation. Comme le personnel de soir arrive, trois employés de jour montent dans leur voiture personnelle pour chercher dans les environs. On appelle la police locale. La police indique qu'une femme âgée a été trouvée marchant sur la route à 2 km du centre vers 18 h et qu'elle a été transportée à l'hôpital pour examen puisqu'elle avant froid (habillée seulement en vêtements légers et pantoufles, température de 10 degrés C et semblait confuse.	Dossier médical; entrevues du personnel
18 h 45	La famille est informée que la résidente a été retrouvée et qu'elle est à l'urgence de l'hôpital régional.	Dossier médical; entrevues du personnel
18 h 50	L'infirmière responsable contacte l'urgence pour signaler la condition dont souffre la résidente. Celle-ci est hydratée par perfusion et mise sous des couvertures chaudes.	Dossier médical; entrevues du personnel
19 h	L'infirmière responsable communique avec le directeur des soins pour lui faire rapport de la situation.	Dossier médical; entrevues du personnel
Jour suivant l'incident 9 h 30	La résidente obtient son congé de l'hôpital et retourne au centre de soins de longue durée.	Dossier médical
10 h 30	Le bracelet électronique est retiré du poignet de la résidente, puis testé. Est jugé en bon état de fonctionnement. On découvre plus tard que la résidente a été munie d'un appareil de 90 jours au lieu de l'appareil de 12 mois prévu.	Dossier médical

Processus d'analyse : comment et pourquoi c'est arrivé

À la deuxième rencontre de l'équipe d'analyse, l'équipe a créé un diagramme de constellation (*Figure J.3*) en se servant des renseignements fournis par la chronologie et de leur compréhension de l'incident suite à la simulation. Voici les étapes nécessaires à l'élaboration d'un diagramme de constellation :

a. Décrire l'incident :
   i. Conséquence : résidente trouvée transie de froid et déshydratée à 2 km du centre de soins de longue durée.
   ii. Incident : fugue de la résidente.
b. Cerner les facteurs contributifs possibles à l'aide des catégories et des questions guides.
c. Déterminer les liens entre les facteurs contributifs.
d. Identifier les conclusions.
e. Valider les conclusions auprès de l'équipe.

Figure J.3 : DIAGRAMME DE CONSTELLATION DE L'INCIDENT DE FUGUE



Résumé des conclusions

L'équipe d'analyse a identifié les conclusions suivantes :

Tâche

- L'absence d'attentes normalisées quant aux vérifications de l'état de la résidente a réduit la probabilité que la fugue ait rapidement été détectée.

Équipement

- La présence de deux types de bracelets de surveillance électronique d'apparence semblable dans les stocks du CSLD augmente la probabilité que le mauvais appareil soit choisi et placé sur la mauvaise personne.
- L'absence d'une procédure interne normalisée pour assurer la mise à l'essai des bracelets de surveillance électronique ainsi que l'absence d'une documentation de ces tests ont réduit la probabilité que le bracelet ait été jugé défectueux avant la survenue d'une fugue.

Environnement de travail

- L'utilisation régulière d'une sortie d'urgence pour accéder au stationnement du personnel a réduit la probabilité que l'alarme soit efficace pour alerter le personnel « désensibilisé » aux alarmes fréquentes.

Patient

- La déficience cognitive de la résidente a réduit la probabilité qu'elle soit consciente des risques de quitter l'établissement.

Équipe de soins

- Le manque de communication entre les membres de l'équipe lorsque la résidente a manqué à l'appel la première fois, conjugué à une faible connaissance des procédures du code jaune, a réduit la probabilité que le code jaune soit déclenché sur-le-champ.

Établissement

- L'absence d'une procédure formelle pour faire rapport et enquête en cas d'incidents évités de justesse a réduit la probabilité que l'incident précédent, où la résidente avait fugué, mais avait été rapidement retrouvée, fasse l'objet d'un suivi pour déterminer les modifications à apporter et éviter qu'un tel incident ne se répète.
- L'absence d'une procédure formelle pour simuler les codes et assurer ainsi la formation continue du personnel et vérifier leurs connaissances sur les processus a réduit la probabilité que le personnel soit familier avec les procédures du code jaune.

Autre

- Aucun autre facteur cerné.

Processus d'analyse : que faire pour réduire la probabilité de récurrence et rendre les soins plus sécuritaires?

L'équipe d'analyse a proposé les mesures suivantes :

Tâche (T)

- T1 : Établir des procédures de routine pour confirmer où se trouvent les résidents affectés par des déficiences cognitives

Équipement (ÉQ)

- ÉQ.1 : Instaurer une procédure normalisée de vérification quotidienne, avec documentation, des bracelets de surveillance électronique.

- ÉQ.2 : Uniformiser les appareils servant à surveiller les résidents susceptibles de fuguer en choisissant soit le modèle de 90 jours, soit celui de 12 mois.

Environnement de Travail (ET)

- ET1 : Installer une technologie de carte d'accès magnétique pour permettre au personnel d'utiliser la sortie d'urgence sans déclencher l'alarme, ce qui éliminera les fausses alarmes fréquentes.

Établissement (É)

- É1 : Travailler avec le personnel de première ligne pour élaborer et appliquer les critères de ce qui constitue un incident à signaler.
- É2 : Élaborer un protocole d'analyse en cas d'incidents à risque élevé évités de justesse pour veiller à ce que les leçons retenues servent à prévenir toute récurrence, p. ex., utiliser le modèle d'analyse concise des incidents.
- É3 : S'assurer que les membres du personnel connaissent le protocole lié au code jaune en l'incluant régulièrement dans les séances d'orientation prévues pour le personnel en poste et les nouveaux employés.
- É4 : S'assurer que les membres du personnel savent utiliser le protocole lié au code jaune en menant un exercice de pratique non prévu tous les trimestres.

Classer les mesures en ordre de priorité

RECOMMANDATION (catégorie)	RISQUE (évaluation de la gravité)	HIÉRARCHIE DE L'EFFICACITÉ (effet de levier élevé, modéré ou faible)	PRÉDICTEURS DE RÉUSSITE (harmonisation, mécanismes en place, mesures à effet rapide)	NIVEAU DU SYSTÈME VISÉ (micro, méso, macro, méga)	NOTE SI INFORMATION CONFIRMÉE ET DE QUEL TYPE	CONFIRMER LA VALIDITÉ ET LA FAISABILITÉ	ORDRE DE PRIORITÉ (ou délais)
T1 : Établir des procédures de routine pour confirmer où se trouvent les résidents affectés par des déficiences cognitives	Élevé	Modéré	Modéré	Micro	Non	Modéré	Dans les 30 jours
ÉQ.1 : Instaurer une procédure normalisée de vérification quotidienne, avec documentation, des bracelets de surveillance électronique.	Élevé	Modéré	Élevé	Micro	Oui. Une autre unité le fait quotidiennement avec succès	Élevé	Dans les 30 jours
ÈQ.2 : Uniformiser les appareils servant à surveiller les résidents susceptibles de fuguer en choisissant soit le modèle de 90 jours, soit celui de 12 mois.	Modéré	Élevé	Faible	Méso	Oui. *Alertes mondiales sur la sécurité des patients*	Modéré	Dans les 6 mois
ET1 : Installer une technologie de carte d'accès magnétique pour permettre au personnel d'utiliser la sortie d'urgence sans déclencher l'alarme, ce qui éliminera les fausses alarmes fréquentes.	Modéré	Élevé	Modéré	Méso	Non	Modéré	Dans les 12 mois
É1 : Travailler avec le personnel de première ligne pour élaborer et établir les critères de ce qui constitue un incident à signaler.	Élevé	Faible	Élevé	Méso	Non	Modéré	Dans les 6 mois
É2 : Élaborer un protocole d'examen en cas d'incidents à risque élevé évités de justesse pour veiller à ce que les leçons apprises servent à prévenir toute récurrence (p. ex., utiliser le modèle d'analyse concise des incidents).	Élevé	Faible	Élevé	Macro	Non	Élevé	Dans les 6 mois
É3 : S'assurer que les membres du personnel connaissent le protocole lié au code jaune en l'incluant régulièrement dans les séances d'orientation prévues pour le personnel en poste et les nouveaux employés.	Élevé	Faible	Élevé	Micro	Non	Élevé	Dans les 30 jours

É4: S'assurer que les membres du personnel savent utiliser le protocole lié au code jaune en menant un exercice de pratique non prévu tous les trimestres.	Élevé	Faible	Élevé	Méso	Oui Simulation Recherche Articles.	Élevé	Première simulation dans les 3 mois

Suivi

Évaluer la mise en œuvre

Le directeur des soins a évalué l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations un an après l'achèvement de l'analyse de l'incident.

RECOMMANDATION	SOURCE ET N° ID	DATE D'ENTRÉE	ÉTAT D'AVANCEMENT	ÉCHÉANCE (date limite)	SECTEUR VISÉ	NIVEAU DE RISQUE	PERSONNE RESPONSABLE
ÉQ.1 : Vérification quotidienne normalisée des appareils, avec documentation	AI n° 1D	13 sept.	Mise en œuvre telle que présentée 1er oct.	1er oct.	Tous les résidents	Élevé	Directeur des soins
ÉQ.2 : Choisir une norme d'appareils de surveillance, soit de 90 jours ou de 12 mois.	AI n° 1E	13 sept.	À l'étude		Tous les résidents	Élevé	Directeur des achats
ET.1 : Technologie de carte d'accès magnétique aux sorties d'urgence.	AI n° 1F	13 sept.	Rien de fait		Toutes les sorties d'urgence	Modéré	Directeur des achats
É1 : Élaboration et application des critères pour signaler un incident	AI n° 1G	13 sept.	Partiellement mise en œuvre	Nouveau formulaire de rapport mis en œuvre en juin	Tout le personnel	Élevé	Directeur des soins
É2 : Protocole pour analyser les incidents à risque élevé évités de justesse	AI n° 1H	13 sept.	Partiellement mise en œuvre	Deux incidents évités de justesse analysés (mai et juil.)	Tout le personnel	Élevé	Directeur des soins
É3.1 : Code jaune durant le service pour l'ensemble du personnel	AI n° 1A	13 sept.	Mise en œuvre telle que présentée	Terminé les 15 et 20 oct.	Tout le personnel du centre	Élevé	Directeur des soins
É3.2 : Code jaune lors de la séance d'orientation	AI n° 1B	13 sept.	Mise en œuvre telle que présentée	Séance d'orientation janvier	Tout le nouveau personnel	Élevé	Directeur des RH
É4 : Exercices d'entraînement non prévus du code jaune tous les trimestres	AI n° 1C	13 sept.	En voie d'être mise en œuvre	Un exercice de code s'est déroulé le 20 fév.	Tout le personnel du centre	Élevé	Responsable de la sécurité des patients

K. ÉTUDE DE CAS – ANALYSE CONCISE : INCIDENT MÉDICAMENTEUX

Contexte

Le scénario prend place dans une localité munie d'un hôpital et d'un service de soins à domicile achalandé. L'hôpital envoie par télécopieur les nouvelles références ou références mises à jour à un numéro de télécopieur central. Le formulaire de référence fournit des renseignements démographiques sur les patients, le diagnostic, une liste de médicaments au congé et les ordonnances du médecin pour les soins à domicile. Du lundi au vendredi pendant les heures ouvrables, un coordonnateur des soins à domicile vérifie les documents télécopiés et accède au dossier de soins à domicile central pour tous les clients existants. Le coordonnateur examine ensuite les informations dans les documents et fixe les horaires des visites de soins à domicile requis. En dehors des heures ouvrables et en fin de semaine, le personnel infirmier de soins à domicile vérifie périodiquement les télécopies et les trie par clients existants ou nouveaux. Les documents qui mettent à jour les informations sur les clients existants sont données directement à l'une des infirmières responsables de cette zone géographique de la communauté.

Les pharmaciens et assistants techniques en pharmacie délivrent des médicaments à partir des pharmacies locales. Les assistants techniques sont responsables du traitement informatique des ordonnances, de la préparation et de l'étiquetage des médicaments ainsi que de la gestion des stocks. Les pharmaciens sont responsables de la vérification du profil pharmaceutique du patient et de compléter le contrôle final des médicaments avant qu'ils ne soient déposés pour ramassage ou livraison à domicile.

Certains médecins traitant à l'hôpital communautaire envoient une ordonnance par télécopieur à la pharmacie du patient afin que les patients et les familles puissent facilement ramasser tous les médicaments nécessaires sur le chemin du retour à domicile.

Incident

L'incident implique un client des soins à domicile de sexe masculin, âgé de 76 ans, à qui on change, tous les cinq à sept jours, un pansement pour un ulcère à la jambe. Le patient est obèse et a des antécédents d'angine, d'hypertension et de thrombose veineuse profonde. Sa mobilité est limitée et il a été hospitalisé pendant huit jours avec un diagnostic de pneumonie d'origine communautaire. Le patient a eu son congé un samedi et une référence fut envoyée par télécopieur aux soins à domicile pour les informer de son retour à domicile. Sa liste de médicaments a été notée comme suit sur le formulaire: Nifédipine, 10 mg trois fois par jour (bloqueur des canaux calciques), Aténolol, 50 mg deux fois par jour (bêtabloquant), Coumadin, 2 mg une fois par jour (anticoagulant), Aspirine, 81 mg une fois par jour (antiagrégant plaquettaire), Doxycycline, 100mg x une fois par jour x 6 jours (antibiotique), Nitrospray au besoin et un pansement hebdomadaire DuoDERM® pour l'ulcère à la jambe.

Renseignements contextuels supplémentaires : lors de son congé, le patient était faible et un peu à court de souffle.

Processus d'analyse : ce qui s'est passé

Basé sur le rapport d'incident (*Figure K.1*), un examen du dossier des soins à domicile, le dossier de l'hôpital et le formulaire de référence, le facilitateur dont la responsabilité était de mener à bien cette analyse concise a commencé à rédiger une chronologie de l'incident (*Figure K2*). Les entrevues menées avec le client, le pharmacien et les infirmières, ainsi qu'un examen des médicaments impliqués dans l'incident, ont permis de confirmer et d'élargir la chronologie.

Figure K.1 : RAPPORT D'INCIDENT LIÉ À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

SERVICES DE SOINS À DOMICILE DE MA COMMUNAUTÉ

Soins à domicile	Identité du client (nom, âge, sexe) N000321 *John Smith, 76 ans.* *77 Rue principale,* *Belle ville, Canada* *Dre Suzanne Aubonsoins*
Date de l'évènement : *Toute date*	
Heure de l'évènement : *14h*	

Description de l'événement : *Client a été trouvé dans la salle de bain par l'IA à son arrivée à 09h00 pour le changement de pansement. Quantité modérée de sang rouge vif dans la cuvette et par terre. Ambulance appelée et transfert au service d'urgence.* *Le rapporteur vient d'appeler à l'urgence et a parlé à l'infirmière responsable. INR du patient de 5,8. Après vérification des flacons de médicaments, on a trouvé que le patient avait involontairement pris 5 mg de Warfarine par jour, comme il ne savait pas que le Coumadin était le même médicament que la Warfarine, donc a pris la dose antérieurement prescrite de 3 mg (Warfarine)* *et la "nouvelle" dose prescrite de 2 mg (Coumadin) aussi.*	**Découvert par :** ☐ INF. AUX ☐ IPA **X** INF. ☐ Pharmacien ☐ Assistant technique en pharmacie ☐ MD ☐ Autre police
Type d'erreur : ☐ Omission **X** Dosage ☐ Concentration incorrecte ☐ Mauvais patient ☐ Taux incorrect ☐ Médicament incorrect ☐ Voie incorrecte ☐ Heure incorrecte ☐ Technique ☐ Erreur de surveillance (par ex. échelle mobile, allergie non signalée) ☐ Périmé ☐ Divergence de décompte de narcotiques	Autre type (décrire) :
Étapes concernées : ☐ Ordonnance médicale ☐ Transcription **X** Distribution **X** Administration / Documentation ☐ Surveillance	(Cocher toutes les cases qui s'appliquent)
Nom des médicaments / produits / voie / concentration : Médicament prescrit : Coumadin 2 mg 1 fois jour Médicament reçu : Warfarine/Coumadin 5 mg 1 fois jour à cause d'une erreur. Les médicaments étaient tirés de 2 flacons (Coumadin et Warfarine)	Nombre de doses concernées : 5

Patient - mesures et renseignements pertinents pris dans le cas du résident. ☐ **Cocher si non requis** ou expliquer :
Client transféré à l'urgence par ambulance. Admis à l'unité de médicine

Résultat :
- ☐ Remarqué à temps
- ☐ Aucun préjudice
- **X** Préjudice (surveillance ou interventions supplémentaires requises)
- ☐ Préjudice majeur/ événement sentinelle (informer le gestionnaire ou son délégué sur-le-champ)
- ☐ Décès (informer le gestionnaire ou son délégué sur-le-champ)

Personnes avisées : Médecin traitant averti? **X** Oui Date: Date de découverte Heure : 09h00 ☐ Prochaine visite

Patient informé? ☐ Oui Date : _____ Heure : _____ **X** Non
Famille informée? ☐ Oui Date : _____ Heure : _____ **X** Non

Figure K.2 : INCIDENT MÉDICAMENTEUX – CHRONOLOGIE FINALE

DATE/HEURE	ÉLÉMENT	COMMENTAIRE/ SOURCE
Historique	Le client reçoit chaque semaine la visite des soins à domicile par l'IA pour un changement de pansement pour un ulcère à la jambe tous les cinq à sept jours pendant environ six semaines. Oublie parfois de prendre soin du pansement et mémoire à court terme légèrement affectée, cependant est en mesure de gérer ses propres médicaments.	
Vendredi - 14 jours avant l'incident	L'IA rend visite au domicile pour changer le pansement du client. Elle note qu'il est fiévreux et a le souffle court et une toux congestionnée. L'IA communique avec le médecin de famille et demande un transfert du patient à l'hôpital. Le patient est admis avec une pneumonie communautaire.	Dossier de soins à domicile
5 jours avant l'incident	Le patient quitte l'hôpital et retourne à son appartement. INR testé à l'hôpital mène à une réduction de la dose de Warfarine à 2 mg fois/jour. La liste de médicaments du médecin comprend : Nifédipine 10 mg trois fois/jour (bloqueur des canaux calciques), Aténolol 50 mg deux fois/jour (bêta-bloquant), Coumadin 2 mg une fois/jour (anticoagulant), Aspirine 81 mg une fois/jour (antiagrégant plaquettaire), Doxycycline 100mg une fois/jour x 6 jours (antibiotique), Nitrospray au besoin et un pansement hebdomadaire DuoDERM® pour l'ulcère à la jambe ainsi qu'une demande de reprendre l'horaire pour le changement de pansement, et une demande d'aide pour le bain hebdomadaire. Référence reçue par télécopieur le samedi. L'infirmière responsable de cette localité la fin de semaine ne connaît pas le client, mais elle a vérifié la référence et le dossier de soins à domicile. Les changements minimes ont été relevés et la visite de l'infirmière est planifiée dans cinq jours (jeudi) pour changer le pansement et l'aide-soignant est réservé pour une visite à domicile pour de l'aide au bain dans six jours (vendredi). Elle laisse un message vocal pour l'infirmière de service de la région pour l'informer du retour à domicile du client. Cependant, elle est absente du travail pendant plusieurs jours et ne reçoit pas le message. Elle a un nombre important de messages stockés et de travail à faire et elle ne donne pas de suite à ces renseignements.	Dossier de l'hôpital et formulaire de référence Entrevue De l'IA régulièrement planifiée dans la région
5 jours avant l'incident	La voisine du client le raccompagne chez lui. Elle ramasse à la pharmacie la nouvelle ordonnance quand elle fait son épicerie plus tard ce jour-là. Le pharmacien lui donne avec la nouvelle ordonnance, une feuille de renseignements pour le patient. La voisine la donne au client. Le client est épuisé le jour où il rentre de l'hôpital. Il est reconnaissant envers la voisine de l'avoir raccompagné et d'avoir obtenu ses médicaments ainsi que son épicerie. Il se rappelle que la voisine recommande de lire les feuilles d'information, mais ne trouve pas ses lunettes et est trop fatigué. Il a remarqué les deux «nouvelles pilules» et les directives de doses quotidiennes. Il les ajoute à son régime de médicaments jusqu'à ce que l'une des bouteilles soit vide.	Entrevue du client

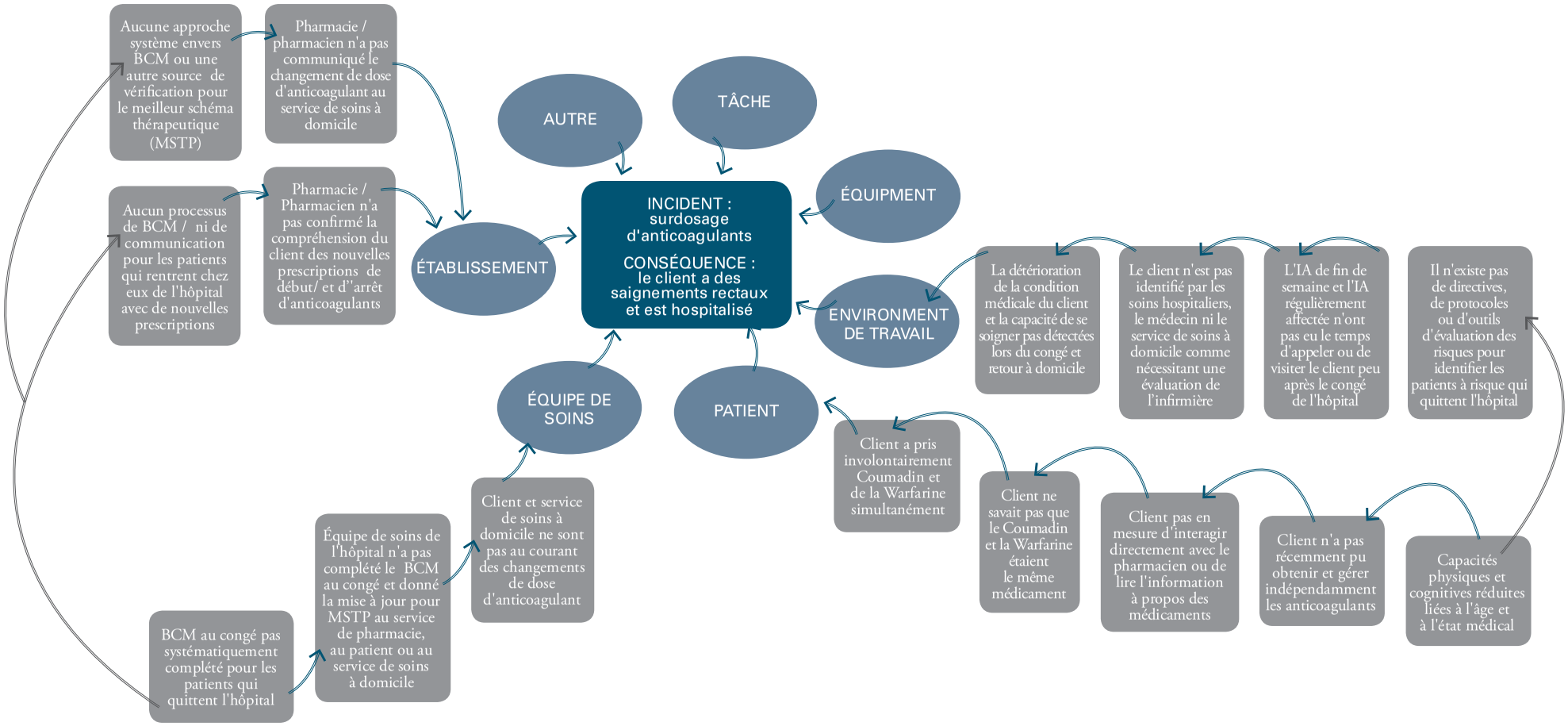
DATE/HEURE	ÉLÉMENT	COMMENTAIRE/ SOURCE
5 jours avant l'incident	En pharmacie : • Le technicien en pharmacie traite la prescription dans l'ordinateur. • Le pharmacien note le changement de la posologie de Warfarine/Coumadin de 3mg par jour à 2 mg par jour et s'assure que le nouveau flacon fourni facilite l'auto-administration. Tous les médicaments sont préparés afin d'assurer que le patient ait un approvisionnement suffisant pour le mois à venir. • Le pharmacien tente d'expliquer la posologie à la voisine. Souligne le changement de posologie sur les fiches d'information du patient ainsi que l'effet potentiel accru de l'anticoagulant avec la combinaison de Doxycycline et de Warfarine.	Entrevue du pharmacien
4 jours avant l'incident	Le client continue de se sentir fatigué et de manger et boire peu. Il passe une grande partie de sa journée au lit ou à regarder la télévision.	Entrevue du client
2 jours avant l'incident	Le client indique qu'il se sent faible et était aussi un peu préoccupé par la couleur de son urine. Il a également été gêné de voir un peu de sang sur le papier hygiénique après avoir passé des selles. Il suppose que ses hémorroïdes lui causent encore des problèmes.	Entrevue du client
2 jours avant l'incident	Client se sent plus faible et plus préoccupé par la couleur de l'urine et du sang dans ses selles. Ne veut pas embêter la voisine et décide donc d'attendre que l'infirmière se rende chez lui dans deux jours pour changer son pansement.	Entrevue du client
1 jour avant l'incident	Dors dans son lit une bonne partie de la journée et ne se souvient pas d'autres détails.	Entrevue du client
Le jour de l'incident 09h00	Client a été trouvé dans salle de bain à 0900 par l'IA qui devait changer son pansement. Quantité modérée de sang rouge vif dans la cuve de toilette et sur le plancher. Ambulance appelée et client transféré à l'urgence.	Entrevue de l'IA
Le jour de l'incident 14h00	L'IA appelle l'urgence et parle avec l'infirmière responsable. INR du patient 5,8. Après vérification des flacons de médicaments, on a trouvé que le patient avait pris 5 mg de Warfarine par jour, comme il ne savait pas que Coumadin était le même médicament que la Warfarine, il a donc pris la dose prescrite « auparavant » de 3 mg (Warfarine) et la «nouvelle» dose prescrite de 2 mg (Coumadin) aussi.	Entrevue de l'IA
2 jours après l'incident	Client reste à l'hôpital, mais se rétablit et devrait être prêt à rentrer à la maison bientôt.	Dossier de l'hôpital

Processus d'analyse : comment et pourquoi c'est arrivé

Le facilitateur a créé un diagramme de constellation (*Figure K3*) pour visualiser et mieux comprendre les facteurs qui ont contribué à l'incident et leurs interconnexions. Les facteurs ont été confirmés par des consultations avec ceux qui avaient une participation dans l'incident et les responsables des activités courantes ou médicales. Cette étape fut très utile pour résumer les conclusions et élaborer des recommandations.

Figure K.3 : COMMENT ET POURQUOI C'EST ARRIVÉ

DIAGRAMME DE CONSTELLATION DES FACTEURS CONTRIBUTIFS



Résumer les conclusions

Tâche

- Aucune conclusion clé

Équipement

- Aucune conclusion clé

Environnement de travail

- L'absence d'un outil normalisé d'évaluation des risques lors de soins à domicile ou d'un protocole a augmenté la probabilité que les clients quittant l'hôpital pour revenir dans la communauté ne soient pas évalués correctement afin d'assurer des services de soins à domicile appropriés et en temps opportun.

Patient

- La détérioration des capacités physiques et cognitives du client a augmenté la probabilité d'une erreur de médication dans sa gestion personnelle de médicaments

Équipe de soins et établissement

- L'absence, à l'échelle du système, d'un processus formel de BCM au congé et de communication de ces informations, y compris un MSTP mis à jour, a réduit la probabilité que le client reçoive le soutien approprié et opportun requis pour la gestion sécuritaire de ses médicaments.
- Aucun autre facteur identifié

Processus d'analyse : que faire pour réduire la probabilité de récurrence et rendre les soins plus sécuritaires

Environnement de travail (ET)

- ET1 : Mettre en place un outil normalisé d'évaluation des risques lors de soins à domicile pour le dépistage des patients qui sont de retour dans la communauté après leur sortie de l'hôpital. Étudier la faisabilité et l'efficacité d'un processus où l'infirmière de soins à domicile régulièrement affectée commence le dépistage avec un appel de planification de l'infirmière de soins aigus avant le congé du patient, puis achève son évaluation en communiquant avec le patient par téléphone ou en personne.

Équipe de soins et établissement (ESÉ)

- ESÉ1 : Développer, implanter et évaluer, à l'échelle du système, un processus de BCM au congé. Penser à utiliser une approche de projet pilote d'abord afin de déterminer une stratégie efficace d'implantation.

Classer les mesures en ordre de priorité

RECOMMANDATION (catégorie)	RISQUE (évaluation de la gravité ou carte thermique)	HIÉRARCHIE DE L'EFFICACITÉ (effet de levier élevé, modéré ou faible)	PRÉDICTEURS DE RÉUSSITE (harmonisation, mécanismes en place, mesures à effet rapide)	NIVEAU DU SYSTÈME VISÉ (micro, méso, macro, méga)	NOTE SI INFORMATION CONFIRMÉE ET DE QUEL TYPE	CONFIRMER LA VALIDITÉ ET LA FAISABILITÉ	ORDRE DE PRIORITÉ (ou délais)
ET1 : Mettre en place un outil normalisé d'évaluation des risques lors de soins à domicile pour le dépistage des patients qui sont de retour dans la communauté après leur sortie de l'hôpital	Modéré	Modéré	Modéré	Micro, Méso, Macro	Opinion d'expert, outils d'évaluation des risques validés dans les publications évaluées par les pairs	Modérée	Dans les 3 mois
ESÉ1 : Développer, implanter et évaluer un projet pilote de BCM au congé	Modéré	Modéré	Élevé	Micro, Méso, Macro, Méga	Oui, opinion, d'expert et recherche évaluée par les pairs	Modérée	Dans les 6 mois

Suivi

Une évaluation a été complétée par le directeur de l'amélioration de la qualité un an après l'achèvement de l'analyse de l'incident :

RECOMMANDATION	SOURCE ET N° ID	DATE D'ENTRÉE	ÉTAT D'AVANCEMENT	ÉCHÉANCE (date limite)	SECTEUR VISÉ	NIVEAU DE RISQUE	PERSONNE RESPONSABLE
ET1.1. Élaborer un outil normalisé d'évaluation des risques lors de soins à domicile	AI n° 1A	5 juin	Mise en œuvre telle que présentée	Élaborée et approuvée le 30 août	Soins à domicile	Mod.	Directeur exécutif des soins à domicile
ET1.2. Élaborer un outil normalisé d'évaluation des risques lors de soins à domicile	AI n° 1B	5 juin	Mise en œuvre telle que présentée	Mise en œuvre le 30 octobre	Tout personnel actuel et nouveau	Mod.	Directeur exécutif des soins à domicile
ET1.3 Mettre en œuvre outil normalisé d'évaluation des risques lors de soins à domicile	IA n° 1C	5 juin	En voie d'être mise en œuvre	En cours	Contrôle de dossier – Soins à domicile	Mod.	Directeur de l'amélioration de la qualité
ESÉ1.1. Élaborer un projet pilote de BCM	AI n° 1D	5 juin	Mise en œuvre telle que présentée	Élaboré et approuvé le 1er octobre	Soins à domicile	Mod.	Directeur de l'amélioration de la qualité
ESÉ1.2. Mettre en œuvre un projet pilote de BCM	AI n° 1E	5 juin	Mise en œuvre telle que présentée	Mis en œuvre le 1er novembre			Directeur médical des soins à domicile
ESÉ1.3 Évaluer le projet pilote de BCM	AI n° 1F	5 juin	En voie d'être mise en œuvre	En cours			Directeur médical des soins à domicile
ESÉ1.4 Partager l'évaluation du projet de BCM avec les décideurs en vue de diffusion à l'échelle du système	AI n° 1G	5 juin	Rien de fait				Directeur médical des soins à domicile

L. LOIS PROVINCIALES EN MATIÈRE DE DÉCLARATION DES INCIDENTS ET D'ENQUÊTES

(Informations exactes en date de cette publication–veuillez vérifier s'il y a des mises à jour)

Saskatchewan

Le gouvernement de la Saskatchewan a adopté le 15 septembre 2004 une loi obligeant la déclaration et l'examen des incidents critiques liés aux soins de santé. Selon ces lignes directrices provinciales, un incident critique est un « *événement indésirable grave en matière de santé qui englobe, sans s'y limiter, la perte possible ou réelle de la vie, d'un membre ou d'une fonction, attribuable aux services de santé fournis ou à un programme géré par une autorité régionale de la santé ou un établissement de santé*. »[i]

Manitoba

En 2005, le gouvernement du Manitoba a adopté une loi modifiant la Loi sur les offices régionaux de la santé. Selon ces amendements, les incidents critiques doivent être signalés, un incident critique étant « un événement involontaire qui se produit lorsque des services de santé sont fournis à un particulier et qui a, pour lui, des conséquences :
a) qui sont critiques et indésirables, telles que le décès, une invalidité, une blessure ou un préjudice, une admission non planifiée à l'hôpital ou une prolongation inhabituelle d'un séjour hospitalier, et b) qui n'ont pas été entraînées par son état de santé sous jacent ou par un risque inhérent à la prestation de ces services. »[ii] Il convient de noter que cette définition ne comprend pas les incidents évités de justesse et nécessite qu'un particulier subisse une conséquence grave et indésirable pour que l'incident soit considéré comme critique.

Selon les nouvelles dispositions législatives provinciales, lorsqu'un incident critique survient au Manitoba, les offices régionaux de la santé, les personnes morales dispensant des soins de santé et les organismes de soins de santé réglementaires doivent veiller à ce que les mesures appropriées soient prises pour communiquer à la personne :

1) tous les faits entourant l'incident critique;
2) toutes les conséquences de l'incident, à mesure qu'elles sont connues;
3) toutes les mesures prises, et celles qui seront prises, pour atténuer les conséquences de l'incident.

Un dossier complet concernant l'incident critique doit être créé rapidement et mis à la disposition de la ou des personnes concernées.[ii]

La loi prévoit également des exigences concernant le signalement et l'examen d'un incident critique. Les corporations de la santé dispensant des soins de santé ou les organismes de soins de santé réglementaires doivent :

1) aviser l'office régional de la santé, qui doit ensuite en informer le ministre provincial de la Santé;
2) en collaboration avec l'office régional de la santé, constituer un comité d'examen des incidents critiques pour enquêter sur l'incident. Ce comité a le pouvoir d'obliger la production de toute information, y compris les renseignements personnels sur la santé; et
3) remettre le rapport du comité d'examen des incidents critiques à l'office régional de la santé et au ministre provincial de la Santé.

Les dossiers et renseignements confiés à un comité d'examen des incidents critiques sont protégés en vertu de la *Loi sur la preuve au Manitoba*.

Québec

Le gouvernement du Québec dispose également d'une loi portant sur la divulgation et la gestion des risques au regard de la prestation de services de santé sécuritaires. Une loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux[iii] a été adoptée en décembre 2002. L'article 8 exige la divulgation de tout accident se produisant au cours de la prestation des soins de santé et étant « *susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident* ».

Pour l'application du précédent article et des articles 183.2, 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par « accident » une action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.

De plus, l'article 235.1 stipule que *« le conseil d'administration d'un établissement doit, par règlement, prévoir les règles relatives à la divulgation à un usager, au représentant d'un usager majeur inapte, ou, en cas de décès d'un usager, aux personnes visées au premier alinéa de l'article 23, de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident. Il doit également, de la même manière, prévoir des mesures de soutien, incluant les soins appropriés, mises à la disposition de cet usager, de ce représentant et de ces personnes ainsi que des mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident. »*

Les termes « accident » et « incident » n'ont pas la même signification; ils ne sont donc pas interchangeables. Ainsi, la signification du terme « incident » est précisée à l'article 183.2 de la Loi. « *Pour les fins d'application du présent article et des articles 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par «incident» une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.* »

La déclaration des événements, accident et incident, est régie par l'article 233.1, qui stipule que « *tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l'usager. Le directeur général de l'établissement ou, à défaut, la personne qu'il désigne rapporte, sous forme non nominative, à l'agence, selon une fréquence convenue ou lorsque celle-ci le requiert, les incidents ou accidents déclarés.* »

La Loi exige également la création d'un comité de gestion des risques pour « *identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers […],s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches [et] assurer la mise en place d'un système de surveillance […] pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.* »

Ontario

Le Règlement sur la gestion hospitalière de l'Ontario a été amendé en 2010 puis en 2011 afin d'y inclure des exigences concernant la divulgation et le signalement des incidents critiques. Un incident critique est « *tout événement involontaire qui se produit alors qu'un malade suit un traitement à l'hôpital et qui, d'une part, entraîne le décès du malade ou une invalidité, une blessure ou un préjudice grave chez celui-ci et, d'autre part, ne découle pas principalement de l'état de santé sous-jacent du malade ou d'un risque connu inhérent à l'administration du traitement*[2]. »[iv] Les incidents critiques doivent être révélés au comité médical consultatif et au directeur général. En outre, le patient ou son représentant doit être informé :

1) des faits importants ayant trait à ce qui s'est produit relativement à l'incident critique;
2) des conséquences de l'incident critique pour le malade, dès qu'elles sont connues;
3) des mesures prises et celles qu'il est recommandé de prendre en vue de remédier aux conséquences de l'incident critique pour le malade, y compris les soins de santé ou le traitement indiqués.

Après divulgation, le directeur général doit instaurer un système pour veiller à ce que l'incident soit analysé et qu'un plan comportant des étapes systémiques soit élaboré pour éviter tout autre incident critique semblable ou en réduire le risque. Il doit également fournir au comité de la qualité de l'hôpital des données cumulatives sur les incidents critiques au moins deux fois par année. Les patients ou leur représentant doivent également être informés des « *mesures systémiques, le cas échéant, que prend l'hôpital ou qu'il a prises, afin de prévenir ou de réduire le risque que des incidents critiques semblables ne se reproduisent*. » Cette divulgation est assujettie aux dispositions de protection prévues dans la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*.

Législation en matière d'amélioration de la qualité des soins de santé

Au Canada, chaque gouvernement dispose de dispositions législatives et de cadres réglementaires applicables qui précisent les processus visant à améliorer la qualité des services de soins de santé. L'*Annexe M* donne un aperçu de la protection législative des renseignements sur la qualité des soins afin de souligner son importance et sa pertinence pour les personnes et les établissements qui effectuent une analyse des causes souches. Les renseignements fournis sont exacts à la date de leur publication; cependant, ils sont sujets à changement au fil des ans. Certains exemples sont fournis uniquement pour expliquer les principaux concepts.

Les renseignements présentés dans le cadre ne visent pas à se substituer aux avis juridiques. Il est impératif qu'un comité chargé de la protection des discussions confidentielles soit mis sur pied conformément à toutes les dispositions législatives, afin d'atténuer le risque de toute

obligation de divulguer les renseignements. Un avis juridique doit être obtenu en ce qui concerne l'interprétation des lois applicables dans chaque province et territoire.

L'analyse des causes d'un incident se fonde sur une démarche interdisciplinaire à laquelle participent les personnes les plus concernées par le processus. Elle donne de meilleurs résultats dans un environnement confidentiel où les personnes qui en sont responsables peuvent recueillir, analyser et échanger de l'information. La protection des renseignements sur la qualité des soins vise à créer un tel environnement confidentiel où les discussions et les documents sont protégés et ne peuvent être divulgués dans le cadre d'une procédure judiciaire.

Il existe une variété de termes utilisés dans la législation afin d'identifier les comités qui bénéficient d'une protection pour les discussions confidentielles. Par exemple, l'Alberta utilise le terme « comité d'assurance de la qualité », la Saskatchewan utilise le terme « comité d'amélioration de la qualité », tandis que l'Ontario utilise le terme « comité de qualité des soins ». Dans d'autres juridictions, aucune définition de « comité » n'est donnée, mais les fonctions du comité sont énoncées dans la législation (voir, par exemple, les lois sur la preuve du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse). À des fins pratiques, le terme comité de la qualité des soins sera utilisé dans le présent document. Le Québec utilise le terme « comité de gestion des risques ».

En règle générale, les informations pertinentes doivent être communiquées dans le cadre d'une action civile sauf si elles sont « privilégiées ». Les principales catégories de privilège comprennent le privilège avocat-client et le privilège relatif au litige. Les communications entre un avocat et son client sont protégées contre toute divulgation. Le privilège relatif au litige s'applique lorsque l'information est générée essentiellement en vue du litige.

Questions à examiner au moment d'instaurer un comité d'analyse des incidents

A. Quel type d'établissement de santé voit à établir un comité?

Certaines dispositions législatives limitent la protection conférée aux comités de la qualité des soins mis sur pied par les hôpitaux. Selon d'autres dispositions, cette protection est accordée aux comités de la qualité des soins créés par les autres établissements de soins de santé. Certains gouvernements permettent à leur ministre de la Santé d'instituer des comités de la qualité des soins.

Par exemple, en vertu de la Loi de 2004 *sur la protection des renseignements sur la qualité des soins de* l'Ontario[v], les hôpitaux et d'autres établissements de santé peuvent désigner des comités de la qualité des soins. Au Nouveau Brunswick, la *Loi sur la preuve*[vi] accorde une protection aux comités mis sur pied par un hôpital.

L'Alberta et la Colombie Britannique autorisent leur ministre de la Santé à désigner des comités de la qualité des soins par règlement. Les comités ainsi désignés en Colombie Britannique[vii] sont les suivants :

a) *Industry Reference Group on Notification or Lookback related to Hepatitis C/HIV* (Groupe de référence de l'industrie sur la notification ou le retraçage des donneurs concernant l'hépatite C et le VIH);
b) *Maternal and Perinatal Mortality Review of the British Columbia Reproductive Care*

(Comité de révision des soins offerts par la province en matière de reproduction quant à la mortalité maternelle et périnatale);

c) *Critical Incident Report Subcommittee of the Quality Assurance Committee of the British Columbia Anaesthetists' Society* (Sous-comité de la déclaration des incidents critiques du comité d'assurance de la qualité de l'association professionnelle des anesthésistes de Colombie-Britannique).

En Alberta, le ministre provincial de la Santé[viii] a désigné les comités suivants en tant que comités de la qualité des soins :

a) *Committee on Reproductive Care* (Comité sur les soins de la reproduction) comité mis sur pied par l'*Alberta Medical Association*;
b) *Physicians Performance Committee* (Comité sur le rendement des médecins) comité mis sur pied par le Collège des médecins et des chirurgiens de l'Alberta;
c) *Perinatal Morbidity Review Committee* (Comité d'examen de la morbidité périnatale) comité mis sur pied par le *Northern and Central Alberta Perinatal Program Advisory Committee*;
d) *Ambulance Medical Review Committee* (Comité d'examen médical ambulancier).

B. La protection vise les communications de qui?

En règle générale, les communications concernant la qualité des soins qui n'émanent pas d'un comité des soins n'ont pas droit à une protection.

Par exemple, la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins de* l'Ontario[v] ne protège que l'information préparée par ou pour un comité qui a été désigné en tant que comité de la qualité des soins. Avant d'agir à ce titre, le comité doit être désigné par écrit par l'établissement de santé ou l'entité qui l'a mis sur pied, qui a nommé ses membres ou l'a approuvé. Le mandat du comité et sa désignation doivent être accessibles au public.

C. Quels sont les communications et les renseignements assujettis à la protection?

La protection couvre généralement les renseignements, les documents et les opinions. Dans certains règlements, seuls les documents qui ont été rédigés exclusivement ou principalement par le comité de la qualité des soins auront droit à une protection. Par exemple, la *Loi sur la preuve*[ix] de la Saskatchewan ne protège pas les dossiers qui sont :

1) constitués aux fins de fournir un service de santé à une personne;
2) constitués à la suite d'un incident qui est survenu dans un établissement exploité par une agence de services de santé ou lors de la prestation d'un service de santé par une agence de services de santé, à moins que les faits relatifs à cet incident soient aussi entièrement consignés dans un dossier visé par l'alinéa (i);
3) tenus par la loi d'être conservés par l'agence de services de santé.

De plus, la protection couvre les rapports, documents ou dossiers qui sont :

1) préparés exclusivement par un comité ou pour son usage;
2) utilisés exclusivement dans le cadre d'une enquête, étude ou programme mené par un comité ou découlent de ces activités.

La *Evidence Act*[x] de la Nouvelle-Écosse ne fait pas mention d'un but spécifique ou d'un critère d'exclusivité. En vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* de l'Ontario, l'information qui est recueillie par ou pour un comité de la qualité des soins est protégée si elle a été réunie dans le « seul ou principal but » d'aider le comité ou lorsqu'elle est liée « seulement ou principalement à toute activité » du comité de la qualité des soins.

D. Quels comités sont protégés?

Certains textes législatifs précisent les comités protégés en fonction de leur but, alors que d'autres ne prévoient la protection que pour certains comités mis sur pied par règlement. Les activités des comités ponctuels ou des personnes agissant à l'extérieur des règlements administratifs ou autres paramètres établis ne devraient pas être protégées. Dans certaines provinces ou territoires, la désignation officielle est requise pour que les communications d'un comité jouissent d'une protection. Par souci de transparence, il est utile que les comités de la qualité des soins soient désignés au moyen d'une résolution du conseil d'administration ou de la haute direction de l'établissement, conformément aux règlements de régie interne et à la structure de l'établissement en vigueur au moment de la création des comités.

E. Quel est le sujet des communications en jeu?

En règle générale, les textes législatifs exigent que l'activité d'un comité soit justifiée par le désir d'améliorer les services de soins de santé.

Par exemple, pour que les comités soient établis et protégés en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* de l'Ontario[v], ils doivent avoir comme objectif d'améliorer ou de maintenir : 1) la qualité des soins de santé ou 2) le niveau de connaissance et de compétence des personnes qui fournissent ces soins. En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* du Québec[iii], un établissement doit mettre sur pied un comité de gestion des risques qui cherche, élabore et favorise des façons de dépister et d'analyser les risques d'incident ou d'accident et d'analyser les accidents et les incidents survenus afin de prévenir la récurrence de pareils événements et d'assurer la sécurité des usagers.

F. Qui veut consulter les dossiers d'assurance de la qualité?

Certains textes législatifs protègent les dossiers d'assurance de la qualité contre les assignations à comparaître, l'enquête préalable ou la divulgation dans le cadre d'une poursuite judiciaire, alors que d'autres lois prévoient une protection plus vaste.

Par exemple, l'*Evidence Act*[xi] de l'Alberta stipule qu'un témoin à une instance ne doit pas être interrogé, et ne doit pas être autorisé à répondre, au sujet des travaux d'un comité d'assurance de la qualité. En outre, le témoin n'est pas tenu de produire, et ne doit pas être autorisé à produire, tout dossier d'assurance de la qualité qu'il, ou que le Comité, a en sa possession ou sous son contrôle.

La *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* de l'Ontario[v] stipule que les renseignements sur la qualité des soins ne peuvent être divulgués à la direction que si le comité le juge approprié en vue d'améliorer ou de maintenir la qualité des soins de santé donnés dans l'établissement. Les renseignements peuvent également être divulgués s'ils permettent d'éliminer ou d'atténuer un risque important pour une personne ou un groupe de personnes.

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* du Québec[iii], personne ne peut prendre connaissance des procès-verbaux du comité de gestion des risques, sauf les membres de ce comité, les représentants d'organismes d'accréditation ou les représentants d'un ordre professionnel. Voici ce qu'elle stipule: « *Malgré la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (chapitre A-2.1), les dossiers et les procès-verbaux du comité de gestion des risques sont confidentiels. Nul ne peut prendre connaissance des procès-verbaux du comité de gestion des risques sauf les membres de ce comité, les représentants d'organismes d'accréditation dans l'exercice des fonctions relatives à l'agrément des services de santé et des services sociaux des établissements ou les représentants d'un ordre professionnel dans l'exercice des fonctions qui leur sont attribuées par la loi ».

Les mesures suivantes devraient être prises une fois qu'un comité est établi (soit par le comité ou par un autre groupe *ad hoc*) :

- Une fois les politiques sur les dossiers du comité établies, tout le personnel prenant part aux activités du comité doit être sensibilisé à l'importance de suivre ces politiques à la lettre. Il faut rappeler à tous les participants à l'examen de la qualité des soins qu'ils s'apprêtent à mener une activité privilégiée et confidentielle pour assurer la qualité des soins.
- Tous les procès-verbaux du comité de la qualité des soins doivent être rédigés soigneusement et conformément aux lois provinciales. Ils doivent préciser les conclusions et non le détail des discussions tenues ou des commentaires personnels exprimés par les membres de comité.
- Tous les documents qui découlent des travaux du comité doivent être clairement étiquetés comme documents d'examen privilégiés et confidentiels de la qualité des soins.

Lois sur la protection de la vie privée et l'accès à l'information

Toutes les provinces et les territoires ont des lois du secteur public traitant de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée. Plusieurs traitent des hôpitaux ou des autorités régionales de la santé. L'objectif global des lois sur la protection de la vie privée et l'accès à l'information[xi] est de fournir un droit d'accès à l'information selon le principe que les informations devraient être disponibles au public et que les restrictions au droit d'accès devraient être limitées et précises. Le droit d'accès dans le cadre des lois sur la protection de la vie privée et l'accès à l'information est très important parce que ce droit encourage et renforce la transparence et la responsabilisation dans la prise de décisions au sein des organismes publics.

En Ontario, la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (LAIPVP)[xii] prévoit un droit d'accès aux documents possédés par ou sous le contrôle d'un hôpital à partir du 1er janvier 2007. L'article 18 de la LAIPVP a également été modifiée récemment afin de permettre aux hôpitaux de refuser l'accès à « *un document si les renseignements fournis à titre confidentiel à un comité d'un hôpital, ou des documents que le comité a préparés en s'attendant à ce qu'ils demeurent confidentiels, pour évaluer la qualité des soins de santé ainsi que les programmes et services directement liés qui sont fournis par un hôpital, si l'évaluation vise à améliorer les soins ainsi que les programmes et service* ». Il s'agit d'une dispense discrétionnaire et par conséquent, les hôpitaux doivent évaluer si l'accès doit

être autorisé en fonction des circonstances particulières de chaque demande d'accès. Enfin, l'exemption dans la LAIPVP n'affecte pas la protection prévue par la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins. Le but de l'amendement était de permettre aux hôpitaux de refuser l'accès aux renseignements sur la qualité des soins qui n'étaient pas déjà protégés par la Loi de 2004*.

Références :

i. Government of Saskatchewan, Ministry of Health. Saskatchewan Critical Incident Reporting Guideline, 2004 [Internet]. Regina (SK): Gouvernement de la Saskatchewan; 2004 [cité janv. 2012]. Disponible ici : http://www.health.gov.sk.ca/critical-incident-guidelines

ii. The Regional Health Authorities Act, C.C.S.M., c.R33; Critical Incidents Regulation, Man. Reg. 211/2006. (2011 Aug 28), <http://canlii.ca/t/ldmc> récupéré le 2012/01/10.

iii. Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, Gouvernement du Québec. Disponible ici : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html

iv. Loi sur les hôpitaux publics, L.R.O. 1990, c. P.40 Regulation 965, Gouvernement de l'Ontario. http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90p40_f.htm, récupéré le 2012/01/10

v. Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, S.O. 2004, c. 3, Annexe B, Gouvernement de l'Ontario. Disponible ici : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_04p03_f.htm

vi. New Brunswick Evidence Act, R.S.N.B. 1973, c. E-11, a. 43.3. Gouvernement du New Brunswick. Disponible ici : http://canlii.ca/t/88lk

vii. British Columbia Evidence Act. RSBC 1996, c. 124. Designation Regulation 363/95, Gouvernement de la Colombie-Britannique. Disponible ici : <http://canlii.ca/t/kpxk>

viii. Alberta Evidence Act, Quality Assurance Committee Regulation, Alta Reg 294/2003, Gouvernement de l'Alberta, Disponible ici : <http://canlii.ca/t/jb1l>

ix. Evidence Act, SS 2006, c. E-11.2, Government of Saskatchewan. a. 60. Disponible ici : <http://canlii.ca/t/kvb0>

x. Evidence Act, RSNS 1989, c 154, Government of Nova Scotia. Disponible ici : <http://canlii.ca/t/jpj0>

xi. Alberta Evidence Act, RSA 2000, ch A-18) Alberta Evidence Act, RSA 2000, c A-18, art. 9(2) Disponible ici : <http://canlii.ca/t/kxcs>

xii. Lois sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, Gouvernement de Ontario. R.S.O. 1990, c. F-31, a. 18(1)(j). Disponible ici : http://canlii.ca/t/2d9.

M. LOIS PROTÉGEANT LES RENSEIGNEMENTS SUR LA QUALITÉ DES SOINS AU CANADA

(Informations exactes en date de cette publication–veuillez vérifier s'il y a des mises à jour)

Alberta

Alberta Evidence Act, R.S.A. 2000, c. A-18, art. 9
Quality Assurance Committee Regulation, Alberta Regulation 294/2003
Health Information Act, R.S.A. 2000, c. H-5, alinéa 35(1)(g), art. 35(2)-(3)
Health Quality Council of Alberta Regulation, Alberta Regulation 130/2006, par. 10(2)

Colombie-Britannique

Evidence Act, R.S.B.C. 1996, c. 124, art. 51
Designation Regulation, British Columbia Regulation 363/95 tel qu'amendé

Manitoba

Loi sur la preuve au Manitoba, R.S.M. 1987, c. E150, art. 9, 10 (C.C.S.M., c. E150)
Loi sur les renseignements médicaux personnels, C.C.S.M. c. P33.5, alinéas 11(1)(d) et 22(2)(e)

Territoires du Nord Ouest

Loi sur la preuve, R.S.N.W.T. 1988, c. E-8, art. 13, 14, 15

Nouveau Brunswick

Loi sur la preuve, R.S.N.B. 1973, c. E-11, art. 43.3

Terre-Neuve / Labrador

Evidence Act, R.S.N.L. 1990, c. E-16, art. 8.1

Nouvelle-Écosse

Evidence Act, R.S.N.S. 1989, c. 154, art. 60, 61

Nunavut

Evidence Act, R.S.N.W.T. 1988, c. E-8, art. 13, 14, 15, tel que reproduit pour le Nunavut par l'art. 29 de la Nunavut Act, S.C. 1993, c. 128

Ontario

Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins, S.O. 2004, c. 3, annexe B
Définition de « comité de la qualité des soins », Règlement de l'Ontario 297/04
Réglementation générale, Règlement de l'Ontario 330/04
Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, S.O. 2004, c. 3, annexe A, alinéa 51(1)a)

Île-du-Prince-Édouard

Health Services Act, R.S.P.E.I. 1988, c. H-1.5, art. 26-31.
Medical Act, R.S.P.E.I. 1998, c. M-5, art. 38.7

Quebec

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, art. 183.3, 183.4. et pour les activités médicales, art. 218

Saskatchewan

Health Information Protection Act, S.S. 1999, c. H-0.021, alinéa 27(4)(g)
Loi sur la preuve, S.S. 2006, c. E-11.2, art. 10
Regional Health Services Act, S.S. 2002, c. R-8.2, art. 58

Yukon

Loi sur la preuve, R.S.Y. 2002, c. 78, art. 13

N. TROIS MÉTHODES ISSUES DE L'INGÉNIERIE DES FACTEURS HUMAINS POUVANT SERVIR À L'ANALYSE DES INCIDENTS

Diverses méthodes tenant compte des facteurs humains peuvent être utilisées dans le cadre du processus d'analyse afin de répondre à la question : « Comment est-ce arrivé? » Elles varient sur le plan de la complexité, des délais, des ressources et de l'expertise nécessaires. Les trois méthodes décrites ci-après permettent d'examiner en détail l'interaction homme-système. L'**examen cognitif**, sans doute la méthode la plus facile et la plus économique à employer, les participants sont invités à « penser tout haut » tout en simulant les tâches effectuées lors de l'incident. Dans le cadre d'une **évaluation heuristique**, on vérifie les diverses composantes du système (comme l'équipement, les formulaires papier, les systèmes informatiques) utilisées pour l'exécution des tâches lors de l'incident. La vérification a pour but de déterminer si les principes de l'ingénierie des facteurs humains ont été enfreints et recenser ainsi les facteurs contributifs éventuels de l'incident. L'évaluation heuristique exige une compréhension des principes relatifs aux facteurs humains tels qu'ils s'appliquent aux différents systèmes, p. ex. les systèmes informatiques. Enfin, on peut utiliser l'**essai de convivialité** dans le cadre duquel on observe l'interaction homme-système avec l'équipement, les tâches administratives ou les processus, ce qui est analogue à une simulation. On invite les participants à exécuter un certain nombre de tâches dans un environnement de simulation reposant sur le déroulement de l'incident. Un certain niveau de formation sur les facteurs humains est nécessaire pour planifier et effectuer les essais de convivialité et d'en interpréter les résultats. Toutefois, les informations recueillies sont très utiles et détaillées parce que, s'ils sont effectués correctement, les essais de convivialité permettent de déterminer comment l'interaction homme-système se déroule dans le monde réel.

Examen cognitif

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, cette méthode est peut-être la plus rapide à appliquer et celle qui exige le moins de temps, de ressources et de compétences en facteurs humains, par rapport aux deux autres méthodes présentées dans le présent document. L'examen cognitif peut servir à déterminer les facteurs contributifs au cours de l'étape propre à l'analyse ou il peut être utilisé pour cerner l'efficacité des recommandations. Dans l'un ou l'autre cas, cette méthode permet de recenser les détails des activités cognitives et physiques qui ont eu lieu ou qui pourraient avoir lieu si une recommandation devait faire l'objet d'une évaluation.

Pour effectuer un examen cognitif, il faut recruter des participants qui soient représentatifs de la ou des personnes concernées par l'incident, p. ex. un(e) pharmacien(ne) ou un(e) infirmier(e)) ou les travailleurs réels afin de simuler la série de tâches entourant l'incident. Demandez aux participants de « penser tout haut » au moment de simuler ou d'exécuter chacune des étapes de la tâche. Il est essentiel qu'ils expriment oralement leurs pensées au moment où ils exécutent leurs tâches. Tout au long de la simulation, il est utile de poser un certain nombre de questions guides comme, « Que cherchiez-vous à faire à ce moment-là? », « Que deviez-vous comprendre? », « Où avez-vous trouvé les renseignements dont vous aviez besoin? », « À quoi deviez-vous penser ensuite? », « Qu'est-ce qui vous a amené à croire que vous deviez faire cela? », « Jusqu'à quel point cela vous semblait-il évident? » ou « Dans quelle mesure étiez-vous convaincu que vous aviez rempli la tâche correctement? »

Le succès d'un examen cognitif dépend dans une large mesure des facteurs suivants :

- les participants se sentent à l'aise d'exprimer leurs pensées sans crainte;
- l'identification appropriée des tâches ou des activités que les participants simuleront. Si les tâches sont définies de façon trop restrictive, cela limitera la quantité d'informations que vous pouvez recueillir; et
- le facilitateur de l'examen cognitif n'exprime pas son point de vue personnel et ne «guide» pas les participants. Le facilitateur devrait se limiter à dire aux participants quelle tâche exécuter et NON PAS « comment » exécuter la tâche en question, ni comment ils « auraient dû » exécuter la tâche.

Recrutez, si possible, entre 1 et 6 participants pour participer à l'exercice, idéalement entre 4 et 6 participants. Cela vous permettra de saisir une part plus importante de l'interaction homme-système. Cependant, un seul participant est préférable à aucun et la participation d'une seule personne vous permettra de recueillir des informations très utiles pour l'analyse de l'incident.

À la fin de l'examen, le facilitateur comprendra mieux les activités cognitives et physiques qui ont provoqué l'incident ainsi que les aspects du système qui n'ont pas permis de soutenir ces activités de façon appropriée et qui peuvent avoir été ainsi des facteurs contributifs de l'incident.

Si, par ailleurs, l'examen cognitif a été effectué afin d'évaluer la recommandation proposée, il permettra de recueillir un certain nombre d'informations sur l'efficacité de la mesure en question. Il pourrait également permettre de déterminer si la recommandation a entraîné des conséquences imprévues ou indésirables. Par exemple : Cela exige-t-il un effort mental additionnel indu? Cela rend-il la tâche exagérément complexe ou pénible? Cela crée-t-il de la confusion ou de l'incertitude? Cela risque-t-il de provoquer d'autres genres d'erreurs? Selon la réponse qui sera apportée à ces questions, il peut être nécessaire de modifier ou de choisir une autre recommandation et éventuellement de l'évaluer à nouveau à l'aide de l'une des trois méthodes des facteurs humains décrites dans la présente annexe.

Évaluation heuristique

Cette méthode exige une certaine connaissance des principes de l'ingénierie des facteurs humains et de la façon de les appliquer à des systèmes particuliers, p. ex. les systèmes informatiques. Cette méthode peut exiger approximativement le même laps de temps ou même davantage que l'examen cognitif, selon la complexité de l'exercice, et ne requiert pas le recrutement de participants ou d'autres dispositions spéciales. Elle peut être utile au cours de l'étape de l'analyse afin de déterminer les facteurs contributifs ou d'évaluer la recommandation avant sa mise en œuvre.

Dans le cadre d'une évaluation heuristique, on effectue une évaluation du système afin de déterminer si les principes de l'ingénierie des facteurs humains ont été enfreints. Ces principes s'appliquent à un large éventail de questions qui traitent du problème de savoir si la conception d'un système est conforme à la tâche ou à la personne qui l'exécute. La vérification peut permettre de déterminer à quel moment une incidence négative est exercée sur l'interaction homme-système.

Les résultats d'une évaluation heuristique peuvent fournir des informations détaillées sur les facteurs contributifs et la façon dont ils peuvent être modifiés pour prévenir le risque d'erreurs. De plus, cette méthode peut servir à élaborer et à définir la recommandation.

Essai de convivialité

Des trois méthodes décrites dans le présent document, l'essai de convivialité est celle qui exige probablement le plus de temps et de ressources. Cette méthode exige également une certaine compétence en facteurs humains afin de planifier, d'appliquer et d'analyser les résultats. Cependant, des essais de convivialité simples n'exigent pas autant de temps et de ressources et peuvent permettre de recueillir des informations utiles sur les facteurs contributifs ou l'efficacité d'une recommandation.

Dans le cadre des essais de convivialité, on recrute des participants afin d'exécuter une tâche précise ou une série de tâches. L'essai peut être effectué dans un environnement de simulation ou, dans certains cas, dans le cadre de travail réel. On recueille des informations sur la façon dont la tâche ou la série de tâches sont exécutées : temps consacré à l'exécution de la tâche, nombre et nature des étapes nécessaires ou erreurs commises. Cela permet d'observer le déroulement de l'interaction homme-système et de recenser les difficultés éprouvées tout au long de l'interaction (facteurs contributifs). Un essai de convivialité formel peut nécessiter la participation d'un nombre variant entre 20 et plusieurs centaines de participants et exiger des semaines sinon des mois de préparation. Cependant, dans le but de recueillir des informations aux fins d'analyse d'un incident, on peut adopter une approche moins formelle et recruter un nombre moins élevé de participants, parce que l'objectif visé est d'acquérir une compréhension qualitative des facteurs contributifs éventuels. Un nombre compris entre 4 et 6 participants serait souhaitable, mais 1 ou 2 participants peuvent fournir des informations qualitatives utiles pour l'analyse de l'incident.

À l'instar des autres méthodes décrites, on peut utiliser les essais de convivialité tant pour déterminer les facteurs contributifs que pour évaluer l'efficacité des recommandations.

Exemple de facteurs humains utilisés pour orienter une analyse d'incident :
Lorsqu'on examine un incident dans le cadre duquel une infirmière n'a pas réglé correctement un appareil médical, il est essentiel de déterminer les facteurs contributifs. Le fait que «l'infirmière a appuyé sur le mauvais bouton» ne constitue pas un facteur contributif. Il s'agit plutôt d'une description factuelle de ce qui est arrivé. L'analyse vise à déterminer comment et pourquoi cela est arrivé. Pour aborder la question en invoquant l'ingénierie des facteurs humains, il est nécessaire d'examiner l'interface de l'utilisateur avec l'équipement et de rechercher les caractéristiques sur le plan de la conception qui ont pu influer sur ce geste. Par exemple, dans le cadre d'une évaluation heuristique, les questions que vous pourriez vous poser comprennent notamment les suivantes :

- Le bouton se trouvait-il à proximité de celui sur lequel elle voulait appuyer?
- Était-il étiqueté de telle façon qu'elle a cru que le fait d'appuyer sur ce bouton était le bon geste à poser?
- Les instructions affichées à l'écran étaient-elles suffisamment claires pour qu'elle puisse déterminer sur quel bouton appuyer ensuite?
- L'étiquette du bouton correspondait-elle à la terminologie utilisée dans les instructions affichées?
- Le bouton se trouvait-il à proximité des autres boutons habituellement utilisés pour exécuter la tâche, ce qui l'a incitée à croire qu'il s'agissait du bouton approprié pour exécuter la tâche?
- Le bouton ressemblait-il à d'autres boutons et pouvait-on le confondre avec ces derniers?
- L'interface comportait-elle d'autres caractéristiques qui portent à confusion et qui peuvent avoir causé un malentendu ou une erreur?

Vous pourriez également examiner les matériaux utilisés dans le réglage de l'appareil. Par exemple, si un guide d'utilisation a été utilisé, vous examineriez sa facilité d'utilisation. Non seulement sa lisibilité, mais également de quelle façon il est lié à la tâche qui consiste à régler l'appareil. Par exemple,

- L'infirmière consulte-t-elle le guide d'utilisation pendant le réglage de l'appareil?
- De quels renseignements se sert-elle pour régler l'appareil?
- Les renseignements sont-ils fournis dans un ordre logique qui correspond à ce qui doit être fait avec l'appareil?
- La terminologie utilisée dans le guide d'utilisation correspond-elle à celle utilisée sur l'appareil?
- Y a-t-il des renseignements qui peuvent porter à confusion?
- L'organisation des renseignements contenus dans le guide d'utilisation correspond-elle au déroulement des tâches?

On devrait ensuite se pencher sur la nature de la tâche et de quelle façon elle peut avoir influé sur l'interaction homme-système, par exemple, les contraintes de temps, l'exécution simultanée de plusieurs tâches, la complexité des étapes à suivre, et ainsi de suite. De plus, l'environnement, l'aménagement de la zone de travail, le contexte organisationnel, l'équipe et les facteurs liés aux patients peuvent également avoir une incidence sur la façon dont le travail est exécuté et, de ce fait, peuvent être à l'origine des facteurs contributifs. Les questions guides fournies à l'***Annexe G*** servent de point de départ à l'examen des facteurs qui peuvent avoir joué un rôle dans l'incident.

Un examen cognitif permettant d'observer les infirmières qui règlent l'appareil fournira également des renseignements sur les aspects du processus qui peuvent induire en erreur ou, lorsque les renseignements ne sont pas disponibles, provoquer une interruption du processus qui peut également donner lieu à des erreurs.

O. GLOSSAIRE

Analyse des incidents : un processus structuré qui vise à identifier ce qui s'est passé, comment et pourquoi c'est arrivé, ce qui peut être fait pour réduire le risque de récurrence et rendre les soins plus sécuritaires, et les enseignements qu'on en a tirés.

Biais rétrospectif : la tendance à trop simplifier et à attribuer des causes simples (erreur humaine) à des événements au cours d'enquête post événement, sachant que le résultat d'un événement fausse notre perception des facteurs contributifs.*

Cadre : une structure conceptuelle, conception provisoire ou représentation modélisée de la réalité.

Conclusions :

1) Des facteurs qui, s'ils avaient été corrigés, auraient vraisemblablement prévenu l'incident ou atténué le préjudice subi et seront à la base de l'élaboration de recommandations. Noter que ces facteurs pourraient exiger des mesures à différents niveaux du système.
2) Des facteurs qui, s'ils avaient été corrigés, n'aurait vraisemblablement pas prévenu l'incident ou atténué le préjudice subi, mais qui demeurent importants pour la sécurité du patient, du personnel ou la sécurité des soins offerts aux patients en général.
3) Les facteurs atténuants - facteurs qui ont évité que des conséquences plus graves ne découlent de l'incident et qui représentent des mesures préventives solides qui doivent être conservées.

Conséquence pour le patient : impact sur un patient qui est entièrement ou partiellement attribuable à un incident. (Alliance mondiale pour la sécurité des patients)*

Conséquence organisationnelle : conséquence affectant un établissement qui est due entièrement ou en partie à un incident.*

Danger : circonstance, agent ou geste qui a le potentiel de causer un préjudice.

Détection : une action ou circonstance qui mène à la découverte d'un incident.*

Facteur contributif : une circonstance, action ou influence que l'on estime avoir pu jouer un rôle dans l'origine ou le développement d'un incident ou dans l'augmentation du risque qu'un incident se produise.*

Gestion des incidents : les différentes mesures et processus nécessaires pour mener les activités immédiates et soutenues à la suite d'un incident. L'analyse des incidents fait partie de la gestion des incidents.

Incident lié à la sécurité des patients : action ou situation ayant pu causer ou ayant bel et bien causé, un préjudice inutile à un patient.

Incident évité de justesse : un incident qui n'a pas atteint le patient.*

Mesure d'amélioration ou de redressement : mesures prises ou circonstances modifiées afin de redresser ou de compenser les conséquences de tout préjudice après un incident.

Mesures d'atténuation : mesures ou circonstances qui empêchent un événement d'atteindre un patient ou en réduit les conséquences.*

Mesures de restriction : quelque chose qui empêche le comportement de continuer jusqu'à ce que le problème soit corrigé.*

Mesure prise pour atténuer ou mitiger le risque : mesures prises qui réduisent ou contrôlent tout préjudice futur ou probabilité de préjudice liés à un incident.*

Méthode : un processus, une procédure, une manière, ou une séquence ordonnée systématique.

Outils : dispositifs ou instruments concrets ou abstraits avec lesquels une opération est menée.

Patient : dans ce document, fait référence aux usagers ou clients d'un service qui offre des soins de santé. Un individu qui reçoit des soins de santé.*

Préjudice : déficience d'une structure ou d'une fonction corporelle ou tout effet délétère consécutif à celle-ci, dont les maladies, les blessures, la souffrance, l'invalidité et la mort.*

Prestataire : dans ce document, ce terme identifie les médecins, le personnel professionnel et non professionnel et autres individus engagés dans la prestation de soins.

Résilience : la capacité d'un système de continuellement prévenir, détecter, atténuer ou améliorer les dangers ou incidents.*

Type d'incident : terme descriptif se rapportant à une catégorie d'incidents de même nature ou regroupés en raison de caractéristiques communes convenues à l'avance.*

**Définitions adaptées à partir du Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*

La Classification internationale pour la sécurité des patients,[3] en cours d'élaboration par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), est un cadre et une terminologie qui a pour but de faciliter le partage et l'apprentissage de renseignements liés à la de sécurité des patients à travers le monde. Un des objectifs de la Classification internationale pour la sécurité des patients est d'harmoniser la terminologie relative à la sécurité des patients pour que les prestataires, les établissements et les pays puissent commencer à classer les incidents semblables de la même façon, permettant à la communauté entourant la sécurité des patients de partager et comparer des informations liées aux incidents afin d'apprendre de leurs expériences communes. L'Institut canadien pour la sécurité des patients recommande l'utilisation de ces termes pour assurer la cohérence et la clarté, mais reconnaît également que des établissements pourraient avoir des raisons de continuer à utiliser une autre terminologie.

Note pour les lecteurs du Québec :

TERMES UTILISÉS DANS LE CADRE CANADIEN	TERMES UTILISÉS AU QUÉBEC EN RAISON DE LA LOI
Patient	Usager
Divulgation des incidents	Divulgation des accidents
Préjudices	Conséquences
Incident lié à la sécurité des patients	Accident découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux
Incident préjudiciable	Accident avec conséquences pour l'usager
Incident sans préjudice	Accident sans conséquence, mais l'usager a été touché
Incident évité de justesse	Incident ou échappée belle
Incident préjudiciable, incident sans préjudice et incident évité de justesse	Événements

Canadian Patient Safety Institute
Institut canadien pour la sécurité des patients

Safe care…accepting no less
Soins sécuritaires…n'acceptons rien de moins

Canadian Patient Safety Institute
www.patientsafetyinstitute.ca

Edmonton Office
Suite 1414, 10235 101 Street, Edmonton, AB T5J 3G1
Phone: 780-409-8090 Fax: 780-409-8098 Toll Free: 1-866-421-6933

Ottawa Office
Suite 410, 1150 Cyrville Road, Ottawa, ON K1J 7S9
Phone: 613-730-7322 Fax: 613-730-7323