

COLLOQUE ORGANISÉ PAR LE RÉSEAU RISQ+H – 26-27 AVRIL 2012, MONTRÉAL

Sécurité des soins au Québec. Le bilan des dix dernières années

S. Bisailon¹, N. de Marcellis-Warin^{1,2}

1- CIRANO (Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations), Réseau RISQ+H, Montréal

2- École Polytechnique de Montréal

Au début de l'an 2000, le Québec s'est soucié des problèmes reliés à la sécurité des patients dans ses établissements du réseau de la santé et des services sociaux [1]. Le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) a alors mis sur pieds une commission chargée d'étudier la question et de lui présenter des recommandations. Celle-ci a produit, en février 2001, un rapport connu sous l'appellation du *Rapport Francoeur* [2]. Plusieurs recommandations ont été faites et, parmi celles-ci, deux se sont déployées de façon significative: 1) la mise sur pied d'un comité relevant de la section sur la qualité au sein du MSSS: Groupe vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) [3]; 2) l'adoption d'une loi obligeant la mise en place, dans chaque établissement du réseau, d'une approche de gestion intégrée des risques afin d'exercer un meilleur contrôle – de prévention ou de correction – sur les accidents ou incidents [4] pour une meilleure sécurité des patients. Puisque cette loi est devenue une partie intégrante de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* [5], il faut noter que tous les passages pertinents de la loi doivent être pris en compte puisqu'ils peuvent, à l'occasion, trouver application pour exécuter ou interpréter une situation ou un comportement.

Le Réseau RISQ+H [6] organise sur une base annuelle un colloque autour d'une thématique d'actualité. Ainsi, il nous a semblé logique de retenir comme thématique pour 2012 le dixième anniversaire de l'adoption du projet de loi 113 (PL 113) modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* concernant la prestation sécuritaire des divers services; ce projet de loi représentait une étape majeure dans l'établissement d'une culture de sécurité dans le système de santé. La thématique choisie pour le colloque était d'autant plus à propos, qu'elle suivait de quelques mois la publication du premier registre des accidents/incidents par le MSSS [7]. Dès les premiers instants de l'élaboration du programme de ce colloque, il est apparu essentiel de s'associer avec le GVSS. De plus, nous avons choisi de tenir le colloque directement là où l'action se passe, à savoir dans un établissement de santé. Nous avons ainsi été chaleureusement accueillis par l'Institut et hôpital neurologiques de Montréal, affilié au Centre universitaire de santé McGill.

Parler du passé allait de soi lorsque l'on présente un bilan, mais il était essentiel pour nous de se projeter vers l'avenir et d'essayer de débusquer les défis, assez grands il faut en convenir, qui se posaient au système de santé en la matière. La gestion des risques doit conduire à un changement de culture au sein d'une organisation et le temps nécessaire pour modifier celle-ci nécessite plusieurs années; il faut passer d'une attitude d'aversion au risque vers une attitude où la gestion des risques est intégrée, naturellement et sans efforts particuliers ou ponctuels, dans toutes les activités et tous les comportements dans les milieux de soins. Quatre thématiques ont été développées lors du colloque: [1] le bilan des dix dernières années au Québec en termes de sécurité des soins; [2] La situation actuelle dans le reste du Canada; [3] L'avancement de la sécurité des soins ailleurs dans le monde et [4] Les principaux défis permettant de réaliser pleinement la sécurité des soins. Nous avons réuni des conférenciers de renom pour nous entretenir non seulement de la dimension stratégique et du leadership en sécurité des soins, mais aussi pour nous parler du vécu dans les établissements [8]. Nous avons également invité les intervenants dans les milieux de soins à venir partager avec nous leurs expériences variées en matière de sécurité des soins au travers de posters présentés tout au long du colloque. Le ministre de la Santé, le Dr Yves Bolduc, nous a fait l'honneur de prononcer l'allocution de clôture.

Le bilan des dix dernières années au Québec en termes de sécurité des soins

Cette section du colloque a été animée par Nathalie de Marcellis-Warin. Dans un premier temps, nous avons demandé à deux artisans de la première heure de nous tracer l'historique du PL 113 ainsi que le bilan des dix dernières années: Dr Sylvie Bernier et Dr Denis Roy. Ensuite, nous avons confié à un avocat, Me Jean-Pierre Ménard, dont la pratique exclusive se déploie dans le domaine de la responsabilité médicale, de nous présenter le point de vue du patient. Trois conférenciers ont ensuite suivi pour nous présenter trois éléments-clés de la démarche structurée autour de la sécurité des soins; l'implantation: Dolorès Lepage-Savary; la divulgation: Dr Micheline Sainte-Marie; les registres: Catherine Maranda. La matinée s'est terminée par un panel, composé des cinq derniers conférenciers, permettant des échanges avec les participants.

■ Le Dr Bernier, directrice de la qualité, direction générale de la planification, de la performance et de la qualité (DGPPQ) au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec nous a rappelé l'impact du rapport Francoeur

sur le mandat de la direction de la qualité du MSSS ainsi que sur l'adoption d'une politique sur l'assurance de la qualité. Elle a rappelé les principaux éléments du mandat de la direction qu'elle dirige : encourager et participer à la mise en place de stratégies et de mesures visant le développement et l'application de normes de qualité ; voir à la mise en place de programmes d'amélioration de la qualité des soins et des services et de mécanismes de gestion de la qualité, dont les comités de vigilance, les comités d'usagers, les mécanismes d'examen des plaintes et de gestion des risques, l'agrément des établissements, etc. ; assurer l'élaboration d'une politique et d'un plan d'action ministériel d'assurance qualité et en coordonner le suivi ; coordonner les liens entre le MSSS et les organismes externes concernés par la qualité et la sécurité des soins et des services (organismes d'agrément, protecteur du citoyen, bureau du coroner, curateur public, etc.).

■ Le Dr Roy, premier président du Groupe vigilance pour la sécurité des soins nous a fait part de deux obstacles initiaux qui ont interpellé les membres du comité ministériel Francoeur dont il faisait partie : l'imbricatio des définitions multiples et que savait-on des pratiques – du vécu sur le terrain – en matière de sécurité des patients. Les membres du comité se sont également inspirés de trois constats : (1) Il n'y avait aucune raison de penser que la nature, la fréquence et la sévérité des accidents évitables en milieu de santé au Québec soient substantiellement différentes de celles qui prévalent dans d'autres pays. (2) La réduction du taux d'incidence ne pourra être atteinte que par un profond changement de culture de l'ensemble du réseau. (3) Les accidents évitables représentent pour les victimes ou pour leurs proches un fardeau dont on semble encore sous-estimer la lourdeur en termes humains.

Il nous a alors parlé des jalons dont s'étaient dotés les membres du comité Francoeur pour établir un plan d'action :

- asseoir le leadership à plusieurs niveaux (législateur, ministère, agences régionales, CA des établissements, ordres professionnels) ;
- proposer d'élargir le concept de la gestion des risques ;
- augmenter le niveau de connaissance du phénomène : mesurer, acquérir des données, traduire ces données en informations utilisables ;
- accroître la transparence du système.

« Et si c'était à refaire ? » nous a-t-il demandé. Il faudrait, selon lui, impliquer le ministère de l'Éducation et augmenter la communication interprofessionnelle. Également, la création d'un laboratoire de simulation faciliterait grandement l'ajustement des mesures proposées ainsi que le processus d'implantation.

■ M^e Ménard nous a entretenus des acquis en matière de sécurité des soins au Québec. Il s'agit du droit à la sécurité des soins, de la déclaration des incidents et accidents, de la divulgation au patient, la création des comités de gestion des risques et la création d'un registre local des incidents et accidents. Mais il y a des difficultés

rattachées à ces acquis. Concernant la déclaration des incidents et accidents, l'art 233.1 de la LSSS trace les grandes lignes. Mais, des difficultés sont apparues selon lui notamment par rapport à ce qui doit être déclaré. Parmi les principaux phénomènes observés, on retrouve : une sous-déclaration ; une interprétation restrictive de ce qui doit entrer dans une déclaration ; l'exclusion des infections nosocomiales ; le manque de ressources à plusieurs niveaux et l'existence de nombreux contrats de service.

Il a ensuite rappelé les principales caractéristiques du comité de gestion des risques et de la qualité (art. 183.2 LSSSS) ainsi que la protection de l'information (art. 183.3 LSSSS) accordée suite à une divulgation, protection essentielle pour maximiser les chances de succès d'un tel système. M^e Ménard considère que les activités du comité de gestion des risques sont trop limitées ; qu'il s'engage dans très peu d'action ou d'intervention autre que produire des documents et qu'il n'établit pas de liens avec les autres comités de l'hôpital dont les mandats sont voisins du sien (ex. des auteurs : le comité sur les infections nosocomiales). Il a ensuite mentionné le Registre local (art. 183.2, al. 3, LSSS) et le Registre national (art. 431, al. 6.2, LSSS) pour nous rappeler surtout le but de ces registres : assurer la surveillance et l'analyse des causes des incidents et accidents ; prendre des mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ; prendre des mesures de contrôle, s'il y a lieu. En conclusion, Me Ménard a abordé la question du leadership en matière de sécurité des soins et il a été assez critique sur la question ; il considère qu'il y a absence de leadership sur la question du MSSS, qu'il n'existe pas de plan d'action national ou de stratégie de prévention des accidents et qu'il n'y a pas d'orientation ou de priorisation d'éléments touchant la sécurité des soins.

Nous avons ensuite poursuivi le bilan en développant trois éléments-clés : l'implantation de la gestion des risques dans les établissements, la divulgation et les registres.

■ Dolorès Lepage-Savary, directrice de la performance, de la qualité et des analyses à l'INESS [9], a couvert le thème suivant : la gestion des risques dans les établissements – un modèle en constante évolution. Malgré l'existence depuis dix ans de la gestion des risques dans les établissements, M^{me} Lepage-Savary considère qu'une culture de blâme est encore répandue en matière d'incidents et d'accidents. Trois situations ont retenu son attention : la quasi-absence de plan institutionnel d'amélioration continue de la qualité (ACQ) ; l'existence de fonctions en gestion des risques peu valorisées et le peu d'importance accordée aux incidents/accidents au palier stratégique de l'organisation. Par contre, elle a également constaté que de nombreux progrès avaient été réalisés : un renforcement des rôles des gestionnaires de risques dans les établissements ; des normes plus spécifiques exigées par les organismes d'agrément en matière de sécurité des soins ; de nouveaux modèles

de gestion axés sur la qualité/performance/gestion des risques; un monitoring accru des incidents/accidents et des programmes d'amélioration continue de la qualité sont plus présents.

■ Concernant la divulgation, le Dr Micheline Sainte-Marie, présidente du Groupe vigilance pour la sécurité des soins a tracé un bilan de dix ans d'efforts pour atteindre les objectifs attendus de divulgation. La divulgation est un des quatre éléments permettant d'atteindre un niveau de sécurité adéquat avec la déclaration, les mesures de soutien et la mise en place de mesures correctrices pour éviter la récurrence. L'exigence de divulgation est formalisée dans l'art. 56 du code de déontologie du Collège des médecins du Québec: « Le médecin doit informer, le plus tôt possible, son patient ou le représentant légal de ce dernier, de tout incident, accident ou complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique. La divulgation revient au médecin ». Le Dr Sainte-Marie a rappelé dix éléments qui sont requis pour que la divulgation soit effectuée selon les règles de l'art:

- 1- informer le patient le plus tôt possible;
- 2- répondre à toutes ses questions;
- 3- faire preuve de compassion;
- 4- ne pas discuter des résultats qu'aurait pu donner un autre traitement;
- 5- ne pas formuler de commentaires sur les soins prodigués par un autre professionnel;
- 6- maintenir une étroite relation avec le patient ou sa famille;
- 7- transférer le patient à un autre médecin selon sa volonté;
- 8- obtenir un consentement libre et éclairé avant de prodiguer d'autres soins;
- 9- faciliter l'accès aux consultants ou aux traitements;
- 10- consigner soigneusement par écrit la discussion.

■ Catherine Maranda, conseillère à la direction de la qualité au MSSS, nous a parlé de la mise en place du Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec. L'élaboration du registre national s'est faite avec comme principal objectif de suivre l'évolution des événements qui surviennent au cours de la prestation de soins de santé et de services sociaux de façon macroscopique afin d'en dégager les grandes tendances et d'ainsi apporter des solutions pour améliorer les soins et services. Le registre national est bâti à partir des données contenues dans les registres locaux (au niveau de chaque établissement). Le Québec est la première province canadienne à exploiter un tel registre. La publication du premier registre en décembre 2011 a permis de tester la procédure nécessaire pour mener à bien sa confection. C'est ainsi qu'après ce premier exercice, on peut conclure que la plateforme développée – le S/SSS (système d'information sur la sécurité des soins et des services) – fonctionne bien. Un travail de sensibilisation reste à faire auprès du

personnel, des professionnels, des administrateurs et des médecins afin que tous saisissent bien l'importance de la tenue d'un registre local et national en termes d'amélioration continue. Elle nous rappelle que les données de cette première itération dans la collecte d'information doivent être interprétées avec prudence. Une augmentation du nombre de déclarations est à prévoir pour les prochains rapports semestriels avec l'input d'un plus grand nombre d'établissements. Également, dans les rapports subséquents, certaines disparités relevées dans la manière de compiler les informations relatives aux événements survenus devraient être corrigées.

La situation actuelle au Canada en matière de sécurité des soins

Lors de la deuxième session du colloque, animée par le Dr Daniel Chartrand, Hugh MacLeod, directeur général de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, Lynn Riley de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, Myrella Roy, directrice générale de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Wendy Nicklin, présidente d'Agrément Canada et Doug Cochrane, président du *Patient Safety & Quality Council* de la Colombie-Britannique nous ont dressé un portrait de la situation au Canada.

■ Hugh MacLeod, directeur général de l'Institut canadien de la sécurité des patients [10] nous a rappelé une citation de J.-T. Reason (2001): « Une approche systémique ne cherche pas à changer la condition humaine mais plutôt les conditions dans lesquelles les humains doivent travailler ». Il a ensuite développé plusieurs éléments en rapport avec les discussions relatives aux soins dans une perspective de sécurité des patients: les soins sont des interactions entre nos actifs, par exemple la technologie, et les prestataires; le résultat des soins est le bilan des interactions entre les prestataires et leurs patients, résidents, clients; la prestation des soins est la façon dont les prestataires interagissent l'un envers l'autre. Tout en reconnaissant que les interactions parfaites sont impossibles, il faut néanmoins essayer de les atteindre!

■ Lynn Riley de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada [11] (ISMP-Canada) nous a présenté quelques initiatives au Canada en matière d'utilisation sécuritaire des médicaments. ISMP-Canada est un organisme national indépendant à but non lucratif engagé à la promotion de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans tous les secteurs de la santé. Les mandats de l'ISMP Canada sont les suivants: recueillir et analyser les déclarations d'incidents/accidents liés à l'utilisation des médicaments, formuler des recommandations pour prévenir les accidents liés à la médication et porter assistance dans le cadre des stratégies d'amélioration de la qualité.

■ Myrella Roy, directrice générale de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, nous a entretenu de la situation au Canada en matière de sécurité des

soins, eu égard aux médicaments. Les statistiques de très nombreuses études placent toujours le médicament en tête de liste des accidents ou incidents [12]. Devant ce constat alarmant, il existe une liste d'activités exécutées par des pharmaciens et pouvant, selon quelques auteurs [13], être associées à une réduction de la mortalité et des événements indésirables liés aux médicaments :

- bilan comparatif des médicaments à l'admission et au congé,
- visites interprofessionnelles au chevet des patients,
- gestion de la thérapie médicamenteuse en collaboration,
- surveillance des réactions indésirables aux médicaments,
- équipe de réanimation,
- instruction des patients au congé à propos de leurs médicaments,
- suivi des patients après leur congé.

Dans le but d'accroître le degré d'intervention des pharmaciens auprès de chaque patient hospitalisé afin d'assurer l'utilisation optimale des médicaments, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux s'est dotée de plusieurs objectifs. M^{me} Roy nous en a présenté quelques-uns :

Objectif 1.1 : Dans 100 % des établissements de santé, les pharmaciens s'assureront que le bilan comparatif des médicaments (BCM) est effectué tout au long du continuum de soins (admission, transfert et congé).

Objectif 1.3 : Dans 90 % des établissements de santé, le pharmacien prendra en charge la pharmacothérapie des patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque, en collaboration avec les autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins.

Objectif 1.4 : 75 % des patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque recevront, au moment du congé, les conseils d'un pharmacien pour la prise de leur médication.

■ Wendy Nicklin, présidente d'Agrément Canada [14] nous fait part des grandes étapes, passées et futures, à Agrément Canada afin d'accroître la sécurité des diverses activités de soins dans les établissements. La phase I d'une stratégie globale en matière de sécurité des patients a été développée entre 2003 et 2007 par la formation d'un comité aviseur sur la sécurité des patients. Ce comité proposa des pratiques organisationnelles requises (POR) [15] spécifiques sur la question et elles devinrent obligatoires en 2006. Lors de la phase II, de 2007 à 2010, le développement des stratégies d'amélioration de la sécurité des patients s'est poursuivi avec, notamment, le développement d'outils. Elle nous présenta également un chiffrer indiquant les améliorations constatées lors des visites de 2008, 2009 et 2010. La phase III, couvrant la période de 2012 à 2014 a amplifié la composante sécurité, tant dans les POR existantes que dans les nouveaux annoncés pour les prochaines rondes d'agrément. Quant aux

principaux défis à relever, ils sont de plusieurs ordres et, selon Wendy Nicklin, les principaux sont :

3- faire une analyse coûts/bénéfices en mesurant les impacts des résultats par rapport à l'efficacité de la mesure ;

4- rassembler des faits probants sur les actions visant l'amélioration de la sécurité ;

5- minimiser les duplications dans l'envoi de messages, lesquels doivent être clairs et percutants lorsqu'ils sont adressés aux divers partenaires ou envoyés à des tiers par l'intermédiaire de ceux-ci ;

6- conserver un équilibre entre les demandes de changements souhaités pour améliorer la sécurité et la capacité de les implanter ;

7- reconnaître qu'il existe des différences de capacité entre les différentes organisations de santé et le niveau de leur cheminement dans l'amélioration de la qualité ;

8- reconnaître et participer au renforcement du leadership et de la gouvernance afin que des engagements soient pris concernant l'amélioration de la sécurité et de la qualité.

■ Doug Cochrane, président et responsable provincial de la sécurité des patients et de la qualité pour le *Patient Safety & Quality Council* de la Colombie-Britannique a brossé un portrait des initiatives prises en matière de sécurité des soins dans chacune des provinces du Canada. Les principales réalisations dans les provinces, qui représentent des facteurs-clés de la qualité, ont surtout trait à l'amélioration de la transparence ainsi qu'à l'amélioration de la mesure et de l'évaluation des « événements indésirables » (standardisation des rapports).

■ Avant d'amorcer la troisième partie du colloque qui était animée par Suzanne Bisailon, nous avons demandé au directeur général associé du centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM), Yvan Gendron de nous tracer un portrait des réalisations et des défis en relation avec la sécurité des patients ayant cours dans ce centre hospitalier. Dans un premier temps, il nous a rappelé les moteurs-clés d'une gouvernance efficace en qualité et sécurité, tirés des écrits de l'ICSP sur les caractéristiques d'une gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients : 1) Accroître la littératie du conseil dans le domaine de la qualité, 2) Encadrer un programme sur la qualité 3) Planifier - qualité, thèmes privilégiés et incitatifs et 4) Mettre le patient au cœur de tout. Il a insisté sur la participation des patients pour accroître la sécurité des soins, faisant remarquer qu'une plus grande implication de ces derniers et de leurs proches permettra d'accroître leur compréhension et leur vigilance sur les problématiques de sécurité, de les sensibiliser sur les risques tout au long du processus de soins et de développer leurs compétences de soins favorisant des choix libres et éclairés. Le CHUM conduit présentement une expérience sur cette question.

L'avancement de la sécurité des soins ailleurs dans le monde

Pour nous entretenir des actions contribuant à l'avancement de la sécurité ailleurs dans le monde, nous avons invité le Dr John J.-C. Duffy, ancien *Assistant surgeon general* des États-Unis et membre de la *Joint Commission International* [16] à nous faire part de quelques défis qu'il avait observés lors de ses nombreuses missions. Puis M. Fernand Sauer [17] nous a parlé des efforts de l'Union européenne (UE) en la matière, suivi du Dr Alan Merry [18] de Nouvelle-Zélande. Nous avons terminé cette session en invitant M^{me} Isabelle Rieu [19] à nous présenter quelques défis devant être relevés par les praticiens au niveau des établissements, consécutifs non seulement à l'avalanche de textes en la matière, mais à la fréquence avec laquelle ils atterrissent au niveau de l'action.

■ Le Dr Duffy nous rappela qu'établir un processus de gestion des risques ayant pour objectifs la qualité des soins et leur sécurité dans les établissements hospitaliers est un défi de tous les instants. Il a utilisé des éléments observés lors de ses nombreuses missions au niveau des comités d'assurance de la qualité, dans les procédures organisationnelles et de sécurité et finalement au niveau des comités de gestion sécuritaire pour nous démontrer que l'approche utilisée est souvent complexe ou ambiguë et donc elle-même source de risques. Il a également évoqué le débat, parfois contre-productif, entre l'assurance de la qualité, la sécurité et la gestion des risques le plus souvent pour des motifs de territoires.

■ Pour sa part, Fernand Sauer nous a rappelé le principe de subsidiarité de l'UE par rapport aux autorités nationales. Ajoutant que la diversité des expériences doit être source d'inspiration et de coopération renforcée, plutôt que d'harmonisation. Lorsque l'UE intervient, celle-ci doit être dûment justifiée. Il nous a ensuite présenté quelques données sur la sécurité des patients hospitalisés alors que de 8 % à 12 % des patients hospitalisés sont victimes d'incidents liés aux soins, souvent évitables. La sécurité des patients est une préoccupation importante de la Commission européenne depuis 2002 et il en a retracé les grandes étapes. Les interventions de l'UE se font principalement sur les thèmes suivants :

- amélioration des soins de santé « transfrontières »,
- sécurité des patients,
- résistance aux antimicrobiens,
- qualité et sécurité des produits de santé,
- évaluation des technologies de santé,
- qualification des personnels de santé migrants,
- santé en ligne : « e-santé ».

Il a également insisté sur plusieurs éléments entourant la participation des patients aux soins et il a présenté la plateforme européenne des patients qui existe depuis 2003 [20]. Finalement, il nous a dit quelques mots sur la Directive 2011/241, laquelle demande un effort important aux états membres afin qu'ils améliorent ensemble la qualité et la sécurité de leurs systèmes de soins respectifs.

■ Le Dr Merry nous a rappelé que l'objectif le plus

important, tel qu'énoncé par *The Health Quality and Safety Commission, New Zealand*, est d'avoir un système centré sur le patient : « *providing care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs and values and ensuring that patient values guide all clinical decisions* ». La Commission a mis de l'avant trois objectifs : l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'expérience en matière de soins ; l'amélioration de la santé et de la qualité de vie pour toute la population ; tirer le maximum des ressources disponibles pour le système de santé publique. Il s'est également inspiré des travaux de Shikelle [21] et nous a présenté plusieurs recommandations pour évaluer l'efficacité des pratiques en matière de sécurité des patients :

- toujours présenter la théorie ou la logique derrière les modèles expliquant pourquoi cette pratique sera efficace ;
- décrire les pratiques recommandées avec suffisamment de précision pour permettre l'exécution conforme, peu importe l'exécutant, en insistant sur les rôles attendus du personnel ;
- bonne évaluation des situations devant être classées parmi les priorités élevées ;
- décrire en détail le processus d'implantation, les effets potentiels sur le personnel et l'évolution des étapes d'implantation dans le temps ;
- toujours mesurer les résultats, colliger les effets inattendus et estimer les coûts si possible ;
- ne pas négliger l'effet du contexte lors d'interventions multicentres sur l'efficacité des mesures et de l'implantation.

Il a également présenté les éléments de contexte que l'on devrait toujours retrouver dans les rapports sur des questions de sécurité des patients, notamment le travail d'équipe, les éléments de leadership et la culture de sécurité mais aussi les outils disponibles, les ressources affectées à la formation, les incitatifs internes, les audits et les rétroactions.

■ Isabelle Rieu a développé quelques éléments de gestion des risques dans les établissements de santé appliqués au circuit des médicaments. En France, l'arrêté du 6 avril 2011 représente, d'après M^{me} Rieu, un engagement fort de la direction de l'établissement de santé sur la prise en charge médicamenteuse du patient et on y retrouve comme principaux éléments de sa mission les points suivants : formalisation de l'organisation, processus/système documentaire, formation des professionnels, étude des risques *a priori*, étude des risques *a posteriori*, plan d'actions correctives et actions d'amélioration, communication. Plusieurs difficultés se sont manifestées au cours de l'implantation dont certaines étaient plus grandes que d'autres (identifiées en caractères soulignés) :

- remise en question sur ses erreurs/analyse des risques,
- aller vers une pratique de déclaration,
- manque de visibilité du pilotage,
- multiplicité des acteurs,
- contexte économique,

- hôpital = enjeu d'efficience,
- effectifs des pharmaciens,
- réglementation contraignante et complexe.
- peu de souplesse et de marge de manœuvre pour les établissements.

Cette présentation a été suivie d'une discussion avec les participants sur les expériences de sécurité des soins dans les établissements des différents pays.

Les principaux défis permettant de réaliser pleinement la sécurité des soins

La dernière partie du colloque portait sur les nombreux défis qu'il reste encore à relever. Toutefois, ces derniers ne sont pas nécessairement là où l'on s'attendrait à les trouver ! Les assises du système ont été bien élaborées. Cependant, avec les connaissances actuelles en matière de gestion des risques ayant pour objectifs d'assurer la sécurité des patients, les défis qu'il reste à résoudre touchent les pratiques organisationnelles, les croyances et les comportements. Après une introduction par le Dr Sainte-Marie des activités ayant eu cours au GVSS, dont elle assume la présidence depuis de nombreuses années, MM. Patrick Des Marais et Serban Teodoresco de Preventa [22] ont parlé de trois éléments, qu'ils ont identifiés comme des gages de réussite pour implanter la gestion intégrée des risques. Ensuite, M. René Desharnais et Marie Doye du Réseau DOF [23] nous ont parlé de la culture organisationnelle.

■ Patrick Desmarais et Serban Teodoresco ont exposé trois façons de réussir l'implantation de la gestion intégrée des risques dans une organisation : (1) Mettre la réputation de son organisation au centre des objectifs stratégiques ; (2) Réaliser que la culture organisationnelle est aussi importante que les ressources pour obtenir des résultats et (3) Passer du qualitatif au mesurable avec les bons outils. Pour ce troisième point, ils ont expliqué qu'il faut prendre une perspective constructive et non pas négative, qu'il faut faire le lien entre l'objectif et les conditions de succès et essayer de rendre l'intangible mesurable par rapport, notamment, à la réputation et à la culture.

■ Finalement, René Desharnais et Marie Doye nous ont posé une question par rapport à la culture : « *Doit-on attendre qu'elle change ou choisir de la faire évoluer ?* ». C'est une excellente question à se poser dans le contexte de la culture de sécurité des soins. La culture est étroitement reliée à la crédibilité, aussi, ont-ils débuté leur présentation en nous présentant les éléments d'une définition de la crédibilité : valeur totalement subjective, accordée par les autres, à partir de leurs critères et en fonction de leur perception. En plus de nous parler des leviers pour faire évoluer une culture, ils ont présenté une synthèse de la stratégie pour traiter les résistances au changement. Quatre préalables sont importants : se percevoir comme un agent de changement ; considérer les résistances au changement comme étant toujours légitimes ou normales ; avoir rendu explicite le change-

ment pour les personnes concernées ; avoir fait traiter ses propres résistances au même changement. Lors de cette présentation qui visait à faire réagir les participants, six pistes d'intervention ont été suggérées :

- 1- des informations supplémentaires... à livrer.
- 2- des croyances... à ébranler.
- 3- des sentiments... à faire exprimer.
- 4- des gains... à faire voir.
- 5- des pertes... à reconnaître.
- 6- du soutien... à offrir.

Leur intervention s'est terminée en faisant entonner à la salle la chanson La quête de Jacques Brel, dont les paroles s'affichaient à l'écran.

■ M. Léonard Aucoin, président, InfoVeille Santé, a été invité à faire la synthèse du colloque et nous a montré le chemin des défis à relever dans le futur.

■ Le Dr Yves Bolduc, ministre de la Santé et des services sociaux, a prononcé l'allocution de clôture du colloque. Après avoir salué le choix de la thématique pour ce colloque, le ministre a insisté sur le fait que ce que veut le patient en priorité, c'est la qualité et la sécurité des soins qu'il reçoit. Mais c'est aussi ce que veulent les professionnels de la santé ! Au Québec, des initiatives sont mises en place et elles vont toutes dans le sens de l'amélioration de la sécurité. Le Dr Bolduc a donné l'exemple de l'implantation des pratiques de *Lean Management* qui se répandent dans le réseau de la santé, permettant une réorganisation du travail, une standardisation de certaines pratiques et un travail en équipe. La formation du personnel est aussi une priorité du réseau. De plus avec le registre national des incidents et accidents, on a l'information pour améliorer la situation, faire de la sécurité des soins une priorité pour le réseau et amener le nécessaire changement de culture.

Références

- 1- LSSS, art. 79. Les services de santé et les services sociaux sont fournis par les établissements dans les centres suivants : 1° un centre local de services communautaires ; 2° un centre hospitalier ; 3° un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ; 4° un centre d'hébergement et de soins de longue durée ; 5° un centre de réadaptation.
- 2- La gestion des risques, une priorité pour le réseau - Rapport du comité ministériel (Rapport Francoeur). <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/fi/documentation/2000/00-915.pdf>
- 3- <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/vigilance/index.php?accueil>
- 4- LSSS, art. 183.2. «...» « 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.
- LSSS, art. 8. «...» « accident » : 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'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné, d'un tiers.
- 5- LSSS : L.R.Q., chapitre S-4.2, en particulier l'ajout des art 183.1 à 183.5 et divers ajouts de concordance. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html
- 6- RISQ+H : Réseau de sensibilisation et de partage d'expé-

rience sur la gestion des risques, la sécurité des patients et la qualité des soins (www.risqh.net)
 7- Ledit registre est maintenant publié sur une base biannuelle, ainsi le deuxième a été publié le 12 juillet 2012.
 8- On peut consulter le programme détaillé du colloque sur le site : <http://www.cirano.qc.ca/conferences/conf20120426prog/?l=fr>
 9- Institut national d'Excellence en Santé et Services sociaux - www.inesss.qc.ca
 10- www.patientsafetyinstitute.ca
 11- www.ismp-canada.org
 12- Cette statistique est confirmée dans les deux rapports du Registre national; les chutes n'étant pas très loin derrière.
 13- BOND CA, RAEHL CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 2007; 4: 481-493.
 KABOLI PJ, HOTH AB, MCCLIMON BJ, *et al.* Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2006; 9: 955-964.

14- <http://www.accreditation.ca/>
 15- Ce sont les POR qui deviennent les éléments évalués lors des visites d'agrément.
 16- http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx
 17- Fernand Sauer, ancien directeur de la santé à la Commission européenne.
 18- Dr Alan Merry, spécialisé en neurologie et le directeur de l'École de médecine à la faculté des sciences médicales et de la santé d'Auckland en Nouvelle-Zélande. Il préside également la Commission sur la qualité et la sécurité en Nouvelle-Zélande et est rattaché à l'Auckland City Hospital.
 19- Isabelle Rieu est responsable qualité, circuit des médicaments et des DMS, CHU Grenoble et professeur associé, qualité - UJF, Grenoble, France.
 20- <http://www.eu-patient.eu/>
 21- SHIKELLE, *et al.* *Ann Intern Med* 2011;154: 693-696.
 22- <http://preventa.ca>
 23- <http://www.reseaudof.com/>

Site Web du colloque

<http://www.cirano.qc.ca/conferences/conf20120426/?l=fr>

Comité organisateur du colloque

Suzanne Bisailon, PhD, LLB, CIRANO, RISQ+H
 Daniel Chartrand, MD, PhD FRCPC, CUSM, RISQ+H
 Nathalie de Marcellis-Warin, PhD, CIRANO, RISQ+H, École Polytechnique de Montréal
 Jean-Marc Simard, MAP, GP-Québec
 Micheline Sainte-Marie, MD, PhD FRCPC, Groupe vigilance pour la sécurité des soins, CUSM
 Ingrid Peignier, Ing., M.Sc.A, CIRANO

Risques & Qualité

EN MILIEU DE SOINS

EN MILIEU DE SOINS

RISQUES & QUALITÉ EST UNE PUBLICATION D'HEALTH & CO

S'identifier

OK

.....

nouveau compte
 Mot de passe oublié

Rechercher



NOUVEAU N°

ACTUALITÉS

ARCHIVES

ABONNEMENT

FORMATIONS

ÉDITIONS

- 2012
- 2011
- 2010
- 2009
- 2008
- 2007
- 2006
- 2005
- 2004

Risques & Qualité

Risques & Qualité
 Volume VII - n°4
 Décembre 2010

35,00 €
 Commander ce Numéro
 (papier)

L'amélioration de la sécurité des soins à l'échelle régionale : une méthodologie de déploiement des revues de mortalité et morbidité

C. Le Saint, J.-F. Quaranta, S. Benzaken
 Résumé >
 Commander cet article (pdf) 4,00 €

Coûts d'obtention de la qualité à la stérilisation du centre hospitalier universitaire d'Angers : évaluation et outils d'optimisation

A. Brousseau, G. Brunet, A. Babinet-Garrigue, A.-V. Lebellet-Dehaut
 Résumé >
 Commander cet article (pdf) 4,00 €

Facteurs de risque de chutes chez les patients hospitalisés : une étude cas-témoins dans un centre hospitalo-universitaire

C. Straczek, L. Gambotti, S. Florence, N. Nion, P. Astagneau
 Résumé >
 Commander cet article (pdf) 4,00 €



Abonnés : téléchargez gratuitement les articles des années précédentes