

***Renforcer la sécurité des patients par la divulgation
et les examens de l'amélioration de la qualité***



***Un rapport de « Bien faire les choses – Forum sur les
politiques consacré à l'avancement de l'amélioration de
la qualité au Canada », novembre 2010***

L'Association canadienne de protection médicale
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Collège des médecins de famille du Canada
Association médicale canadienne

Septembre 2012

Table des matières

Préambule

1. Contexte	4
2. L'environnement des soins de santé	5
• Une évolution rapide	
• Une culture équitable de la sécurité	
• La législation	
3. Comprendre les besoins des patients	8
• Questions liées à la divulgation	
• Responsabilité et indemnisation	
4. Formation	9
• Ce qu'il est nécessaire d'obtenir et pour qui	
• Tirer des leçons des examens de l'amélioration de la qualité	
• Mesurer les réussites et obtenir des rétroactions	
5. Recommandations	11
6. Conclusion	14
7. Définitions	15

Notes

Bibliographie

Préambule

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal), l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), l'Association médicale canadienne (AMC) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ont joint leurs efforts pour organiser « Bien faire les choses : un forum sur les politiques d'amélioration de la qualité au Canada » afin d'explorer des moyens de faciliter l'amélioration de la qualité en santé et promouvoir une culture équitable de la sécurité; ce forum s'est tenu le 16 novembre 2010.

L'assistance se composait de représentants des organismes de réglementation de la médecine, d'associations du domaine de la santé, des gouvernements fédéral et provinciaux ainsi que d'organismes de sécurité des patients, de même que de médecins en exercice et de stagiaires en médecine. Le forum sur les politiques a révélé que, même si les médecins et les organisations de soins de santé ont se sont efforcés de divulguer et de déclarer les événements indésirables*, les patients ne sont pas entièrement satisfaits de ces processus de divulgation et de déclaration. Plus particulièrement, les patients sont d'avis que l'on devrait leur communiquer des renseignements plus détaillés à propos de ces événements et d'en informer également le grand public.

À la clôture du forum sur les politiques, les participants ont convenu qu'il serait utile de rédiger un livre blanc afin de cerner les principales questions. Alors que les voies futures ne sont pas très précises, ils ont indiqué qu'un livre blanc serait un mécanisme utile pour échanger des idées sur les façons d'accélérer l'amélioration de la qualité en matière de soins de santé.

Le présent livre blanc apporte des précisions sur les questions critiques touchant la divulgation aux patients, formule des recommandations pour des examens efficaces de l'amélioration de la qualité, et explique les différents mécanismes de soutien nécessaires pour promouvoir la prestation sécuritaire des soins et pour protéger les patients et les prestataires de soins.

Les principes abordés dans le présent document sont pertinents à toutes les régions canadiennes et tiennent compte du discours international sur la sécurité des patients. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé travaille à l'élaboration d'un cadre de *classification internationale pour la sécurité des patients* afin de normaliser la terminologie sur la sécurité et ainsi rendre plus faciles les échanges sur les pratiques exemplaires et l'apprentissage des enseignements tirés d'autres organismes sur ce sujet¹ — une recommandation qui a été reprise dans ce document.

* Différentes terminologies sont en usage au Canada. Les *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables* publiées par l'Institut canadien pour la sécurité des patients en 2008 définissent de manière générale un événement indésirable comme étant « un préjudice découlant de la prestation des soins ». La version révisée de 2011 des *Lignes directrices* encourage l'adoption de la terminologie de la *Classification internationale pour la sécurité des patients* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, CISP, 2009) qui utilise le terme « incident lié à la sécurité des patients » et le définit comme « un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice superflu à un patient ». Les organisations examinent les répercussions de l'adoption de ce nouveau cadre et de cette terminologie qui mettent l'accent sur le contexte dans lequel un « incident » peut survenir. Dans la législation québécoise (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*), un incident est « 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 clé du succès réside dans les enseignements tirés des événements indésirables évitables et dans l'attention accordée aux problèmes de rendement individuel et systémique, plutôt que dans le recours à des approches contradictoires ou punitives du type « blâmer et couvrir de honte ». Il est possible d'établir une culture équitable de la sécurité par l'examen des sources fondamentales des problèmes et la recherche de solutions.

Il importe de souligner que ce changement de culture requiert un virage vers un nouveau paradigme dans la pratique clinique où la sécurité a préséance dans tous les aspects de la prestation des soins de santé. Il faut établir des systèmes et des processus pour amorcer ces changements. Par exemple, l'Institute for Healthcare Improvement² utilise un *modèle d'amélioration* pour aider les organisations à réaliser rapidement des améliorations importantes dans la prestation des soins de santé et les résultats.

La conduite des processus de déclaration et d'examen des événements indésirables et des incidents évités de justesse devrait se faire de façon équitable pour toutes les parties concernées, y compris les patients et les médecins. À cet égard, les médecins ont besoin d'être rassurés sur le fait que la déclaration des événements indésirables et l'enquête qui s'ensuivra ne seront pas utilisés ou divulgués hors du processus d'amélioration de la qualité, alors que les patients souhaitent recevoir l'assurance que des améliorations seront apportées afin que ces événements indésirables soient évités à l'avenir.

Le présent document vise à exprimer la vision collective de la profession médicale à l'égard de l'amélioration de la qualité. Bien que l'Association canadienne de protection médicale et l'Institut canadien pour la sécurité des patients aient publié nombre d'articles sur ce sujet, ce livre blanc tente de relier les diverses positions du Collège royal, du Collège des médecins de famille du Canada et de l'Association médicale canadienne.

Il ne faut pas non plus oublier les autres prestataires de soins des équipes interdisciplinaires et leur participation à faciliter l'amélioration de la qualité dans les soins de santé.

1. Contexte

La prestation des soins de santé s'effectue dans un système complexe qui comprend les patients, les prestataires de soins, les établissements et de nombreux autres facteurs. Par exemple, près de 25 pour cent des patients qui ont reçu leur congé ont été victimes d'un événement indésirable au cours de la transition des soins prodigués en milieu hospitalier aux soins à domicile ou dans la collectivité³. La qualité et la sécurité constituent les buts ultimes pour tous les intervenants. L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a élaboré un cadre pour les principales connaissances, compétences et attitudes nécessaires à tous les travailleurs de la santé pour garantir la prestation sécuritaire des soins aux patients. Les compétences en matière de sécurité des patients peuvent servir de repères pour la formation, l'éducation et l'évaluation des professionnels de la santé en matière de sécurité des patients⁴.

En dépit des meilleurs efforts déployés par tous les professionnels de la santé et établissements de soins, les résultats cliniques diffèrent parfois de ce qui est souhaité ou prévu. Des changements inattendus dans l'état clinique d'un patient reflètent la plupart du temps une aggravation de la maladie, mais certains sont associés à la prestation des soins et on les désigne par le nom d'« événements indésirables ». Les événements

indésirables sont pour la plupart le produit des risques inhérents aux examens et aux traitements. Néanmoins, il arrive parfois que le préjudice soit issu de défaillances du système ou de problèmes liés à la pratique des prestataires de soins individuels.

Les médecins et les autres prestataires de soins de santé sont soumis à l'obligation éthique, professionnelle et légale de déclarer les événements indésirables à leurs patients. La divulgation d'événements indésirables aux patients et leur déclaration à des comités d'amélioration de la qualité représentent deux processus distincts et séparés. Alors que la divulgation des événements indésirables aux patients est partie intégrante des soins aux patients individuels, la déclaration de ces événements indésirables à des comités chargés de l'amélioration de la qualité s'inscrit généralement dans une initiative beaucoup plus vaste visant à cerner les problèmes systémiques et à les régler.

Les examens de l'amélioration de la qualité ne devraient pas être menés dans l'intention de cibler et de blâmer les prestataires de soins de santé, mais devraient plutôt s'attacher à cerner les défaillances dans le système et les processus qui suscitent la majorité des événements indésirables évitables. Les examens de l'amélioration de la qualité devraient être menés par un comité dûment constitué à cet effet. Un examen de la responsabilité d'un prestataire individuel pourrait ou non être indiqué, selon le cas, en marge de ce processus. Il y a lieu d'envisager de procéder à un examen de la responsabilité lorsque les gestes posés par un prestataire de soins de santé se distinguent comme facteur dominant ayant contribué à l'événement indésirable ou à l'incident évité de justesse⁵.

Les provinces et territoires du Canada ont adopté des lois pour protéger la confidentialité des renseignements, des dossiers et des documents se rapportant à l'amélioration de la qualité dans le contexte de procédures judiciaires. Ces lois encouragent les prestataires de soins de santé à participer aux programmes d'amélioration de la qualité. Les lois provinciales et territoriales diffèrent toutefois en ce qui concerne les renseignements sur l'amélioration de la qualité qu'il est possible de divulguer aux patients. Dans certaines provinces par exemple, il est interdit de divulguer des recommandations relatives à l'amélioration de la qualité qui n'ont pas encore été mises en œuvre.

2. L'environnement des soins de santé

Une évolution rapide

Le paysage des soins de santé évolue rapidement. Les données démographiques changeantes relatives aux patients, les états cliniques complexes, les technologies novatrices et les nouveaux médicaments, les plans de traitement exigeant une collaboration et des communications interprofessionnelles soutenues, de même que l'évolution des champs de pratique constituent un ensemble d'éléments pouvant contribuer à augmenter la complexité de la prestation des soins de santé.

Une culture équitable de la sécurité

Il est essentiel qu'une organisation de soins de santé ait instauré une *culture* qui encourage et maintient une prestation plus sécuritaire des soins aux patients. Les valeurs, croyances et actions d'une organisation doivent appuyer la divulgation ouverte et transparente des préjudices et cibler des secteurs où il est possible d'apporter des améliorations. L'ICSP fait remarquer que l'objectif ultime de la mise en œuvre des *Compétences liées à la sécurité* cible des changements généraux et systémiques dans la culture des soins de santé⁶.

On utilise maintenant souvent le terme « culture équitable » lorsqu'on parle de culture institutionnelle. Une culture équitable de la sécurité peut se définir comme une approche en matière de soins de santé d'après laquelle la prestation sécuritaire des soins représente une valeur fondamentale de l'établissement de santé⁷. Une culture équitable de la sécurité comporte nombre d'éléments, dont ceux de s'abstenir de préjuger des raisons des événements et résultats cliniques, et d'assurer que les analyses des événements indésirables sont réalisées dans le respect des cadres légaux pertinents et en accord avec les politiques institutionnelles établies.

Une organisation ayant une culture équitable de la sécurité accepte la responsabilité et la responsabilisation appropriées. Les individus ne sont pas tenus responsables de défaillances du système sur lesquelles ils n'ont que très peu ou pas de contrôle. Les organisations qui ont instauré une culture équitable de la sécurité des patients se penchent toutefois avec objectivité sur les problèmes relatifs au rendement et au comportement des prestataires de soins de santé individuels. Une culture équitable établit l'équilibre entre la responsabilisation relevant du système et celle des prestataires individuels.

La culture institutionnelle nécessaire pour soutenir l'efficacité de la divulgation et de l'amélioration de la qualité reconnaît également la valeur de chaque membre de l'équipe interdisciplinaire. L'établissement de soins de santé devrait s'efforcer de créer un environnement où chaque prestataire de soins et chaque patient pourront s'exprimer et auront confiance que leurs opinions seront écoutées avec respect et qu'elles se traduiront en actes.

Une culture équitable de la sécurité appuie également la divulgation en tant que mesure pour tirer des enseignements des événements indésirables et des incidents évités de justesse, en vue d'apporter des améliorations. À cet égard, les éléments fondamentaux de la culture institutionnelle comprennent la confiance des prestataires dans la réponse de l'établissement à un événement indésirable, garantissant que les informations au sujet de l'amélioration de la qualité ne seront pas utilisées contre ces prestataires dans des procédures judiciaires, réglementaires ou autres. Les prestataires de soins de santé devraient recevoir une protection, une formation et un soutien adéquats. En même temps, les patients sont informés des faits concernant un événement indésirable, de même que tout résultat de suivi.

Les médecins, et plus particulièrement les médecins-chefs, jouent un rôle important dans le soutien et la sauvegarde d'une culture équitable de la sécurité. Les médecins ont également l'occasion d'assumer un rôle d'orientation dans le processus d'amélioration de la qualité qui reconnaît de plus en plus le fait que la prestation des soins et l'amélioration de la qualité sont des interventions collaboratives et interdisciplinaires. Toutes les parties concernées nécessitent des informations et des outils pour comprendre l'amélioration de la qualité et pour procéder à des changements.

La législation

Lorsqu'il se produit un incident causant un préjudice, les patients veulent être informés des motifs réels, ce qui peut inclure une reconnaissance de la responsabilité et la présentation d'excuses appropriées de l'établissement de soins de santé ou des prestataires individuels de soins, ou des deux.

La plupart des patients veulent savoir que des enseignements ont été tirés d'un événement indésirable évitable et de quelle façon des préjudices semblables pourraient être évités à l'avenir. Cependant, les informations sur l'amélioration de la qualité ne peuvent être divulguées aux patients que dans le respect des lois provinciales ou territoriales applicables et des règlements institutionnels. Par voie de conséquence, la protection des informations sur l'amélioration de la qualité et l'accès à celles-ci varient d'un bout à l'autre du pays. Par exemple :

- Dans la plupart des provinces et territoires, les protections législatives ont pour seule fonction d'interdire la divulgation de dossiers ou de renseignements relatifs à l'amélioration de la qualité dans le contexte de procédures judiciaires, qui comprennent également les procédures entreprises par l'organisme de réglementation (collège de médecins).
- En Colombie-Britannique, au Québec, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, les lois pertinentes interdisent la divulgation d'informations sur l'amélioration de la qualité à quiconque hors du comité d'amélioration de la qualité, et prévoient par exception que ces documents ou renseignements peuvent être portés à la connaissance de l'organisme de réglementation (collège de médecins) aux fins d'une audience portant sur la conduite ou la compétence d'un membre ou dans des circonstances jugées appropriées par le comité. En Ontario, la loi interdit la divulgation de renseignements sur l'amélioration de la qualité à quiconque hors du comité pertinent, excepté dans des circonstances très limitées, dont celles qui prévoient l'élimination ou la réduction d'un risque considérable de lésions corporelles graves à une personne ou à un groupe de personnes.

Les patients devraient être informés du fait que les informations et les recommandations relatives à l'amélioration de la qualité sont protégées par les lois provinciales et territoriales à divers degrés. Ils devraient savoir que l'accès des patients et de leurs familles à ces informations et recommandations pourrait être interdit en vertu de ces lois. Quoi qu'il en soit, les patients devraient connaître les faits et des raisons sous-jacentes associés à l'incident.

Les patients devraient être mis au courant du fait que les lois qui protègent les renseignements sur l'amélioration de la qualité ne sont pas destinées à les occulter, mais qu'elles servent plutôt à offrir aux prestataires de soins de santé un « havre » où ils pourront exprimer leurs opinions et spéculer sur des façons de faire différentes en vue d'améliorer le système et les processus de prestation des soins. Ces opinions et spéculations ne devraient pas donner lieu à des interprétations faussées ou être utilisées à mauvais escient contre le prestataire dans une réunion visant la recherche d'un coupable, comme un procès civil. Plutôt, le jugement de l'action en justice se fonde sur l'interprétation des faits de la cause par la cour et sur le témoignage d'experts.

Les médecins et les autres prestataires de soins acceptent généralement le fait que les événements indésirables doivent être divulgués aux patients et à leurs familles. Les patients veulent obtenir des renseignements factuels sur l'événement, ce qu'il signifie pour eux et ce qui pourrait être fait pour éviter une récurrence. Néanmoins, les lois et règlements sur la divulgation des événements indésirables peuvent aussi porter à confusion. En Ontario, par exemple, le règlement 423/07 de la *Loi sur les hôpitaux publics* stipule que les hôpitaux doivent mettre sur pied un système ou un processus pour la divulgation des « incidents critiques » aux patients. Certains règlements précisent ce qu'il faut divulguer, à qui, à quel moment, et si cela est obligatoire, et d'autres règlements, non.

Les médecins ont besoin de conseils sur les renseignements à divulguer. Les prestataires de soins de santé ont également besoin de lignes directrices sur la divulgation, de listes de contrôle à l'appui de la divulgation initiale et d'une formation appropriée. Les *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables*⁸ de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, et *La communication avec le patient lors d'un préjudice : La divulgation d'événements indésirables*⁹ de l'Association canadienne de protection médicale offrent plus d'informations à ce sujet.

Les médecins ont en outre besoin de savoir quelles informations seront protégées et de quelle manière en l'absence d'une protection légale complète. Cela inciterait un plus grand nombre de médecins à participer à l'amélioration de la qualité, et réduirait le sentiment de vulnérabilité des médecins ainsi que le risque associé au processus d'amélioration de la qualité. Une plus grande participation des médecins à l'amélioration de la qualité pourrait aussi contribuer à renforcer leur engagement auprès des autres prestataires de soins de santé et, par voie de conséquence, à accroître la collaboration interdisciplinaire.

3. Comprendre les besoins des patients

Lorsque se produit un événement indésirable, les patients ont des besoins d'ordre clinique, émotionnel et en matière d'information, auxquels il faut répondre le plus rapidement possible après l'événement. Les patients s'attendent à ce qu'on leur explique les faits et les motifs entourant le préjudice qu'ils ont subi. Ces informations doivent être transmises avec compassion et empathie. Une communication ouverte, honnête et opportune peut devenir un facteur important dans le maintien de la relation de confiance après un événement indésirable¹⁰.

Il existe un accord général au sujet de la nécessité de mieux comprendre les besoins des patients tout au long du processus de prestation des soins, peu importe le milieu de soins, la situation, le moment et le prestataire. À cet égard, les médecins et les autres professionnels de la santé reconnaissent les avantages d'une écoute active des préoccupations des patients et de leurs familles ainsi que d'une réponse respectueuse et empreinte de compassion en temps opportun.

En novembre 2011, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a publié ses plus récentes lignes directrices intitulées *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation : parler ouvertement aux patients et aux proches*¹¹. Ces lignes directrices mettent en évidence le fait que la divulgation se fonde sur les principes directeurs de la sécurité, de l'ouverture, de la transparence, de la responsabilité et de la compassion.

Les efforts pour comprendre les besoins des patients devraient constituer un processus continu. Les besoins et les perspectives des patients peuvent évoluer et varier d'un individu à l'autre, et selon les milieux, les cultures et d'autres circonstances. On encourage les médecins et les autres professionnels de la santé à écouter les préoccupations et les points de vue des patients sur une base permanente. Des organismes comme Patients pour la sécurité des patients du Canada (PSPC) constituent de bonnes sources d'information au sujet de la perspective des patients et des familles.

Il importe d'obtenir le point de vue des patients et de leurs familles lors des enquêtes sur des événements indésirables pour mieux comprendre ce qui s'est produit. Le système de santé dispose d'occasions de faciliter davantage la participation des patients ou de membres de leurs familles, ou des deux, aux examens d'amélioration de la qualité. Dans

certaines circonstances, il pourrait être utile aux patients de travailler directement avec les professionnels de la santé pour mieux cerner les problèmes relatifs aux soins et les défis en matière de sécurité du système. Ces occasions devraient faire l'objet d'explorations plus poussées.

Responsabilité et indemnisation

Des résultats cliniques insatisfaisants, incluant les événements indésirables, ne mènent pas toujours à des poursuites, indépendamment de l'efficacité de la communication ou de la divulgation des faits aux patients. Au Canada, la divulgation et l'amélioration de la qualité sont des procédures séparées des poursuites civiles. Cette distinction est importante en vue de faire progresser l'amélioration de la qualité. La divulgation des événements indésirables n'a pas pour objectif de réduire l'éventualité de poursuites. Cette démarche est plutôt dictée par les lois et la déontologie.

On considère également que les lois sur la présentation d'excuses facilitent la divulgation d'événements indésirables aux patients. Au Canada, les provinces et territoires ont en majorité adopté des lois sur la présentation d'excuses qui protègent contre le recours à la présentation d'excuses dans les poursuites civiles et devant d'autres instances (p. ex., les procédures de l'organisme de réglementation). Les lois prévoient en général que la présentation d'excuses ne constitue pas une reconnaissance de faute ou de responsabilité. La responsabilité ne peut être déterminée que sur la base d'une réclamation pour cause de négligence (réclamation en responsabilité civile au Québec). Ces protections aident également à séparer le processus de divulgation du système de droit civil. Les lois sur la présentation d'excuses n'ont fait l'objet d'aucune contestation devant quelque tribunal que ce soit depuis 2010. La présentation d'excuses est considérée comme une manifestation de respect et de préoccupation à l'égard des événements qui se sont produits.

4. Formation

Ce qu'il est nécessaire d'obtenir et pour qui

L'importance de la formation à propos de l'amélioration de la qualité dans le domaine des soins de santé ne peut être sous-estimée. Les patients et les familles, les médecins, les autres professionnels de la santé et les comités d'amélioration de la qualité requièrent tous de la formation à ce sujet.

Les patients et les familles tireraient avantage d'en savoir plus au sujet des facteurs contributifs potentiels à des événements indésirables et à propos des processus de divulgation et d'amélioration de la qualité. Ils doivent comprendre le processus d'amélioration de la qualité ainsi que le rôle qu'ils peuvent y jouer afin de pouvoir se fier à ce processus. Cela comprend les renseignements sur le but et le processus d'examen des événements indésirables, de même que les lois applicables qui protègent les informations sur l'amélioration de la qualité et les recommandations connexes. Les patients devraient également être informés de façon à mieux comprendre la complexité de la prestation des soins de santé de même que de la responsabilité du système, le cas échéant.

Alors que beaucoup a déjà été accompli pour former les médecins au sujet du processus de divulgation et de déclaration des événements indésirables, il est possible de faire encore davantage. Les médecins devraient connaître les processus d'amélioration de la

qualité au sein de leur établissement et ils devraient y participer selon les besoins. Ils devraient également se tenir au courant des lois provinciales ou territoriales existantes portant sur l'amélioration de la qualité. Les médecins devraient déterminer si les processus d'amélioration de la qualité au sein de leur établissement sont dûment constitués en vertu des lois pertinentes et, si ce n'est pas le cas, ils devraient promouvoir le recours à des comités d'amélioration de la qualité dûment constitués. Il serait profitable pour la profession et les patients que les médecins aient une meilleure compréhension des modèles évolutifs de prestation des soins, des cultures institutionnelles changeantes, et de l'importance de leur engagement envers l'amélioration de la qualité.

Alors que les médecins en pratique dans les hôpitaux peuvent s'appuyer sur la structure organisationnelle et les mécanismes de soutien de leur milieu de travail en ce qui concerne la divulgation des événements indésirables et l'amélioration de la qualité, les médecins pratiquant dans la collectivité ne disposent habituellement pas de ces avantages. Ceci étant dit, les processus de divulgation pour les médecins en pratique privée ou exerçant dans des cliniques communautaires sont les mêmes que pour ceux qui travaillent dans les hôpitaux ou au service des régions régionales de la santé. Cet écart potentiel est préoccupant, mais il offre des occasions d'éduquer et de soutenir les médecins qui travaillent dans les milieux communautaires. Cette situation requiert une attention plus soutenue.

Les programmes d'amélioration de la qualité doivent disposer des ressources adéquates pour effectuer les examens appropriés. Il importe que les membres des comités sur l'amélioration de la qualité aient acquis les connaissances nécessaires afin de s'adjoindre les bonnes personnes ayant l'expertise pertinente. Les membres de ces comités doivent bien comprendre leurs rôles et responsabilités, élaborer des objectifs clairs et respecter les conditions établies pour les examens d'amélioration de la qualité, y compris les exigences en matière de confidentialité. Les membres des comités d'amélioration de la qualité doivent connaître les approches et les mécanismes reconnus d'amélioration de la qualité, et posséder la capacité de faire la distinction entre des événements indésirables liés au système et ceux qui auraient été causés par le comportement ou les actes posés par un prestataire de soins individuel.

Tirer des enseignements des examens de l'amélioration de la qualité

Au cours des dernières années, les organismes et les prestataires de soins de santé au Canada ont accompli des progrès considérables au chapitre de la déclaration des événements indésirables et de la divulgation de ceux-ci aux patients. Ceci étant dit, on peut apprendre davantage des événements indésirables et des recommandations en matière d'amélioration de la qualité de façon à réduire encore plus les possibilités d'occurrence d'événements semblables dans l'avenir. Cette approche en matière d'apprentissage doit s'appuyer sur les principes d'équité et de justice, et requiert un « milieu d'apprentissage » sécuritaire de l'amélioration de la qualité.

Les organisations doivent assumer la responsabilité de l'établissement d'un ordre de priorité des recommandations résultant des examens d'amélioration de la qualité et de leur mise en œuvre. Les médecins et les autres prestataires de soins de santé devraient respecter les politiques, procédures et plans améliorés de soins établis à la suite d'examen d'amélioration de la qualité.

Nonobstant l'accroissement au Canada des efforts visant à améliorer tant la qualité que la sécurité des soins de santé, il se dégage un manque de consensus quant à la manière

de réaliser un examen de l'amélioration de la qualité, y compris en ce qui concerne les informations qui doivent être divulguées aux patients et à d'autres établissements de soins de santé. Ceci est en partie lié au fait que les lois provinciales et territoriales qui protègent les renseignements sur l'amélioration de la qualité contre la divulgation à des tiers hors du processus d'examen ne sont pas homogènes.

Les médecins et les autres professionnels de la santé demeurent déterminés à prodiguer les soins de la façon la plus sécuritaire possible, mais l'on ne peut sous-estimer l'importance d'aider les médecins, et plus particulièrement les médecins-chefs, à comprendre la meilleure approche en matière de déclaration et d'examen des événements indésirables. L'expertise clinique et l'expérience en leadership d'un médecin ne signifient pas que celui-ci possède une connaissance suffisante de la sécurité des patients ainsi que des concepts et des outils d'amélioration de la qualité. Les médecins et les stagiaires en médecine doivent approfondir leurs connaissances et faire preuve d'une plus grande détermination dans ce domaine. Il serait aussi utile d'explorer des mesures incitatives et de soutien pertinentes.

Mesurer les réussites et obtenir des rétroactions

Les participants au forum sur les politiques ont répertorié un certain nombre de façons de mesurer ou de cerner les résultats positifs attribuables aux processus d'amélioration de la qualité, dont la réalisation de vérifications administratives après l'enquête sur les événements indésirables et la mise en œuvre d'améliorations systémiques. Les discussions ont également porté sur la légitimité de rendre publiques les recommandations issues des examens d'amélioration de la qualité.

L'évaluation des résultats requiert la détermination préalable de normes et mesures, de même que la mise en œuvre de méthodes de mesure et de mécanismes de rétroaction. Les conseils provinciaux ou régionaux pour la qualité jouent un rôle primordial dans l'établissement de repères et dans l'élaboration d'indicateurs de qualité en dépit du fait que leur mandat est principalement d'ordre consultatif^{12,13}. Ce domaine nécessite une exploration plus poussée et un perfectionnement des connaissances connexes.

La croissance des technologies de l'information et leur adoption par le secteur de la santé devraient faciliter la mesure des progrès réalisés dans les initiatives d'amélioration de la qualité et favoriser la responsabilisation tant des prestataires de soins individuels que des systèmes de santé.

5. Recommandations

Sur la base des discussions lors du forum sur les politiques, de recherches d'appoint et de l'apport de professionnels, les recommandations suivantes sont proposées pour faire avancer une approche plus précise en matière d'amélioration de la qualité.

À l'intention des patients

- Participer au processus d'amélioration de la qualité en offrant leur point de vue.
- Connaître leur rôle dans ce processus afin de pouvoir s'y fier.

À l'intention des médecins

- Participer aux discussions sur la divulgation en s'appuyant sur les principes présentés dans les *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables* de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et dans *La communication avec le patient lors d'un préjudice : La divulgation d'événements indésirables* de l'Association canadienne de protection médicale.
- Connaître les lois pertinentes qui protègent les informations et les recommandations sur l'amélioration de la qualité.
- Être au fait des processus d'amélioration de la qualité au sein de leurs établissements et participer pleinement aux examens de l'amélioration de la qualité axés sur les systèmes.
- Apprendre les techniques appropriées pour faire avancer l'amélioration de la qualité dans la pratique.

À l'intention des organismes de réglementation (collèges de médecins)

- Encourager les médecins à participer activement à l'établissement d'un processus d'amélioration de la qualité qui reconnaît le rôle de plus en plus important de l'approche collaborative interdisciplinaire de prestation des soins de santé et les appuyer dans cette démarche.
- Perfectionner les programmes de développement professionnel continu de façon à mettre en évidence les mesures de prévention et d'intervention relativement aux événements indésirables, y compris la participation à des processus appropriés de divulgation et d'amélioration de la qualité.
- Appuyer les lois qui permettent la divulgation des événements indésirables aux patients (dont la communication de tous les faits et des recommandations en matière d'amélioration de la qualité), et qui prévoient la protection contre la divulgation active à des tiers des renseignements sur l'amélioration de la qualité (y compris une règle d'exonération concernant la déclaration et l'analyse tout au long du continuum des soins).

À l'intention des hôpitaux et des institutions

- Encourager les médecins à participer activement à l'élaboration d'un processus d'amélioration de la qualité qui reconnaît le rôle de plus en plus important de l'approche collaborative interdisciplinaire de prestation des soins de santé et les appuyer dans cette démarche.
- Adopter l'amélioration de la qualité et établir une culture équitable de la sécurité des patients; par voie de conséquence, favoriser l'apprentissage des enseignements des activités d'amélioration de la qualité dans tout le continuum des soins.
- Mettre l'accent sur la prévention par l'utilisation, selon les circonstances, de listes de contrôle en chirurgie, de procédures normalisées de fonctionnement, de protocoles de soins et de pratiques visant la réduction des blessures.

- Assurer un processus équitable lors de l'évaluation du rendement individuel et au sein d'une équipe interdisciplinaire.
- Faciliter pour les médecins — et plus particulièrement pour les stagiaires en médecine — le processus de déclaration de problèmes de sécurité ou de proposition de recommandations au sujet de l'amélioration de la qualité; abolir les obstacles générés par des mécanismes bureaucratiques de rétroaction et des structures hiérarchiques rigides.
- Lorsque l'on soupçonne que les pratiques d'un professionnel de la santé constituent les principaux facteurs contributifs d'un événement indésirable, procéder à une analyse adéquatement structurée de la responsabilité des soins prodigués par cette personne à ce patient.

À l'intention des gouvernements et des régies régionales de la santé

- Appuyer la divulgation des événements indésirables aux patients (dont la communication de tous les faits et des recommandations en matière d'amélioration de la qualité), ainsi que la protection contre la divulgation active à des tiers des renseignements sur l'amélioration de la qualité.
- Favoriser la communication des informations sur l'amélioration de la qualité et des enseignements tirés de ces expériences dans toutes les régions du pays et à l'international.
- Prendre des mesures à l'égard d'écart potentiels au chapitre de la divulgation, étant donné que les médecins en pratique privée ou exerçant dans des cliniques communautaires n'ont pas accès aux mêmes mécanismes de soutien que ceux qui travaillent dans les hôpitaux ou au service des régies régionales de la santé.

À l'intention des associations de médecins et d'autres professionnels de la santé

- Normaliser les définitions opérationnelles de termes comme préjudice, incident, événement indésirable, incident évité de justesse, culture équitable et amélioration de la qualité.
- Appuyer la divulgation des événements indésirables aux patients (dont la communication de tous les faits et des recommandations en matière d'amélioration de la qualité), ainsi que la protection contre la divulgation active à des tiers des renseignements sur l'amélioration de la qualité.

À l'intention des universités

- Perfectionner les programmes destinés aux étudiants et aux stagiaires en médecine ainsi que les programmes de développement professionnel continu de façon à mettre en évidence les mesures de prévention et d'intervention relativement aux événements indésirables, y compris l'importance de la divulgation et des méthodes d'amélioration de la qualité.
- Encourager les médecins à donner l'exemple au chapitre des objectifs éducatifs en participant activement à l'élaboration d'un processus d'amélioration de la qualité qui

reconnait le rôle de plus en plus important de l'approche collaborative interdisciplinaire de prestation des soins de santé.

6. Conclusion

Un événement indésirable peut être tragique pour toutes les personnes concernées. Les patients et leurs familles doivent vivre avec les conséquences d'événements indésirables évitables, et les médecins et les autres professionnels de la santé vivent avec le fardeau de ces événements. Les dirigeants du système de santé, les médecins et les autres prestataires de soins ont la responsabilité collective de créer et de maintenir une culture de solidarité et d'équité qui permet à chacun de tirer les enseignements de tels événements et, par le fait même, d'aider à prévenir leur récurrence. Les médecins reconnaissent de plus en plus la nécessité de changements et d'améliorations au chapitre de la qualité et de la sécurité.

Les professionnels de la santé doivent pouvoir compter sur le fait que les premières interventions dans le cas d'un événement indésirable, de même que toute analyse ou procédure ultérieure, seront effectuées avec équité et en conformité avec les lois et politiques établies. Les commentaires formulés par les médecins dans le contexte du processus d'amélioration de la qualité ne devraient pas être utilisés contre eux à aucune étape du processus ou lors de procédures judiciaires ultérieures.

Une culture de la sécurité devrait être le pivot de l'exercice de la médecine. Parmi les corollaires dégagés des importantes discussions à l'occasion du forum sur les politiques figurent les suivants :

- L'environnement des soins de santé évolue constamment et se complexifie toujours davantage; il devient donc nécessaire d'accélérer les processus d'amélioration de la qualité, qui doivent également être souples et adaptables.
- Les médecins occupent une position de premier plan pour jouer un rôle actif en matière d'amélioration de la qualité, reconnaissant que la prestation des soins requiert de plus en plus la participation d'une équipe interdisciplinaire.
- Les patients, les familles, les organismes de réglementation (collèges de médecins) et les gouvernements sont tous des participants potentiels du processus d'amélioration de la qualité. La collaboration, le travail d'équipe et le professionnalisme sont de mise pour tous.
- Il est nécessaire d'éduquer les médecins au sujet des avantages tangibles de l'amélioration de la qualité et sur les façons de réaliser adéquatement les activités à cet égard. Les médecins ont besoin d'éducation et de soutien pour participer de façon constructive à ces activités.
- Les lois devraient soutenir les processus d'amélioration de la qualité et l'apprentissage des enseignements tirés de ces processus.
- Une culture équitable de la sécurité doit comprendre des mécanismes de soutien visant à encourager les médecins à participer aux examens d'amélioration de la qualité par la promotion de la transparence et de la fiabilité du processus, ainsi que la garantie d'une protection et d'une responsabilisation adéquates pour toutes les personnes concernées.

7. Définitions

Les définitions suivantes ont été utilisées aux fins du présent livre blanc :

Événement indésirable : un incident qui a causé un préjudice involontaire au patient et qui est associé aux soins ou aux services prodigués et non à l'état de santé du patient (ICSP).

Divulgation : le processus de communication d'un événement indésirable au patient par les prestataires de soins de santé (ICSP).

Amélioration de la qualité : amélioration des processus ou des systèmes en vue de produire un résultat positif (*Mayo Clinic Proceedings*, 2010).

Examen de l'amélioration de la qualité : analyse réalisée par les organisations de soins de santé (habituellement par un comité d'amélioration de la qualité) des résultats, des pratiques cliniques et des systèmes de soins dans le but de recommander des améliorations. Les comités d'amélioration de la qualité, qui sont partie intégrante de programmes permanents d'amélioration des soins aux patients, devraient être structurés en vertu des lois provinciales et territoriales et être dotés d'un mandat formel. Ces comités peuvent être désignés de manière différente selon la province ou le territoire; par exemple : « qualité des soins », « analyse des incidents critiques », et « gestion du risque » (ACPM).

Notes

¹ Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), 2011, *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables*, p. 11.

² Institute for Healthcare Improvement, 2011, *Model for Improvement*, p. 1.

³ Baker and Norton, 2004, *Adverse events patient safety*, p. 1.

⁴ ICSP, 2008, *Compétences liées à la sécurité des patients*, 1.

⁵ Association canadienne de protection médicale (ACPM), 2009, *Leçons à tirer des événements indésirables*, p. 1.

⁶ ICSP, 2008, *Compétences liées à la sécurité*, p. 33.

⁷ ACPM, 2009, *Leçons à tirer des événements indésirables*, p. 24.

⁸ ICSP, 2008, *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables*, p. 1.

⁹ ACPM, 2008, *La communication avec le patient lors d'un préjudice : La divulgation d'événements indésirables*, p. 1.

¹⁰ Duclos et al., 2005, *Patient perspectives of patient-provider communications*, p. 479.

¹¹ ICSP, 2011, *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables*, p. 4.

¹² Leatt, 2006, Quality councils as mechanisms, p.1.

¹³ Plumb and Cowell, 2006, *Quality councils as change*, p.1.

Bibliographie

Association canadienne de protection médicale. 2008. *La communication avec le patient lors d'un préjudice : La divulgation d'événements indésirables. Des suggestions visant à aider les membres de l'ACPM à répondre aux besoins cliniques, informationnels et émotionnels de leurs patients à la suite d'un événement indésirable.* 45 p.

Association canadienne de protection médicale. 2009. *Leçons à tirer des événements indésirables. Favoriser une culture juste en matière de sécurité dans les hôpitaux et les établissements de santé au Canada.* 28 p.

Baker GR and PG Norton. 2004. *Adverse events and patient safety in Canadian health care.* Consulté le 29 novembre 2011: <http://www.cmaj.ca/content/170/3/353.full>

Duclos C W, M Eichler, L Taylor, J Quintela, DS Main, and W Pace. 2005. Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events. *International Journal for Quality in Health Care.* **17**(6): 479-485.

Institut canadien pour la sécurité des patients. 2008. *Compétences liées à la sécurité des patients.* ISBN 978-1-9-26541-07-05. 60 p.

Institut canadien pour la sécurité des patients. 2008. *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation.* Consulté le 29 novembre 2011 : <http://www.cha.ca/documents/pa/CanadianDisclosureGuidelinesFeb2008.pdf>

Institut canadien pour la sécurité des patients. 2011. *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation : Parler ouvertement aux patients et aux proches.* Consulté le 29 novembre 2011 : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/disclosure/Documents/CPSI%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines%20FR.pdf>

Institute for Healthcare Improvement. 2011. *How to Improve.* Consulté le 28 novembre 2011 : <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/HowtoImprove/default.aspx>

Leatt P. 2006. *Notes from the editor-in-chief: Quality councils as health system performance and accountability mechanisms.* Consulté le 14 janvier 2011 : <http://www.longwoods.com/content/18058>

Plumb M and JWF Cowell. 2006. Quality councils as change agents of quality improvement in healthcare. Consulté le 14 janvier 2011 : <http://www.longwoods.com/content/18058>