



CADRE CANADIEN D'ANALYSE DES INCIDENTS

Niveaux de système

© 2012 Institut canadien pour la sécurité des patients

Tous droits réservés. Une permission est accordée par les présentes pour redistribuer ce document, en partie ou en totalité, à des fins pédagogiques non commerciales, sous réserve que son contenu ne soit pas modifié, que l'Institut canadien pour la sécurité des patients soit dûment reconnu pour ce travail et qu'il soit mentionné clairement que l'Institut canadien pour la sécurité des patients ne soutient pas cette redistribution du document. Une permission écrite de l'Institut canadien pour la sécurité des patients doit être obtenue pour faire usage de ce document à toute autre fin, y compris pour en utiliser les illustrations dans un but commercial.

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.

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

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.

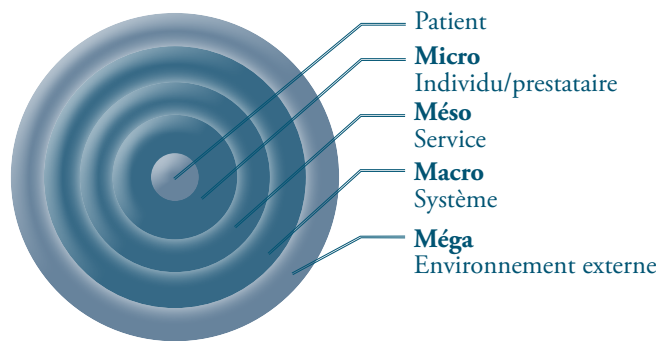
Niveaux de système

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 externes³⁴ 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.