



CADRE CANADIEN D'ANALYSE DES INCIDENTS

Analyse d'incidents multiples

© 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 :

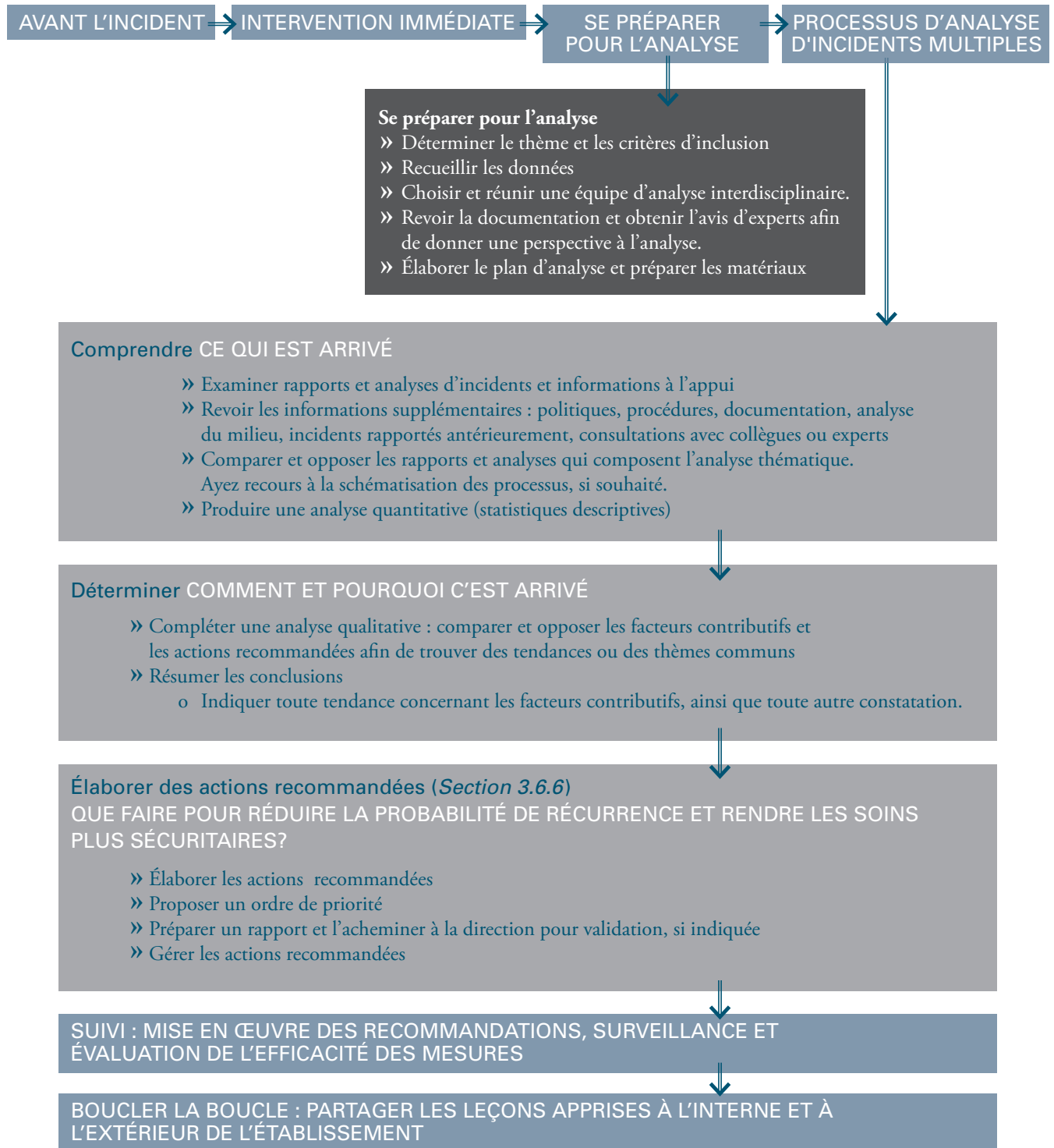
Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients, 2012. Les partenaires collaborant à l'analyse des incidents sont l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), l'Institut pour l'utilisation 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.securitedespateurs.ca

Pour obtenir des renseignements supplémentaires ou pour faire des commentaires, veuillez utiliser

l'adresse suivante : analysis@cpsi-icsp.ca

3.6.5 Analyse d'incidents multiples



Introduction

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

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

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

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

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

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

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

L'analyse typologique porte sur au moins trois incidents sans préjudice ou à faible préjudice ou évités de justesse, qui n'ont jamais été analysés dans le cadre d'une analyse des incidents liés à la sécurité des patients. Par exemple, une analyse de 15 chutes ou quasi-chutes qui a trouvé des schémas de facteurs contributifs et lacunes en matière de sécurité a été menée par Zecevic A. et coll. et publiée dans la revue *Gerontologist* en 2009.⁵⁷

Exemple 2 : un groupe d'incidents similaires dans leur composition ou leur origine, qui auraient pu causer divers degrés de préjudice allant du sans préjudice jusqu'aux cas de préjudice majeur ou catastrophique.

Certains établissements de soins de santé peuvent décider d'analyser de multiples incidents impliquant un thème ou des critères prédéfinis. La conséquence de ces incidents pour les patients peut être variée - de sans préjudice à catastrophique ou préjudice majeur. Par exemple, toutes les chutes survenant dans une unité de soins aigus au cours d'une période de six mois, dont huit incidents à faible préjudice et non analysés et un événement à préjudice grave pour le patient alors qu'une analyse exhaustive avait été préalablement menée.

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

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

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

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

Exemple 3 : un groupe de patients qui sont touchés par des facteurs contributifs similaires, et qui subissent le même incident préjudiciable à des degrés plus ou moins élevés

Ces dernières années, les juridictions canadiennes ont été alertées quant à des situations où de nombreux patients ont connu une conséquence préjudiciable semblable qui apparaît être le résultat de facteurs contributifs similaires.

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

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

Exemple 4: Un groupe d'analyses des incidents exhaustives ou concises

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

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

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

Étapes pour mener une analyse d'incidents multiples

Se préparer pour l'analyse

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

- o Examiner les données des autres systèmes de déclaration, tels que les *Alertes mondiales sur la sécurité des patients*¹³, afin de voir si des incidents semblables ont été analysés par d'autres établissements.
- Élaborer le plan d'analyse, qui comprendra tant des éléments d'analyse quantitatifs que qualitatifs.

QU'EST-IL ARRIVÉ?

Étudier les incidents liés à la sécurité des patients, ce qui consiste notamment à comparer et à opposer la chronologie des événements, les soins prodigués et les facteurs contributifs. La schématisation des processus, un outil fréquemment utilisé pour soutenir l'outil d'analyse des modes de défaillance (Failure Mode Effects Analysis (FMEA)^{59, 60} et la méthode d'amélioration Lean⁶¹, peuvent également aider dans la définition des faiblesses du système au moment d'effectuer une analyse d'un ensemble d'incidents.

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

COMMENT ET POURQUOI EST-CE ARRIVÉ?

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

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

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

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

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

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

QUELLES LEÇONS POUVONS-NOUS EN TIRER?

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