



## CADRE CANADIEN D'ANALYSE DES INCIDENTS

### *Élaboration et gestion des recommandations*

© 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](http://www.securitedespateurs.ca)

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

l'adresse suivante : [analysis@cpsi-icsp.ca](mailto:analysis@cpsi-icsp.ca)

### 3.6.6 Élaboration et gestion des recommandations

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

#### Élaborer les recommandations

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

#### Principales caractéristiques de recommandations efficaces:

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

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

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

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

**Figure 3.9 : HIÉRARCHIE DE L'EFFICACITÉ**

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

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

#### SOLUTIONS D'AMÉLIORATION<sup>37,65,69</sup>

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



#### GRANDE INFLUENCE – LE PLUS EFFICACE

p. ex. installation de barres d'appui; absence de connectivité pour les appareils non liés

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



#### INFLUENCE MODÉRÉE

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

5. Règles et politiques
6. Sensibilisation et information



#### FAIBLE INFLUENCE – LE MOINS EFFICACE

p. ex. diminution de la nécessité de se fier à la mémoire et à la vigilance, réduction des distractions, signaux répétitifs intégrés, utilisation d'étiquettes d'avertissement

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

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

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

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

### **Proposer un ordre de priorité pour les recommandations**

La nécessité d'attribuer un ordre de priorité aux recommandations résulte de plusieurs facteurs pratiques :<sup>10,14</sup>

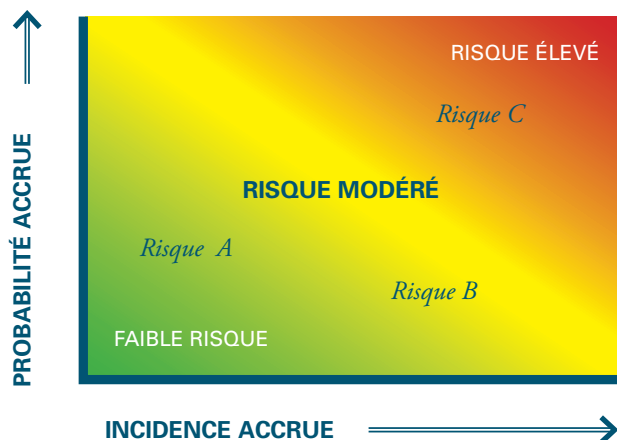
- » liées à l'établissement :
  - o une abondance de recommandations de toutes sortes provenant de l'agrément, des plaintes des patients, des réclamations d'assurance, des rapports du coroner et autres;
  - o des ressources financières ou humaines limitées pour assurer un bon suivi des initiatives d'amélioration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

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

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

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

Figure 3.10 : EXEMPLE DE CARTE THERMIQUE<sup>70</sup>



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

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

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

### Consulter au sujet des recommandations

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

### Rédiger et remettre le rapport

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

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

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

## Gérer les recommandations

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

### Valider les recommandations d'un point de vue stratégique et opérationnel

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

#### 1. Confirmer les mesures

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

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

Il faut, bien sûr, assurer la mise à jour régulière d'un tel répertoire.

## 2. Évaluer la validité des recommandations

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

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

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

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

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

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

### Déléguer et enclencher la mise en œuvre des recommandations

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



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

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

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

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

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

**Figure 3.13 : L'ÉCHELLE DE LARSEN**

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

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