

Le droit à des soins sécuritaires

De la déclaration à l'action

Par **Louis Gagné**

L'année 2002 a été une année marquante dans le domaine de la santé au Québec en matière de droits des usagers. Le gouvernement a en effet adopté des mesures législatives pour garantir aux patients des soins sécuritaires, mesures qui ont mené à la création d'un Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux.

Défenseur réputé et bien connu du droit des usagers, l'avocat Jean-Pierre Ménard milite depuis des années pour une sécurité accrue. Son constat se veut positif, mais prudent. « On a longtemps perçu les erreurs médicales comme anecdotiques, mais en réalité, elles sont systémiques, affirme-t-il en entrevue. La situation s'est assez améliorée, mais beaucoup reste à faire. Je crois que la sécurité des soins doit être prioritaire, particulièrement en soins infirmiers. »

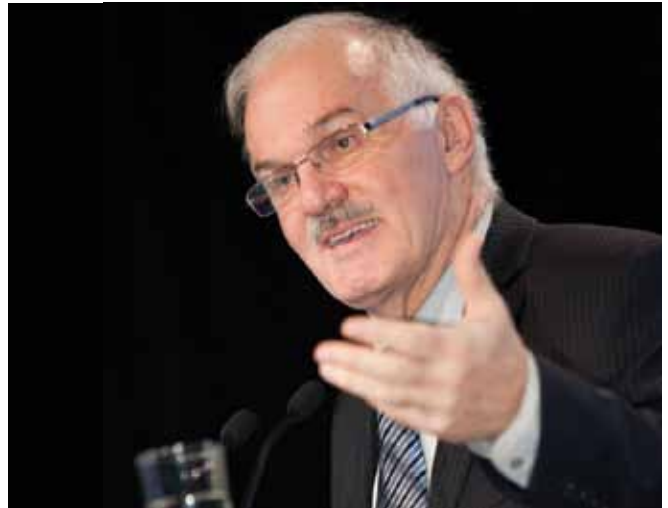
« La sécurité du patient est la priorité des CII. À mon avis, elle est plus importante que la qualité des soins. Elle doit être au cœur du processus des soins infirmiers. C'est un concept qui doit être intégré dans la pratique infirmière au même titre que les concepts médicaux. »

M^e Jean-Pierre Ménard

Avocat représentant des usagers

Un pas de géant a été accompli depuis l'adoption en 2002 de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux* qui reconnaissait à l'utilisateur le droit de recevoir des soins sécuritaires. Il a mené à la création du registre (MSSS, 2013) – une première canadienne – répertoriant tous les incidents et accidents survenus dans la pratique des soins.

Ces changements législatifs résultent en grande partie du travail de M^e Ménard. En effet, l'avocat montréalais a été consulté au début de l'année 2002 par une femme qui venait de perdre sa fille adulte à la suite d'un accident en apparence banal. La jeune femme s'était fracturé le tibia lorsque sa moto s'est renversée sur elle. Admise dans un centre hospitalier universitaire de Montréal, elle est décédée des suites d'une dépression respiratoire d'origine médicamenteuse. La cause ? On lui avait administré trois doses de Dilaudid®, chacune d'elle prescrite par les trois médecins spécialistes qui l'avaient traitée.



C'est le coroner et non la direction du centre qui avait annoncé à la mère la triste vérité quelques mois plus tard. Malgré des promesses de changements rapides, la direction de l'hôpital n'avait pas donné suite aux doléances de la mère. C'est à ce moment qu'elle a consulté M^e Ménard afin d'alerter la population mais, surtout, la classe politique. « Elle trouvait que cela n'avait pas de bon sens que les victimes d'erreurs médicales, les patients et leur famille soient laissés dans le noir. Les choses devaient changer », rappelle M^e Ménard.

Lexique

Accident : Action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur.

Incident : Action ou situation qui n'entraîne pas de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager.

NDIR : Les incidents ne sont pas divulgués aux patients, car ils sont sans conséquences.

Déclaration : Action de porter à la connaissance de l'établissement tout accident ou tout incident constaté par un employé, un professionnel de la santé, un stagiaire ou toute personne qui, en vertu d'un contrat, offre des services aux usagers de cet établissement.

Divulgarion : Action de porter à la connaissance de l'utilisateur ou de ses proches toute l'information relative à un accident subi par cet usager et à l'origine de conséquences pour lui.

TABLEAU 1* Répartition des principaux événements déclarés

Événement	Rapports 2011-2012 ¹		Rapports 2012-2013 ²	
	Incident	Accident	Incident	Accident
Chute	4 659	114 479	3 934	147 487
Médicament ³	18 145	93 568	22 218	124 816
Tests de diagnostic ³	3 277	14 201	4 629	17 659
Lié au matériel	3 482	3 915	4 704	4 501
Lié à l'équipement	1 426	1 598	1 750	2 025
Traitement ³	895	6 341	1 337	9 588

1 Les deux rapports semestriels couvrant la période du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012.

2 Les deux rapports semestriels couvrant la période du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013.

3 Erreur interceptée avant l'administration, Omission, Identité de l'utilisateur, Dose, Allergie, Voie d'administration/de prélèvement, Entreposage, Nature du médicament/du traitement/du test/de la diète, Infiltration/extrasation, Heure d'administration/de prélèvement, Autre

* Ce tableau ne répertorie que les principaux événements déclarés pour lesquels des causes ont été établies (Il peut arriver par exemple qu'une chute soit déclarée, mais qu'un établissement ne soit pas en mesure de déterminer si elle constitue un incident ou un accident. Dans ce cas, la chute est considérée comme non déterminée et elle n'est pas prise en compte dans le présent tableau.)



Martin D'Amour

Gestionnaire de risques et directeur de la qualité, CSSS Drummond

« Le formulaire papier entraînait des délais. Avec ce logiciel, on peut se pencher en temps réel sur les causes d'un accident ou d'un incident et réduire immédiatement les risques que cela se reproduise. »

Des événements sous-déclarés

C'est cette cause, fortement médiatisée à l'époque, qui a conduit à la création du Registre. Les données compilées des deux premiers rapports couvrant l'année financière s'étalant du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012 nous apprennent qu'un total de 404 653 événements a été déclaré (voir Tableau 1). Les trois quarts d'entre eux sont des accidents, c'est-à-dire qu'ils ont eu des conséquences sur le patient allant d'une simple contusion à la mort. De fait, 198 accidents ont provoqué le décès du patient ou contribué à cette fin tragique.

Les données compilées des deux rapports suivants couvrent l'année financière s'étalant du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013. Elles font état d'un total de 454 717 événements. De ce nombre, un peu plus de 392 000 (86 %) ont été classés comme des accidents. Deux cent dix personnes en sont mortes.

« Ces statistiques ne reflètent pas la réalité. Il y a constamment une sous-déclaration des événements. Je crois que le nombre réel d'événements tourne davantage autour de 500 000 par année », affirme M^e Ménard qui déplore que plusieurs établissements transmettent encore des données incomplètes.

Selon lui, les infirmières font preuve d'une plus grande transparence que les autres professionnels de la santé. « Elles sont plus ouvertes à une culture de sécurité. Elles sont constamment au chevet des patients. Elles sont en première ligne. Elles donnent tous les soins de base et ceux prescrits par les médecins », dit l'avocat.

Le Registre révèle que 60 % des événements déclarés résultent à parts égales de chutes et d'erreurs liées aux médicaments (voir Tableaux 2 et 3). « Des événements qui appartiennent à la sphère des soins infirmiers », souligne M^e Ménard.

La déclaration des événements est capitale, selon lui. « C'est ce qui permet d'améliorer la sécurité des soins, de découvrir les processus défectueux et de prendre ensuite des mesures pour y remédier », explique l'avocat. « Le rôle des infirmières ne doit pas simplement se limiter à déclarer un événement, un accident ou un incident, ou à divulguer un accident à un patient ou à l'un de ses proches. Elles doivent "occuper le terrain" à tous les niveaux », poursuit-il.

TABLEAU 2 Répartition des principales erreurs liées aux médicaments

	Rapports 2011-2012 ¹	Rapports 2012 ²
Omission	39,7 %	42,2 %
Nature du médicament/test/ Traitement/diète	18,5 %	17,1 %
Heure d'administration du médicament	7,2 %	7,3 %
Erreur interceptée avant l'administration	6,7 %	5,6 %
Identité de l'utilisateur	4,2 %	4,0 %
Voie d'administration	1,2 %	1,1 %

1 Rapports semestriels couvrant la période du 1^{er} octobre 2011 au 31 mars 2012.

2 Rapports semestriels couvrant la période du 1^{er} avril 2012 au 30 septembre 2012.

TABLEAU 3 Répartition des décès selon les principaux événements

Événement	Rapports 2011-2012 ¹	Rapports 2012 ²
Chute	97	110
Médicament	10	6
Test de diagnostic	2	0
Lié au matériel	2	0
Lié à l'équipement	2	2
Traitement	4	7

1 Les deux rapports semestriels couvrant la période du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012.

2 Les deux rapports semestriels couvrant la période du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013.



Annie Laberge
Conseillère cadre en prévention et
contrôle des infections, CSSS Drummond

« On a mis en place une équipe de travail interdisciplinaire où tout le monde a été consulté, tant la direction que l'infirmière. Pour instaurer un changement de culture, il faut que tous les employés sans exception s'impliquent et se sentent concernés par la sécurité des soins. C'est de l'empowerment. »

Les intervenants

En ce sens, le Conseil des infirmières et des infirmiers (CII) joue un rôle déterminant. Le CII a pour mandat de formuler des recommandations au conseil d'administration d'un établissement sur l'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers, et cela, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers (DSI). Le CII a un pouvoir de recommandation, et non un pouvoir décisionnel. Comme le précise avec justesse l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le CII est un lieu d'échange, de mobilisation et d'engagement. Son efficacité est donc étroitement liée à la participation du plus grand nombre possible d'infirmières.

Pour sa part, la DSI a pour mandat de surveiller et de contrôler la qualité des soins. Elle peut, pour un motif disciplinaire ou d'incompétence, limiter ou suspendre l'exercice des fonctions d'une infirmière.

Les infirmières sont aussi invitées à faire partie du Comité de gestion des risques (CGR) – la loi ne l'oblige pas – de leur établissement. Ce comité a pour mandat de déceler et d'analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers. L'objectif est d'établir des stratégies et d'émettre des recommandations pour limiter les risques, mais aussi pour les aborder de front s'ils devaient survenir.

« Les données du Registre doivent interpeller les CII et amener les infirmières à se fixer des objectifs pour réduire les accidents, mais aussi les incidents, même s'ils sont sans conséquences. Un incident peut très bien dégénérer en accident la prochaine fois. La sécurité des soins, c'est avant tout de la prévention », précise M^e Ménard.

En temps réel

Dans de nombreux établissements, le CGR est chargé de répertorier les incidents et les accidents. C'est le cas au Centre de santé et de services sociaux Drummond. Ce CSSS de la région Centre-du-Québec utilise pour ce faire un logiciel nommé Gesrisk. De conception québécoise, cet outil remplace le formulaire papier AH-223 et permet de déclarer en temps réel tout incident ou accident qui se produit dans les établissements du CSSS.

Prévenir les infections nosocomiales

Le CGR veille aussi à la gestion des risques liés aux infections nosocomiales, une cause majeure de complications des soins de santé qui a particulièrement touché les établissements du CSSS Drummond dans les années 2000.

Rappelons qu'une épidémie de la bactérie *Clostridium difficile* (*C. difficile*) a frappé les hôpitaux du Québec en 2003 et 2004. Pour expliquer l'épidémie qui a fait des centaines de morts, la vétusté des établissements, le manque de prévention, l'hygiène déficiente et l'insalubrité ont été mises en cause à l'époque par le Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (MSSS, 2005), présidé par Léonard Aucoin.

Dans la foulée du rapport Aucoin intitulé *D'abord, ne pas nuire*, le CSSS Drummond a mis en place une équipe de surveillance des infections nosocomiales en 2006-2007. Le taux d'incidence était alors de 16,77 cas par 10 000 jours-présence, l'un des plus élevés au Québec.

Les efforts de l'équipe de surveillance ont porté leur fruit. Le taux d'incidence a pu être abaissé jusqu'à 10,75 cas par 10 000 jours-présence en 2010-2011, mais a atteint un nouveau sommet à l'été 2011 : 20,3 cas par 10 000 jours-présence.

« C'était très démotivant. On avait dépensé beaucoup d'argent en salubrité, en hygiène, en formation et en surveillance. Même les agents de sécurité étaient mis à contribution », rappelle l'infirmière Annie Laberge, conseillère cadre en prévention et contrôle des infections au CSSS Drummond.

Le Centre a donc mis en œuvre à l'automne 2011 un nouveau plan d'action impliquant cette fois un changement de culture organisationnelle. La procédure des soins a été analysée, la littérature scientifique révisée et des experts consultés. Achats de nouveaux matériels pour les professionnels de la santé et à l'usage des patients, rénovations de salles et d'unités, mesures d'hygiène et de salubrité rehaussées, audits réguliers, rien n'a été laissé au hasard. Résultat ? Le taux d'incidence a baissé de façon draconienne pour atteindre, en 2011-2012, 10,68 cas par 10 000 jours-présence.

« On a mis en place une équipe de travail interdisciplinaire où tout le monde a été consulté, tant la direction que l'infirmière. Pour instaurer un changement de culture, il faut que tous les employés sans exception s'impliquent et se sentent concernés par la sécurité des soins, explique M^{me} Laberge. C'est de l'empowerment. Il faut que les personnes sachent qu'elles ont le pouvoir de changer les choses en ayant un rôle participatif. »

De par leur travail sur le terrain, les infirmières ont joué un rôle actif dans cette lutte contre les infections nosocomiales, conformément à leur mission attestée par l'OIIQ (OIIQ, 2008), rappelle M^{me} Laberge.

Le déclarant – tout employé de l'établissement qui constate un événement, qu'il en soit responsable ou non – remplit le formulaire informatique dans les minutes suivant le constat d'un événement. L'infirmière-chef ou la chef de l'unité le complète ensuite. Elle peut immédiatement suggérer des améliorations à apporter dans une procédure donnée. « Le Comité de gestion des risques reçoit ensuite le rapport aux fins d'analyse afin de comprendre ce qui s'est passé et quels moyens on peut mettre en place pour éviter que cela se reproduise, que ce soit dans l'unité où s'est produit l'événement ou dans l'ensemble du CSSS », explique Martin D'Amour, gestionnaire de risques et directeur de la qualité au CSSS Drummond.

Il s'agit là d'un avantage indéniable pour assurer au quotidien une gestion efficace des risques. « Le formulaire papier entraînait une double saisie des données. Il y avait nécessairement des délais pour apporter des correctifs. Avec ce logiciel, on peut se pencher en temps réel sur les causes d'un accident ou d'un incident et réduire immédiatement les risques que cela se reproduise », poursuit M. D'Amour, qui précise que le CSSS Drummond répertorie chaque année quelque 6 000 événements.

Ce compte rendu en temps réel est aussi utile à l'employé en cause puisqu'une rencontre pourra avoir lieu alors que l'événement est encore tout récent. Tout cela dans un but d'amélioration du travail infirmier et non de réprimande.

« En donnant de meilleurs soins, on diminue la mortalité et la morbidité. On évite les complications et les séjours prolongés qui coûtent cher au système de santé. Pour le professionnel, il y a une énorme satisfaction à donner des soins sécuritaires qui ne causent pas de préjudices. Il me semble qu'il n'y a pas de meilleure satisfaction et motivation dans la pratique des infirmières que de donner des soins optimaux », de conclure Jean-Pierre Ménard. ■

Références

Loi sur les services de santé et les services sociaux, à jour le 1^{er} sept. 2013. [En ligne : www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html]

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec* (du 1^{er} octobre 2012 au 31 mars 2013), Québec, MSSS, 2013, 122 p. [En ligne : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/ee575c8e43068e7785257b98004d97a6?OpenDocument>]

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité. Rapport du comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales*, Québec, MSSS, 2005, 83 p. [En ligne : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/fba363a2d35ee9bd8525700c005a5f9a?OpenDocument>]

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIQ). *Protéger la population par la prévention et le contrôle des infections. Une contribution essentielle de l'infirmière*, Montréal, OIQ, 2008, 20 p. [En ligne : www.oiq.org/sites/default/files/237_doc_0.pdf]