

Un bref aperçu du rapport du Comité ministériel : « Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé »

Patricia Lefebvre, B. Pharm., M.Sc. - membre du Comité ministériel

Chef du département de pharmacie, Centre universitaire de santé McGill

Michèle Beauchemin Perreault, membre du Comité ministériel, représentante de la population

Le rapport *To Err is Human* de l'*Institute of Medicine* a levé le voile sur le phénomène des accidents évitables en milieu de santé aux États-Unis. À la suite à la publication de ce rapport, plusieurs intervenants se sont posé la question : « Qu'en est-il au Canada et au Québec? ». Soucieuse de connaître l'état de la situation au Québec, en avril 2000, madame Pauline Marois, ministre de la Santé et des Services sociaux à l'époque, annonçait la mise en place d'un comité sur les accidents médicaux évitables et en précisait le mandat.

Mandat du comité

- Faire un état de situation de la problématique concernant la gestion des risques d'accidents médicaux évitables.
- Réviser les procédures existantes sur la gestion des risques d'accidents médicaux évitables afin d'examiner leur efficacité.
- Examiner la nécessité de mettre en place un processus favorisant le repérage, la documentation des accidents médicaux évitables et la révélation aux personnes impliquées.
- Examiner et proposer, le cas échéant, un mécanisme permettant la prévention des risques reliés aux accidents médicaux évitables.
- Se prononcer sur les mécanismes existants de gestion des risques reliés aux accidents médicaux évitables dans l'ensemble des établissements du réseau ainsi que dans les cabinets ou cliniques privés.
- Faire les propositions et recommandations en conséquence.

À ces objectifs, le comité a pris l'initiative d'ajouter la question de l'indemnisation des victimes, laquelle s'est imposée au comité au fil des présentations.

Le Comité, présidé par monsieur Jean Francoeur, était composé de représentants de la population, de l'Association des hôpitaux du Québec, du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, de l'Ordre des pharmaciens du Québec et de la Direction de l'excellence de la main d'œuvre et des services médicaux du MSSS.

Le Comité a tenu 25 séances de travail, entre le 17 avril 2000 et le 2 février 2001. Les témoignages de sept personnes, victimes ou proches de victimes d'accidents, ont été recueillis, plus de 250 pièces de documentation ont été analysées et 17 organismes ont été reçus sur invitation. Parmi les organismes ou personnes rencontrés, on retrouve : les ordres et associations professionnelles, les conseils d'agrément canadien et québécois, les assureurs de l'Association des hôpitaux du Québec et de l'Association canadienne de protection médicale, des avocats spécialisés en droit de la santé, la Commissaire aux plaintes en matière de santé et de service sociaux, le Bureau du coroner, la Régie régionale et Urgence-santé.

Principales constatations

Le rapport est présenté sur le site Internet du MSSS : <http://www.msss.gouv.qc.ca>.

- Il n'y a aucune raison de penser que la nature, la gravité et la fréquence des accidents évitables en milieu de santé au Québec sont substantiellement différentes de celles qui prévalent aux États-Unis et en Australie, pays qui ont procédé à des études approfondies de ce phénomène. Bref, les accidents évitables constituent un problème d'ordre épidémiologique qu'une politique de la santé ne peut plus ignorer. À l'heure actuelle, les données disponibles au Québec ne sont que fragmentaires et non structurées, et ne permettent pas d'avoir une vision globale du phénomène.
- Le phénomène des accidents évitables et le volet « sécurité des soins » ne sont pas mentionnés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ni le Ministère ni les régies régionales n'offrent actuellement de soutien à la gestion des risques par l'établissement, pas plus qu'ils n'en font activement la promotion. Loin d'être prioritaire, la gestion des risques par les établissements représente une pratique assez marginale. D'ailleurs, au cours des dernières années, un certain recul a été noté à cet égard.
- Le phénomène des accidents évitables est associé à une culture de culpabilisation, de blâme et d'échec. Un profond changement de culture de l'ensemble du réseau sera nécessaire. En effet, la réduction du taux d'incidence des accidents évitables ne pourra être atteinte qu'à travers une nouvelle culture de transparence, de communication et de recherche de solutions.

Dans 85 % des cas d'accidents, c'est le système (organisation, processus ou ressources, par exemple) qui est en cause et dans seulement 15 % des cas, les accidents sont dus à une responsabilité strictement individuelle.

- Les professionnels exerçant en pratique privée ne sont, de façon générale, que soumis au contrôle de leur ordre professionnel respectif, soit l'inspection professionnelle, l'examen des plaintes et les comités de discipline. Il n'existe aucun mécanisme pour les professionnels de pratique privée comparable à l'évaluation par les pairs mis en place dans les établissements pour les médecins, dentistes et pharmaciens.
- Le régime actuel d'indemnisation des victimes est généralement hors de portée des personnes qui ont subi des dommages potentiellement indemnifiables ou des proches des victimes. De plus il représente un fardeau dont on semble sous-estimer la lourdeur.

Le régime, fondé sur la responsabilité délictuelle, est également très traumatisant pour les professionnels impliqués.

Le cloisonnement des régimes d'assurance et les différends qui en résultent quant à la responsabilité respective des établissements ou des professionnels, sont une cause de délais importants.

Principales recommandations

Après un examen approfondi des sources de données sur les accidents en milieu de santé au Québec, le Comité pose un diagnostic : l'absence d'un véritable leadership dans la gestion de la qualité et des risques, la multitude d'actions menées sans coordination, l'insuffisance dans le soutien aux établissements en matière de gestion des risques et l'absence du volet « sécurité des soins » parmi les composantes essentielles de la qualité des services.

Ces constatations mènent à un regroupement de quatorze propositions émises en vue d'instaurer une plus grande sécurité pour l'utilisateur et une meilleure prévention et protection contre les accidents évitables. Parmi celles-ci, on retrouve :

- Assurer un véritable leadership en matière de sécurité et de gestion des risques, à tous les paliers : le législateur, le ministère, les régies régionales, les conseils d'administration des établissements, les associations d'établissements, les ordres professionnels, etc.

- Rendre le système plus transparent par une meilleure connaissance du phénomène des accidents évitables : réalisation d'une recherche pour en connaître le taux d'incidence au Québec et par l'élargissement du concept de gestion des risques.
- Constituer une banque de données ou un inventaire continu, local et central, afin que chaque établissement et l'ensemble du réseau puissent mieux gérer les risques et prévenir les accidents.
- Assurer un soutien aux établissements par la création d'un comité national permanent de soutien à la gestion des risques et de la qualité, qui sera à son tour soutenu administrativement par une équipe au sein du ministère.
- Faire connaître les attentes de la ministre de la Santé et des Services sociaux en matière de formation professionnelle, de compétence et d'interdisciplinarité au ministre de l'Éducation et à la ministre responsable des lois professionnelles
- Divulguer au patient et à ses proches toute l'information pertinente lorsque survient un accident évitable et mettre à leur disposition les mesures de soutien appropriées.
- Créer un groupe de travail ayant pour mandat d'examiner la pertinence de mettre en place un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité, d'étudier la faisabilité d'une telle réforme, d'en déterminer les modalités d'application et d'en estimer les coûts.

Premiers jalons d'un plan d'action

Le rapport du Comité a été rendu public le 1^{er} mars 2001 lors d'une conférence de presse. À la suite de cette annonce, la ministre a rendu public son intention de donner suite au rapport et, à ce jour, les actions suivantes ont été entreprises :

- Communiqué de la Ministre le 1^{er} mars annonçant que le Ministère assumerait son rôle de chef de file dans ce domaine et donnerait suite au rapport. Un plan d'action sera élaboré pour la mise en application des propositions du rapport.
- Diffusion du rapport le 6 mars 2001 aux régies régionales, aux établissements du réseau et aux organismes relevant du Ministère, accompagnée d'une lettre dans laquelle il est stipulé que le Ministère souscrit dans l'ensemble aux recommandations du rapport.
- Mise en application dès 2001-2002 des recommandations prioritaires dont :

- Constitution du Groupe national d'aide à la gestion des risques et de la qualité, annoncé par le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux par voie de communiqué le 21 septembre 2001.
- Réalisation d'une étude sur les taux d'incidence et les causes probables des effets indésirables et des accidents évitables.
- Amendements législatifs à prévoir afin d'y inclure la notion de sécurité pour l'utilisateur et de la gestion des risques à tous les paliers.

Les opportunités de leadership pour les pharmaciens d'établissements

Le rapport *To Err is Human* de l'*Institute of Medicine* (IOM) émet des recommandations spécifiques en ce qui a trait aux soins et services pharmaceutiques. D'ailleurs, depuis juillet 2001, le *Joint Commission Accreditation of Health Organizations* (JCAHO) a révisé ses standards d'agrément en intégrant les recommandations du rapport de l'IOM. Nul doute que ces propositions deviendront des standards canadiens dans un avenir rapproché.

Force est de constater qu'un nombre considérable d'accidents évitables sont reliés à la gestion des médicaments. C'est pourquoi le rapport de l'IOM incite les établissements à adopter un système de distribution sécuritaire et efficient; à revoir les processus reliés à la gestion des médicaments (de la sélection des molécules à l'administration et à la surveillance des résultats); à évaluer et mettre en place les technologies de l'information; à évaluer et implanter l'automatisation des processus et à divulguer l'information sur les médicaments aux patients et aux professionnels de la santé.

Afin de mieux outiller les départements de pharmacie des établissements de santé au Québec, le conseil d'administration de l'A.P.E.S. a constitué un groupe de travail sur les accidents pharmaceutiques qui a pour mandat de :

- Proposer une définition d'accident pharmaceutique.
- Développer des politiques et procédures : accidents pharmaceutiques (aspect non punitif).
- Répertorier les systèmes de classification et recommander un système de documentation (incidence, sévérité-conséquences).
- Répertorier les outils d'analyse de système pour évaluer les erreurs potentielles reliées au système de prestation des soins et services.
- Élaborer les besoins en formation à l'égard des accidents pharmaceutiques, tels que :
- Le rôle de l'*Institute for Safe Medication Practice*, division canadienne;
- L'analyse de la cause fondamentale (*Root cause analysis*) : théorie, concept et technique;
- La divulgation d'un accident évitable au patient ou aux membres de sa famille;
- Le contexte légal et réglementaire de la gestion des risques et de la qualité.

Nos responsabilités dans l'organisation des soins et services pharmaceutiques au sein de nos établissements nous positionnent pour exercer le leadership nécessaire à la gestion accrue des risques et de la qualité reliés à la gestion des médicaments.