

La gestion des risques : utopie ou trait de génie ?

Suzanne Bisailon

Résumé :

Objectif : Présenter les étapes que comporte le processus de gestion des risques, en développant des notions clés, tout en discutant, à l'occasion, du sens à donner à certaines expressions.

Mise en contexte : Nous commencerons par une discussion du risque intrinsèque et du risque organisationnel, des possibilités de traitement d'un risque, des risques et des enjeux, des plans de contingence et du principe de précaution, d'un risque acceptable par rapport à l'acceptation du risque. Ensuite, nous examinerons le paradigme de la gestion des risques, qui se compose d'éléments incontournables malgré le fait qu'il soit situé en périphérie du processus, la pierre angulaire des quatre éléments du paradigme étant la communication. Finalement, nous parlerons de l'identification et du traitement des risques, en abordant brièvement les caractéristiques de trois méthodes utilisées pour traiter les risques. Les deux premières, mieux connues dans les établissements de santé, sont l'approche utilisant la recherche des causes souches et l'approche utilisant la compilation des morbidités/mortalités ou accidents/incidents comme pivot du processus. Finalement, nous aborderons une nouvelle approche prometteuse, qui jumelle un modèle behavioriste à un modèle expert.

Conclusions : Les approches a posteriori du type causes souches et accidents/incidents sont certainement un pas dans la bonne direction, mais elles ont leurs limites. On peut déplorer le fait qu'avec l'utilisation de ces techniques, le risque se soit matérialisé avant que l'on se demande quels changements apporter au système pour éviter que le risque ne se reproduise. On peut également soulever le problème de la validité des informations colligées ainsi que de l'universalité du traitement retenu. En ce qui concerne les guides de pratique, il n'y a, d'une part, aucune mesure de l'adéquation entre le guide et la pratique, et d'autre part, pas ou peu de validation du potentiel d'implantation des guides en question. La technique, qui consiste à utiliser les guides de pratique comme base, auxquels on ajoute un modèle behavioriste pour construire une cartographie (ou un algorithme) détaillée, qui intègre non seulement tous les acteurs mais aussi l'environnement d'application des guides, est prometteuse. En utilisant cette tech-

nique, on pourra non seulement identifier a priori les zones à haut risque mais aussi identifier les risques qui se retrouvent dans la majorité des établissements. C'est cette dernière approche, adaptée aux particularités propres à la problématique à l'étude, qui a servi de fondement à la méthodologie d'étude utilisée par le Groupe de travail sur l'analyse de situation de décès liés à l'utilisation d'analgésiques opiacés.

Introduction

J'ai pris ce titre pour coiffer l'article qui suit, car c'est celui qu'un groupe de scientifiques a choisi pour un colloque international sur la gestion des risques, qui se tiendra en octobre 2008 à Montréal. J'aurais pu aussi intituler cet article « J'y vais ou j'y vais pas ? », malgré certaines obligations relatives à la gestion des risques auxquelles sont astreints les établissements et les divers professionnels qui y oeuvrent. Car, vous l'aurez compris, il y a plusieurs façons de faire de la gestion des risques. Certaines, efficaces et d'autres, moins : quand je dis efficace, je ne me réfère pas uniquement à l'obtention de résultats mais aussi aux coûts directs et indirects requis pour obtenir les résultats en question.

Dans cet article, nous rappellerons d'abord, au point 1, les étapes composant le processus de gestion des risques, en développant des notions clés, tout en discutant, à l'occasion, du sens à donner à certaines expressions. Nous parlerons, en 1.1, du risque intrinsèque et du risque organisationnel, en 1.2, des possibilités de traitement d'un risque, en 1.3, des risques et des enjeux, en 1.4, des plans de contingence et du principe de précaution, en 1.5, d'un risque acceptable par rapport à l'acceptation du risque. Ensuite, nous examinerons, au point 2, le paradigme de gestion des risques. Ce paradigme se compose d'éléments incontournables malgré le fait qu'il soit situé en périphérie du processus, la pierre angulaire des quatre éléments du paradigme étant la communication. Finalement, nous parlerons, au

Suzanne Bisailon, Ph.D., est professeur titulaire à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal et membre de la Chaire en analyse et gestion des risques toxicologiques au Département de santé environnementale et de santé au travail de la Faculté de médecine



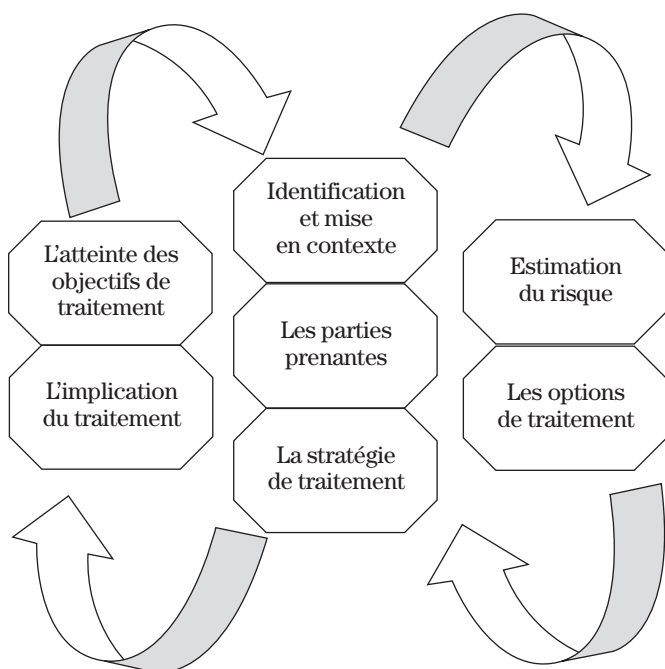
point 3, de l'identification et du traitement des risques, en abordant brièvement trois méthodes utilisées pour traiter les risques. Les deux premières, mieux connues dans les établissements de santé, consistent en 3.1 l'approche utilisant la recherche des causes souches¹, 3.2 l'approche utilisant la compilation des morbidités/mortalités ou accidents/incidents comme pivot du processus et, finalement, 3.3 une nouvelle approche prometteuse, jumelant un modèle behavioriste à un modèle expert.

1. Le processus de gestion des risques

Expression à la mode s'il en est, la gestion des risques demeure un mystère pour certains et une phobie pour d'autres, confrontés avec l'obligation d'implanter le concept sans savoir par quel bout commencer.

Le concept n'est pas nouveau, puisqu'il a été développé dans les années 1970 dans le domaine des assurances, de la sécurité et de la finance, mais c'est à la fin des années 1990 que son application a explosé dans le domaine de la santé, dans la foulée, il faut le dire, des scandales sur le sang contaminé. Dans le cadre des établissements de santé, les concepts de qualité des soins et de contrôle des erreurs étaient déjà bien ancrés et développés lorsqu'on y a ajouté la gestion des risques. Mais était-ce vraiment nécessaire ? Sans aucun doute, mais ceux qui se sont essayés à l'exercice savent que la gestion des risques n'est pas une sinécure, ne serait-ce que par le nombre d'éléments à analyser pour découvrir **LE** risque dont la gravité est telle qu'il faille le traiter et, idéalement, exporter par la suite la solution de traitement à d'autres établissements.

Figure 1 : *Étapes classiques du processus de gestion des risques*



L'intérêt de la gestion des risques réside dans le fait qu'il s'agit d'une approche holistique, systématique et transparente avec comme but ultime une prise de décision appropriée et efficiente. Il s'agit, sur papier, d'un processus simple, comportant sept étapes principales², dont la représentation figurative moderne est sous forme de cercles, indiquant par là que le processus est itératif et que la gestion des risques ne cesse pas du moment qu'une stratégie de réduction du risque est implantée (voir figure 1). La globalité du processus commande qu'on traite à la fois les risques intrinsèques et les risques organisationnels, distinction dont nous traiterons un peu plus loin, ce qui rend la problématique plus complexe et moins précise. Quant au risque tel qu'il est défini dans les cadres ainsi que par ISO³, il s'agit toujours d'un événement futur composé de deux éléments : la probabilité qu'un événement survienne et les conséquences subies si le risque se matérialise¹.

L'organisme ISO a adopté un lexique d'une trentaine de termes décrivant l'ensemble des activités de gestion des risques, mais celui-ci est arrivé très tardivement dans le paysage de la discipline (en 2002 - 2003), de telle sorte que de nombreux termes maison étaient déjà suffisamment implantés pour empêcher la pénétration de leur terminologie générique et englobante. En d'autres termes, une certaine confusion terminologique règne toujours.

Sans vouloir couvrir tout le processus de la gestion des risques, nous vous proposons ici quelques notions qui méritent que nous nous y attardions afin de mieux comprendre le processus ;

1. un risque intrinsèque ou un risque organisationnel ;
2. les possibilités de traitement d'un risque ;
3. un risque ou un enjeu ;
4. un plan de contingence ou le principe de précaution ;
5. un risque acceptable par rapport à l'acceptation d'un risque.

1.1 Un risque intrinsèque ou un risque organisationnel

Dans tout système, il existe deux catégories de risque : le risque intrinsèque et le risque organisationnel. De plus, il existe aussi plusieurs niveaux de risques organisationnels. Il est important de savoir reconnaître la catégorie et le niveau du risque, puisque cela nous permettra, d'une part, de déterminer qui a le contrôle – ou la responsabilité – de son traitement, et d'autre part, de savoir si, par rapport à notre niveau, il s'agira d'un risque ou d'un enjeu (voir 1.3).

Un risque intrinsèque est un risque rattaché directement à l'objet de notre mission. Par exemple, pour un établissement de santé, les risques intrinsèques découleront des objectifs d'amélioration de la santé ou de la guérison des patients grâce aux soins, aux médicaments et aux procédures auxquels ils seront soumis. Dans le cas des opiacés, il s'agit des risques liés aux doses administrées en fonction des paramètres cliniques (facteurs de risques) propres au

patient. Il y aura, de plus, pour un même patient, d'autres risques intrinsèques rattachés aux autres médicaments reçus, incluant les interactions anticipées ou observées ou encore rattachées aux procédures appliquées au patient.

Les risques organisationnels, eux, découleront de la façon dont les diverses activités nécessaires à l'accomplissement de cette mission seront organisées et effectuées. Ces risques sont contenus dans toutes les activités (plusieurs centaines) interdépendantes, qui se succèdent entre l'admission d'un patient et l'obtention de son congé, telles qu'elles sont mises en oeuvre selon les règles de gouvernance de l'établissement. Toutes les activités ne sont pas cruciales pour l'atteinte des objectifs de la mission, mais pour certaines, notre incapacité à les réaliser sera rédhibitoire et provoquera la matérialisation du risque. Parfois, ce ne sera pas le défaut d'une seule activité mais la succession cumulée de défauts dans plusieurs activités, qui provoquera la matérialisation du risque. En établissement de santé, les situations à risque sont non seulement très nombreuses, mais elles augmentent avec la durée du séjour et le transfert du patient d'une unité à l'autre.

Les risques organisationnels sont plus fastidieux à découvrir et, malheureusement, sont présents selon un ratio de 7 à 3 par rapport aux risques intrinsèques². La structure des établissements de santé – et la complexité de cette structure – nous permet d'anticiper le fait que le ratio de risques organisationnels (de la structure) par rapport aux risques intrinsèques (de l'état de santé) n'est pas différent de celui observé dans d'autres organisations, à savoir un ratio de 7 à 3. Ainsi, en établissement, les risques les plus sérieux se retrouvent rarement dans le paradigme médical classique, mais plutôt dans l'environnement de travail qui sous-tend ce paradigme. C'est un constat facile à faire lorsqu'on regarde en rétrospective les incidents/accidents survenus non seulement avec les opiacés, mais aussi dans le cas des infections nosocomiales. C'est donc dire que le traitement des risques opérationnels est essentiel dans toute approche d'amélioration de la prestation sûre des soins et des services.

Une autre caractéristique des risques organisationnels est que la hiérarchie des risques n'est pas identique partout, que ce soit en termes de nombre ou de gravité. Autrement dit, un risque organisationnel peut être spécifique à un établissement ou encore être très élevé dans un établissement et très faible dans un autre. Ce phénomène rend l'extrapolation des traitements des risques entre établissements très difficile. Cette différence peut même être observée entre les unités d'un même établissement.

L'analyse systématique des risques organisationnels pour tous les scénarios d'hospitalisation situés entre l'admission et le congé est une tâche colossale, et l'investissement en temps et en argent apparaît disproportionné par rapport aux résultats recherchés, ce qui se confirme en pratique, sans compter la mobilisation de ressources déjà

rare et surchargées de travail. Une hypothèse réaliste nous permet d'anticiper que l'exercice révélerait approximativement 80 % de risques qualifiés d'acceptables, 10 % de risques ou d'enjeux nécessitant un suivi et 10 % de risques ou d'enjeux commandant un traitement immédiat. Si les résultats ne sont pas à la hauteur de l'investissement consenti, il y aura découragement et peu d'enthousiasme de s'embarquer de nouveau dans une telle entreprise, sans compter la tendance naturelle à ne pas vouloir reconnaître ses « erreurs ».

1.2 Les possibilités de traitement d'un risque

Le risque zéro n'existe pas dans la mesure où une activité se déroule. Le risque de mourir lors d'un accident d'avion n'existe que si on prend l'avion, encore qu'un avion puisse s'écraser sur nous. Lorsqu'un risque est identifié et que sa gravité est estimée⁴, nous avons plusieurs options de traitement du risque : l'accepter (prendre le risque), le réduire (de façon optimale), le transférer ou encore le refuser (voir tableau I).

Tableau I : Possibilités de traitement d'un risque

Accepter le risque	c'est-à-dire considérer que toute réduction du risque amènerait la perte d'avantages associés à la situation ou que le coût des possibilités de traitement est disproportionné par rapport aux résultats anticipés ou encore que réduire le risque introduirait d'autres risques encore plus importants.
Réduire le risque	c'est-à-dire diminuer la probabilité ou les conséquences associées à la matérialisation d'un risque jusqu'à une valeur optimale. La probabilité et les conséquences étant multifactorielles, les traitements auront le double avantage de diminuer, dans la majorité des cas, à la fois la probabilité que le risque se matérialise et les conséquences.
Transférer le risque	c'est-à-dire transférer à une tierce partie la responsabilité de traiter un risque, comme par la souscription aux assurances. Cependant, le transfert du risque sera rarement complet ; on conservera très souvent des obligations de surveillance ou de vérification.
Rejeter le risque	c'est-à-dire éliminer la source du risque : par exemple, retirer ou ne pas autoriser un produit du marché, cesser une activité, etc.

La valeur optimale de réduction d'un risque est celle qui prendra en compte, tout comme la rétention du risque, la perte de bénéfices à la suite du traitement, l'introduction de nouveaux risques dans le système ou encore l'atteinte d'un niveau de risque au-delà duquel toute réduction subséquente entraînerait des coûts trop élevés par unité de réduction du risque. Lorsque cette valeur optimale est atteinte, après réduction, on parlera alors d'un risque résiduel, au lieu d'un risque retenu. Ce risque résiduel pourra être un risque acceptable ou non dans la mesure où la réduction de tous les risques intrinsèques et organisationnels a permis d'atteindre ce niveau acceptable préalablement identifié (voir 1.5).

La réduction d'un risque est très rarement le fait d'une seule activité ; elle fera l'objet d'une stratégie de réduction de risque, laquelle sera composée de plusieurs activités concourant à cette réduction à plus ou moins long terme.

Il va s'en dire que, dans la perspective où on refuse de prendre un risque, la cessation d'une opération n'est pas toujours possible. Par exemple, lorsqu'on parle du retrait d'un produit, celui-ci pourra toujours rester dans nos armoires, être importé ou acquis dans une vente-débaras, il n'y a donc pas vraiment de risque zéro. De la même manière, nous ne pouvons pas retirer les opiacés de l'arsenal des analgésiques sous prétexte de refuser le risque qu'un patient décède. Il faut plutôt réduire ce risque à sa plus petite valeur possible et, si nous estimons le risque résiduel élevé ou en attendant d'avoir atteint notre objectif de réduction, adopter un plan de contingence pour minimiser l'étendue des conséquences si le risque se matérialise (voir 1d.).

1.3 Un risque ou un enjeu

Nous avons vu que la réduction d'un risque s'accomplira par l'exécution d'un certain nombre d'activités. Chacune des activités que nous mettrons en oeuvre pour réduire le risque est affectée d'un ou de plusieurs risques organisationnels qu'il faut aussi traiter. Ce qui ajoute à la complexité de l'analyse et du traitement des risques organisationnels c'est que la responsabilité, donc le contrôle du traitement d'un nombre important de risques identifiés échappe à une unité organisationnelle, soit parce que ce contrôle se situe ailleurs dans la structure⁵, soit parce que cette responsabilité est extérieure à l'organisation. Dans ces circonstances, lorsque nous n'avons pas de pouvoir sur le traitement d'un risque, ce dernier se transforme en enjeu, eu égard à notre capacité d'atteindre nos objectifs de réduction du risque. L'existence d'un enjeu comporte donc également l'obligation de le traiter : diminuer un risque ou traiter un enjeu ne se fera pas de la même manière. Paradoxalement, aux échelons inférieurs d'une structure (par exemple au chevet du patient) on retrouvera les risques intrinsèques et beaucoup plus d'enjeux que de risques organisationnels. Si on se réfère au rapport sur les causes souches, rédigé à la suite de l'accident consécutif à l'administration d'hydromorphe au lieu de morphine à Red Deer en Alberta, on peut illustrer les différences entre risque intrinsèque, risque organisationnel et enjeu de la manière suivante³. Un risque intrinsèque serait rattaché au choix de l'analgésique et de la dose par rapport à l'état du patient. Le risque organisationnel est lié à la décision de l'établissement de stocker des formes concentrées de morphine et d'hydromorphe dans les unités. L'enjeu est lié à la similitude des étiquettes de morphine et d'hydromorphe, ce qui augmente le risque de commettre une erreur lorsque les produits sont voisins sur une même étagère. Seule la compagnie pharmaceutique peut traiter ce risque là, mais l'établissement peut aussi traiter

cet enjeu en établissant une procédure spéciale pour séparer les deux produits, en attendant que la compagnie, si elle se résout à le faire, gère le risque en question. Par ailleurs, le stockage des opiacés concentrés, à la pharmacie plutôt que sur les étages, permettra de traiter à la fois le risque organisationnel et l'enjeu. Donc une même mesure peut contribuer à traiter un ou plusieurs risques organisationnels et un ou plusieurs enjeux.

Il faut toujours analyser les risques et les enjeux en fonction des responsabilités des diverses personnes concernées : médecins, infirmières, pharmaciens, préposés, famille, patient, etc. ; le risque de l'un peut être l'enjeu des autres.

1.4 Un plan de contingence ou le principe de précaution

Lorsqu'on décide de vivre avec un risque donné, avant ou après sa réduction, on peut décider que le niveau de risque est encore suffisamment élevé pour justifier l'adoption d'un plan de contingence au cas où le risque se matérialiserait. Un plan de contingence est un protocole qui permettra de réduire les conséquences d'un risque qui s'est matérialisé; le plan de contingence n'est donc pas élaboré pour réduire un risque. On peut considérer que les plans de lutte adoptés par différents pays, dans les cas de pandémies, sont des plans mixtes avec une forte composante de plans de contingence⁶. Les protocoles d'intervention existant entre les universités et les établissements pour traiter les chercheurs accidentellement contaminés par le VIH sont un autre exemple de plan de contingence. Par ailleurs, la recommandation contenue dans le rapport du MSSS sur l'utilisation des opiacés en milieu hospitalier, par rapport à la prescription concomitante de naloxone, entre dans la catégorie des plans de contingence⁴. De tels plans peuvent aussi être adoptés lorsqu'on n'est pas sûr que tous les risques aient été identifiés⁷, lorsqu'on craint que certains risques identifiés soient en réalité des enjeux qu'il est difficile de traiter ou encore en attendant que le traitement d'un risque donné soit convenablement implanté.

Qu'en est-il du principe de précaution ? Il arrive régulièrement que l'on confonde l'application du principe de précaution avec le traitement d'un risque, en particulier le refus ou la réduction, ou avec un plan de contingence ainsi qu'on a pu l'entendre à l'occasion, de la bouche même du ministre de la Santé. Heureusement, l'utilisation à tort et à travers de l'expression semble avoir régressé. En adoptant un plan de contingence ou en refusant un risque⁸, nous faisons preuve de prudence, rien de plus. Comme l'exprimait sagement Bruno Latour : « Si nous n'y prenons pas garde, le principe de précaution, invention aussi utile que fragile, va se banaliser au point de se confondre avec la simple prudence »⁵. Pour une discussion plus approfondie du principe de précaution, je vous renvoie à la série d'articles parus dans le journal Travail & santé^{6,8}.

1.5 Un risque acceptable par rapport à l'acceptation d'un risque

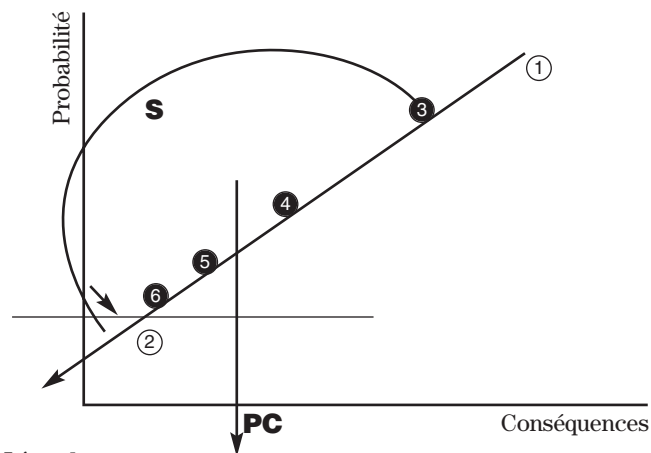
Qui décide du niveau de risque avec lequel nous vivons ? Un seul décès est-il un risque acceptable ? La détermination d'un risque acceptable est d'abord le fait des experts du domaine, en collaboration avec toute partie prenante. Les experts fourniront les éléments factuels⁹ et estimeront la probabilité qu'un risque survienne ; les parties prenantes auront plutôt tendance à faire intervenir les éléments du paradigme du risque (voir figure 2.), en considérant la gravité des conséquences. On espère, au terme de l'exercice, arriver à une valeur consensuelle d'un risque acceptable. Dans cette dynamique de recherche d'un risque acceptable, les parties prenantes sont autant les acteurs du milieu que les gestionnaires d'une organisation ou encore les groupes d'intérêts et les politiciens, sans oublier les patients et leur famille. Cet exercice nous rappelle également l'équilibre délicat qui existe entre les notions de qualité de vie et la capacité de payer⁹. Cependant, peu importe l'ampleur du consensus, il existera toujours des individus ou des groupes pour lesquels le risque sera inacceptable ; les parents qui ont à souffrir du décès d'un proche, lequel a contracté une infection lors d'une hospitalisation ou est décédé à la suite de l'administration d'un opiacé à une dose thérapeutique conforme au paradigme médical, trouveront toujours que le risque est trop élevé. Une réaction tout à fait compréhensible, surtout si la conséquence est le décès.

Deux éléments, souvent délaissés, sont de première importance pour une gestion des risques efficace. D'abord, peu importe le traitement choisi, il faut toujours prévoir un mécanisme, assorti de cibles permettant de mesurer l'efficacité du traitement et de suivre l'implantation de ce traitement. Il en est de même, dans les cas où i) le risque retenu ou le risque résiduel est élevé ; ii) si on n'a pas encore identifié l'ensemble des risques ou iii) la science est incertaine, il faut implanter un mécanisme d'estimation périodique du risque afin que l'on puisse suivre son évolution dans le temps. Négliger ces deux éléments peut transformer un risque acceptable en un risque inacceptable, alors qu'on aurait pu constater l'évolution du risque par un suivi rigoureux.

Nous pouvons clore ce segment en schématisant nos propos par le diagramme de la figure 2.

Ce chapitre sera relativement court, puisque qu'il n'est pas l'objet principal de notre propos, mais le paradigme de la gestion des risques est un élément tellement important dans toute prise de décision en matière de gestion des risques qu'il fallait en tracer les grandes lignes. Au-delà du processus même de la gestion des risques, l'importance de maîtriser les éléments du paradigme et de les inclure dans toute prise de décision ne fait plus de doute. Mais, qu'est-ce qu'un paradigme ? Il s'agit d'un système d'hypothèses et de valeurs qui détermine la perspective ou l'approche que l'on adopte face à une décision à prendre. Le paradigme en

Figure 2. Le paradigme de la gestion des risques

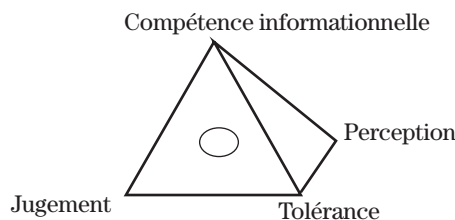


Légende :

- ① Axe de réduction d'un risque intrinsèque ; les facteurs contribuant à la probabilité qu'un risque se matérialise sont multiples et les conséquences sont aussi multiples. Ainsi, les activités de réduction du risque ont de fortes chances de diminuer à la fois la probabilité d'occurrence ainsi que la gravité des conséquences selon l'axe indiqué sur la figure.
- ② Le niveau de risque acceptable
- S** Stratégie de réduction du risque comportant les activités ③ à ⑥
- PC** Le plan de contingence permettant de réduire les conséquences si le risque se matérialise ; ce plan pourra être modulable en fonction du niveau de probabilité que le risque se matérialise.

gestion des risques peut se décliner autour de quatre éléments qui s'influencent mutuellement : la tolérance, la perception, la compétence informationnelle en santé¹⁰ et le comportement humain¹¹ (voir figure 3).

Figure 3. Le pictogramme du paradigme de gestion des risques – le processus schématisé à la Figure 1 – formant le coeur de la pyramide



Tous les éléments du paradigme auront un impact non seulement sur l'ensemble du processus de gestion des risques, mais cet impact sera variable selon les étapes ; ces éléments seront pris en compte lorsque nous utiliserons, entre autres, les différentes techniques de communication à notre disposition (voir tableau II). Ces éléments sont à la base des activités de la société, des organismes publics qui la servent, des médias, avec un apport très important des « nouveaux maîtres » de notre société moderne, expression décrite par Alain Minc dans son livre sur l'impact des groupes interventionnistes (lobbyistes, défenseurs d'une cause, soutiens des parties lésées, etc.)¹¹.

Tableau II – Définition sommaire de chaque élément du paradigme

Perception	Détermine comment un risque est perçu, non seulement par le public en général, mais aussi par les médias, le personnel, les cadres supérieurs et les politiciens ; notre perception nous amènera à traiter (décideur) ou vouloir faire traiter (intervenant) un risque, parfois sans corrélation avec la gravité du risque en cause.
Tolérance	Le niveau de tolérance de toutes les parties intéressées par rapport à un risque spécifique varie principalement en fonction de l'éducation, de la société dans laquelle on vit et des expériences antérieures.
Compétence informationnelle en santé (par rapport à un risque)	C'est la capacité d'un individu de se procurer, de traiter et de comprendre des informations élémentaires concernant un risque pour la santé afin de pouvoir les utiliser pour prendre la meilleure décision possible touchant sa propre santé ¹⁰ .
Comportement humain en particulier le jugement	Notre tolérance et notre perception auront un impact sur la façon d'exercer notre jugement. Par exemple, les scientifiques prennent des décisions en s'appuyant sur la probabilité qu'un événement survienne alors que les personnes sans une telle formation vont surtout prendre en compte les conséquences de l'événement si le risque se matérialise pour, d'une part, décider de s'engager dans le traitement d'un risque, et d'autre part, mesurer leur satisfaction vis-à-vis d'un traitement implanté.

À une époque pas si lointaine, envisager que l'admission à l'hôpital puisse se conclure par un décès faisait partie des éventualités « socialement acceptables », et on admettait l'existence d'une obligation de moyen¹² – pour améliorer l'état de santé du patient, si ce n'est pour le « guérir ». Une analyse sociologique, hors de propos dans le cadre de cet article, révélerait que les attentes de la société s'apparentent de plus en plus à une obligation de parvenir aux résultats attendus dans plusieurs domaines, mais plus fortement dans le domaine de la santé. Aussi voulons-nous maintenant que, dans le cadre de l'hospitalisation, on fasse non seulement la distinction entre ce qui est évitable et ce qui ne l'est pas, mais également que l'on agisse énergiquement dans toutes les premières occurrences, sans exception. Cette notion de « sans exception » est utopique : c'est comme si la société s'attendait à ce que l'on réduise tout risque, non seulement à un niveau acceptable, mais à un niveau accepté par chacun, c'est-à-dire que l'on atteigne le degré de risque zéro. Penser atteindre un tel niveau est illusoire, ne serait-ce que par les coûts prohibitifs de la « dernière » unité de réduction du risque, des coûts qu'il serait plus judicieux d'investir ailleurs dans le système. Tout est une question d'équilibre.

En d'autres termes, notre perception et notre tolérance par rapport à certains événements touchant la santé se sont considérablement modifiées. Si on trouve encore « acceptable » de mourir lorsqu'on est atteint de certaines maladies, on trouve inadmissible que le système génère

des situations dont on doit subir les conséquences sous forme de morbidité plus ou moins grande pouvant mener jusqu'à la mort.

Les éléments du paradigme auront également une importance accrue lorsque le risque s'est déjà matérialisé dans notre environnement, surtout s'il y a perception qu'aucun correctif¹³ n'a encore été implanté et que le risque est le fait de l'environnement, de l'équipement ou d'individus. On peut assimiler cette façon de voir les choses à la notion du « devoir d'agir » - *Duty to act*. On peut aussi noter, en consultant la couverture médiatique consécutive à la matérialisation de certains risques dans les hôpitaux ou encore en écoutant la réaction du public ou même en lisant les conclusions d'enquêtes diverses, que l'opinion publique n'est pas très tolérante lorsqu'un gestionnaire ou un politicien essaie de plaider l'ignorance ou l'incapacité d'agir.

Il faut également ajouter que plus l'incertitude de la science est grande, plus la pression de la société pour le traitement d'un risque sera forte, en d'autres termes, plus les éléments du paradigme auront du poids.

La reconnaissance de la sensibilité du public à la matérialisation multiple d'un risque est claire à l'examen de l'éventail assez complet des documents du gouvernement canadien liés à la gestion des risques. Selon la conception moderne des exigences du processus de gestion des risques, les documents sont des cadres et non des politiques, un cadre permettant la nécessaire adaptation à la problématique en cause contrairement à une politique, qui est de nature plus contraignante. Le gouvernement a cependant fait deux exceptions : la surveillance active et le risque financier font tous deux l'objet de politiques¹². La surveillance active, pertinente au présent propos, malgré une formulation française alambiquée dans le texte officiel, fait état de l'obligation de prendre les mesures nécessaires pour surveiller l'efficacité des pratiques de gestion afin de pouvoir les modifier lorsqu'elles ne permettent pas d'atteindre nos objectifs, ou encore lorsque ces pratiques ont conduit à la matérialisation d'un risque.

La loi québécoise obligeant à agir après l'analyse d'un registre d'accidents/incidents découle d'une préoccupation de même nature¹³.

Les risques auxquels nous faisons face augmentent-ils plus rapidement que notre crainte face aux risques ? La réponse dépend des éléments du paradigme. Mais, à la longue, le refus de pratiquer la gestion des risques mine la confiance et la crédibilité des organisations, le système de santé étant particulièrement vulnérable à une perte de confiance. Cette confiance, bien qu'elle soit fondamentale, est intangible, volatile et très difficile à définir, comme l'expliquent bien Cvetkovich et Lofstedt dans un livre analysant la confiance sociale par rapport à la gestion des risques¹⁴.

Toutes les dimensions du paradigme ne sont pas faciles à cerner. Ainsi, la perception de la population et la réaction qui en découle laissent souvent perplexe. Il y a, par rapport à certains événements, d'une part, des réactions de complaisance et d'acceptation de l'inévitable, et d'autre part, des réactions d'indignation et de colère poussant à l'action sans que l'on puisse comprendre ce qui a déclenché une réaction plutôt que l'autre. Dans la déclaration d'Osaka¹⁴ de 2001, on présente le scénario suivant : il y a quotidiennement, pour une ville nord-américaine de trois millions d'habitants, 100 000 individus qui souffriront d'une cardiopathie ou de séquelles d'un accident vasculaire cérébral¹⁵. Dans cette même ville, si on signale cinq cas de poliomyélite, ces derniers provoqueront colère et indignation alors que les premiers semblent « acceptables », même si, de l'avis des spécialistes, les maladies cardiovasculaires représentent un exemple clair de maladies évitables.

Une chose est certaine : décider du traitement d'un risque sans incorporer les éléments du paradigme conduit souvent à l'échec du processus ou, au mieux, à des résultats en dessous des attentes de toutes les parties.

3. L'implantation d'un processus de gestion des risques

Maintenant que l'image du processus de gestion des risques, incluant tous les éléments périphériques, est bien campée, nous pouvons nous interroger sur la meilleure façon d'arriver à nos objectifs d'identification et de traitement des risques ? Nous y travaillons encore, car l'exercice est incontournable.

Cependant, il faut toujours garder à l'esprit que cet exercice repose essentiellement sur les trois objectifs d'un contrôle de la qualité des soins :

- i) identifier les zones à haut risque afin d'intervenir efficacement ;
- ii) satisfaire aux exigences d'accréditation ;
- iii) mieux se préparer dans l'éventualité d'une poursuite.

Il existe des réticences à l'implantation d'une gestion des risques en établissement de santé. On peut les regrouper en deux grandes catégories : i) la perception que l'introduction de la gestion des risques est une atteinte à l'autonomie professionnelle et surtout médicale¹⁶ ; ii) la gêne de reconnaître une erreur, la crainte d'une poursuite civile ou même d'accusations de négligence criminelle. Finalement, une fois que nous avons battu en brèche tous les arguments derrière lesquels une organisation peut se retrancher pour éviter l'implantation d'une politique de gestion des risques, elle invoque l'argument massue qui dit : on n'a pas le temps, on est débordé et le jeu n'en vaut pas la chandelle (entendez que l'investissement de ressources donne de biens maigres résultats). Si l'on considère qu'au

cours de la dernière décennie, on a vu simultanément décliner le niveau des ressources dans le réseau et augmenter les attentes de la population en matière de santé, ces personnes n'ont pas tort. Le temps requis pour la mise en place, la cueillette et l'analyse de l'information est très long, et les dangers de saturation du système sont importants et de nature à décourager les plus optimistes ; la détection des risques organisationnels, compte tenu de la complexité des scénarios de séjour en établissement de santé, est la tâche chronophage par excellence.

Il faut aussi ajouter, comme le rapportent McDonald et coll., qu'il y a des différences importantes entre les médecins et les infirmières¹⁵, eu égard à la compréhension même du processus de gestion des risques¹⁶. On peut en déduire que le changement de culture dans de tels environnements, tous professionnels confondus, est encore plus long à survenir qu'un changement législatif.

De plus, lorsqu'une organisation s'engage dans un processus de gestion des risques, elle oublie trop souvent de moduler le processus selon la complexité du système, et le processus prend alors l'aspect d'une montagne infranchissable ou encore d'un éléphant au menu. La solution : il faut le déguster une bouchée à la fois. Ce qu'il faut éviter à tout prix, par contre, c'est l'arrêt du processus après l'identification des risques. Cette démarche expose inutilement notre vulnérabilité et place l'organisation dans une situation qui pourra facilement se retourner contre nous au moindre incident provoqué par la matérialisation du risque.

Mais dans un monde où on ne peut pas traiter tous les risques à cause des coûts astronomiques en cause, sans pour autant avoir l'assurance que les résultats seront à la hauteur des investissements – et je ne parle pas ici uniquement en termes financiers – comment choisir ceux avec lesquels il faudra vivre et ceux que l'on doit optimiser¹⁶. Le processus de « découverte » des risques organisationnels est, on l'a dit, fastidieux, chronophage et en bout de ligne, la liste des risques organisationnels qui nécessitent un traitement, faute de quoi nos objectifs de réduction des risques ne seront pas atteints, est relativement courte malgré son importance. Ce constat décourage la plupart des organisations, et les arguments que nous évoquons plus haut prennent rapidement le dessus. Il faut donc faire preuve d'imagination et d'ingéniosité pour développer une approche et une technique qui convainquent les plus sceptiques.

Dans un monde idéal, on devrait non seulement pouvoir traiter les enjeux et diminuer tout risque élevé, qu'il soit intrinsèque ou organisationnel, mais aussi pouvoir identifier avant qu'il ne se matérialise. Devant cette difficulté, deux méthodes ont fait leurs preuves, sont reconnues et répandues et peuvent être qualifiées de pratiques « alternatives »¹⁷ de gestion des risques en établissement : la recherche des causes souches et l'intervention à la suite de l'analyse des rapports d'accidents/incidents. Ces deux méthodes sont un pas dans la bonne direction. Mais, en l'absence d'un monde idéal, il faut composer avec la réa-

lité du secteur. C'est ainsi qu'au-delà des limites propres à l'exécution de ces deux méthodes, celles-ci présentent ultimement la restriction majeure suivante : elles sont déployées **après** que le risque s'est matérialisé.

L'approche utilisant la recherche de la cause souche est développée en émettant l'hypothèse que, si une erreur, provoquant une conséquence plus ou moins grave, est commise, c'est qu'il y a une faille importante dans le système, l'environnement ou chez les personnes qui y oeuvrent, une faille que l'on doit corriger afin que l'erreur ne se reproduise plus. On dépersonnalise ainsi les erreurs. Dans les établissements de santé du Québec, l'approche utilisée qui fait suite à l'analyse du registre de morbidités/mortalités peut faire l'objet d'une même analyse¹⁸.

Il faut aussi soulever le fait que, dans toute approche de gestion des risques en établissement de santé, il ne faut pas sous-estimer la participation du patient lui-même dans une stratégie de traitement des risques¹⁶. Un patient qui pose des questions ou qui refuse de prendre un comprimé orange parce que les précédents étaient des capsules rouges devrait amener les intervenants à effectuer une vérification supplémentaire avant d'agir.

3.1 L'approche de recherche des causes souches

Une cause souche, telle que la définit le rapport de l'*Institute for safe Medication Practices* (ISMP), est « une cause qui, si elle est corrigée, préviendra une nouvelle occurrence, non seulement de cet événement, mais d'événements similaires. La cause souche ne s'applique pas uniquement à l'événement en cause, mais elle a des applications génériques à toutes les occurrences ayant pour origine cette cause ; car c'est l'élément fondamental (*the root* – ajout de l'auteur) d'une cause qui sera identifiée et corrigé. »³ (traduction libre de l'auteur).

3.2 L'approche basée sur les accidents/incidents

L'analyse des rapports d'accidents/incidents devrait permettre d'identifier des tendances, en d'autres termes, de découvrir les zones à risque dans les différents processus.

Plusieurs outils, dont de nombreux protocoles, ont été développés afin de remplir les exigences découlant de l'obligation de déclarer les accidents/incidents, par exemple le *Guide pour l'élaboration des politiques et des procédures sur la divulgation et sur la déclaration des accidents et des incidents*¹⁹. L'application de ces outils nous permettra, d'une part, de dresser un portrait que l'on souhaite fiable des principaux accidents/incidents susceptibles de survenir dans les établissements, et d'autre part, de dégager, pour l'ensemble de ceux-ci, les tendances d'apparition des accidents/incidents les plus fréquents ou les plus graves.

Les conclusions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) au sujet des systèmes de déclaration d'incidents/accidents dans les établissements de santé méritent d'être citées :

« Mettre en place un système de signalement des incidents est un processus long, itératif, dont les prérequis [*on devrait plutôt dire « préalables »*] sont importants. Son développement dans le cadre du retour d'expérience et dans un but de prévention et de formation doit être favorisé. Pour être pleinement efficace, il doit intégrer les accidents et les erreurs liés aux actes médicaux et de soins. Sa mise en œuvre nécessite de bien équilibrer la phase de recueil, souvent hypertrophiée, et celle d'analyse et de traitement, mais aussi de valoriser les incidents dont la gestion a permis de récupérer les erreurs ou de limiter les conséquences.

Il est également important de développer des systèmes informatisés pour faciliter l'identification des incidents et mieux intégrer le recueil des données dans l'organisation des soins. »²⁰

Nous souscrivons pleinement à cette analyse, car si cette démarche *a posteriori* est essentielle – il faut bien commencer quelque part – une démarche parallèle utilisant une technique basée sur l'*a priori* est essentielle. Or cette technique classique, nous l'avons déjà dit, est extrêmement chronophage.

Loin de moi l'idée de suggérer que le choix de répertorier et d'analyser les accidents/incidents ou encore de rechercher la cause souche n'est pas une bonne méthode, mais elle n'est pas pleinement satisfaisante sur deux points majeurs au moins : la fiabilité des données brutes et l'extrapolation des conclusions.

Tant pour l'approche des causes souches que pour celle de la rétroaction basée sur les accidents/incidents, on doit exercer la plus grande prudence quant à la fiabilité des sources mêmes des données brutes, notamment eu égard à :

- la sous-déclaration ;
- l'erreur de transcription ;
- la contradiction entre les multiples entrées sur les multiples formulaires ;
- l'omission de consigner un fait au dossier ;
- l'illisibilité des notes ;
- l'inaccessibilité du rédacteur des notes ;
- la perte, délibérée ou fortuite, du dossier ou, plus insidieux, de portions de celui-ci ;
- et, parfois, la manipulation des résultats.

Lennui, si on se limite à ce genre d'outils, est que le risque ne sera pas nécessairement réduit dans chaque établissement où l'accident s'est produit, car un même accident peut avoir pour origine une multitude de causes ; au mieux, nous pourrions corriger la situation dans l'établissement visé. Ce raisonnement est analogue à celui concernant les

limites de la méthode de la cause racine. Au mieux, le traitement sera applicable non seulement à l'unité où s'est déroulé l'accident, mais à l'ensemble des unités de l'établissement ; en revanche, il le sera rarement à l'ensemble du réseau.

3.3 L'approche jumelée des modèles experts/ behavioristes

S'il était besoin de nous convaincre de la difficulté d'aborder la gestion des risques organisationnels par *a priori* et de façon holistique et globale, nous pouvons nous pencher sur la stratégie mise de l'avant par le Secrétariat du Conseil du trésor en 2001, qui a lancé une opération de grande envergure pour traiter les risques organisationnels. Cinq ans plus tard, à mi-parcours de cette opération et après un bilan réaliste de la vérificatrice générale, Sheila Fraser, sur les difficultés d'implantation, le gouvernement a modifié sa stratégie afin d'éviter que l'on se retrouve avec une longue liste de risques non traités²¹.

Afin de concilier tous les objectifs de réduction des risques ou, pour présenter les choses favorablement, afin d'améliorer la prestation de soins, une nouvelle approche, jumelant un modèle expert et un modèle behavioriste, semble très prometteuse. Cette approche peut s'apparenter au concept de *story telling* développé par Steve Denning ou encore s'inspirer de la notion de déviance volontaire ou involontaire par rapport aux normes, procédures, directives, etc. développée par l'ANAES^{20,22}.

Rappelons que les principaux risques dans les scénarios d'intervention en établissement de santé ont souvent pour origine un facteur humain et que la proportion de risques intrinsèques (médicaments, équipements) par rapport aux risques organisationnels (procédure, protocole, manipulation, formation) se situe dans un ratio de 3 à 7 environ. C'est dire que, si l'on traite les risques organisationnels, l'amélioration globale de la prestation des soins sera significative.

Le modèle behavioriste¹⁸ a été développé par un groupe dirigé par Barusch Fishoff de Carnegie Mellon et Paul Slovic²³⁻²⁵. Ce modèle s'articule autour d'un processus permettant de découvrir l'ensemble des croyances et des attitudes conscientes ou inconscientes qui amènent les personnes à agir. Cet ensemble intuitif d'éléments sera le moteur des activités d'apprentissage, d'interprétation de l'information et d'exercice du jugement dans une foule de domaines. À l'origine, ce modèle a été développé par les chercheurs afin d'améliorer les communications sur des sujets complexes, tant au niveau du contenu du message que du véhicule optimal pour le livrer. Ultimement, le comportement sur le terrain – et en particulier la déviance par rapport à la meilleure exécution – sera largement influencé par le paradigme de gestion des risques dont nous avons parlé plus haut.

Le modèle expert, quant à lui, est un état de question provenant de l'analyse des connaissances nécessaires pour former son jugement. Tous les experts détenant de l'information pertinente dans l'application d'un scénario d'intervention sont mis à contribution pour développer une cartographie englobante et idéale pour un scénario donné. Cette cartographie peut même être complétée par la con-

tribution des patients et de leur famille sur certains points spécifiques. Dans le cas de l'administration d'opiacés, un bon point de départ dans l'établissement de cette cartographie consiste à intégrer les guides ou directives des ordres professionnels ou toute autre grille, tout barème, protocole ou encore une partie applicable de ceux-ci qui fait consensus chez les spécialistes du domaine dans la construction de la cartographie²⁶⁻²⁸. Idéalement, il ne devrait y avoir qu'un seul modèle expert englobant toutes les interventions du scénario idéal, incluant le transfert d'unité au sein de l'établissement entre l'admission et le congé en ce qui concerne l'administration d'analgésiques opiacés.

Lorsque la cartographie exhaustive est terminée, celle-ci contient tous les éléments d'une situation idéale de comportement de tous les intervenants pour que non seulement le risque soit le plus petit possible, mais que les conséquences, dans l'éventualité où le risque se matérialise, soient les plus faibles possibles.

Pour que l'outil soit utilisable aux fins de la gestion des risques, nous devons compléter cette cartographie globale validée, en intégrant un code de couleur permettant d'identifier les éléments critiques du scénario, c'est à dire, ceux qui, s'ils étaient défectueux, auraient pour résultat d'augmenter le risque¹⁹. Nous pourrions ainsi avoir trois niveaux de criticité : rouge, jaune et vert. Le niveau de criticité peut être déterminé en utilisant les informations sur les accidents/incidents ou la recherche des causes souches.

Dans un deuxième temps, on interroge un nombre significatif d'intervenants de chaque catégorie de personnes identifiées dans la cartographie afin de couvrir tous les éléments du scénario de telle sorte que nous ayons un portrait réel de la situation sur le terrain.

Finalement, on évalue l'écart entre le comportement²⁰ attendu et la réalité, puis on reporte les valeurs obtenues sur la cartographie, en utilisant le code de couleur de criticité déterminé au préalable ; on peut alors embrasser d'un seul coup d'oeil le niveau de risque par rapport au sujet choisi. Un écart de 20 % entre le déroulement attendu et la réalité, pour une activité assortie d'une criticité de code rouge, commande un traitement du risque dans les plus brefs délais. Par ailleurs, un écart de 50 % pour une activité assortie d'une criticité de code vert pourra être tolérée.

Après une analyse de l'origine des écarts, on doit parfois procéder à une adaptation du modèle expert lui-même, soit en y apportant une modification ou une précision, soit en y ajoutant une formation plus poussée sur l'élément identifié.

Par exemple, l'ANAES, rapporte que la déviance a les caractéristiques suivantes :

- « - elle est vue d'abord comme une source de bénéfice et non comme un risque ;
- elle permet, dans certains cas, une performance plus grande pour le système, pour le professionnel ou pour le patient ;
- elle est tolérée par la hiérarchie qui, parfois, la sollicite ;

- elle peut passer inaperçue lorsqu'elle est installée, car l'ensemble des professionnels de l'entreprise ou du secteur s'y est habitué »²⁰.

Cette technique mixte permettra ainsi d'agir a priori sur les risques les plus élevés et offrira de meilleures chances que le traitement proposé pour réduire ces risques élevés soit applicable à un plus grand nombre d'établissements. Cette technique présente donc un potentiel de généralisation plus grand que les deux techniques classiques.

Conclusion

Alors, utopie ou trait de génie ? Je vous laisse choisir. La gestion des risques est sans conteste un outil moderne, puissant et holistique, qu'il faut apprivoiser et moduler en fonction de la situation particulière à traiter. Les approches a posteriori donnent de bons résultats mais ne sont pas des substituts satisfaisants à une approche a priori, notamment parce que la médiatisation de la science en général et de la santé en particulier a fait prendre conscience à la population que les décès survenant lors d'un séjour à l'hôpital, ou encore qu'une aggravation de la morbidité par rapport à celle présente lors de l'admission, n'étaient pas uniquement dus à l'évolution de la maladie mais pouvaient avoir comme cause un événement propre au milieu hospitalier²¹.

Les approches du type causes souches et accidents/incidents sont certainement un pas dans la bonne direction, mais elles ont leurs limites. On peut, déplorer le fait qu'avec ces techniques, le risque se soit matérialisé avant que l'on se demande quels changements apporter au système pour éviter que le risque ne se reproduise. On peut également soulever le problème de la validité²² des informations colligées ainsi que de l'universalité d'un traitement qui serait efficace sur tout le réseau. En ce qui concerne les guides de pratique, il n'y a, d'une part, aucune mesure de l'adéquation entre le guide et la pratique, et d'autre part, pas ou peu de validation du potentiel d'implantation des guides en question.

La technique, qui consiste à utiliser les guides de pratique comme base, en y ajoutant un modèle behavioriste pour construire une cartographie (ou un algorithme) détaillée permettant d'intégrer non seulement tous les intervenants mais aussi l'environnement d'application des guides, est prometteuse. En utilisant cette technique, on pourra non seulement identifier a priori les zones à haut risque mais aussi identifier les risques qui se retrouvent dans la majorité des établissements. C'est cette dernière approche, adaptée aux particularités propres à la problématique à l'étude, qui a servi de fondement à la méthodologie d'étude utilisée par le Groupe de travail sur l'analyse de situation de décès liés à l'utilisation d'analgésiques opiacés⁴.

Pour toute correspondance :

Suzanne Bisaillon

Professeur titulaire

Faculté de pharmacie, Université de Montréal

C.P. 6128, Succursale Centre-ville

Montréal (Québec) H3C 1H7

Téléphone : 514 343-6821

Télécopieur : 514 343-2102

Courriel : suzanne.m.bisaillon@umontreal.ca

Références

1. ISO, Risk management – Vocabulary – Guidelines for use in standards; Management du risque – Vocabulaire – Principes directeurs pour l'utilisation dans les normes. Guide 73; Première édition; 2002.
2. Ministère des Services gouvernementaux. Guide de gestion des risques des projets de développement de système. Juillet 2005; 26 p., p. 5. <http://www.msg.gouv.qc.ca/fr/administration/organisation/guide/risque/concept.asp>
3. The institute for safe medication practices Canada (ISMP Canada). Event analysis report: hydromorphone/morphine event, Red Deer regional hospital, Red Deer, Alberta, Novembre 2004.
4. Groupe de travail sur l'analyse de situation de décès reliés à l'utilisation d'analgésiques opiacés. Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé – Utilisation des opiacés en milieu hospitalier. MSSS; 21 juin 2006.
5. Latour B. Prenons Garde au Principe de précaution. Le Monde; 3 janvier 2000 : www.bruno-latour.fr/presse/presse_art/008.html (visité le 14 février 2007).
6. Viau C, Bisaillon S. La précaution en gestion des risques : un principe ou une attitude. Travail & Santé 2006;22:42-5.
7. Viau C, Bisaillon S. La science et le principe de précaution. Travail & Santé 2006;22:62-66.
8. Bisaillon S, Viau C. L'optimisation du risque et le principe de précaution. Travail & Santé 2007;23:20-23.
9. Hammit JK. Valuing health: quality-adjusted life years or willingness to pay? Risk in Perspective, Harvard Center for Risk Analysis 2003;11(1):1-6.
10. www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/, en particulier les travaux du professeur Rima Rudd.
11. Minc A. Épitres à nos nouveaux maîtres, Paris : Grasset & Fasquelle; 2003. 268 p.
12. Politiques et lignes directrices du Secrétariat du Conseil du trésor : Cadre de gestion intégrée du risque (2001-04-01); Politique sur la surveillance active (2001-06-01); Politique sur la gestion des risques (1994-06-03). www.tbs-sct.gc.ca/Pubs_pol/dcgpubs/RiskManagement/siglist_f.asp
13. Chap. 72, L.Q. 2002, c. 71, 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 (mieux connue sous l'appellation Loi 11 ce qui est en réalité le numéro du projet de loi).
14. Cvetkovich G, Lofstedt RE. Social Trust and Management of Risk, London: Earthscan Publications Ltd.; 1999, 256 p.
15. Déclaration du comité consultatif de la quatrième conférence internationale sur la santé cardiovasculaire. Une intervention au niveau sanitaire, économique et politique : endiguer la lame de fond planétaire des maladies cardiovasculaires. Japon; 2001.
16. McDonald R, Waring J, Harrison S. 'Balancing risk, that is my life': The politics of risk in a hospital operating theatre department. Health, Risk & Society 2005;7:397-411.
17. Richards EP, Rathbun KC. Medical Risk Management. The Medical and Public Health Law Site, <http://biotech.law.lsu.edu/books/aspn/aspn.html>, chap. 10, (site visité le 28 octobre 2005).
18. Cadre décisionnel de Santé Canada pour la détermination, l'évaluation et la gestion des risques pour la santé. Santé Canada, Août 2000. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/hpfb-dgpsa/risk-risques_cp-pc_f.html.
19. Regroupement des programmes d'assurance de dommages du réseau de la santé et des services sociaux. Guide pour l'élaboration des politiques et des procédures sur la divulgation et sur la déclaration des accidents et des incidents, Montréal, 2^e édition, 2005. http://aqess.netedit.info/docs/public_html/document/Documents_deposés/Guide_divulgation_accidents_2005.pdf (site visité le 15 mars 2007).
20. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Collectif sur les Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Janvier 2003. www.has-sante.fr
21. Fraser S, Rapport de la vérificatrice générale à la Chambre des communes, Chapitre 1, La gestion intégrée du risque. Avril 2003. www.oag-bvg.gc.ca
22. Brown JS, Denning S, Groh K, Prusak L. Storytelling in Organizations : How Narrative and Storytelling are Transforming 21st Century Management, New York: Butterworth Heinemann; 2004.
- 22a. Denning S. The Springboard: How Storytelling Ignites Action in Knowledge-Era Organizations. New York: Butterworth Heinemann; 2000
23. Morgan MG, Fischhoff B, Bostrom A, Atman CJ Risk Communication: A Mental Models Approach. New York: Cambridge University Press; 2002.
24. Slovic P et coll. Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk and rationality. Risk Analysis 2004;24:311-22.
25. Fischhoff B Risk perception and communication unplugged: Twenty years of process. Risk Analysis 1995;15:137-45.
26. Collège des médecins du Québec. Lignes directrices sur l'analgésie à l'urgence, mars 2006, 34 p.
27. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central; 31 octobre 2004, 5 pages; mise au point, mars 2005, 1 page.
28. Le guide des soins palliatifs. 3^e édition, APES, Montréal, 2002.