

Gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services au CISSS de Chaudière-Appalaches

Rapport final de l'évaluation évolutive



Préparé par :
La Direction de la qualité, de l'évaluation,
de la performance et de l'éthique

30 novembre 2017

Gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services au CISSS de Chaudière-Appalaches : Rapport final de l'évaluation évolutive est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches) :

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : www.cisss-ca.gouv.qc.ca.

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

ISBN 978-2-550-75219-6 (Version électronique)

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2017

REMERCIEMENTS

Auteure :

Pier-Anne Paquet-Gagnon,
Professionnelle en évaluation des programmes et des services, DQEPE

Mise en page et correction :

Martine Côté,
Agente administrative, DQEPE

Lina Raymond,
Agente administrative, DQEPE

Traitement des sondages :

Cathy Picard,
Technicienne en recherche et sondage, DQEPE

Linda Veilleux,
Technicienne en administration, DQEPE

Sous la direction de :

Julie Mercier,
Directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Caroline Boutin,
Chef de service à la gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services, DQEPE

Collaborateurs du CISSS de Chaudière-Appalaches :

Les membres de l'équipe de la gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services

Les membres des comités de prestation sécuritaire de soins et services

Les membres du comité d'experts aviseur

Les membres du comité de coordination clinique

Francis Berthelot,
Coordonnateur professionnel en évaluation des programmes et des services, DQEPE

Note : Le genre masculin utilisé dans ce document l'est uniquement dans le but d'alléger le texte et peut aussi bien désigner des femmes que des hommes.

Liste des sigles

Acronyme	Nom complet
APPR	Agent de planification, programmation et recherche
CCC	Comité de coordination clinique
CDD	Comité de direction
CEA	Comité d'experts aviseur
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CPSSS	Comité de prestation sécuritaire de soins et de services
CREX	Comité sur le retour d'expérience
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
GIRPSSS	Gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des services sociaux
PDG	Président-directeur général
PDGA	Président-directeur général adjoint

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	i
Liste des sigles.....	iii
Table des matières.....	v
Table des tableaux.....	vii
Table des figures.....	vii
Préambule.....	ix
1. Domaine de la gestion des risques.....	1
2. Problématique des événements indésirables reliés aux soins.....	5
2.1. Objectifs poursuivis par le système de management de GIRPSSS.....	5
2.2. Structure de gouvernance.....	6
3. Méthodologie de l'évaluation.....	12
3.1. Les objectifs de l'évaluation.....	12
3.2. La collecte des données : Récapitulatif des travaux réalisés.....	14
3.3. L'analyse des données et la présentation des résultats.....	14
4. Résultats obtenus.....	16
4.1. Historique de l'implantation.....	16
4.1.1. Étapes préalables à l'élaboration du système.....	16
4.1.2. Mise sur pied de l'équipe de GIRPSSS.....	16
4.1.3. Stratégies de mobilisation utilisées.....	18
4.2. Déploiement du niveau tactique.....	20
4.2.1. CPSSS.....	20
4.2.2. CEA.....	26
4.3. Déploiement du niveau opérationnel : les CREX.....	28
4.4. Synthèse des résultats obtenus quant à l'implantation et la mise en œuvre du système de management de GIRPSSS.....	39
5. Retombées et impacts associés à l'implantation du système.....	42
5.1. Retombées perçues par les acteurs ayant vécu l'implantation.....	42
5.2. Impacts de performance.....	46
6. Discussion.....	50
6.1. Grands constats.....	50
6.2. Forces et limites de cette étude.....	54
7. Conclusion.....	55
Documents consultés.....	56
Annexe A - Nouvelle structure de gouvernance à la suite de sa révision en septembre 2016.....	58
Annexe B - Résultats globaux des sondages de satisfaction distribués dans les CPSSS.....	59
Annexe C - Portrait des CREX documentés.....	63
Annexe D - Formulaire AH-223.....	64
Annexe E - Les sondages sur les retombées perçues quant à l'implantation du système de management de GIRPSSS..	68
Annexe F – Schéma fonctionnel GIRPSSS pour les évènements F-G-H-I.....	69

Table des tableaux

Tableau 1 - Échelle de gravité de l'événement	2
Tableau 2 - Sommaire des différentes sources de données et des méthodes d'analyse associées à chacune	15
Tableau 3 - Secteurs couverts par les conseillers et les techniciens de GIRPSSS	17
Tableau 4 - Calendrier des activités des CPSSS	21
Tableau 5 - Composition des CPSSS selon les fonctions des membres	22
Tableau 6 - Les actions en développement dans chacun des CPSSS	24
Tableau 7 - Critères ayant mené à la réalisation d'un CREX pour les 18 cas documentés	31
Tableau 8 - Quelques exemples de composition des rencontres CREX.....	35
Tableau 9 - Durée des rencontres CREX documentées (n=18).....	36
Tableau 10 - Pistes d'amélioration pouvant être proposées à la suite d'un CREX	37
Tableau 11 - Synthèse des résultats obtenus sur l'implantation et la mise en œuvre du système	40
Tableau 12 - Résultats qualitatifs issus de la dernière question du sondage aux membres des CPSSS	44
Tableau 13 - Résultats qualitatifs issus de la dernière question du sondage aux gestionnaires et conseillers.....	46
Tableau 14 - Tableau de bord de gestion des risques du CISSS de Chaudière-Appalaches, périodes 1 à 12, 2016-2017 et année précédente	47
Tableau 15 - Portrait des événements survenus entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016, données provinciales et régionales issues du Rapport provincial sur les incidents-accidents, 2015-2016	48

Table des figures

Figure 1 - Structure de gouvernance	7
Figure 2 - Survol des concepts d'intégration des services et des principes directeurs de GIRPSSS	13
Figure 3 - Répartition des CPSSS à partir de septembre 2016	20
Figure 4 - Cycle de traitement des événements indésirables menant à la réalisation d'un CREX.....	29
Figure 5 - Données utilisées pour la salle de pilotage stratégique au CISSS de Chaudière-Appalaches.....	49

Préambule

En avril 2015 entré en vigueur le projet de loi 10 modifiant l'organisation du réseau de santé et de services sociaux. À la suite de cette réforme, le CISSS de Chaudière-Appalaches a vu le jour par la fusion de neuf établissements et de l'Agence de la santé et des services sociaux. Cette transformation majeure impliquait la mise en place d'un nouveau système d'intégration des services entre ces établissements qui, auparavant, possédaient leurs propres modes de fonctionnement. L'élaboration de cette nouvelle structure organisationnelle exigeait notamment la mise en place de différentes directions apportant chacune des expertises particulières et touchant l'organisation de manière globale et transversale, ceci dans une perspective intégratrice de collaboration et de communication.

Dans ce contexte, l'un des défis de taille était celui de l'intégration de la gestion des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services, tel que légiféré notamment par la LSSSS, le cahier de charge du MSSS et Agrément Canada. Ainsi, à l'hiver 2016, à la suite d'une large démarche consultative et d'un diagnostic organisationnel, un nouveau système intégré de management du risque, permettant une gestion sécuritaire des processus sur tout le continuum de soins et de services, a été mis en place au CISSS de Chaudière-Appalaches.

Afin de suivre l'implantation progressive de ce système novateur, complexe et dynamique, un projet d'évaluation d'approche dite évolutive a été mis en place dès les premiers balbutiements des comités, où l'évaluateur a pu suivre son évolution de l'intérieur et de manière continue.

Le présent ouvrage présente l'ensemble des résultats obtenus dans le cadre de cette démarche évaluative.

1. Domaine de la gestion des risques

Comme des termes spécifiques et des exigences règlementaires particulières sont associés au domaine de la gestion des risques, il s'avère essentiel de les clarifier, ceci afin de favoriser une compréhension juste et commune des données examinées dans ce document.

Les définitions présentées ci-dessous sont tirées essentiellement de la *Politique de déclaration des incidents et des accidents*, entrée en vigueur le 7 mars 2016 au CISSS de Chaudière-Appalaches.

Événement

Toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable qui a, ou aurait pu, causer des dommages à la santé des usagers ou encore, à leurs biens ou à ceux de l'établissement.

Déclaration

Action de porter à la connaissance de l'organisation au moyen du formulaire AH-223, et selon la procédure établie par l'établissement, tout incident ou accident constaté par un employé, un professionnel qui exerce sa profession dans le centre, un stagiaire ou toute personne qui, en vertu d'un contrat, dispense des services aux usagers de cet établissement.

Divulgence

Action de porter à la connaissance de l'utilisateur ou de ses proches ou de ses représentants légaux, toute l'information nécessaire relative à un accident avec conséquences, dont l'utilisateur a été victime. (Selon le *Règlement portant sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident et mesure de soutien*, à partir de la gravité E1, il est obligatoire de divulguer l'information relative à l'événement et de la noter au dossier de l'utilisateur).

Incident

Action ou situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.

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, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers. Lors de l'analyse sommaire, un accident correspond aux niveaux C, D, E1, E2, F, G, H, ou I sur l'échelle de gravité (voir le tableau de la page suivante).

Événement sentinelle

Ce terme décrit des événements de trois ordres :

- Ceux qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques.
- Ceux qui ont eu des conséquences catastrophiques, donc ceux de gravité F, G, H ou I selon l'échelle de gravité.
- Ceux qui se sont produits à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

Échelle de gravité

Outil de mesure de la gravité des incidents et accidents selon une échelle graduée des lettres « A à I », utilisé dans tous les établissements du réseau de la santé et permettant de catégoriser les événements selon la gravité des conséquences pour l'utilisateur (voir le tableau ci-dessous).

Tableau 1 - Échelle de gravité de l'événement

Gravité de l'événement			
INCIDENT	A	Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur.	
	B	Un événement indésirable est survenu, mais l'utilisateur n'a pas été touché (échappée belle).	
ACCIDENT	Divulgateur facultative	C	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur, sans lui causer de conséquence. Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière (ni premiers soins, ni surveillance, ni tests ou examens pour vérifier l'absence de conséquences, ni modification au plan d'intervention).
		D	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et des vérifications additionnelles (surveillance, tests ou examens physiques, modification au plan d'intervention, accompagnement) ont dû être faites pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquence.
	Divulgateur obligatoire	E1	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires nécessitant que des interventions non spécialisées (premiers soins, pansement, glace, désinfection, manœuvre de Heimlich).
		E2	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés qui vont au-delà des services courants (RX, consultation, examens de laboratoire), mais qui n'ont aucun impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins.
		F	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires et qui ont un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement.
		G	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques (altération, diminution ou perte de fonction, d'autonomie).
		H	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardio-respiratoire).
	I	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès.	
	Indéterminé	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur, mais les conséquences ou leur niveau de gravité est inconnue au moment de la déclaration.	

Par la *Politique de déclaration des incidents et des accidents*¹, le CISSS de Chaudière-Appalaches vise à se conformer aux exigences de la LSSSS en ce qui a trait à la déclaration des incidents et accidents liés aux soins et services dispensés à la clientèle, dont l'obligation de déclaration des incidents et accidents (article 233.1). L'établissement a ainsi l'obligation d'assurer la mise en place d'un **système de surveillance** incluant la constitution d'un **registre local** des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents et

¹ La politique complète peut être consultée sur l'intranet du CISSS de Chaudière-Appalaches.

recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu (LSSSS, art. 183.2, paragraphe 3).

L'ensemble des gestionnaires, employés de l'établissement, médecins, résidents, stagiaires et bénévoles sont concernés par ladite politique. Cette dernière définit les **rôles et responsabilités** de chacun, notamment pour les déclarants, gestionnaires et conseillers à la GIRPSSS :

Le déclarant

- Porte assistance à l'utilisateur ou la personne touchée et s'assure qu'il reçoive l'aide, les soins et le soutien requis.
- Applique les mesures correctives nécessaires dans l'immédiat afin d'éviter la récurrence de l'événement, selon les politiques et procédures en vigueur dans l'établissement.
- Communique l'événement au médecin, si l'état de la victime nécessite une intervention ou un examen médical immédiat. Si aucun médecin n'est accessible sur les lieux de l'accident, un appel 911 doit être logé afin d'organiser un transfert vers l'urgence.
- Informe immédiatement le gestionnaire ou son remplaçant (le soir, la nuit, les fins de semaine et les jours fériés) lorsqu'il s'agit d'un événement avec conséquence majeure pour l'utilisateur (gravité F, G, H ou I) selon la chaîne de communication établie pour les événements sentinelles.
- Doit signaler verbalement, au curateur délégué, les accidents impliquant une personne hébergée désignée par le Curateur public dans un délai de 24 heures. En dehors des heures ouvrables, contacter le Curateur public de garde.
- Rédige les sections 1 à 9 du Rapport de déclaration d'incident/accident AH-223-1.
- Dépose l'original signé du Rapport de déclaration d'incident/accident AH-223-1 au dossier de l'utilisateur.
- Achemine, lorsque la version papier est utilisée, la copie jaune du rapport au gestionnaire à l'intérieur de 24 heures de l'événement ou de sa découverte.
- Participe à l'analyse approfondie de l'incident ou de l'accident, lorsque requis.

Le gestionnaire

- Le gestionnaire a la responsabilité du suivi des déclarations d'incident ou d'accident même si, dans sa gestion quotidienne, il en délègue une partie à une autre personne.
- S'assure que les soins requis soient dispensés à la victime et que l'environnement soit sécuritaire.
- Met en place les correctifs nécessaires afin de pallier ou de réduire les conséquences pour l'utilisateur et ses proches.
- S'assure que l'accident est communiqué au médecin traitant ou de garde si l'état de santé de l'utilisateur nécessite une intervention ou un examen médical immédiat. Si aucun médecin n'est accessible sur les lieux de l'accident, un appel 911 doit être logé afin d'organiser un transfert vers l'urgence.
- S'assure de la déclaration de l'événement et, le cas échéant, révise le Rapport de déclaration d'incident/accident AH-223-1 afin d'être certain que celui-ci est rempli de façon adéquate et complète.
- Informe immédiatement par courriel le conseiller à la GIRPSSS de tout événement avec conséquence majeure (gravité F, G, H ou I) selon la chaîne de communication établie pour les événements sentinelles.
- Le soir, la nuit, la fin de semaine et les jours fériés, il informe immédiatement, par téléphone, le coordonnateur d'activités de soins ou le chef clinique de garde, selon la chaîne de communication établie pour les événements sentinelles.
- Décide si un processus de divulgation est requis et fait le nécessaire selon le règlement intitulé : Divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident et mesure de soutien.

- Complète les sections de l'analyse sommaire (sections 10 à 13), selon l'échelle de gravité, et signe le Rapport de déclaration d'incident/accident AH-223-1.
- Assure le suivi des déclarations qui relèvent de son unité dans un délai maximal de sept jours ouvrables ou réfère le rapport de déclaration au gestionnaire responsable de l'activité en cause, le cas échéant. Par exemple, le rapport de déclaration d'une erreur de médicament provenant du département de pharmacie et constatée à l'unité de soins doit être acheminé (version papier) ou assigné (version électronique) au gestionnaire de la pharmacie.
- Achemine, lorsque la version papier est utilisée, dans les sept jours suivant l'événement et, minimalement, avant la fin de chaque période financière, le rapport au Service de la GIRPSSS pour la saisie dans l'application électronique.
- Collabore avec le conseiller à la GIRPSSS, pour les accidents avec conséquence majeure pour l'utilisateur (gravités F, G, H et I), à la démarche d'analyse approfondie de l'événement avec le personnel concerné dans un délai de 14 jours.
- Élabore un plan d'action visant à répondre aux mesures correctives dans un délai de 45 jours suivant l'événement lorsque requis.
- Effectue la mise à jour de son plan d'action de façon trimestrielle et l'achemine au conseiller à la GIRPSSS.
- Assure la mise en place et le suivi des mesures correctives dans un délai de 60 à 90 jours maximum, à moins d'avis contraire du conseiller à la GIRPSSS.

Le conseiller à la GIRPSSS

- Assiste, conseille et soutient le déclarant et les gestionnaires dans l'application de la présente politique.
- Prend connaissance du contenu du rapport de déclaration d'incident/accident AH-223-1 et, s'il y a lieu, en collaboration avec le gestionnaire concerné, s'assure que la démarche d'analyse et d'application des mesures prévenant la récurrence est instaurée.
- Élabore le registre local des incidents et accidents et transmet les informations requises au registre national.
- Dresse le bilan des événements avec conséquence majeure et des événements sentinelles au comité de gestion des risques et aux autres instances concernées.
- Signale au responsable du programme d'assurances, les dossiers ayant fait l'objet d'une divulgation qui risquent de devenir litigieux afin qu'il puisse effectuer une déclaration aux assureurs.
- Évalue la pertinence de procéder à une analyse approfondie et, le cas échéant, initie l'enquête avec les intervenants impliqués selon la nature de l'événement.
- Coordonne l'analyse approfondie des événements sentinelles avec les acteurs concernés.
- Collabore à l'élaboration d'un plan d'action lors d'événements sentinelles.
- S'assure de la mise en œuvre des mesures correctives permettant de prévenir la récurrence.
- Détermine si des mesures de soutien peuvent être offertes à l'utilisateur et à ses proches.

2. Problématique des événements indésirables reliés aux soins

Différentes études relèvent le caractère fréquent, parfois grave et souvent évitable, des événements indésirables reliés aux soins dans les établissements de santé. La sécurité des usagers est de plus en plus reconnue comme le problème le plus significatif auquel doivent faire face les systèmes de santé à travers le monde. Ainsi, plusieurs organismes expriment le désir et le besoin de voir l'environnement hospitalier être imputable de chaque intervention et du résultat chez l'utilisateur, plutôt que de se fier en grande partie sur la vigilance personnelle des professionnels de la santé (ICSP, 2008).

Au démarrage de ce projet, le MSSS publiait le *Rapport sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec* (MSSS, 2016), révélant un total de 484 021 événements indésirables déclarés entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016 au Québec. Ceci représentait une augmentation de 0,6 % par rapport à l'année précédente, les événements les plus fréquents étant les chutes (35 %) et les erreurs liées à la médication (28 %) et les clientèles les plus touchées étant les personnes âgées de 75 ans et plus (53,5 %) et les femmes (53,8 %). Le portrait de la situation était similaire en Chaudière-Appalaches pour la même période, les types d'événements les plus récurrents étant les chutes (35,6%) et les erreurs liées à la médication (26,9 %), pour un total d'événements se chiffrant à 16 830.

La diffusion de ces données annuellement par le MSSS rappelle chaque année l'importance de déclarer les événements indésirables, quelle que soit leur gravité, ceci afin de mettre en place des mesures préventives ou correctives appropriées. L'analyse de ces données implique de rechercher la ou les causes des incidents et des accidents, d'examiner les processus, d'impliquer les établissements localement et de faire connaître les pistes d'amélioration ou recommandations identifiées. C'est dans cette approche que s'inscrit le nouveau système de management de GIRPSSS du CISSS de Chaudière-Appalaches.

2.1. Objectifs poursuivis par le système de management de GIRPSSS

Dans sa conception, le système de management de GIRPSSS s'inspire des meilleures pratiques de gestion intégrée des risques. Il représente un système de management du risque souscrivant à une gestion sécuritaire des processus sur tout le continuum de soins et services, ceci dans une perspective de renforcement concret des mécanismes d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité au bénéfice de l'utilisateur.

La philosophie souhaitée par l'implantation de ce système implique une approche non punitive, axée sur la révision des processus. Un changement de culture est ainsi proposé : il s'inscrit dans une culture de sécurité plutôt que dans une culture du blâme. Il souhaite également mettre au premier plan les expériences des intervenants et des usagers (approche « bottom up ») en prenant compte, de manière constructive, de l'erreur et des événements indésirables dans une perspective d'amélioration des soins.

L'objectif général du système dans sa conception :

Assurer une gestion intégrée et collective des risques dans la prestation des soins et des services au sein de notre réseau de santé et de services sociaux.

Les **objectifs spécifiques** que poursuit son implantation :

1. La mise en place d'une coordination intégrée et cohérente pour l'ensemble du CISSS de Chaudière-Appalaches.
2. Le développement d'une culture de sécurité intégrant une approche préventive et proactive d'intervention centrée sur le bien-être des usagers.
3. Le suivi des événements indésirables et le traitement des risques dans une perspective d'amélioration continue.

Les différents **principes directeurs** guidant le système sont :

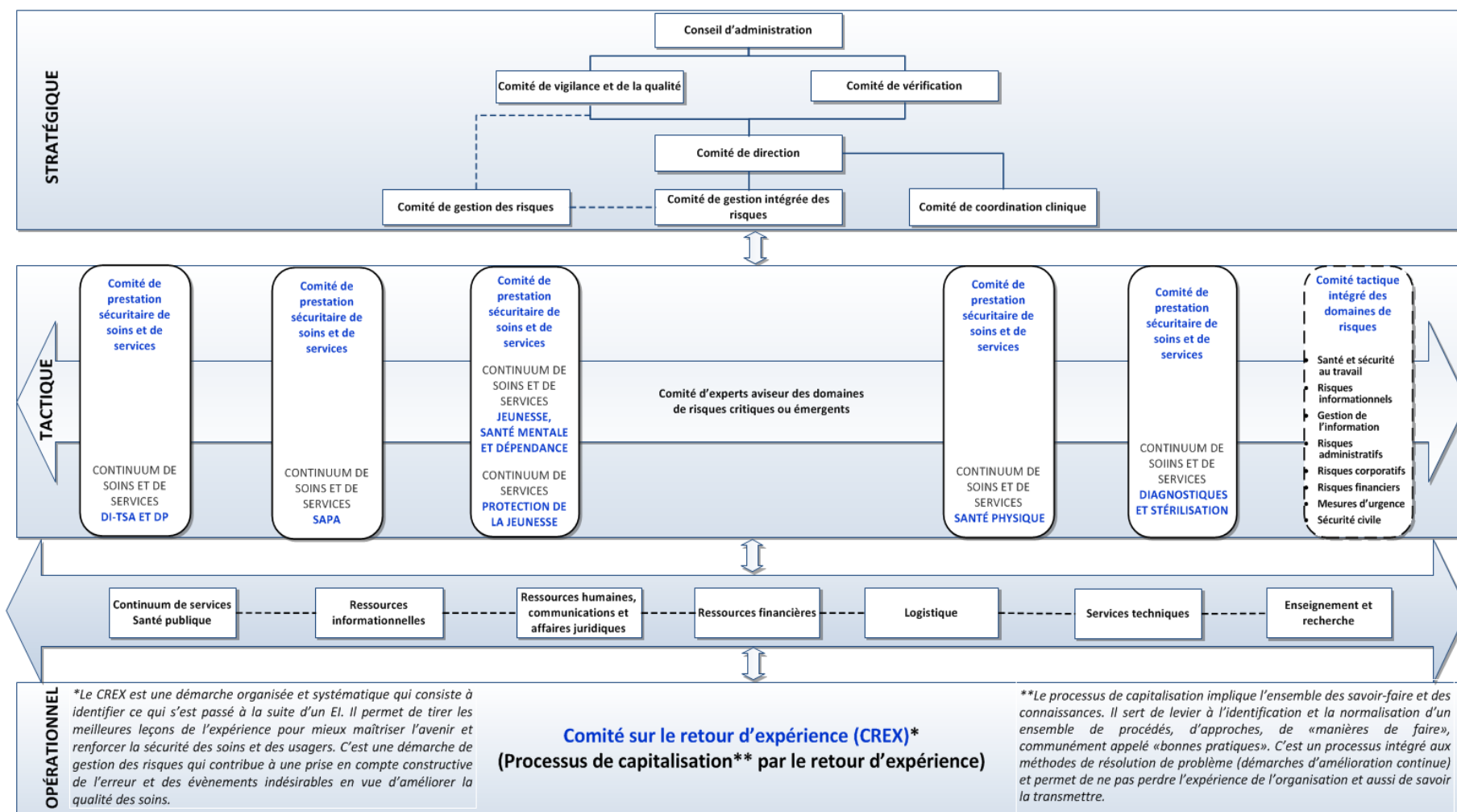
- La proximité du terrain.
- L'optimisation au mieux des ressources.
- La capacité d'implanter une culture juste de sécurité (par une approche non punitive, axée sur la révision des processus).
- La capacité d'utiliser à la fois des approches dites « à priori » (ou préventives) et celles dites « à postériori » (ou réactives) en reconnaissant la complémentarité de chacune.
- La capacité d'intégrer et d'implanter les meilleures pratiques.
- La capacité d'analyser les risques par les personnes qui connaissent les missions et les particularités des clientèles.
- Favoriser le développement des compétences sur le terrain et les capacités d'appropriation collective.
- La capacité de s'intégrer aux continuums de soins et de services.
- La capacité d'intégrer la participation et le point de vue de l'utilisateur à l'intérieur d'un service.
- Une vision systémique qui permet la convergence des divers dispositifs existants.
- La mise en place d'un système global et intégré soutenu par une démarche dynamique.
- La réponse aux exigences légales et normatives (Agrément Canada, plan d'action ministériel issu des recommandations du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins, norme ISO 31000).

2.2. Structure de gouvernance

La figure de la page suivante présente la structure de gouvernance de GIRPSSS élaborée par la DQEPE. Elle distingue les niveaux stratégique, tactique et opérationnel. Les lignes qui suivent décrivent les rôles et les mandats attribués à chacun des comités.

Figure 1 - Structure de gouvernance

GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES ET PRESTATION SÉCURITAIRE DES SOINS ET SERVICES



Le niveau stratégique²

Le niveau stratégique de la structure de gouvernance de la GIRPSSS est composé de quatre principaux comités, tels que décrit ci-dessous.

Comité de gestion des risques

Selon l'article 183.2 de la LSSSS, le mandat du comité de gestion des risques est de rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à :

- Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence.
- S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches.
- Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et des accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

La fréquence des rencontres pour ce comité a été fixée aux trois mois. Quant à sa composition, selon l'article 183.1 de la LSSSS, celui-ci doit assurer une représentativité équilibrée des employés de l'établissement, des usagers, des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement de même que, s'il y a lieu, des personnes, qui en vertu d'un contrat de service, dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier. Le directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité.

Comité de direction

Le comité de direction est responsable d'assurer la vigie et le suivi de la gestion intégrée des risques et d'allouer les ressources nécessaires. Ce comité se compose du PDG, du PDGA, des directrices générales adjointes et des directeurs. La fréquence des rencontres pour ce comité est aux deux semaines.

Comité de coordination clinique

Le principal mandat du comité de coordination clinique est d'assurer la mise en œuvre de différentes stratégies et programmes essentiels à l'organisation en matière de gestion des risques. Le PDGA, les directrices générales adjointes, les directrices et directeurs cliniques et les directrices et directeurs adjoints composent ce comité. La fréquence des rencontres pour ce comité est fixée aux quatre semaines.

² Dans ce document, les comités du niveau stratégique sont décrits tels qu'ils étaient constitués au moment de l'élaboration du projet. Certains d'entre eux ont été remaniés depuis ce moment.

Comité de gestion intégrée des risques

Les mandats du comité de gestion intégrée des risques sont :

- Décider, initier, organiser et piloter la démarche de GIRPSSS.
- Définir les priorités.
- Valider et suivre les actions en cours.
- Évaluer les résultats et adapter les actions en conséquence.

Le PDGA, les directrices générales adjointes et les directeurs selon les domaines de risques traités font partie de ce comité. La fréquence des rencontres pour ce comité est fixée aux trois mois.

Le niveau tactique

Le niveau tactique implique et intègre l'ensemble des activités de soins et de services sous forme de cinq continuums distincts. Un comité tactique intégré des domaines de risques est aussi envisagé afin de se pencher spécifiquement sur l'intégration des grands domaines de risque en établissement de santé, tels la santé et la sécurité au travail, les risques informationnels et de gestion de l'information, les mesures d'urgence, les risques administratifs, etc.

Comités de prestation sécuritaire de soins et de services (CPSSS)

Les cinq CPSSS ont été réfléchis et regroupés par groupes-clientèles selon les besoins et facteurs de risques similaires qu'ils présentaient.

Les principaux mandats confiés aux CPSSS sont :

- Collaborer au bon déroulement du programme d'audits (pratiques organisationnelles requises).
- Initier et mettre en œuvre des actions favorisant une culture juste de sécurité.
- Apprécier les résultats d'audits.
- Apprécier le suivi des indicateurs propres au continuum de soins et services concernés.
- Effectuer des analyses « à priori » propre au continuum de soins et services concernés.
- Analyser et évaluer les processus des domaines de risques propres au continuum des soins et services concernés.
- Concevoir, voir à la mise en œuvre, animer et évaluer le programme d'actions qui découlent des analyses « à priori », des processus étudiés et du programme d'audits.
- Voir à la mise en application des meilleures pratiques conduites par le comité d'experts aviseur pour les domaines de risques propres au secteur concerné.
- Soutenir les CREX propres au continuum de soins et services concerné (analyse « à priori »).

- Communiquer des informations exploitables et nécessaires à la prise de décision des instances stratégiques (comité de direction et comité de gestion des risques) et du comité d'experts avisé.
- Élaborer un plan de communication répondant aux besoins du continuum de soins et services concerné et voir à sa mise en œuvre.
- S'assurer d'une communication transversale avec les autres CPSSS et voir au transfert ou à l'intégration des différentes actions pertinentes.

La fréquence des rencontres des CPSSS est fixée aux huit semaines et leur durée de deux heures. Le fonctionnement des activités est prévu de la manière suivante :

- Les conseillers à la GIRPSSS coordonnent les comités.
- Les gestionnaires répondants des continuums de soins et services concernés (directeurs adjoints ou coordonnateurs et chefs de service) assurent le leadership et animent les comités.
- Les conseillers en soins infirmiers des continuums de soins et services concernés font partie de ces comités.
- Des professionnels et des intervenants terrains qui connaissent la mission et les particularités de la clientèle propre aux continuums de soins et services concernés en font aussi partie (ex. : des travailleurs sociaux, des infirmières, des préposés aux bénéficiaires, des ergothérapeutes, des APPR responsables de la démarche d'agrément).

Comité d'experts avisé des domaines de risques critiques ou émergents (CEA)

Celui-ci constitue un comité dont les rôles et mandats sont davantage transversaux, tant sur le plan horizontal que vertical. Les principaux mandats qui lui sont confiés sont :

- Voir au développement des meilleures pratiques en gestion des risques, par la recension d'écrits scientifiques, le développement de programmes, d'outils, de méthodes, etc.
- Conseiller les instances et les équipes de gestion des risques dans les orientations susceptibles de l'aider dans sa quête d'excellence.
- Assister les CPSSS dans la mise en place de stratégies favorisant l'appropriation et l'implantation des meilleures pratiques de gestion des risques.
- Étudier tout sujet d'intérêt ou d'importance ayant une incidence critique en fonction des domaines de risques.
- Identifier et proposer des activités de formation en gestion des risques.

La fréquence des rencontres du CEA a été fixée aux huit semaines et elles se composent de conseillers cadres de la DSI et de la DSM, de conseillers à la GIRPSSS, d'un pharmacien et d'un médecin.

Le niveau opérationnel

Sur le plan opérationnel, la GIRPSSS prend forme particulièrement par l'organisation des comités sur le retour d'expérience (CREX).

Les mandats confiés à ce type de comité sont :

- Effectuer des analyses « à postériori » propre au continuum de soins et services concerné.
- Analyser et évaluer des processus découlant des événements indésirables propres au continuum de soins et services concerné.
- Élaborer, mettre en œuvre et évaluer les plans d'action découlant de l'analyse d'un événement indésirable.
- Favoriser une culture juste de sécurité.

Les CREX ont lieu à fréquence variable dépendamment des événements indésirables qui se présentent. En ce qui a trait à la composition d'un CREX, l'animation est assurée par un conseiller à la GIRPSSS et la présence du gestionnaire de l'équipe clinique concernée est demandée. S'ajoutent également des professionnels et des intervenants concernés par l'événement analysé, incluant aussi des médecins.

3. Méthodologie de l'évaluation

3.1. Les objectifs de l'évaluation

L'objectif général de cette étude était d'évaluer l'implantation du système de management de GIRPSSS dans la région au moyen d'une approche évolutive.

Les trois objectifs spécifiques de l'étude étaient les suivants :

Objectif 1 : Documenter et soutenir l'implantation du système de management de GIRPSSS au sein du CISSS de Chaudière-Appalaches quant aux activités et aux mécanismes mis en place.

1.1 S'assurer de la cohérence des modalités établies avec le contexte de transformation du réseau de santé et de services sociaux.

Objectif 2 : Identifier les facteurs facilitants et les contraintes susceptibles d'influencer l'implantation du système et sa pérennité.

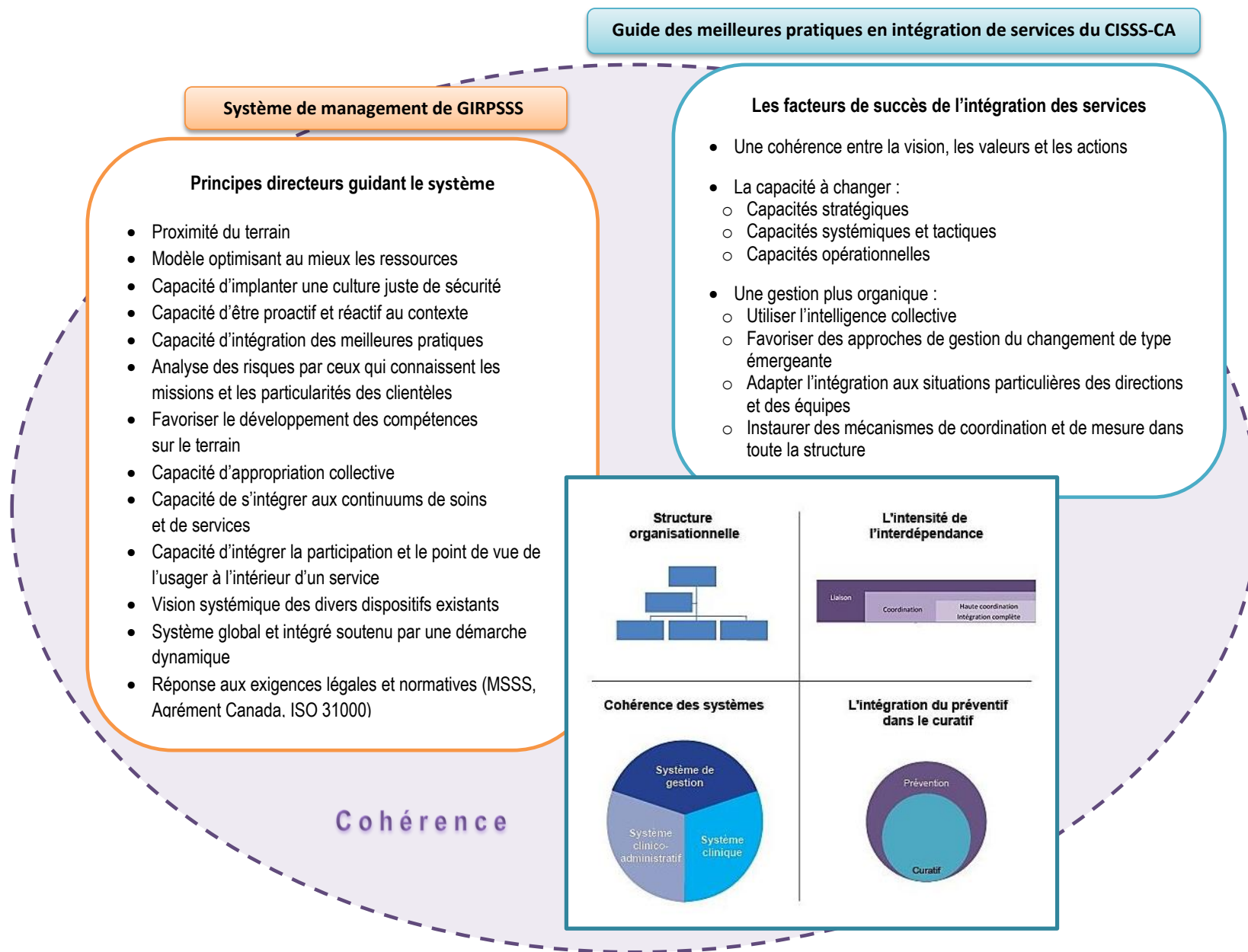
Objectif 3 : Estimer globalement les retombées perçues de l'implantation du système de management de GIRPSSS, ainsi que les impacts de la démarche sur la prévalence des incidents et accidents.

Les deux premiers objectifs énoncés ont représenté le cœur du projet d'évaluation. Le premier objectif était axé essentiellement sur la documentation de ce qui est implanté, incluant les changements proximaux en cours de processus; la notion de soutien énoncée sous-entendait une collaboration en continue, la présence de rétroactions régulières et la possibilité de recommander des adaptations au système ou aux activités en cours de projet. Le troisième objectif ne constituait pas l'essence du projet, mais quelques éléments de retombées et d'impacts ont été examinés afin de nourrir l'ensemble de la démarche évaluative.

L'approche évolutive qui fut proposée pour ce projet s'inscrit parmi les modèles théoriques dits participatifs d'évaluation. Selon Patton (2011), l'utilisation d'une telle approche est pertinente dans le cadre du développement d'un projet innovant au sein d'un système de nature complexe et dynamique, voir imprévisible. Cette approche semblait pertinente notamment en raison du rôle octroyé à l'évaluateur, ce dernier étant intégré dès le départ à l'équipe de projet, apportant ainsi son soutien dans le développement du projet par son regard évaluatif. Cette démarche d'évaluation n'a donc pas été effectuée de manière traditionnelle : elle n'était pas ponctuelle, ni réalisée après l'implantation du projet, ni de manière externe. Elle s'est effectuée plutôt de l'intérieur et de manière continue, favorisant ainsi l'utilisation du processus d'évaluation en temps réel.

Tout au long de la démarche, l'évaluateur s'est référé également aux principes sous-jacents à l'intégration des services, tels que proposés par le *Guide sur les meilleures pratiques d'intégration de services* du CISSS de Chaudière-Appalaches (2016), lesquels sont cohérents avec la philosophie soutenue par le système de management de GIRPSSS. Sans être exhaustive, la figure de la page suivante donne un aperçu des éléments qui étaient d'intérêt pour l'évaluateur. Ces concepts ont été utilisés afin de donner un sens aux données recueillies, puis de saisir les caractéristiques et la dynamique du système implanté.

Figure 2 - Survol des concepts d'intégration des services et des principes directeurs de GIRPSSS



3.2. La collecte des données : Récapitulatif des travaux réalisés

Les principes de base de l'approche évolutive préconisée dans cette évaluation ont impliqué une collecte d'information souple et diversifiée. Les sources de données ont ainsi été nombreuses :

- Des échanges réguliers avec les parties prenantes de la démarche.
- L'utilisation d'un journal de bord interactif en collaboration avec les conseillers de l'équipe de GIRPSSS.
- L'observation directe des différentes rencontres des comités.
- La réalisation de sondages de satisfaction auprès des acteurs participants aux rencontres des comités du niveau tactique.
- La réalisation d'un sondage avec les parties prenantes de la démarche en fin de projet, afin de documenter les retombées.
- L'examen de la documentation disponible et des données de performance.

Le *Tableau 5* de la page suivante présente un sommaire des activités de collecte de données effectuées, en précisant la date de réalisation pour chacune ainsi que les méthodes d'analyse associées. Celui-ci traduit notamment l'implication intensive de l'évaluateur dans la collecte de données pour les comités du niveau tactique (CPSSS, CEA) entre novembre 2016 et mars 2017. À la suite de cette période, l'évaluateur a fait la présentation d'un bilan d'étape quant à l'implantation du système de management de GIRPSSS auprès du CCC du CISSS de Chaudière-Appalaches. Notons aussi qu'à partir de mars 2017, l'implication soutenue et la présence de l'évaluateur dans le milieu à l'étude ont graduellement diminué dans un souci de cohérence avec la démarche d'évaluation évolutive utilisée³.

3.3. L'analyse des données et la présentation des résultats

Comme le montre le *Tableau 5*, la multiplicité des sources de données a nécessité de recourir à différentes méthodes d'analyse, où des données qualitatives et quantitatives ont été jumelées afin d'enrichir les résultats et la réflexion. Le recours à ces différentes méthodes de collecte de données permet une *triangulation méthodologique*, qui se caractérise par l'utilisation de différentes techniques afin d'étudier un seul phénomène ou objet.

Pour les données recueillies de manière qualitative (ex. : l'observation directe, le journal de bord interactif), l'analyse de l'évaluateur s'est appuyée sur les fondements de la recherche qualitative (Miles et Huberman, 2003; L'Écuyer, 1990). L'analyse réalisée est ainsi descriptive; l'idée est de donner du sens aux informations colligées et d'avoir une compréhension approfondie du fonctionnement ou des dynamiques sans nécessairement rechercher une représentativité ou une statistique.

Le chapitre suivant se consacre à la présentation des résultats obtenus. Pour faciliter la lecture du rapport, les résultats recueillis pour chaque source de données sont précisés au fur et à mesure au sein des sections appropriées et sont complétés par des annexes lorsqu'il y a lieu (par exemple : pour présenter le profil des répondants aux sondages).

³ Le rôle premier d'un *évaluateur évolutif* est d'intégrer la pensée évaluative au sein d'un processus d'évolution et de changement. Il est présent pour donner un feedback de façon interactive pour aider les innovateurs à faire les ajustements requis, à considérer les incertitudes et s'y adapter, tout en éclairant les décisions. Or, l'évaluateur a constaté à cette étape que les membres de l'équipe de GIRPSSS, tout comme la haute direction, étaient très avancés en ce sens (ex. : processus d'amélioration continue omniprésent dans le fonctionnement d'équipe par l'utilisation d'une approche Lean, suivi d'indicateurs de culture de sécurité au sein de l'organisation, élaboration d'un plan d'action pour faire suite au sondage CISSS sur la culture de sécurité).

Tableau 2 - Sommaire des différentes sources de données et des méthodes d'analyse associées à chacune

Sources de données	Nombre	Dates	Méthode d'analyse associée
CPSSS documentés	12 rencontres	Entre novembre 2016 et mars 2017	Collecte par observation directe et indirecte. Utilisation d'une technique d'analyse qualitative par thématique, en combinant une approche inductive et déductive et en s'inspirant des angles d'analyse identifiés au départ (examen de la cohérence, des principes d'intégration de services et des principes directeurs sous-jacents au projet).
Sondage satisfaction (CPSSS et CEA)	72 répondants	Entre novembre 2016 et mars 2017	Utilisation de méthodes mixtes (quantitative et qualitative) de collecte et d'analyse.
CREX documentés	18 rencontres	Entre décembre 2016 et juin 2017	Collecte par observation directe et indirecte. Utilisation d'une technique d'analyse qualitative par thématique, en combinant une approche inductive et déductive et en s'inspirant des angles d'analyse identifiés au départ (examen de la cohérence, des principes d'intégration de services et des principes directeurs sous-jacents au projet).
Rencontres de l'équipe de GIRPSSS (participation/ observation)	7 rencontres	À partir de janvier 2017	Collecte par observation participante (contribution de l'évaluateur aux échanges).
Journal de bord interactif	Ne s'applique pas	Tout au long de l'étude	Collecte par observation participante (contribution de l'évaluateur aux échanges).
Rencontres du CEA (participation/ observation)	3 rencontres	Entre septembre 2016 et février 2017	Collecte par observation participante (contribution de l'évaluateur aux échanges).
Autres rencontres individuelles (documentation/ validation)	20 rencontres environ*	Tout au long de l'étude (plusieurs entre sept. 2016 et mars 2017)	Collecte par observation participante. Utilisation d'une technique d'analyse qualitative par thématique, en combinant une approche inductive et déductive et en s'inspirant des angles d'analyse identifiés au départ (examen de la cohérence, des principes d'intégration de services et des principes directeurs sous-jacents au projet).
Sondage sur les retombées (niveau tactique)	56 répondants	Entre le 15 juin et le 7 juillet 2017 (sondage ouvert trois semaines)	Utilisation de méthodes mixtes (quantitative et qualitative) de collecte et d'analyse.
Sondage sur les retombées (niveau stratégique)	30 répondants	Entre le 15 juin et le 7 juillet 2017 (sondage ouvert trois semaines)	Utilisation de méthodes mixtes (quantitative et qualitative) de collecte et d'analyse.

*Note : Les rencontres individuelles sont difficiles à calculer compte tenu que divers échanges informels ou spontanés ont aussi alimenté la collecte d'information; il s'agit donc d'un nombre approximatif.

4. Résultats obtenus

La première partie de ce chapitre se consacre à décrire les éléments historiques de l'implantation du système de management de GIRPSSS, de même que les stratégies de mobilisation utilisées. Ces éléments ont été documentés essentiellement via la documentation disponible sur le projet et les échanges réguliers avec les parties prenantes.

Les sections suivantes se concentrent sur le déploiement des niveaux tactique et opérationnel du système⁴. Pour ces sections, des sources de données additionnelles ont pu enrichir l'analyse telle l'observation directe des comités, les sondages de satisfaction réalisés, le journal de bord interactif et le registre des événements indésirables.

Tout au long de ce chapitre, le symbole d'engrenage (tel qu'illustré à droite) est ajouté dans la marge pour identifier les ajustements, changements ou bonifications réalisés en cours d'implantation.



4.1. Historique de l'implantation

4.1.1. Étapes préalables à l'élaboration du système

L'élaboration du système de management de GIRPSSS a débuté au printemps 2015 par une étape préliminaire de collecte d'informations quant aux pratiques de gestion des risques présentes dans les différents établissements du CISSS avant la fusion, ceci afin d'établir un diagnostic organisationnel.

Les données colligées ont ensuite été analysées sous l'angle des meilleures pratiques et normes existantes dans le domaine de la gestion des risques, passant par une analyse comparative des modèles existants à l'international. Le système de management de GIRPSSS, tel que décrit précédemment (Chapitre 2), a ensuite été conçu en s'inspirant principalement du guide français de la Haute Autorité de santé (2012) et de la norme ISO 31000 (2009), proposant une approche globale et cohérente pour tous les domaines de risques.

4.1.2. Mise sur pied de l'équipe de GIRPSSS

Au moment de l'élaboration du système, le CISSS de Chaudière-Appalaches lui-même était également à ses balbutiements. L'une des premières stratégies pour sa concrétisation reposait donc sur la mise en place d'une équipe régionale couvrant l'ensemble du CISSS de Chaudière-Appalaches. Des postes de conseillers, de techniciens et d'agents administratifs devaient être réfléchis, élaborés et affichés, ceci en collaboration avec l'équipe des ressources humaines de l'établissement. Le processus de recrutement s'est déroulé au cours de l'année 2015.

⁴ Notons qu'aucune section de ce chapitre n'aborde le déploiement du niveau stratégique puisque l'évaluateur n'a que très peu documenté cette composante, l'équipe de direction ayant fait le choix de concentrer d'abord l'implantation sur la prestation sécuritaire des soins et services. À ce jour, le Comité de gestion des risques est actif et les rencontres se déroulent à huis clos, (ce qui limitait les possibilités d'observation). Pour sa part, le Comité de gestion intégré des risques n'est pas encore en place à ce stade de l'implantation, tout comme le Comité tactique intégré des domaines de risques.

Au printemps 2016, l'équipe de GIRPSSS était pratiquement complétée en termes de personnel. Au fil du temps, sa composition a quelque peu évoluée; à l'heure actuelle, l'équipe compte deux agents administratifs, trois techniciens en administration et sept conseillers aux établissements. Un investissement considérable a été consacré à la formation de chacun des membres de l'équipe, notamment chez les conseillers aux établissements, ce qui nécessitait également de réfléchir à l'harmonisation du travail et des façons de faire pour chacun. Les techniciens ont également reçu une formation intensive s'écoulant sur plusieurs mois, laquelle était axée en bonne partie sur le traitement des déclarations (via le formulaire AH-223). En outre, il a été choisi de former l'équipe selon l'approche Lean, laquelle enseigne une méthodologie de travail fort utile, entre autres, dans la révision des processus et la recherche des causes souches des événements indésirables⁵, supportant ainsi la réalisation des CREX auprès des équipes cliniques.

Le tableau suivant permet de comprendre comment les conseillers et les techniciens à la GIRPSSS se répartissent le travail pour couvrir l'ensemble de la région.

Tableau 3 - Secteurs couverts par les conseillers et les techniciens de GIRPSSS

Ressources	Territoires	Secteurs
Conseiller A (Technicien A)	1. Thetford	Sud
	2. Beauce	
	3. Etchemins	
Conseiller B (Technicien A)	1. Thetford	
	2. Beauce	
	3. Etchemins	
Conseiller C (Technicien B)	1. Etchemins	
	2. Alphonse-Desjardins	
	3. Réadaptation (CRDI, CRDP, C.J. CRD)	
Conseiller D (Technicien B)	1. Alphonse-Desjardins	Nord
	2. Montmagny-L'Islet	
Conseiller E (Technicien B)	1. Alphonse-Desjardins	
	2. Montmagny-L'Islet	
Conseiller F (Technicien A)	1. Montmagny-L'Islet	
	2. Alphonse-Desjardins	
Conseiller G (Technicien C)	1. Réadaptation (CRDI, CRDP, C.J. CRD)	Régional

Légende: 1. Majoritaire 2. En soutien 3. Substitut

⁵ L'approche Lean propose différents outils et méthodes d'analyse tels l'atelier Kaizen, le diagramme d'Ishikawa, la démarche AMDEC, la loi de Pareto, le kanban, etc.

4.1.3. Stratégies de mobilisation utilisées

C'est à l'automne 2015 que les activités visant à mobiliser les différents services face à l'implantation du système de management de GIRPSSS ont commencées. Dans un premier temps, une rencontre consultative fut réalisée avec les gestionnaires de risques⁶ issus des anciens établissements. Cette rencontre leur permettait de se familiariser avec la culture de gestion des risques de chacune des missions représentées, de mieux comprendre les politiques et procédures, les statistiques propres à chaque milieu quant à la déclaration des incidents et accidents ainsi que les enjeux et défis qui les concernaient.

Par la suite, à l'hiver 2015-2016, une présentation du système de management de GIRPSSS s'est déroulée auprès des différentes directions de l'établissement (spécifiquement auprès de chacun des directeurs adjoints). Ces rencontres visaient à présenter globalement le système de management de GIRPSSS (mandats et composition des comités, fréquence des rencontres, philosophie souhaitée) ainsi qu'à recueillir les commentaires. Elles mettaient également l'accent sur le fonctionnement des CREX au niveau opérationnel, afin de sensibiliser les gestionnaires à l'importance que les intervenants-terains y soient impliqués. De plus, ces rencontres permettaient une conscientisation au rôle de premier plan des gestionnaires cliniques quant à la gestion des risques dans leur milieu, de par leurs connaissances fines des activités cliniques dans leur secteur respectif.

Les « fondateurs » du système de management de GIRPSSS relatent qu'un travail actif de sensibilisation à la culture de sécurité était nécessaire à cette étape. L'amalgame de cultures organisationnelles rendait cette tâche complexe. Certains secteurs d'activités étaient davantage portés vers une culture du blâme que sur la déclaration des incidents et accidents, par comparaison à d'autres plus avancés en ce sens. Ces différences de culture étaient attendues et tout à fait normales à ce stade de l'implantation; elles nécessitaient néanmoins d'avoir une approche d'ouverture et d'adaptation, afin de permettre le développement graduel d'une véritable culture de sécurité à l'échelle organisationnelle.

Au global, les « fondateurs » indiquent avoir reçu un accueil généralement positif de la démarche par les directions rencontrées compte tenu de son objectif noble, centré sur une gestion intégrée et collective des risques dans la prestation des soins et services. Quelques directions ont tout de même manifesté leurs réserves à l'égard de la formule proposée pour les niveaux tactique et opérationnel de la structure de gouvernance. En détail, concernant les CPSSS et les CREX, l'implication d'intervenants cliniques leur paraissait difficile à concrétiser compte tenu de la programmation étroite des soins et services. Cette difficulté était accentuée lorsque plusieurs secteurs d'activités devaient être impliqués dans un même comité. La mixité des équipes pour certains CPSSS était aussi mise en doute, de même que les déplacements nécessaires pour assister aux rencontres.

Les activités de mobilisation se sont poursuivies au printemps 2016 par une tournée de formation dans les différents secteurs géographiques de l'établissement, auprès des gestionnaires cliniques et leurs assistants, de même qu'auprès de certains directeurs. Ainsi, 24 séances ont été réalisées et plus de 150 personnes rejointes. On y présentait le système de management, le déroulement des CREX ainsi que les nouvelles politiques et règlements propres à la gestion intégrée des risques au CISSS de Chaudière-Appalaches.

⁶ Le terme « gestionnaire de risques » désigne toute personne qui était mandatée à la gestion des risques dans les anciens établissements (avant le fusionnement); il ne s'agit pas nécessairement de *gestionnaire* proprement dit.

Au-delà de cette tournée de formation initiale, d'autres stratégies ont été mises de l'avant afin d'informer et de sensibiliser le personnel du réseau de santé quant à la déclaration des incidents et accidents, à savoir :



- La mise en place d'une zone d'information sur la gestion des risques sur l'intranet du CISSS de Chaudière-Appalaches permettant le dépôt de différents documents de référence (outils explicatifs, tableaux de bord, règlements et politiques, notes de service, etc.)
- La mise en fonction d'un système téléphonique central, afin de pouvoir joindre un membre de l'équipe de GIRPSSS facilement. Il est toutefois souligné par les conseillers que ce système n'est pas encore connu uniformément dans les différents secteurs de l'organisation.
- La tenue d'activités de sensibilisation dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité des patients (24 octobre 2016) : kiosques dans différentes installations, concours « des questions qui sauvent des vies ».
- La réalisation d'ateliers de formation dédiés aux nouveaux employés des directions cliniques de l'établissement (réalisé en continu) :
Les thèmes abordés par ces ateliers touchent la gestion des risques en général, les exigences législatives, la déclaration et la divulgation. La durée des formations est cependant très variable selon le type d'employé concerné, le secteur d'activités et le territoire géographique⁷. Les conseillers à la GIRPSSS soulignent le besoin d'uniformisation qui serait nécessaire à ce propos, la durée des formations étant nettement trop courte dans certains secteurs d'activités ou territoires par rapport à d'autres.
- La réalisation d'ateliers de formation dédiés aux nouveaux gestionnaires de l'établissement (dans le plan de développement des cadres, effectué en continu).
- Des formations offertes sur demande, par exemple à la suite d'une situation à risque déclarée ou d'un CREX.
- Une formation offerte aux résidents en médecine (secteur des Etchemins, été 2017). Dans cette lignée, certains membres de l'équipe de GIRPSSS proposent d'offrir aussi des formations similaires à l'ensemble des médecins pratiquant dans le CISSS de Chaudière-Appalaches.
- Une formation offerte à l'équipe de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (été 2017), ceci en mettant l'emphase sur leurs enjeux communs et les collaborations à venir.

En outre, comme suggéré par l'évaluateur en cours d'implantation, l'équipe de GIRPSSS a récemment entrepris l'élaboration d'un plan de communication dans l'objectif de mieux faire connaître le système implanté et de consolider le développement de la culture de sécurité dans l'ensemble de l'organisation. Son déploiement est prévu pour l'automne 2017.



⁷ Par exemple, les nouveaux employés non infirmiers effleurent le domaine de la gestion des risques par de courtes capsules de 15 minutes lors de leur journée d'accueil, alors que le personnel infirmier (incluant les ASI, AIC et CEPI) reçoit une formation plus approfondie de 45 min à 1 heure. En DI-TSA, une formation de 3h30 est offerte 4 fois par année, tandis qu'en jeunesse, il s'agit de formations d'une heure.

4.2. Déploiement du niveau tactique

4.2.1. CPSSS

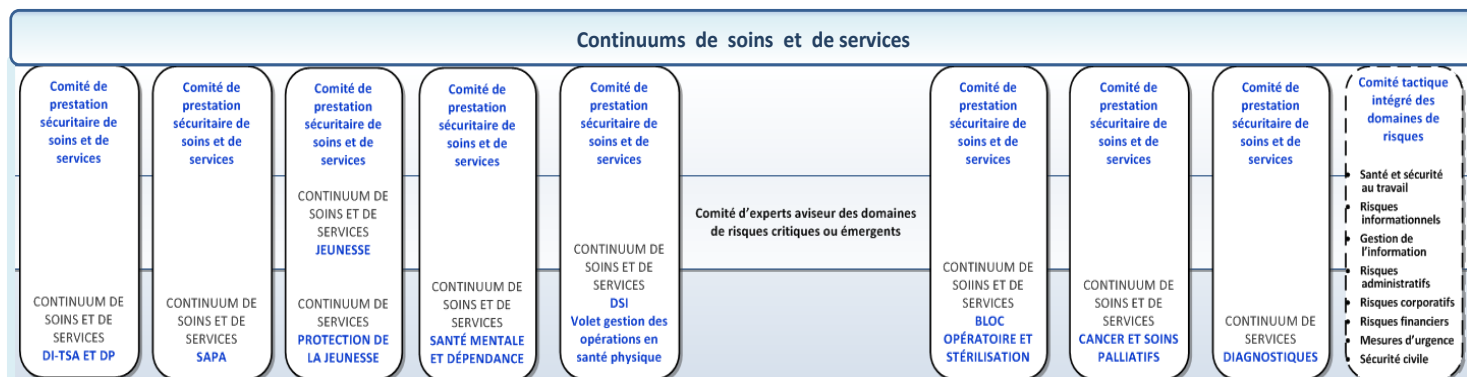
Le démarrage des activités des CPSSS s'est concrétisé au début de juin 2016, en commençant par celui du continuum DI-TSA-DP et celui du continuum Jeunesse, santé mentale, dépendance et protection de la jeunesse, et suivi par celui de SAPA en septembre (voir le *Tableau 7* à la page suivante). Par la suite, à l'automne 2016, une réorganisation des CPSSS a été nécessaire. Les lignes suivantes expliquent en détail les ajustements survenus.

L'organisation des CPSSS dans la structure

Au départ, comme décrit précédemment, le niveau tactique de la structure de gouvernance était composé de cinq CPSSS (voir la *Figure 1*). Cette stratégie de regroupement visait à soutenir l'intégration horizontale des activités de gestion des risques sur le plan géographique et également selon les clientèles, ceci dans l'objectif de créer une synergie entre les intervenants (création de liens, partage d'expériences et d'expertises, harmonisation des pratiques sur tout le territoire) et de permettre une cohérence accrue des soins et services pour les usagers. Il va sans dire que cette stratégie de regroupement en cinq comités forçait les participants à faire connaissance avec des secteurs d'activités et des intervenants avec qui ils avaient eu, jusqu'à maintenant, peu l'occasion de travailler. Cet exercice demandait d'avoir de l'ouverture et une certaine capacité d'adaptation face à des possibles cultures ou modes de fonctionnement différents. Lors des premiers balbutiements des CPSSS, cette réalité s'est avérée particulièrement vraie pour deux des comités : (1) celui combinant *jeunesse, santé mentale, dépendance et protection de la jeunesse*, puis (2) celui des *services de diagnostiques et de stérilisation*. Les activités de soins et les services s'avéraient très variés et différents à l'intérieur de ces comités, les zones communes paraissant plus limitées. Il fut ainsi décidé en septembre 2016, par le Comité de gestion des risques, de repenser la composition de ces comités. Cette réorganisation a donné lieu à l'aménagement de huit CPSSS au total (voir la figure suivante), lesquels sont toujours en fonction aujourd'hui. Ce réaménagement de la structure a nécessité de revenir à la case départ pour les nouveaux comités créés. Les différents délais engendrés par cette réorganisation (échanges/ communication avec les parties prenantes, identification de nouveaux gestionnaires en tête des comités et des membres, arrimage des agendas) ont eu comme impact de créer des écarts au niveau du démarrage des activités (voir le calendrier au *Tableau 7*) et, du même coup, une variabilité en termes d'avancement des travaux et de maturité des comités. (D'autres facteurs ont contribué à cette variabilité; ils sont examinés plus loin dans le document.)



Figure 3 - Répartition des CPSSS à partir de septembre 2016



Note : Cette figure expose seulement le niveau tactique de la structure de gouvernance du système de management de GIPSSS. La version complète du schéma telle que révisée en septembre 2016, peut être consultée à l'Annexe A.

Tableau 4 - Calendrier des activités des CPSSS

	DI-TSA-DP	SAPA	Santé mentale et dépendance	DSI - Gestion des opérations en santé physique	Services diagnostiques	Cancer et soins palliatifs	Jeunesse et Protection de la jeunesse	Bloc opératoire et stérilisation
Date de la première rencontre du comité	2016-06-09	2016-09-13	2016-12-07	2017-02-01	2016-11-02	2017-01-12	2016-12-15	2017-02-09
Nombre de rencontres réalisées à ce jour (au 1 ^{er} juillet 2017)	6	5	4*	3	4	4	4	2*

* Une rencontre a été annulée au courant de l'année.

Note : Le tableau ne présente pas la date de la rencontre du continuum Jeunesse, santé mentale, dépendance et protection de la jeunesse (9 juin 2016), lequel a été par la suite divisé en deux continums distincts.

La composition des groupes

Le *Tableau 8* présente la composition des CPSSS selon les fonctions occupées par les membres. Tel que désiré au départ lors de l'élaboration du système de management de GIRPSSS (voir le chapitre 2), la majorité des CPSSS ont une composition de membres diversifiée : Certains sont des intervenants-terrain (soit des intervenants ou professionnels cliniques, ex.: ergothérapeute, infirmier clinicien, infirmier auxiliaire, physiothérapeute, éducateur spécialisé, travailleur social, préposé aux bénéficiaires, assistant technique, etc.), d'autres sont des professionnels qui occupent un rôle de supervision clinique dans leur secteur d'activité (par exemple : conseiller clinique, conseiller en soins, assistant au supérieur immédiat, assistant infirmier chef, coordonnateur professionnel, chef d'équipe, etc.), d'autres encore sont des gestionnaires (par exemple : directeur ou directeur adjoint, cadre intermédiaire, coordonnateur d'activité, chef d'unité ou de services, chef de programme, conseiller-cadre). L'un des CPSSS s'avère moins hétérogène, les membres ayant un profil de cadre ou d'intervenant avec rôle de supervision, ceci s'expliquant par le manque de ressources-terrain disponibles pour la dernière année (service à découvert). L'absence d'intervenants cliniques dans ce comité a été questionnée par l'équipe de GIRPSSS et par l'un des membres du comité (lors de la première rencontre), lesquels reconnaissent que l'ajout de telles ressources procurerait une richesse supplémentaire aux discussions et pourrait avoir une incidence sur la priorisation des domaines de risques.

Le *Tableau 8* montre également que le titre du co-leader responsable du comité est variable de l'un à l'autre, quatre des CPSSS étant pris en charge par des directeurs adjoints et quatre autres par des cadres intermédiaires. Cette réalité soulève des questionnements au sein de l'équipe de GIRPSSS concernant les suivis hors comité à l'intérieur de chaque continuum, particulièrement par les cadres intermédiaires qui n'ont pas de fonction régionale (pour l'ensemble du CISSS). À ce propos, l'un des directeurs adjoints a tenu à souligner que son rôle décisionnel et régional permettait un meilleur fonctionnement du groupe, considérant sa légitimité à prendre certaines décisions sur-le-champ, pendant les réunions, ce qui contribuerait à ce que le comité maintienne une bonne vitesse de croisière. Ceci dit, selon les observations de l'évaluateur, au-delà du titre du leader en tête du comité, ce qui semble faire une différence dans le fonctionnement du groupe, c'est aussi le degré d'engagement ou d'implication du leader dans les rencontres, ce qui est possiblement influencé par son adhésion à la démarche et par son expérience antérieure dans le domaine de la gestion des risques. Des échanges avec les parties prenantes ont confirmé cette interprétation. Le changement de leader en cours de processus, à plus d'une reprise pour un même comité, a aussi été nommé comme un élément moins facilitant pour l'implantation de la démarche et pour l'avancement des travaux. Cette réalité s'est présentée pour trois CPSSS.

Tableau 5 Composition des CPSSS selon les fonctions des membres

Continuums de soins et de services	DI-TSA-DP	SAPA	Santé mentale et dépendance	DSI - Gestion des opérations en santé physique	Services diagnostiques	Cancer et soins palliatifs	Jeunesse et Protection de la jeunesse	Bloc opératoire et stérilisation
Titre du leader en charge du comité	Directeur adjoint au programme DI-TSA et DP	Coordonnatrice SAPA, SAD et hébergement (Beauce-Etchemins)	Directeur adjoint (CRD Lévis)	Directrice adjointe DSI (Beauce, Thetford, Etchemins)	Directrice adjointe au services multidisciplinaires (volet services diagnostiques et télésanté)	Coordonnatrice clinico-administrative programmes cancer et SPFV	Chef de service DPJ (St-Romuald)	Chef d'unité opératoire CDJ et URDM (Montmangy)
Intervenants-terrains	8	5	4	3	0	6	7	9
Internants avec rôle de supervision	0	5	3	5	2	2	2	1
Gestionnaires	4	1	1	8	2	5	1	2
Total de participants (excluant le personnel de la DQEPE)	12	11	8	16	4	13	10	12

Note: Le nombre total de participants exclut les conseillers à la GIRPSSS. Il exclut aussi les APPR de l'agrément, ces derniers ayant participé à quelques rencontres aux démarrage des activités des CPSSS.

Concernant la représentation géographique, la majorité des CPSSS ont une composition hétérogène d'individus selon l'ancien découpage par CSSS, à l'exception de l'un d'eux qui centralise ses ressources et ses services au même endroit pour l'ensemble de la région (celui des services diagnostiques). Certes, l'enjeu des déplacements était présent dès le démarrage des activités. Une formule hybride moitié-présentielle, moitié-visioconférence a même été mise à l'essai afin d'éviter que les membres des secteurs plus éloignés se déplacent pour les rencontres. Cet essai n'a pas été concluant selon les conseillers à la GIRPSSS concernés, les contraintes techniques rencontrées ayant limité les échanges avec les individus participants à distance. De même, les membres ayant expérimenté les deux modalités (présentielle et à distance) ont souligné qu'il était plus facile de suivre, de comprendre et d'adhérer à la démarche du comité en étant sur place physiquement.



L'animation des rencontres et la dynamique

Une formule de co-animation a été prévue et mise en place pour les séances de chacun des CPSSS. Ainsi, dans les rencontres observées, l'animation était réalisée conjointement par le conseiller à la GIRPSSS dédié au comité et par le gestionnaire en charge du comité. Cette formule de co-animation prenait toutefois une couleur différente dans chaque comité dépendamment de la place prise par les gestionnaires-leaders. Celle-ci semblait influencée notamment par le niveau d'avancement des comités : plus le démarrage des comités s'était fait tôt, plus les gestionnaires en place semblaient maîtriser les notions de gestion des risques et plus ils étaient impliqués dans l'animation, les échanges, la réponse aux questions, etc. Pour trois des CPSSS, ceci était probablement aussi influencé par le fait que les gestionnaires-leaders ont été substitués par d'autres au courant de l'année. Certes, l'implication des gestionnaires-leaders dans les CPSSS est perçue par l'équipe de GIRPSSS comme un élément incontournable pour le bon déroulement des activités.

Concernant la dynamique des rencontres, au démarrage des comités, les séances observées étaient particulièrement axées sur l'appropriation de la démarche par les participants. En introduction, on expliquait aux acteurs qu'il s'agissait de leur comité, que l'objectif était de construire ensemble et que leur présence servait à nourrir le comité à partir de ce qui se passe au quotidien dans leurs secteurs d'activités. Les conseillers prenaient aussi le temps d'expliquer en quoi consiste la GIRPSSS, la philosophie souhaitée, les objectifs et la structure de gouverne

élaborée. Un moment était aussi prévu afin d'examiner les statistiques propres à chacun des continuums concernant les événements indésirables déclarés. De plus, dans chacun des comités, des ateliers étaient organisés avec les participants afin d'identifier les situations à risques les plus fréquentes ou les plus susceptibles de survenir dans leurs secteurs respectifs. Les résultats de ces ateliers permettaient ensuite de réfléchir en groupe sur l'élaboration de plans d'action propres à chacun des continuums. Au fil du temps, d'autres thèmes ou points de discussion ont été ajoutés aux rencontres, notamment le retour sur certaines recommandations émises par le Bureau du coroner ou dans le cadre de CREX, des suivis sur les plans d'action en développement et sur le taux de déclarations des événements indésirables.



L'évaluateur a retenu de ses observations que les co-animateurs donnaient une large place aux questions et commentaires dans les rencontres. Une approche simple et positive était visible et l'information était toujours présentée dans une perspective d'amélioration continue, ce qui est cohérent avec la philosophie souhaitée par l'implantation du système de management de GIRPSSS. L'utilisation de l'approche Lean a aussi été dénotée dans l'animation de certains conseillers de l'équipe de GIRPSSS (par exemple, la schématisation de l'information sous forme d'Ishikawa et l'utilisation de la matrice effort-impact lors de l'élaboration des plans d'action).

La réponse aux attentes prévues de l'organisation

Selon la collecte de données réalisée, l'évaluateur a pu constater que les CPSSS permettent une appropriation collective de la gestion des risques, ce qui rejoint certains principes directeurs préconisés par l'implantation du système. De même, au regard des mandats initialement élaborés pour les CPSSS, plusieurs semblent se concrétiser comme prévu dans les comités, particulièrement ceux axés sur le suivi d'indicateurs propres au continuum de soins et services, l'analyse « à priori » des processus des différents domaines de risques et l'élaboration de programmes d'action qui découlent des analyses effectuées. Le *Tableau 9*, présenté à la page suivante, identifie les plans d'action en développement dans chacun des CPSSS. À noter que certains comités se sont formés plus tardivement, ce qui influence l'état d'avancement des travaux pour ceux-ci⁸.

Ceci dit, un enjeu semble présent pour les mandats de nature plus transversale de ces comités. D'une part, dans quatre des CPSSS, les acteurs ont discuté de stratégies de communication claires au sein du continuum de soins et services afin d'assurer une circulation de l'information hors du comité, lesquelles amènent les gestionnaires à s'impliquer en faisant des suivis (par exemple : lors de rencontres de direction). Pour les autres CPSSS, cette question n'a pas été soulevée clairement et il est actuellement difficile de savoir à quel point l'information se retransmet en dehors des rencontres (au-delà du bouche-à-oreille).

⁸ La collecte de données à cet égard s'est réalisée en juillet 2017.

Tableau 6 - Les actions en développement dans chacun des CPSSS

CPSSS	Principales actions citées
DI-TSA-DP	<p>Le plan d'action élaboré vise l'amélioration de la sécurité de la clientèle au regard de l'administration des médicaments dans les différents milieux de vie.</p> <p>-Action en développement : Un programme d'audit sur l'administration des médicaments.</p> <p>-Actions déjà réalisées : 1-La production d'une directive afin de sensibiliser à l'application des politiques et procédures sur la gestion et la distribution des médicaments. 2-La mise en place temporaire d'un sous-comité sur la gestion des médicaments.</p>
SAPA	<p>Le plan d'action élaboré prévoit le développement d'outils visuels divers afin de sensibiliser à la déclaration des événements indésirables et d'améliorer la conformité des formulaires AH-223.</p> <p>Des travaux sont en cours pour l'actualiser.</p>
Santé mentale et dépendance	<p>Le plan d'action est en développement. Les objectifs ciblés jusqu'à maintenant :</p> <p>1-Identifier les situations à risques dans le continuum. 2-Promouvoir le CPSSS auprès des équipes, gestionnaires et médecins. 3-Augmenter la connaissance et l'habileté sur la déclaration des incidents/accidents chez les intervenants psychosociaux. 4-Réaliser une analyse prospective liée à la sécurité des usagers.</p>
DSI - Gestion des opérations en santé physique	<p>Le plan d'action est en développement; les travaux se poursuivront à l'automne.</p> <p>Pour l'instant, le plan d'action cible les « quick win ».</p> <p>Les risques identifiés touchent principalement le matériel, la communication et la prise en charge lors de transferts-admissions.</p>
Services diagnostiques	<p>Le plan d'action est en élaboration; le comité travaille à développer son entité, et ce, en cohésion avec les tables qualités déjà présentes. Les membres s'entendent pour dire que, dans un premier temps, le plan d'action devra cibler le développement de la culture de sécurité dans les équipes-terrains en misant notamment sur une déclaration accrue des événements indésirables.</p>
Cancer et soins palliatifs	<p>Les actions en discussion actuellement :</p> <p>1-Planifier des midis-discussions de situations cliniques pour les intervenants du continuum.</p> <p>2-Viser une meilleure connaissance du AH-223 auprès des intervenants du continuum.</p> <p>3-Viser une meilleure identification des AH-223 en soins palliatifs.</p>
Jeunesse et Protection de la jeunesse	<p>Le comité travaille actuellement à préciser un projet commun.</p> <p>Le thème retenu concerne les bris de confidentialité.</p>
Bloc opératoire et stérilisation	<p>Le comité s'est centré jusqu'à maintenant sur l'identification des divers domaines de risque présents dans le continuum pour chaque étape de la trajectoire de service (ex. : au niveau de la requête opératoire, de l'évaluation préopératoire, du programme de chirurgie, de l'accueil des usagers, etc).</p> <p>Le plan d'action sera élaboré à l'automne prochain.</p>

Note: Certains comités se sont formés plus tardivement, ce qui influence l'état d'avancement des travaux.

D'autre part, un enjeu semble également présent en ce qui a trait à la communication transversale de l'information entre les CPSSS, afin de permettre le transfert ou l'intégration plus large de différentes actions jugées pertinentes. À ce stade de l'implantation, ce lien semble peu se faire. Les conseillers à la GIRPSSS le confirment et mentionnent que les comités ne sont pas nécessairement rendus à cette étape. Néanmoins, consciente de cet enjeu, la chef de service de la GIRPSSS a organisé une rencontre avec les conseillers au printemps 2017, afin qu'ils échangent spécifiquement et formellement sur l'état d'avancement des travaux pour chacun des CPSSS. Elle souligne aussi que cette démarche se poursuivra à l'automne. Le mandat lié à la communication transversale de l'information entre les CPSSS semble donc revenir, pour le moment, à l'équipe de GIRPSSS plutôt qu'aux comités eux-mêmes.



Pour ce qui est de la fréquence et de la durée des rencontres des CPSSS, fixée au départ aux huit semaines et pour une durée de deux heures, la formule semble bien fonctionner globalement. Afin de faciliter l'arrimage des agendas, le calendrier des rencontres a été fixé au démarrage des comités (dans les premières rencontres de chacun). Pour la durée, en cours d'implantation, certains des conseillers ont préféré faire un ajout de 30 minutes aux rencontres, afin de pouvoir couvrir l'ensemble de l'ordre du jour prévu.



La satisfaction des membres

L'*Annexe B* présente, sous forme de graphiques, les résultats obtenus par les sondages de satisfaction distribués dans les CPSSS par l'évaluateur. Ceux-ci révèlent un degré de satisfaction élevé chez l'ensemble des participants à chacune des questions fermées (à choix de réponses), lesquelles questionnaient l'organisation des rencontres, les thèmes ou points abordés, la composition des comités, leur fonctionnement et la réponse perçue aux attentes de l'organisation (mandats)⁹. En outre, l'analyse qualitative des réponses émises indique que les participants ont particulièrement apprécié la qualité des échanges et les discussions constructives lors des réunions, l'animation et l'approche d'ouverture et d'adaptation utilisée, de même que la composition diversifiée des groupes en termes d'intervenants cliniques et de représentation géographique. Une autre question ouverte questionnait les pistes d'amélioration possibles pour les comités, mais l'information obtenue était peu consistante. Plusieurs personnes ont indiqué qu'elles ne pouvaient pas répondre à cette question à cette étape et quelques personnes ont fait des suggestions concrètes et ciblées (par exemple : réduire la quantité de statistiques examinées, grossir le caractère des graphiques présentés, faire l'ajout d'un intervenant social sur un comité). Il faut dire que les quelques pistes d'amélioration émises étaient généralement nommées verbalement (et non seulement à l'écrit) lors des rencontres, ce qui a permis aux animateurs, lorsqu'appropriés, de faire les ajustements ou correctifs au fur et à mesure (pour les rencontres suivantes).

À noter aussi qu'un deuxième sondage a été développé en cours d'implantation, au printemps 2017, par l'évaluateur. Son utilisation était facultative et ciblait davantage trois CPSSS où l'adhésion de certains membres semblait incertaine (par exemple : en raison d'un taux d'absentéisme élevé dans les rencontres, ou encore, considérant la participation limitée de certains dans les échanges). L'outil conçu visait à questionner les acteurs quant au fonctionnement du comité et quant aux retombées qu'il permet à l'égard du développement d'une culture de sécurité partagée; il permettait du même coup de sensibiliser davantage les membres à la démarche du comité. (L'objectif n'était toutefois pas de produire de nouvelles statistiques.) Dans l'un des CPSSS, le recours à cet outil a non seulement permis de faire ressortir à nouveau la satisfaction globale des membres, mais également une piste d'amélioration intéressante : quelques membres ont fait ressortir le besoin qu'un plan d'action tangible se concrétise. Des ajustements sont donc en cours afin de répondre à ce besoin.



⁹ À noter que les résultats issus de ce sondage sont présentés de manière globale pour l'ensemble des CPSSS, puisque les données obtenues ne montraient pas de différences entre chacun des comités.

4.2.2. CEA

Pour documenter le fonctionnement du CEA, l'évaluateur a pu assister à trois rencontres (à l'automne et l'hiver 2016, puis au printemps 2017), dont la troisième qui se réalisait par conférence téléphonique. Des échanges avec les conseillers de l'équipe de GIRPSSS en tête du comité ont aussi permis d'enrichir la collecte d'informations. Un sondage de satisfaction a aussi été distribué aux membres du comité.

La composition

Comme convenu au départ, les rencontres observées se composaient de conseillers-cadres de la DSI (clientèle SAPA et médecine) et de la DSM (secteur santé physique), d'un chef de service du département de la pharmacie (à la DSP), puis de deux conseillers de l'équipe de GIRPSSS en charge du comité, lesquels assuraient l'animation des rencontres. En cours de route, un directeur adjoint du programme SAPA (volet SAD et hébergement) s'est greffé au comité et, plus tardivement, le directeur adjoint de la DSI (volet pratiques professionnelles et développement clinique). Notons que les membres n'étaient pas toujours tous présents aux rencontres et qu'aucun médecin ne s'est joint au comité à ce jour.



La fréquence des rencontres

Le calendrier des rencontres depuis le démarrage du comité a été le suivant : 24 février 2016, 15 juin 2016, 14 septembre 2016, 13 décembre 2016, 9 février 2017 et 3 mai 2017. Ainsi, la fréquence des rencontres n'a pas eu lieu aux huit semaines comme fixé au départ. Il faut dire que le calendrier des rencontres établi au démarrage du comité prévoyait davantage de séances, certaines ayant été annulées en cours de route pour différentes raisons (dont l'arrimage des agendas difficile et l'avancement modéré des travaux).

Le contenu des rencontres

Au niveau des sujets traités, les deux premières rencontres observées (septembre et décembre 2016) furent principalement centrées sur la planification d'un projet pilote s'inspirant des meilleures pratiques en matière de prévention des chutes et découlant d'une recommandation ministérielle. Les échanges à ce propos portaient notamment sur l'élaboration de la charte de projet, les modalités à mettre en place, les contraintes de faisabilité présentes dans les secteurs cliniques concernés, le plan de communication à déployer et le devis d'évaluation élaboré. Pour terminer les rencontres, les animateurs prenaient quelques minutes pour rapporter en rafale des événements sentinelles survenus dans différents secteurs cliniques. Quelques pistes de solutions étaient discutées, mais sans nécessairement convenir de mesures à mettre en place, puisque les membres présents estimaient que ces réflexions devaient se faire davantage dans d'autres comités cliniques d'amélioration continue (par exemple, le comité de mesures de contrôle, le comité de pharmacologie, etc.).

Lors de la deuxième rencontre, le lien du comité avec les différents CPSSS fut quelque peu discuté. Les acteurs présents ont mentionné leur intérêt à être informés des éléments à portée régionale. L'un d'eux a suggéré la création d'un dossier électronique commun, afin que les membres du CEA puissent consulter les comptes rendus des CPSSS. Toutefois, cette mesure n'a pas été actualisée pour une raison de confidentialité. Il a aussi été convenu que les CPSSS puissent acheminer des questions au CEA concernant la recherche de pratiques exemplaires. Or, cette situation ne s'est pas présentée à ce jour. Selon les conseillers de l'équipe GIRPSSS, les CPSSS ne présentent pas ce besoin parce que les experts de contenu siègent sur ces comités (ex. : les conseillers en soins, les coordonnateurs professionnels, etc.).

Les échanges de la troisième rencontre observée ont davantage été axés sur l'analyse de différentes situations à risques pour la sécurité des usagers, notamment par l'examen de statistiques régionales relatives à certains domaines de risques. Lors de cette rencontre, l'un des membres a émis un questionnement quant à la pertinence de sa participation au comité.

La satisfaction des membres

Un sondage de satisfaction a été distribué aux membres lors de la deuxième présence de l'évaluateur dans le comité (en décembre 2016). Un total de six personnes a participé à ce sondage, sur un potentiel de huit personnes membres au moment de cette rencontre. Les résultats obtenus pour chacun des thèmes montrent que les membres ont généralement été assez satisfaits du comité quant à l'organisation des rencontres, aux points abordés, sa composition et son fonctionnement. Pour la question portant sur la réponse aux attentes de l'organisation, les résultats étaient plus nuancés : deux personnes ont souligné que le comité avait une trop jeune expérience pour pouvoir juger de cet aspect et deux autres personnes ont révélé que le comité répondait « moyennement » aux attentes de l'organisation. Une personne percevait que le comité répondait « un peu » aux attentes de l'organisation, tandis qu'une autre a indiqué au contraire que le comité y répondait « complètement ».

En outre, l'analyse qualitative des commentaires émis indique que les membres ont tous apprécié la dynamique des rencontres pour l'approche d'ouverture et d'écoute utilisée. Une personne a aussi mentionné la présence avantageuse du directeur adjoint de la DSI (volet pratiques professionnelles et développement clinique) dans les rencontres, compte tenu de son rôle décisionnel et de sa vision régionale. La seule piste d'amélioration suggérée concernait l'envoi de la documentation de manière plus hâtive avant les rencontres.

L'examen des travaux réalisés dans le comité

Dans le cadre d'une évaluation d'implantation, l'évaluateur collige habituellement des informations afin d'examiner si le programme implanté est en train de réaliser ce qu'il avait prévu faire. Ainsi, à la suite des rencontres observées et du sondage de satisfaction réalisée, l'évaluateur s'est questionné en ce sens.

Selon l'observation de la dynamique des rencontres, des thèmes abordés et de certains commentaires émis sur le rôle du comité, l'évaluateur se questionnait sur la compréhension des acteurs quant à l'entité du comité lui-même, et ce, en parallèle avec les autres comités des niveaux tactique et stratégique du système de management de GIRPSSS et par rapport aux comités d'amélioration continue (externes à la structure GIRPSSS). Le rôle du CEA semblait difficile à cerner; la concordance avec les mandats élaborés initialement pour ce comité était aussi difficile à établir. Le caractère plutôt générique des mandats est possiblement venu influencer cette confusion. L'absence de gestionnaire en tête du comité était peut-être également un facteur moins favorable à son bon fonctionnement.

En définitive, dans l'esprit de l'approche d'évaluation évolutive utilisée, l'évaluateur a rapidement fait part de son questionnement aux « fondateurs » du système et aux leaders du comité. Cet échange a permis de comprendre le besoin de faire le point sur cette situation à l'interne et avec les membres du comité. Une rencontre est prévue à l'automne 2017, afin d'analyser plus en profondeur cet aspect et d'apporter des ajustements (s'il y a lieu). Différents éléments pourront être discutés avec les participants, tels que les mandats du comité versus ceux des autres comités, le rôle attendu des membres, les suggestions d'amélioration afin d'optimiser les travaux du comité (notamment quant aux liens avec les CPSSS), etc.



4.3. Déploiement du niveau opérationnel : les CREX

L'information présentée dans cette section implique des sources de données variées, dont la documentation systématique de 18 CREX (voir le portrait à l'Annexe C), le cumul de renseignements dans le journal de bord interactif et les données issues du *Registre des événements indésirables* produit par l'équipe de GIRPSSS (les données de ce registre étant consignées sous forme de bulles informatives tout au long de ce chapitre).

Pour débiter cette section, la figure 4 de la page suivante présente le *Cycle de traitement des événements indésirables jusqu'à la réalisation d'un CREX*. Elle montre que le processus de gestion des événements repose sur différentes étapes successives, certaines étant préalables à la réalisation du CREX et d'autres étant subséquentes au CREX. Au cœur du processus se trouvent le jugement professionnel et les possibilités de modulations qui entrent en jeu à toutes les phases, lesquelles sont influencées par l'approche de codéveloppement¹⁰ présente dans le fonctionnement de l'équipe de GIRPSSS au quotidien.

À noter que le processus proposé dans cette figure se veut synthétique et simple, afin d'illustrer de manière générique les actions posées par l'équipe de GIRPSSS, lesquelles vont bien au-delà de la simple réalisation d'un CREX. Ce processus s'applique aux événements variés faisant l'objet d'un CREX, souvent de gravité G, H et I, mais parfois aussi de gravité moindre dépendamment d'autres critères auxquels ils répondent. Les lignes suivantes décortiquent chacune des cellules contenues dans cette figure, permettant ainsi d'énoncer les résultats obtenus pour chaque étape du processus.

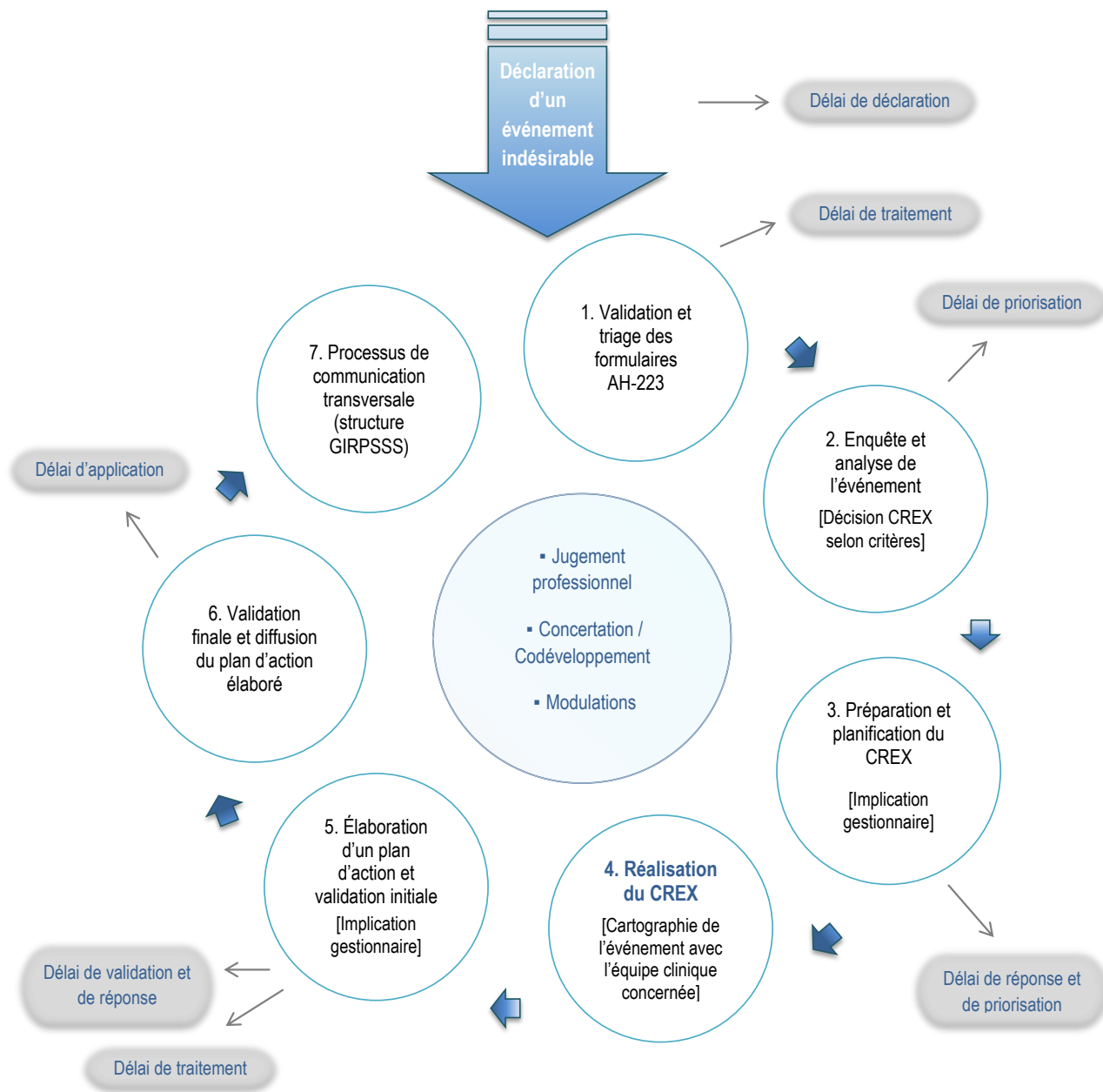
La déclaration d'un événement indésirable

Bien entendu, le cycle de traitement des événements indésirables jusqu'à la réalisation d'un CREX débute à partir du moment où un événement indésirable est déclaré auprès des techniciens de l'équipe de GIRPSSS via le formulaire AH-223, tel que prescrit par la *Politique de déclaration des incidents et des accidents* du CISSS de Chaudière-Appalaches (voir Chapitre 2). Une bulle grise soulignant le délai de déclaration est ajoutée d'emblée à cette étape, puisqu'il s'agit d'un enjeu substantiel dans la collecte d'information. Le délai de déclaration est dit variable par les parties prenantes, lequel serait influencé entre autres par le niveau d'adhésion ou d'avancement des différents secteurs d'activités en matière de culture de sécurité. On pourrait penser aussi que ce délai puisse être influencé par la gravité de l'événement concerné, mais certains conseillers soulignent que même des accidents ayant un facteur G, H ou I de gravité tardent, parfois longtemps, à être déclarés. Certes, comme le montrent certains plans d'action en développement dans les CPSSS (voir le tableau 9 de la section précédente), la lourdeur du formulaire AH-223 semble représenter un facteur contraignant notable (voir l'outil exposé à l'Annexe D). Le mode de déclaration utilisé (mode manuscrit versus mode électronique) est aussi évoqué comme un facteur qui influence le délai de déclaration. La méthode électronique (non accessible dans tous les points de service actuellement) permettrait une décentralisation quant à la saisie des formulaires et, en contrecoup, une diminution des délais (particulièrement lorsque l'analyse sommaire d'une déclaration tarde à être traitée par un gestionnaire¹¹).

¹⁰ Le terme *codéveloppement* paraît approprié puisque les conseillers à la GIRPSSS travaillent en concertation, en mettant l'accent notamment sur l'autoformation, le partage d'expériences et la réflexion collective, ceci afin d'élargir les capacités d'action et de réflexion de chacun.

¹¹ En fait, le mode électronique permet d'effectuer une vigie des déclarations en attente de complétion par le gestionnaire, ce qui permet au service GIRPSSS d'effectuer un rappel personnalisé auprès du gestionnaire.

Figure 4 - Cycle de traitement des événements indésirables menant à la réalisation d'un CREX¹²



¹² La figure proposée ici se veut synthétique et simple ; elle s'inspire du schéma fonctionnel de GIRPSSS pour les événements F-G-H-I (présenté à l'Annexe F) qui présente beaucoup plus en détail les rôles des différents membres de l'équipe de GIRPSSS à chacune des étapes.

Consciente de cet enjeu, en cours d'implantation (à l'hiver 2017), la chef de service de la GIRPSSS a réalisé avec son équipe un atelier kaizen (approche Lean) examinant notamment les facteurs entourant le délai de déclaration. Cet exercice a permis, entre autres, de mettre en place une stratégie afin de sensibiliser davantage les intervenants et les gestionnaires à l'importance de déclarer les événements indésirables sans tarder, particulièrement pour ceux ayant des conséquences majeures. Ainsi, un message de sensibilisation a été ajouté à l'ordre du jour de toutes les rencontres des comités des niveaux tactique et stratégique. Ce message de sensibilisation a aussi été ajouté aux boîtes téléphoniques des conseillers à la GIRPSSS ainsi qu'à celle de la chef de service. L'envoi systématique d'un message courriel aux gestionnaires à la fin de chaque période a aussi été devancé.



Étape 1 Validation et triage des formulaires AH-223

Tous les événements indésirables déclarés à la GIRPSSS sont validés et brièvement analysés par les techniciennes à la GIRPSSS. À cette étape, une révision des formulaires AH-223 est effectuée et des corrections sont apportées

Selon le *registre des événements indésirables*, **155 déclarations** ont fait l'objet d'une analyse par l'équipe de GIRPSSS entre le 19 janvier 2016 et le 31 mars 2017.

✓ s'il y a lieu (ex. : si le facteur de gravité inscrit n'est pas le bon, si l'événement n'est pas classé dans la bonne catégorie, etc.). Une bulle grise est ajoutée dans la figure pour cette étape car il est régulièrement nécessaire pour les techniciennes de communiquer avec le déclarant afin de valider des renseignements, ce qui augmente le délai de traitement. D'ailleurs, l'atelier kaizen réalisé par l'équipe de GIRPSSS à l'hiver 2017 s'est aussi intéressé à la conformité des formulaires AH-223 reçus. Cet exercice a permis de constater, entre autres, que 75 % des formulaires n'étaient pas complétés adéquatement, ce qui engendrait une augmentation considérable du délai de traitement compte tenu du temps passé à tenter

de joindre le signataire pour obtenir des clarifications. Différentes pistes de solutions afin d'augmenter la conformité des formulaires reçus ont ainsi été identifiées, par exemple : la création de gabarits, de capsules expliquant comment compléter le formulaire, etc. À ce jour, le délai de traitement des techniciennes est considérablement amélioré : le taux de conformité des formulaires s'est amélioré de plus de 5 %, le temps de relecture des rapports AH-223 a diminué, de même que le délai entre la complétion du AH-223 et la saisie au registre national du MSSS (baisse de 2 jours)¹³.



Les techniciennes effectuent aussi à cette étape un premier triage des événements en fonction de leur gravité et de la récurrence observée dans un même secteur d'activité. Lorsqu'il y a lieu, elles informent rapidement les conseillers des cas nécessitant une enquête plus approfondie et potentiellement éligible pour un CREX.

Les agentes administratives sont aussi impliquées en étant responsables de la saisie de l'information contenue dans les formulaires AH223.

Étape 2 Enquête et analyse de l'événement

À la suite du triage, les événements ciblés sont ensuite enquêtés afin de déterminer s'il est pertinent ou non d'organiser un CREX. Les conseillers à la GIRPSSS sont les maîtres d'œuvre pour cette étape. L'enquête est essentiellement réalisée auprès des témoins de l'événement (par différentes formes d'entrevues individuelles), de même qu'auprès du gestionnaire du secteur concerné. Cette enquête préliminaire permet aux conseillers de mieux comprendre l'événement en questionnant les faits (la description de l'événement et le contexte), les causes, les

¹³ Ces données ont été mesurées dans le cadre de l'atelier *kaizen*.

facteurs contributifs, les conséquences découlant de l'événement et les recommandations qui semblent en ressortir d'emblée afin d'éviter qu'une situation similaire ne se reproduise.

Différents critères sont utilisés afin de déterminer s'il y a pertinence ou non d'un CREX, l'équipe GIRPSS ayant mis sur papier ces critères au printemps 2017 (élaboration d'un algorithme lors d'une rencontre organisée spécifiquement pour cet aspect). Le premier critère d'analyse de la pertinence concerne la gravité de l'événement en cause, à savoir s'il présente un facteur G, H ou I de gravité ou s'il s'agit d'un événement sentinelle (tel que défini par les critères de l'Annexe 8 de la politique de déclaration¹⁴). Il est à noter qu'en début d'implantation, le facteur F de gravité était aussi considéré comme pertinent pour organiser un CREX; il fut retiré des critères en décembre 2016 compte tenu du volume considérable d'événements à traiter. Les événements de gravité F demeurent néanmoins sous surveillance et font l'objet d'une analyse sommaire.



Selon le *Registre des événements indésirables*, sur 155 déclarations ayant fait l'objet d'une analyse entre le 19 janvier 2016 et le 31 mars 2017, **102 ont été retenues pour un CREX.**

Au-delà de la gravité de l'événement, la récurrence de l'événement et son caractère évitable sont également considérés. Les conseillers utilisent aussi d'autres critères tels la présence d'un plan d'action en cours pour un événement similaire ou le fait que l'équipe ou l'unité concernée n'ait jamais fait l'expérimentation d'un CREX. Certes, le jugement professionnel prend une place importante à cette étape. Soulignons aussi que, s'il s'agit d'un événement sentinelle ou de gravité G, H ou I, la chef du service de la GIRPSS est avisée rapidement et s'assure des communications nécessaires avec le niveau stratégique, lorsqu'il y a lieu.

Le tableau suivant donne un aperçu de l'utilisation des critères par les conseillers à la GIRPSS. Il est à noter que les critères énoncés étaient quelques fois multiples pour un même événement, ce qui vient expliquer pourquoi la somme de chacun excède le nombre d'événements analysés.

Tableau 7 - Critères ayant mené à la réalisation d'un CREX pour les 18 cas documentés

Critères mentionnés par les conseillers à la GIRPSS	Nombre de cas
<i>Gravité de l'événement / cas sentinelle</i>	7
<i>Récurrence de l'événement</i>	5
<i>Présence d'un décès</i>	4
<i>Défaillance visible d'un processus et risque qu'un événement similaire se reproduise</i>	7
<i>CREX jamais expérimenté dans l'équipe</i>	3
<i>Événement sans conséquence grave, mais dont les circonstances sont particulières et méritent la réalisation d'un CREX</i>	3

¹⁴ L'Annexe 8 de la politique énumère et définit six types d'événement considérés sentinelles : 1- Les événements liés à une chirurgie ou à une procédure effractive, 2- Les événements liés aux instruments ou aux produits causant un décès ou une incapacité grave chez l'utilisateur, 3- Les événements liés à la protection des usagers (incluant un suicide ou une tentative de suicide), 4- Les événements liés à l'environnement (ex. : incident lié à la contamination du matériel médical, explosion, incendie, déversement de produits dangereux, etc.), 5- Les événements liés à la gestion des soins et 6- Les événements liés à la justice pénale (ex. : enlèvement, agression, acte criminel, etc.)

Une bulle grise soulignant le délai de priorisation est ajoutée à cette étape pour illustrer que le délai de traitement de l'événement par un conseiller à la GIRPSSS est variable en fonction de sa gravité par rapport aux autres intrants qui sont parfois fort nombreux. Encore ici, le jugement professionnel et les possibilités de modulations entrent particulièrement en jeu et le temps que passent les conseillers dans ces enquêtes n'est pas quantifiable, puisque chaque événement analysé est différent. (On mentionne néanmoins qu'il s'agit de l'une des étapes des plus exigeantes du processus).

Étape 3 *Préparation et planification du CREX*

Après avoir pris la décision d'organiser un CREX, il s'avère nécessaire de planifier la rencontre (date et salle) et surtout de réfléchir à « qui devrait y participer » dans le ou les continums de soins et services concernés, l'approche CREX privilégiant avant tout l'implication des acteurs du niveau opérationnel (œuvrant dans les équipes cliniques). À ce propos, les conseillers à la GIRPSSS soulignent qu'il est facilitant d'avoir des acteurs qui ont été témoins de l'événement dans la rencontre pour en faire l'analyse.

La collecte de données réalisée laisse voir que cette étape de planification présente des contraintes de délais (d'où l'ajout d'une bulle grise à cet effet dans la figure). En fait, la disponibilité limitée des gestionnaires et des autres parties prenantes rend la programmation des rencontres CREX souvent difficile. Cette difficulté serait augmentée lorsque plusieurs directions sont impliquées dans la rencontre. Aux dires des conseillers, ceci entraîne parfois de longs délais avant de boucler un processus de CREX, au risque de laisser place à la récurrence d'événements indésirables similaires. Les CREX documentés illustrent bien cette contrainte : quatre CREX sur 18 ont été réalisés après neuf mois ou plus de délai après l'événement et, pour trois de ces quatre cas, le long délai écoulé s'expliquait notamment par le fait que le conseiller responsable n'avait pas de réponse de la part du gestionnaire interpellé (plusieurs relances à faire, intervention de la chef du service GIRPSSS parfois nécessaire). Selon les conseillers l'ayant vécu, un long délai écoulé entre l'événement et le CREX peut constituer un facteur limitant pour l'animation des rencontres. Voici quelques exemples de leurs propos :

✓ Dans le *Registre des événements indésirables*, le **délai moyen** entre l'événement lui-même et la tenue du CREX est de **120 jours** calendrier.

- « Le long délai entre mon analyse et la rencontre CREX a eu un impact sur ma préparation; je sentais que je maîtrisais moins bien mon contenu. »
- « Plus le délai entre l'événement, l'analyse et le CREX est court, plus nous sommes précis dans nos réponses lorsque les gens nous questionnent sur l'événement. »
- « Des mesures avaient déjà été mises en place et le personnel avait changé. La pertinence de la rencontre était moindre à cette date, mais quand même utile. »

Il importe aussi de souligner que l'étape de préparation d'un CREX nécessite, pour les conseillers à la GIRPSSS, l'élaboration de différents outils servant à l'animation des rencontres (cartographies et autres types de tableaux visuels, préparation des dossiers). Le temps investi dans cette étape est variable selon le type d'événement concerné, par exemple selon leur complexité, leur caractère transversal ou non, le fait que plus d'un événement similaire soit examiné, etc.

Étape 4 Réalisation du CREX

La *Figure 1* (au Chapitre 2) mentionne que « Le CREX est une démarche organisée et systématique qui consiste à identifier ce qui s'est passé à la suite d'un événement indésirable. Il permet de tirer les meilleures leçons de l'expérience pour mieux maîtriser l'avenir et renforcer la sécurité des soins et des usagers. C'est une démarche de gestion des risques qui contribue à une prise en compte constructive de l'erreur et des événements indésirables, en vue d'améliorer la qualité des soins. » Un CREX peut donc se réaliser à n'importe quelle étape du continuum de soins et services. Ce type de rencontre est effectué avec l'équipe clinique concernée afin d'effectuer l'analyse complète et systématique d'un événement indésirable survenu et ayant montré un risque significatif de conséquences ou de préjudices pour l'utilisateur.

En début d'implantation, la réalisation d'un CREX impliquait toujours l'analyse d'un seul événement indésirable à la fois. En cours de route, à partir de l'hiver 2016, des formules variées ont été mises à l'essai, notamment par la réalisation de CREX double, triple ou parfois même quadruple. Cette formule de type

Dans le *Registre des événements indésirables*, parmi les **84 CREX** enregistrés entre le 19 janvier 2016 et le 31 mars 2017, on compte **4 CREX double**, **2 CREX triple** et **1 CREX quadruple**.

CREX multiple est ainsi utilisée lorsque les conseillers remarquent que des événements similaires se reproduisent dans un même secteur clinique et dans un intervalle de temps rapproché. Par exemple, un CREX triple a été organisé dans un CHSLD pour examiner trois événements de chutes similaires ayant eu des conséquences pour les usagers. Selon les essais réalisés, la formule *CREX multiple* est perçue comme avantageuse, car elle permet d'optimiser le temps des ressources du secteur clinique concerné. L'un des conseillers souligne aussi que le fait d'analyser

plusieurs événements du même coup permet de centrer l'animation et les échanges davantage sur les processus que sur une situation précise. Un autre conseiller souligne, à l'inverse, que la réalisation d'un *CREX multiple* pour quatre événements similaires rendait difficile l'animation et l'analyse des causes souches. On souligne aussi que le temps de préparation n'est pas réduit pour le conseiller qui utilise la formule *CREX multiple*, bien au contraire.

Une autre formule a aussi été proposée à l'été 2017 par la réalisation d'un *CREX en deux volets*, à savoir en deux rencontres distinctes, ceci afin de pouvoir analyser en profondeur deux processus liés à un même événement touchant deux secteurs cliniques différents. Selon le conseiller en ayant fait l'expérimentation, cette formule est utile lorsque les acteurs impliqués sont nombreux et proviennent de différents services et que le gestionnaire souhaite approfondir différentes perspectives d'amélioration.

Enfin, deux autres formules ont été mises à l'essai en cours d'année, mais dont les résultats ont été peu concluants :

- Une formule *CREX inséré dans une réunion d'équipe*, où tout le personnel de l'unité était présent.
- Une formule *CREX téléphonique* (certains membres en présentielle, d'autres par conférence téléphonique).

L'animation et le déroulement des rencontres

Peu importe quel conseiller de l'équipe de GIRPSSS se charge de la réalisation d'un CREX, la formule d'animation est très similaire pour chacun : une cartographie de l'événement est réalisée avec les participants (approche Lean), afin de visualiser par séquence et de manière chronologique l'événement concerné (quand, qui, quoi et comment). On discute ensuite des causes souches de l'événement (le pourquoi) et des aspects à améliorer dans le processus ayant mené à l'événement (le quoi faire), tout en soulignant les bons coups observés. Quelques variantes de

fonctionnement sont parfois nécessaires selon les situations analysées; par exemple : lorsque le CREX concerne plus d'un événement similaire ou lorsque le temps de la rencontre est limité.

L'un des éléments notables dans la formule d'animation utilisée concerne l'introduction des rencontres CREX par les conseillers. Selon les observations réalisées et aux dires des conseillers, ces quelques minutes d'introduction sont cruciales, car à ce stade de l'implantation, il s'agit souvent d'une première expérience pour les participants; ils ne connaissent pas exactement le but de la rencontre et certains s'y présentent visiblement avec une certaine méfiance ou appréhension (ce qui témoigne peut-être d'expériences antérieures axées sur le blâme). Ainsi, les conseillers prennent le temps d'expliquer l'objectif de la rencontre, en mettant l'accent sur l'examen des processus plutôt que sur les personnes et sur la notion d'amélioration continue. Ils prennent aussi le temps d'énoncer les règles qui prévalent pour la rencontre, soit celle de l'égalité et celle du respect : « *Dans cette rencontre, peu importe votre titre d'emploi, vous êtes tous égaux et toutes les opinions sont importantes. Nous travaillons tous dans le même objectif, celui d'améliorer les processus de travail.* » Cette mention semble faire une différence dans le déroulement des rencontres : certains participants le mentionnent verbalement et d'autres le démontrent par un changement d'attitude (ouverture, implication, écoute). L'approche utilisée par les conseillers lors des CREX donne, en quelques sortes, un visage humain à la gestion des risques.

Les données recueillies portent aussi à constater que le déroulement des rencontres est très convivial et que la formule utilisée engage les acteurs présents à s'impliquer dans les échanges en donnant leur point de vue. Ceci permet que les pistes d'amélioration ou de solution mises en lumière soient bien accueillies, puisqu'elles sont émises par les intervenants eux-mêmes. Les CREX semblent donc bien répondre aux attentes prévues de l'organisation : ils permettent cette proximité souhaitée avec les intervenants-terrain, passant par l'utilisation de l'intelligence collective. L'appréciation des participants à l'égard des CREX le confirme.¹⁵ Voici quelques exemples de commentaires qui reviennent régulièrement de la part de ceux qui expérimentent un CREX :

Dans le *Registre des événements indésirables*, l'appréciation des participants à l'égard des CREX se chiffre à une **moyenne de 9,12 sur une échelle de 1 à 10.**

- « Permet au personnel d'apporter des solutions. Très pertinent et convivial. »
- « On se sent écouté. Très informatif, cartographie, bonne préparation, bonne connaissance du dossier. »
- « Bien organisé, simple et efficace. Favorise travail interdisciplinaire. »
- « Bon travail d'équipe pour s'améliorer et nous rendre plus efficaces. »

L'un des commentaires positifs entendus de la part de quelques gestionnaires dans les CREX documentés concernait la formule utilisée (approche Lean) pour l'analyse des processus, plusieurs soulignant qu'ils prévoyaient reprendre cette approche par cartographie au quotidien dans leurs équipes.

Les acteurs présents

Les acteurs ciblés pour participer aux rencontres CREX peuvent varier en fonction des événements concernés. Les conseillers à la GIRPSSS déterminent, par leur analyse préliminaire de l'événement, quels acteurs devraient idéalement être présents lors de la rencontre et le communique au gestionnaire de l'équipe concernée. Un conseiller

¹⁵ Cette donnée est issue des petites fiches distribuées à la fin de chacun des CREX, lesquelles permettent aux participants de donner leur appréciation de la rencontre.

à la GIRPSSS explique aussi que « *le nombre de personnes invitées est très variable d'un CREX à l'autre; ça dépend de la place que donne le gestionnaire à la rencontre; ça dépend aussi du moment de la rencontre, même si on tente de s'adapter le plus possible à la réalité du milieu* ». Généralement, sont présents :

- Le gestionnaire d'équipe répondant pour le secteur de soins concerné par l'événement.
- Le conseiller à la GIRPSSS responsable du traitement de l'événement (à l'animation).
- Des professionnels et des intervenants concernés par l'événement analysé.
- Des médecins concernés par l'événement (lorsque jugé pertinent).
- Des conseillers en soins (lorsque jugé pertinent).

Aux dires des conseillers, différents imprévus peuvent survenir par rapport à la composition des rencontres de CREX : des absences non signalées à l'avance, des personnes qui quittent en cours de rencontre (parfois le gestionnaire), l'absence d'individus témoin de l'événement, etc. Comme déjà mentionné, les conseillers à la GIRPSSS indiquent qu'il est facilitant d'avoir des acteurs qui ont vécu l'événement dans la rencontre pour en faire l'analyse. Dans le cas contraire, ils expliquent que l'analyse des causes souches demeure plus limitée et davantage axée sur la supposition, ce qui entraîne parfois la production d'un plan d'action plus général ou moins ciblé. On souligne toutefois que, pour certains événements sensibles, ayant touchés le personnel présent sur le plan émotif, on donne libre choix aux individus d'assister ou non à la rencontre.

Le tableau suivant présente quelques exemples de composition des rencontres, tels que tirés des CREX documentés pour l'étude.

Tableau 8 - Quelques exemples de composition des rencontres CREX

Type d'événement	Type de CREX	Personnes présentes
Événements liés à l'environnement (explosion, incendie)	Crex double touchant des domaines de risques transversaux	Dix personnes invitées : L'assistant infirmier-chef pour l'unité concernée, le responsable du service santé et sécurité du travail, des représentants de l'entretien ménager (trois ouvriers, un coordonnateur), des représentants du service d'entretien et de réparation des installations (deux techniciens, le chef de service et le coordonnateur technique).
Événement lié à la protection des usagers (chute avec conséquence)	CREX simple en CHSLD	Cinq personnes invitées : Le chef d'unité, deux infirmières, un préposé aux bénéficiaires et un conseiller clinique en soins.
Événements liés à la gestion des services (bris de confidentialité)	Crex multiple lié à la récurrence d'événements similaires dans un même secteur d'activités	Sept personnes invitées : Deux archivistes, un travailleur social, le chef d'unité, un chef de secteur, l'assistant infirmier-chef, un conseiller en soins (mais un chef de secteur absent).
Événement lié à la protection des usagers (tentative de suicide)	CREX simple en milieu hospitalier	Quatre personnes invitées : Le chef d'unité concerné, un travailleur social, un infirmier, un préposé aux bénéficiaires, (mais aucun témoin de l'événement).

La durée des rencontres

La durée des rencontres est variable dépendamment de la formule utilisée (*CREX simple* versus *CREX multiple*) et surtout de la disponibilité des acteurs. Parmi les CREX documentés, les durées diffèrent, comme l'illustre le tableau ci-dessous. Dans certains secteurs cliniques, la durée des CREX est limitée à 30 minutes; les conseillers doivent donc être très habiles dans leur animation afin que les échanges demeurent centrés sur l'objectif. À ce propos, certains des conseillers expriment leur difficulté liée à la réalisation d'un CREX en moins de 60 minutes, soulignant qu'ils ont parfois, après coup, le sentiment d'avoir manqué de temps pour approfondir la recherche des causes souches, ce qui leur donne aussi parfois une impression de dédoublement par rapport à l'enquête préliminaire réalisée. L'un des conseillers précise aussi que les CREX de courte durée engendrent à l'occasion de l'insatisfaction chez les participants.

Tableau 9 - Durée des rencontres CREX documentées (n=18)

Durées mentionnées par les conseillers à la GIRPSSS	Nombre de cas
30 à 35 minutes	4
40 à 45 minutes	3
1 heure à 1 h 30 minutes	8
2 heures à 2 h 15 minutes	3

Étape 5 Élaboration du plan d'action et validation initiale

Après la réalisation d'un CREX, les conseillers à la GIRPSSS doivent faire la synthèse de l'information recueillie lors de la rencontre et procéder à la rédaction du plan d'action qui en découle (s'il y a lieu¹⁶). Pour la conception du plan d'action, ils utilisent un outil ou modèle préétabli afin d'harmoniser la méthode de travail de chacun. Ce modèle inclut les sections suivantes :

- Un sommaire de l'événement.
- Les titres d'emploi des participants du CREX.
- Un tableau énumérant les pistes d'amélioration identifiées lors du CREX, les mesures correctives associées, l'échéancier de réalisation pour chacune, les responsables et les collaborateurs attendus.
- Les bons coups identifiés dans le processus analysé.

Cet exercice nécessite que les conseillers valident l'information avec le gestionnaire du secteur de soins concerné par l'événement. Deux bulles grises, soulignant les délais de traitement, de validation et de réponse, sont ajoutées à cette étape puisqu'il s'agit d'enjeux considérables pour l'équipe de GIRPSSS. D'ailleurs, en janvier 2017, un atelier Kaizen a été organisé avec l'équipe de GIRPSSS, afin d'examiner le processus de communication des recommandations issues des CREX¹⁷. Les travaux issus de cet atelier ont donné lieu à la création d'outils concrets axés sur la réduction des délais (ex. : des aide-mémoires préconçus). Ils ont aussi permis aux conseillers de discuter

¹⁶ En effet, les CREX réalisés ne donnent pas toujours lieu à la production d'un plan d'action. Ceci s'explique notamment par le fait que, parfois, les mesures proposées ont déjà été mises en place au moment du CREX, ou encore parce que le CREX n'a pas donné lieu à l'identification de pistes de solution. Dans le *Registre des événements indésirables*, parmi les 84 CREX réalisés, 75 ont débouché sur un plan d'action.

¹⁷ Cet atelier Kaizen était réalisé par l'un des conseillers de l'équipe de GIRPSSS dans le cadre de sa formation Lean. Le but de cet atelier était de diminuer le délai entre le CREX et l'acheminement du plan d'action. Le délai moyen calculé à ce moment de l'implantation était de 21 jours, lequel fut réduit à sept jours à la suite des mesures mises en place.



de trucs et astuces afin de rendre cette étape de leur travail plus efficace. Par exemple, une nouvelle façon de faire pour l'après-CREX a été réfléchi : à la fin d'une rencontre CREX, on planifie maintenant d'emblée et dans un court délai un échange de 30 minutes avec le gestionnaire répondant, afin d'établir avec lui les priorités du plan d'action à produire; on prévoit également du temps à l'horaire pour la rédaction du plan d'action.

Par rapport à la contrainte des délais, une autre difficulté mentionnée par les conseillers à la GIRPSSS concerne la compréhension des gestionnaires quant aux recommandations émises à la suite des CREX. En effet, quoique ce ne soit pas systématique, certains gestionnaires n'ayant pas participé au CREX de l'événement concerné auraient parfois de la difficulté à comprendre le plan d'action formulé, entraînant ainsi un délai supplémentaire dans le processus d'approbation du plan d'action (car une révision du texte est demandée ou qu'une discussion est nécessaire au niveau stratégique). Cette contrainte serait observée dans les continuums où la culture de gestion des risques s'implante plus lentement. Ceci dit, aux dires des conseillers, plus l'implantation du système de management de GIRPSSS avance, moins cette réalité est présente, puisque les acteurs sont de plus en plus familiers avec la façon de faire.

À noter également qu'une lettre de remerciement est envoyée aux participants du CREX à cette étape du processus, et ce, à l'aide d'un outil préconçu.

Le contenu des plans d'action

Les plans d'action élaborés sont fort diversifiés, dépendamment du type d'événement analysé. Le tableau suivant énumère différentes pistes d'amélioration pouvant être proposées à la suite d'un CREX, selon l'examen de différentes sources de données disponibles (les CREX documentés, le *Registre des événements indésirables* et les échanges avec les parties prenantes de la démarche).

Tableau 10 - Pistes d'amélioration pouvant être proposées à la suite d'un CREX

La mise à niveau d'une méthode ou d'une règle de soins infirmiers (en cohérence avec les programmes et protocoles en vigueur).

L'ajustement d'une procédure de travail générale (ex. : la manière dont les formulaires sont complétés) ou l'ajout d'une nouvelle façon de travailler selon les bonnes pratiques (ex. : une nouvelle technique).

L'ajustement d'un processus lié à l'organisation des services (ex. : pour la prise des rendez-vous, le suivi des dossiers, leur classement ou leur circulation).

La mise à jour des connaissances par une formation ou le rappel de certaines procédures (ex.: ajout d'outils visuels, de capsules informatives).

L'ajustement ou l'ajout d'un mécanisme de communication (à l'interne d'un service ou entre différents services).

La clarification ou la bonification d'une trajectoire de service.

La clarification des rôles et responsabilités (à l'interne d'un service ou entre différents services).

Un ajustement ou un ajout lié aux équipements (ex. : changement d'appareil, ajustement dans l'utilisation d'un équipement).

Un ajustement ou un ajout lié à l'aménagement des lieux (environnement).

Une suggestion de bonification à l'égard d'un règlement, d'une directive ou d'une politique auprès des instances responsables.

Étape 6 Validation finale et diffusion du plan d'action

À cette étape, les conseillers à la GIRPSSS procèdent à l'envoi d'une lettre de recommandations par courriel, incluant le plan d'action élaboré lors du CREX (en version finale), auprès du gestionnaire responsable. Il est ensuite à la discrétion du gestionnaire de faire circuler ou non l'information auprès des personnes ayant participé au CREX. En définitive, à partir du moment où ils reçoivent cette lettre, les gestionnaires deviennent imputables de l'application des mesures énoncées afin de prévenir la récurrence d'événements similaires selon l'échéancier convenu. Un certain suivi des plans d'action diffusés semble néanmoins se réaliser par l'équipe de GIRPSSS. Le principal indicateur suivi quant à la mise en place des pistes d'amélioration tire sa source de l'échéancier contenu dans la lettre de recommandations. Lorsque l'échéancier d'une recommandation est atteint, les techniciens relancent les gestionnaires concernés afin de s'assurer que la recommandation est bien actualisée. Une bulle grise soulignant le délai d'application est ajoutée dans la figure pour illustrer la variabilité possible pour cet aspect, ce qui peut être influencé par différents facteurs dépendamment du type de mesures proposées à la suite du CREX.

Selon le *Registre des événements indésirables*, le **déai moyen** entre le CREX et l'envoi du plan d'action est de **35 jours**.

Étape 7 Processus de communication transversale

Le cycle de traitement des événements indésirables faisant l'objet d'un CREX se termine par une étape de communication transversale au sein du système de management de GIRPSSS (lorsqu'il y a lieu). Au niveau stratégique, le Comité de gestion des risques est ainsi informé des événements survenus, des CREX réalisés et des pistes d'amélioration qui en découlent. Par la suite, lorsque jugé pertinent, un lien peut se faire avec le *Comité de vigilance et de la qualité* (qui lui est en lien avec le Conseil d'administration). L'arrimage entre les différents comités du niveau stratégique demeure toutefois peu documenté par l'étude.

Au niveau tactique, les pistes d'amélioration qui découlent des CREX peuvent parfois être discutées dans les CPSSS, c'est-à-dire dans les continuums où les événements se sont présentés¹⁸, ceci lorsque les conseillers estiment que les mesures émises ont le potentiel de devenir des pistes d'amélioration régionalisées. Certains conseillers précisent toutefois que des mécanismes plus clairs sont à réfléchir afin d'optimiser le traitement de l'information au sein de l'équipe de GIRPSSS sous l'angle de cette *communication horizontale* au niveau tactique.

La divulgation subséquente

Il est à souligner également que cette étape de communication à la suite d'un CREX implique, lorsque pertinent, un mécanisme de divulgation subséquente auprès de l'utilisateur (et de ses proches, si nécessaire). Cette étape est d'ailleurs obligatoire lorsqu'il s'agit d'un accident avec conséquence (gravité F, G, H ou I). Les résultats du CREX sont ainsi présentés à l'utilisateur ou ses proches par le conseiller à la GIRPSSS l'ayant réalisé et des mesures de soutien lui sont offertes au besoin.

Cette notion de divulgation a été peu documentée dans le cadre de l'évaluation, puisqu'il s'agissait d'une exigence réglementaire (selon le *Règlement portant sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident et mesure de soutien*, lequel se réfère aux articles 8 et 235.1 de la LSSSS). Toutefois, l'un des conseillers à la GIRPSSS a tenu à mentionner à l'évaluateur qu'il se questionnait quant à son rôle dans la divulgation

¹⁸ S'il y a lieu, les conseillers s'assurent toujours de *dénominaliser* l'information dans un souci de respect de la confidentialité.


subséquente à la suite d'un CREX, soulevant ainsi l'idée que cette responsabilité puisse revenir au gestionnaire du service concerné par l'événement.

4.4. Synthèse des résultats obtenus quant à l'implantation et la mise en œuvre du système de management de GIRPSSS

Le tableau suivant dresse la synthèse du dernier chapitre en identifiant les éléments favorables et moins favorables à l'implantation ou au bon fonctionnement des activités de GIRPSSS. Il répertorie également les différents ajustements survenus en cours d'implantation (identifiés par le symbole d'engrenage) ainsi que les différentes pistes d'amélioration ou de réflexion ayant été identifiées en cours de processus par les acteurs impliqués ou l'évaluateur.

Tableau 11 - Synthèse des résultats obtenus sur l'implantation et la mise en œuvre du système

Thèmes documentés		Quels sont les éléments favorables à l'implantation ou au bon fonctionnement des activités?	Quels sont les contraintes ou les éléments moins favorables à l'implantation ou au bon fonctionnement des activités?	Comment l'implantation du modèle a évolué en cours de route? Quels ajustements sont survenus?	Quelles sont les pistes d'amélioration suggérées par les acteurs ou par l'évaluateur?	
Historique de l'implantation	Élaboration du modèle	Réalisation d'un diagnostic organisationnel / Modèle basé sur les meilleures pratiques.	Contexte de changement plus large : La création du CISSS-CA.			
	Mise sur pied de l'équipe de GIRPSSS	Formation de l'équipe dans le domaine Lean.				
	Stratégies de mobilisation	Démarrage de l'implantation : Tournée intensive de formation auprès des différentes directions.	Contraintes anticipées au départ : L'implication des intervenants cliniques, les déplacements, la mixité de certaines équipes (CPSSS).	Ajout de différentes stratégies de mobilisation en cours d'année : Intranet, système téléphonique centralisé, activités ponctuelles de sensibilisation, formations (nouveaux employés, gestionnaires, résidents, commissaires).	Mieux faire connaître le système téléphonique, harmoniser les formations offertes sur l'ensemble du territoire, offrir des formations aux médecins pratiquants et élaborer un plan de communication afin de consolider l'implantation.	
Niveau tactique	CPSSS	Répartition/ organisation	Zones communes plus limitées dans deux CPSSS.	Réorganisation des comités : Passage de cinq CPSSS à huit CPSSS.		
		Composition	Diversité des membres dans les CPSSS en terme de rôle joué dans l'organisation : Rôles cliniques, rôles de supervision et gestionnaires. / Représentation de tous les secteurs géographiques.	L'absence d'intervenants cliniques dans l'un des CPSSS.		Favoriser l'ajout d'intervenants-terrain dans le CPSSS concerné.
		Leadership	Prise en charge du comité par un gestionnaire avec rôle décisionnel et régional / Adhésion du leader à la démarche; connaissance et expérience antérieure en gestion des risques.	Prise en charge du comité par un cadre intermédiaire avec rôle sectoriel / Méconnaissance de la gestion des risques. / Changement de leader en cours de processus.		
	Animation/ dynamique	Participation de tous les membres en présentiel (déplacement physique) : Favorise la compréhension et l'adhésion. / Animation marquée d'ouverture, d'écoute et laissant place aux échanges; approche cohérente avec la philosophie souhaitée. / Sondage de satisfaction concluant quant à l'organisation des rencontres, les points abordés, le fonctionnement et la composition des comités.	Formule hybride <i>mi-présentielle, mi-visioconférence</i> .	Ajout d'un second sondage de satisfaction en cours de route dans certains CPSSS où l'adhésion semblait incertaine.		
	Réponses aux attentes organisationnelles	Activités permettant une appropriation collective de la démarche. / Concrétisation des mandats axés sur l'analyse <i>à priori</i> des divers domaines de risques et l'élaboration de plans d'action qui en découlent.	Enjeu communicationnel : Circulation de l'information à l'extérieur des rencontres dans chaque continuum, circulation transversale de l'information entre les CPSSS.	Ajout de réunions d'équipe GIRPSSS visant spécifiquement l'examen des travaux réalisés dans chaque CPSSS.	Poursuivre la mise en place de mécanismes favorisant la communication verticale et horizontale de l'information au sein de la structure de GIRPSSS.	
	CEA	Composition/ leadership	Sondage de satisfaction concluant quant à l'organisation des rencontres, les points abordés, le fonctionnement et la composition du comité.	Leader du comité non gestionnaire. / Questionnement quant à la compréhension des mandats.	Ajout de membres au comité en cours de route selon la pertinence.	
Dynamique		Sondage de satisfaction faisant ressortir l'approche d'ouverture et d'écoute utilisée.	Rencontres surtout centrées sur l'élaboration d'un projet pilote spécifique.		Pistes de réflexion pour le CEA : Les mandats initiaux étaient-ils trop génériques? Est-ce qu'un gestionnaire devrait être en charge du comité? Comment le CEA devrait-il être en lien avec les CPSSS? Comment faire une distinction claire avec les comités d'amélioration continue externes à la GIRPSSS?	
Réponses aux attentes organisationnelles			Sondage de satisfaction peu concluant quant à la réponse aux attentes de l'organisation.	Rencontre planifiée afin de réexaminer les mandats du comité et le rôle des participants.		
Niveau opérationnel	Déclaration des événements		Variabilité dans le délai de déclaration des événements. / Lourdeur du formulaire AH-223; mode de déclaration manuscrit.	Kaizen examinant les facteurs entourant le délai de déclaration, lequel a permis de mettre en place des stratégies, afin de sensibiliser à l'importance de déclarer sans tarder.	Rendre disponible <i>la déclaration électronique</i> dans tous les points de service, (ce qui permettrait une décentralisation de la saisie des formulaires).	
	Validation et triage		Délai de traitement : Grande variabilité dans la manière dont les formulaires sont complétés.	Kaizen examinant la conformité des formulaires AH-223 reçus : Différentes pistes de solutions identifiées (ex. : Création de gabarits, de capsules explicatives, etc.)		
	Enquête et analyse des événements	Jugement professionnel, possibilités de modulation et approche de codéveloppement.	Volume considérable d'événements à enquêter : Occasion des délais (priorisation nécessaire).	Réunion de travail organisée afin de clarifier les critères de pertinence à la réalisation d'un CREX (développement d'un algorithme) / Retrait du facteur F de gravité comme critère pour organiser un CREX.		

Thèmes documentés		Quels sont les éléments favorables à l'implantation ou au bon fonctionnement des activités?	Quels sont les contraintes ou les éléments moins favorables à l'implantation ou au bon fonctionnement des activités?	Comment l'implantation du modèle a évolué en cours de route? Quels ajustements sont survenus? 	Quelles sont les pistes d'amélioration suggérées par les acteurs ou par l'évaluateur?
Niveau opérationnel (suite)	Préparation des CREX		Contrainte de délais entre l'événement lui-même et la tenue du CREX (arrimage des agendas difficiles, surtout pour les gestionnaires) : Impacts sur la préparation, le déroulement du CREX et le résultat.		Délai pour planifier le CREX : Travail de sensibilisation à poursuivre auprès des gestionnaires.
	Réalisation des CREX				
	Formules	CREX multiples : Permettent de centrer l'animation et les échanges davantage sur les processus / CREX en deux volets pertinent afin de pouvoir analyser différents processus liés à un même événement.	CREX multiples : Temps de préparation plus long / CREX quadruples : Analyse des causes souches plus difficile / CREX en réunion d'équipe, CREX téléphonique : Formules non concluantes.	Essai de formules variées : CREX simple, CREX multiples, CREX en deux volets, CREX en réunion d'équipe et CREX téléphonique.	
	Animation et déroulement	Méthode de travail (approche Lean : cartographie des événements) / Approche utilisée en introduction axée sur l'ouverture, l'égalité et le respect / Approche et formule en général : Implique les acteurs, permet la proximité avec le terrain et l'utilisation de l'intelligence collective.			
	Composition		Contraintes : Des absences non signalées à l'avance, des personnes qui quittent en cours de rencontre, l'absence d'individus-témoins de l'événement, l'absence du gestionnaire du service concerné.		
	Durée		Durées variables : CREX court : Plus limitant pour l'analyse des causes souches et l'identification de pistes de solutions.		
	Élaboration des plans d'action	Utilisation d'un modèle standardisé.	Délai de traitement, de validation et de réponse / Validation compliquée si le gestionnaire concerné était absent lors du CREX.	Kaizen par l'une des conseillères visant à réduire le délai entre le CREX et l'acheminement du plan d'action / Méthode convenue pour l'après-CREX : À la fin du CREX, planifier d'emblée un échange de 30 min avec le gestionnaire concerné.	Piste de réflexion : Lorsque le gestionnaire concerné est absent du CREX, devrait-on reporter la rencontre?
	Validation finale et diffusion des plans d'action	Suivi effectué par l'équipe de GIRPSSS quant à l'actualisation des mesures proposées par les plans d'action.	Délai d'application des mesures correctives possiblement variable (aspect peu documenté).		
	Communication transversale (verticale et horizontale)	(Thème peu documenté.)	(Thème peu documenté.)		Suggestion d'optimiser la communication horizontale de l'information au niveau tactique.
	Divulgateion				

Production : Service évaluation et performance des programmes et des services, DQPE, septembre 2017

5. Retombées et impacts associés à l'implantation du système

Cette partie des résultats est complémentaire, en ce sens qu'elle vise à enrichir l'ensemble de la démarche évaluative. Elle aborde les retombées perçues et les impacts de performance possiblement liés à l'implantation du système de management de GIRPSSS. Une première section aborde les données obtenues par la réalisation d'un sondage final sur les retombées perçues de l'implantation du système de management de GIRPSSS. Une seconde section examine les statistiques disponibles sur la gestion des risques pour le CISSS de Chaudière-Appalaches.

5.1. Retombées perçues par les acteurs ayant vécu l'implantation

Afin d'obtenir de l'information sur les retombées perçues quant à l'implantation du système de management de GIRPSSS, la méthode du sondage de type *SurveyMonkey* a été retenue, car elle permettait d'obtenir des résultats rapides et concrets auprès des principales personnes impliquées dans l'implantation du système, soit les membres des CPSSS, puis les gestionnaires et les conseillers de l'équipe de GIRPSSS. Deux sondages ont ainsi été déployés entre le 15 juin et le 7 juillet 2017 auprès des acteurs concernés (voir l'*Annexe E* pour en savoir davantage sur ces sondages).

La perception des membres des CPSSS

Le graphique suivant expose les résultats obtenus aux questions fermées du sondage destiné aux membres des CPSSS¹⁹. Pour faciliter la compréhension du graphique, un *degré d'accord global* a été calculé pour chaque énoncé par l'addition des pourcentages obtenus pour les catégories *en accord* et *tout à fait en accord*. Ainsi, les flèches vertes identifient les énoncés obtenant un degré d'accord global de 90 % et plus et les flèches jaunes ceux qui obtiennent un degré d'accord global se situant entre 80 et 89 %.

Les retombées positives de la démarche ressortent de manière marquée pour cinq énoncés (les flèches vertes du graphique 1), lesquels spécifient que la démarche soutenue par le système de management de GIRPSSS permet de :

- Développer une culture de sécurité centrée sur les processus.
- Développer une meilleure compréhension des risques pour les usagers.
- Développer une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de la réalité des autres équipes ou unités.
- Travailler collectivement pour fournir des soins plus sécuritaires.
- Favoriser une approche centrée sur le mieux-être des usagers.

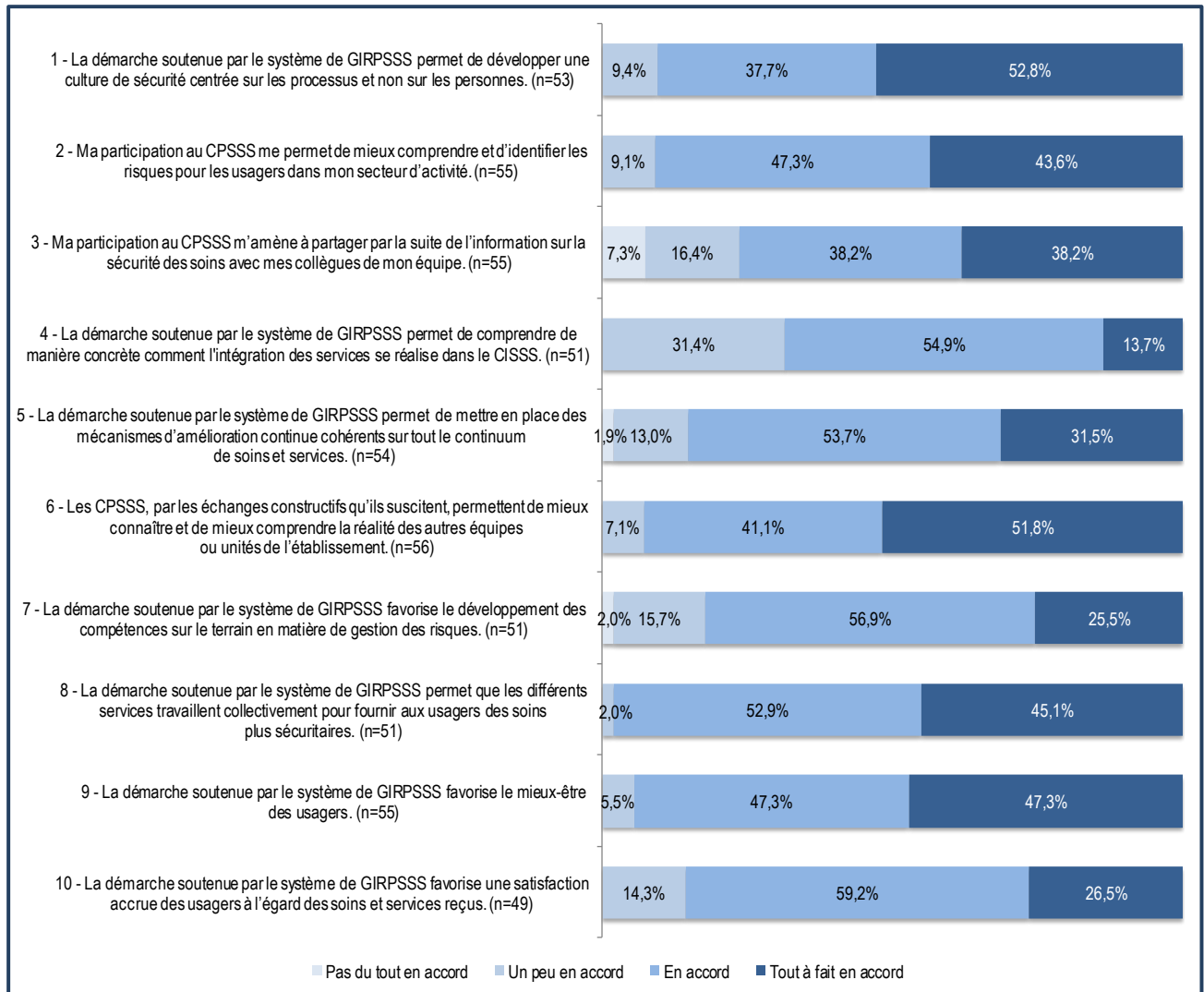
L'examen global du graphique pour l'ensemble des énoncés suggère aussi que l'implantation du système de management de GIRPSSS est perçue généralement comme positive par une majorité de répondants : le pourcentage moyen d'individus se disant « en accord » ou « tout à fait en accord » est de 87 %, tous énoncés confondus. À l'inverse, les retombées de la démarche ressortent de manière moins marquée pour les énoncés 3 et 4 (non identifiés d'une flèche), c'est-à-dire quant au partage d'informations sur la sécurité des soins dans les équipes

¹⁹ À noter que le nombre de répondants est variable pour chacun des énoncés, puisqu'il était possible de répondre « Ne sais pas » à chacune des questions. L'évaluateur a fait le choix d'exclure ces individus pour le calcul des pourcentages.

et par rapport au fait que le système de management de GIRPSSS permet de comprendre concrètement comment l'intégration des services se réalise dans le CISSS.

Graphique 1

Résultats obtenus aux questions fermées du sondage aux membres des CPSSS



Note : Le degré d'accord global a été calculé pour chaque énoncé par l'addition des pourcentages obtenus pour les catégories « en accord » et « tout à fait en accord ». Ainsi, les flèches vertes identifient les énoncés obtenant un degré d'accord global de 90 % et plus, et les flèches jaunes ceux qui obtiennent un degré d'accord global se situant entre 80 et 89 %.

Selon l'analyse qualitative des commentaires émis à chacun des énoncés, l'enjeu communicationnel revient régulièrement dans les propos des répondants, à savoir le besoin de mieux faire connaître la démarche dans les équipes cliniques et le besoin de bien définir les mécanismes de communication. On souligne aussi le rôle important des gestionnaires et des chefs d'unités à cet égard. Ces commentaires rejoignent donc les résultats du troisième énoncé. Sans surprise, plusieurs commentaires émis relatent aussi que le système de management de GIRPSSS est encore à ses débuts, en progression, et que les retombées sur le terrain vont se poursuivre ou sont à venir. Certains indiquent aussi que les travaux en cours sont encore théoriques ou à l'étape de définir la philosophie sous-jacente au système.

Une dernière question permettait de conclure le sondage en questionnant les participants de manière plus générale et qualitative à l'égard des retombées perçues quant à l'implantation du système de management de GIRPSSS. Les résultats obtenus sont présentés au tableau suivant, où la partie du haut (thèmes généraux) présente un premier degré d'analyse des données. Suivent ensuite les thèmes spécifiques qui ressortent pour certaines des catégories générales.

Tableau 12 - Résultats qualitatifs issus de la dernière question du sondage aux membres des CPSSS

Thèmes généraux	Satisfaction exprimée à l'égard de la démarche (n=21)	Sans opinion à ce stade, en progression, à suivre (n=7)	Identification de points à améliorer (n=10)	Critique négative générale (n=1)
Thèmes spécifiques	Meilleure gestion des risques (n=4)		Suggestion de mieux faire connaître la démarche dans les équipes (n=5)	
	Meilleure compréhension des risques (n=6)		Uniformiser la déclaration des risques (n=2)	
	Reconnaissance du travail réalisé par l'équipe GIRPSSS (n=6)		Favoriser une communication transversale entre les comités (n=2)	
	Amélioration continue (n=4)		Clarifier les rôles des membres des comités (n=1)	
	Harmonisation des services (n=2)		Prendre en considération les réalités spécifiques de certains milieux d'intervention (n=1)	
	Proximité du terrain (n=2)			
	Meilleure compréhension du formulaire AH-223 (n=1)			

La ligne du haut du *Tableau 15* montre d'abord que, parmi les 39 commentaires émis, plus de la moitié des répondants (n=21) évoquent leur appréciation de la démarche soutenue par l'implantation du système de management de GIRPSSS. De manière plus spécifique, certains indiquent que la démarche permet d'avoir une meilleure compréhension des risques potentiels pour les usagers par le personnel soignant. D'autres soulignent le travail collaboratif, le support et l'ouverture démontrés par les conseillers de l'équipe de GIRPSSS. Certains mentionnent aussi que l'implantation du système permet une meilleure gestion des risques et d'autres expliquent qu'un réel processus d'amélioration continue est perceptible.

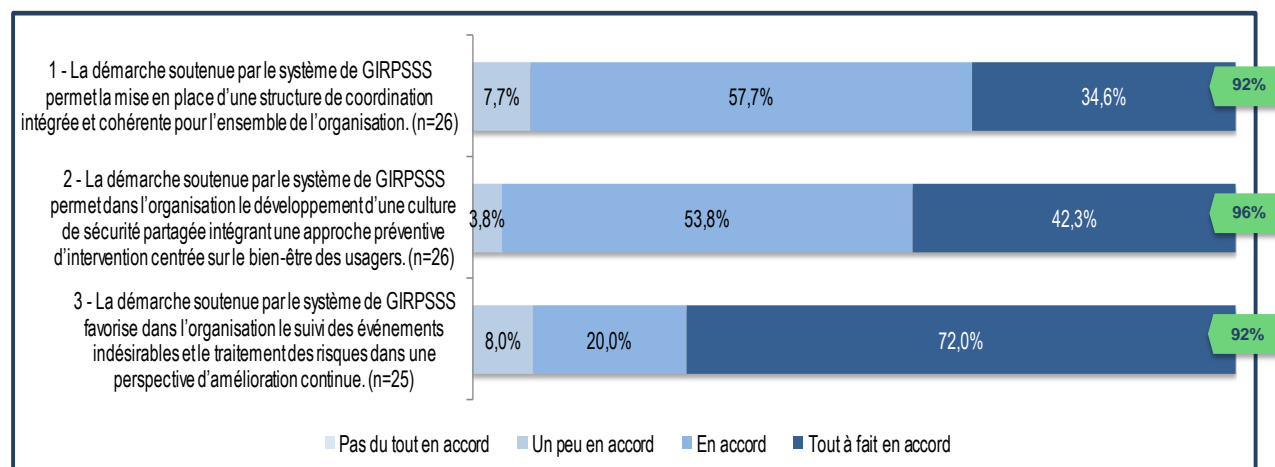
La ligne du haut montre aussi qu'une dizaine d'individus ont proposé des pistes d'amélioration concrètes, afin de maximiser l'implantation du système de management de GIRPSSS. En détail, on suggère notamment de mieux faire connaître la démarche dans les équipes cliniques, d'uniformiser les procédures quant à la déclaration des incidents et accidents et de mettre en place des mécanismes de communication transversaux entre les comités.

La perception des gestionnaires et des conseillers à la GIRPSSS

Le graphique ci-dessous expose les résultats obtenus aux questions fermées du sondage destiné aux gestionnaires et aux conseillers de l'équipe de GIRPSSS. Le même exercice de calcul du *degré d'accord global* a été effectué pour chaque énoncé, la somme obtenue étant indiquée dans les cases vertes.

Graphique 2

Résultats obtenus aux questions fermées du sondage aux gestionnaires et conseillers



L'examen global des résultats obtenus suggère que l'implantation du système de management de GIRPSSS est perçue généralement comme positive par une majorité de répondants : le pourcentage moyen d'individu se disant « en accord » ou « tout à fait en accord » est de 93 %, tous énoncés confondus. De même, les retombées de la démarche ressortent de manière marquée pour chacun des énoncés, lesquels traduisent en fait les trois grands objectifs poursuivis par l'implantation du système de management de GIRPSSS (comme énoncé au deuxième chapitre du document).

Quoique peu de commentaires aient été émis à chacun des énoncés, les principaux éléments ressortant de l'analyse qualitative sont :

- L'appréciation de la *proximité du terrain* que permet le système, puis la valeur ajoutée des CREX.
- La cohérence de la démarche avec la philosophie de gestion de l'organisation.

Pour ce sondage-ci également, une dernière question interrogeait les participants de manière générale et qualitative à l'égard des retombées perçues quant à l'implantation du système de management de GIRPSSS. Les résultats obtenus sont présentés au tableau suivant. La ligne du haut du tableau montre que, parmi les 22 commentaires émis, la moitié des répondants (n=11) évoque leur appréciation de la démarche soutenue par l'implantation de la GIRPSSS, certains ayant exprimé leur appréciation d'aspects précis du système tels sa structure claire, la proximité

du terrain qu'il permet et sa cohérence avec les valeurs et la philosophie organisationnelles. La ligne du haut montre aussi que quelques individus (n=7) ont proposé des pistes d'amélioration à l'égard de la démarche. On suggère notamment de développer un meilleur arrimage des réalités cliniques sur le terrain en matière de gestion des risques (dont particulièrement pour les secteurs RI-RTF, jeunesse et pharmacie).

Tableau 13 - Résultats qualitatifs issus de la dernière question du sondage aux gestionnaires et conseillers

Thèmes généraux	Satisfaction exprimée globalement (n=3)	Satisfaction exprimée pour un aspect précis (n=8)	Identification de points à améliorer (n=7)	Gestionnaires non concernés par la démarche (n=4)
Thèmes spécifiques		Modèle bien structuré (n=3)	Arrimage des réalités cliniques (n=3)	
		Proximité du terrain (n=3)	Diffuser davantage les retombées (n=1)	
		Cohérence organisationnelle (n=2)	Intégrer les secteurs non cliniques à la démarche (n=1)	
			Impliquer les usagers dans la démarche (n=1)	
			Simplifier/ uniformiser la déclaration (n=1)	

5.2. Impacts de performance

L'implantation du système de management de GIRPSSS devrait contribuer à améliorer la performance de l'établissement puisqu'il vise, par les principes directeurs qui le façonnent, une augmentation du degré de maturité organisationnel lié à la gestion des risques. En effet, un tel système met au premier plan la culture de sécurité, la connaissance, la structure, la stratégie, la technique et l'atteinte des résultats. Il s'avère donc nécessaire pour la haute direction de l'établissement d'effectuer le suivi de divers indicateurs liés à la gestion des risques tels le nombre et la gravité des incidents et accidents déclarés, les secteurs de soins et services concernés, les clientèles touchées, etc.²⁰

Le *Tableau 17* présente d'abord des données tirées du tableau de bord de gestion des risques du CISSS de Chaudière-Appalaches. Il montre notamment que, pour l'année financière 2016-2017, 20 754 rapports d'incident-accident AH-223 ont été produits entre la période 1 et la période 12, ce qui représente une légère hausse par rapport à l'an dernier. Toutefois, le nombre d'événements graves (gravité F,G,H,I) déclarés présente une légère baisse

²⁰ L'examen de ces indicateurs est probablement un peu hâtif, puisque l'implantation du système de management de GIRPSSS est encore récente dans l'établissement et qu'elle ne peut avoir un impact immédiat sur les indicateurs de performance. Ces derniers sont néanmoins présentés à titre indicatif.

(passant de 105 à 93). On peut ainsi supposer que les mesures préventives mises en place par le système de management de GIRPSSS portent fruits.

Le même tableau présente également les données enregistrées pour certains types d'événements qui occupent une place plus importante sur le total des événements déclarés en termes de nombre. Des baisses légères sont ainsi perceptibles pour les incidents-accidents relatifs aux chutes et aux médicaments. Il est cependant difficile de porter un jugement sur ces variations puisqu'elles peuvent concerner le nombre d'événements ou encore le nombre de déclarations.

Tableau 14 - Tableau de bord de gestion des risques du CISSS de Chaudière-Appalaches, périodes 1 à 12, 2016-2017 et année précédente

Tous les événements			
Indicateur	Résultats		Variation
	Année précédente	2016-2017	
Nombre d'événements déclarés - cumulatif	18 439	18 816	↑
Nombre d'événements graves déclarés - cumulatif (gravités F, G, H, I)	105	93	↓
Chutes			
Indicateur	Résultats		Variation
	Année précédente	2016-2017	
Nombre d'événements déclarés - cumulatif	6 359	6 097	↓
% sur le total des événements - cumulatif	34,5	32,4	
Médicaments			
Indicateur	Résultats		Variation
	Année précédente	2016-2017	
Nombre d'événements déclarés - cumulatif	5 219	5 067	↓
% sur le total des événements - cumulatif	28,3	26,9	

Note : Ces données sont saisies dans le registre national des incidents-accidents du MSSS pour le CISSS de Chaudière-Appalaches.

Le tableau suivant présente d'autres données, celles-ci issues du Rapport provincial sur les incidents-accidents (2015-2016), lequel permet une comparaison avec la situation provinciale quant aux portraits des événements déclarés. On y remarque que les données enregistrées en Chaudière-Appalaches sont généralement similaires à celles de l'ensemble du Québec. Une différence est toutefois perceptible pour les événements de conséquences graves et permanentes : 0,07 % au Québec et 0,14 % en Chaudière-Appalaches.

Le taux de divulgation des événements de gravité E1 à I (toutes missions d'établissement confondues) est aussi similaire à celui du Québec (88,5 % et 88,04 %). Toutefois, une différence est visible en ce qui concerne la manière de documenter la divulgation (uniquement au dossier versus au dossier et au rapport de divulgation). Cette

différence s'explique probablement par le fait qu'il revient à chaque établissement local de définir dans son règlement la méthode de divulgation.

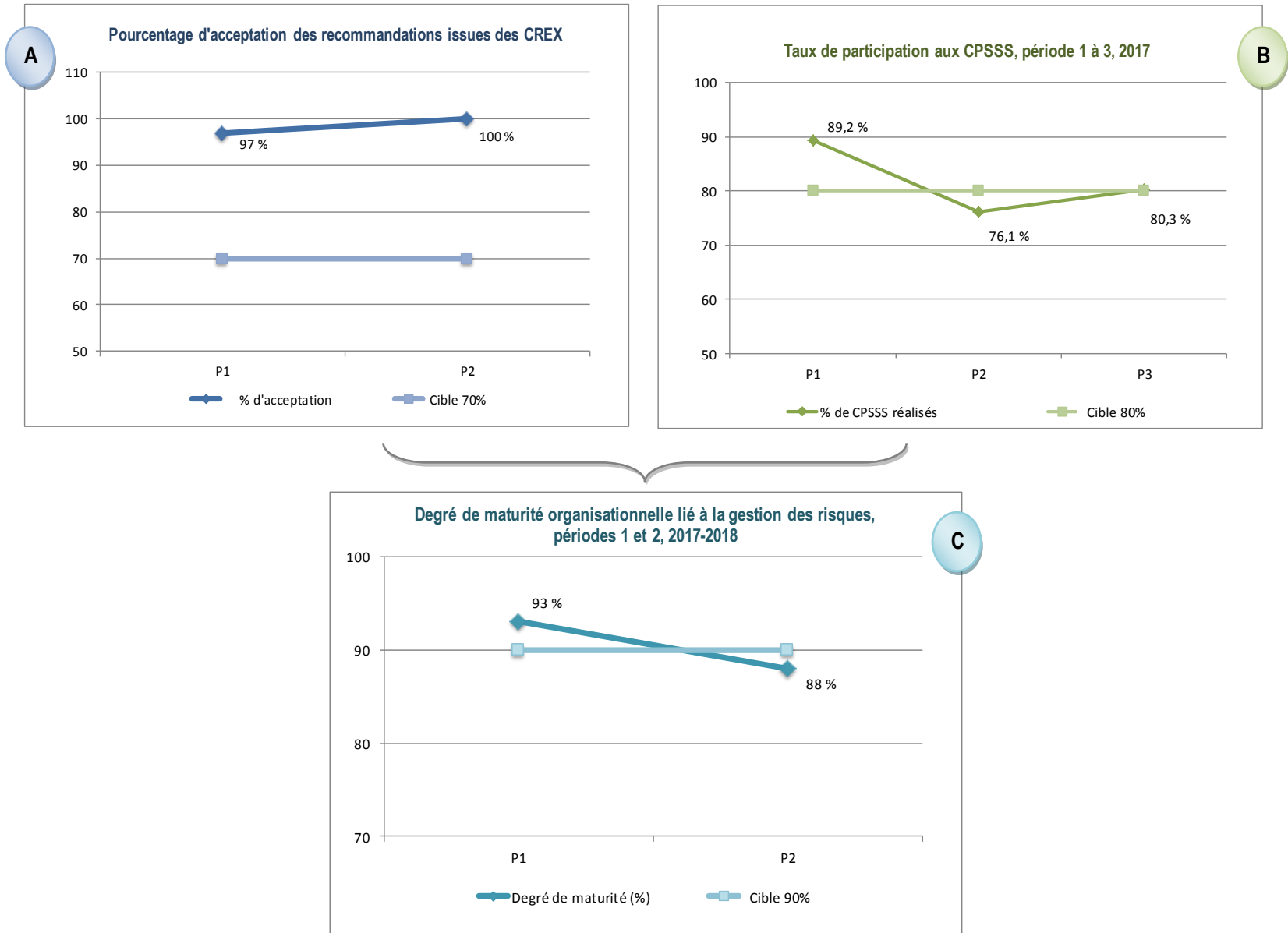
Tableau 15 - Portrait des événements survenus entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016, données provinciales et régionales issues du Rapport provincial sur les incidents-accidents, 2015-2016

Portrait des événements	
Le Québec	Chaudière-Appalaches
86 % sont des accidents (usager touché)	85 % sont des accidents (usager touché)
53,5 % des événements chez les 75 ans et plus	55,8 % des événements chez les 75 ans et plus
84,9 % des événements déclarés n'ont eu aucune conséquence	85,8 % des événements déclarés n'ont eu aucune conséquence
14,7 % sont à l'origine de conséquences temporaires	13 % sont à l'origine de conséquences temporaires
0,07 % de l'ensemble sont de conséquences graves et permanentes	0,14 % de l'ensemble sont de conséquences graves et permanentes
De ce nombre, 0,07 % ont mené au décès	De ce nombre, 0,07 % ont mené au décès
Divulgation des accidents	
Le Québec	Chaudière-Appalaches
Documentée uniquement au dossier : 91,98 %	Documentée uniquement au dossier : 68,3 %
Documentée au dossier et au rapport de divulgation : 13,08 %	Documentée au dossier et au rapport de divulgation : 31,7 %
L'ensemble des missions d'établissement a divulgué 88,04 % des événements de gravité E1 à I survenus	L'ensemble des missions d'établissement a divulgué un peu plus de 88,5 % des événements de gravité E1 à I survenus

Note : La publication du *Rapport provincial sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec* a lieu à l'automne de chaque année (entre septembre et décembre); la saisie des événements survenus entre le 1^{er} avril et le 31 mars doit toujours être complétée au plus tard le 15 juin de chaque année.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches est aussi engagé dans un processus d'appréciation de la performance de ses différents services. Certains indicateurs de la GIRPSSS sont ainsi suivis à la salle de pilotage stratégique afin d'effectuer une vigie quant au bon déroulement des activités. La *Figure 4* expose ces indicateurs. Les graphiques A et B de la figure représentent les deux indicateurs retenus pour calculer le degré de maturité organisationnelle en matière de gestion des risques. Lorsqu'on examine les cibles prévues pour chaque indicateur, on constate globalement que l'implantation de la GIRPSSS va bon train dans l'ensemble de l'organisation, quoiqu'une légère baisse soit perceptible pour la période 2 au niveau de la participation aux CPSSS, (ce qui influence le score global de maturité organisationnelle au graphique C).

Figure 5 - Données utilisées pour la salle de pilotage stratégique au CISSS de Chaudière-Appalaches



6. Discussion

Les deux chapitres précédents ont décrit en détail les résultats obtenus par les différentes sources et méthodes de collectes d'information utilisées dans le cadre de cette évaluation évolutive. Sans être exhaustif ni détaillé, ce dernier chapitre vise d'abord à examiner les principaux constats qui peuvent en être tirés, tout en jetant un regard global sur différentes perspectives de réflexion et de recommandations pour la poursuite des activités de gestion intégrée des risques au sein du CISSS de Chaudière-Appalaches. Il vise également à jeter un regard critique sur les forces et les limites de cette étude.

6.1. Grands constats

Ouverture, flexibilité et adaptation : Une approche gagnante et en cohérence avec les orientations organisationnelles

Les résultats obtenus quant à l'implantation du système de management de GIRPSSS dans l'organisation ont notamment permis de documenter différents changements et ajustements survenus en cours d'année, certains petits et d'autres plus grands. Par exemple, différentes stratégies de mobilisation se sont développées en cours de route, afin de favoriser une connaissance et une compréhension accrue de la démarche implantée. Sur le plan tactique, l'organisation des CPSSS a été repensée et transformée à la suite des premières rencontres réalisées, en tenant compte des différences dans les réalités cliniques des divers continuums initialement réfléchis. Des réflexions sont aussi en cours afin d'optimiser le fonctionnement et les mandats du CEA, dans un esprit de cohérence avec ceux des autres comités présents dans l'organisation, tant à l'interne qu'à l'externe du système de management de GIRPSSS. Sur le plan opérationnel, différentes formules ont été mises à l'essai afin de cibler les meilleures façons de faire pour la réalisation des CREX. De même, par la réflexion collective et l'utilisation de méthodes et principes Lean, l'équipe de GIRPSSS s'est penchée à différentes reprises sur ses microprocessus, afin d'apporter des bonifications concrètes dans ses activités quotidiennes entourant le traitement des événements indésirables. En définitive, ces adaptations survenues en cours d'implantation ont semblé pertinentes et utiles. Comme le révèlent Durlak et DuPre (2008), un processus d'implantation correspondant entièrement à celui planifié n'est pas nécessairement souhaitable et il est parfois avantageux d'adapter le plan prévu au départ. Cette adaptabilité manifeste et acceptée tout au long de la démarche d'implantation du système de management de GIRPSSS représente certes l'un des grands facteurs de réussite à retenir.

Les différents changements et ajustements documentés témoignent aussi de l'approche d'ouverture et de flexibilité préconisée par l'équipe de GIRPSSS, passant par la mise en place de mesures de soutien collectives et individuelles tout au long de la dernière année. Les résultats obtenus, tant au niveau tactique qu'au niveau opérationnel, ont d'ailleurs fait ressortir cet aspect, à savoir cette approche ouverte d'animation qui propose et permet aux acteurs de s'approprier la démarche à leur rythme, tout en ayant la possibilité de pouvoir nommer leurs préoccupations lorsqu'elles se présentent. Cette approche passe également par l'écoute des acteurs participants et amène aussi parfois l'équipe de GIRPSSS à utiliser les *résistances* de certains comme des renseignements clés, invitant à s'adapter, en ouvrant certaines portes dont l'ouverture n'avait pas été envisagée initialement. Il s'agit, encore ici, de

l'un des éléments clés à retenir de cette évaluation afin de permettre que l'implantation du système poursuive la même voie de succès. On y reconnaît cette vision humaniste que propose Mme Céline Bareil à l'égard du développement organisationnel, soutenant que les *promoteurs* d'une transformation dans une grande organisation ont le défi de donner du sens aux changements proposés, tout en offrant du soutien par une approche respectueuse et une écoute véritable (Céline Bareil, 2004, 2008). Cette approche est d'ailleurs cohérente avec les valeurs guidant les activités de gestion du CISSS de Chaudière-Appalaches, soit l'humanisme, la collaboration et l'équité, selon son nouveau Guide des valeurs (2017).

L'approche préconisée pour l'implantation du système de management de GIRPSSS rejoint également certaines des conditions reconnues comme gagnantes dans le domaine de l'intégration des services, dont particulièrement le principe de cohérence entre la vision, les valeurs et les actions. En fait, l'un des grands principes que soutient l'implantation du système est le développement d'une culture de sécurité élargie et une appropriation collective de la gestion des risques, passant par cette notion de responsabilité partagée à l'égard de la gestion des risques. Selon les résultats obtenus, notamment par l'observation des CPSSS et des CREX et par les sondages réalisés, la formule d'animation utilisée permet effectivement cette appropriation collective : les participants sont présents dans les rencontres pour nourrir leur comité à partir de leur vécu quotidien dans leurs secteurs d'activités. L'analyse des risques est ainsi effectuée en impliquant ceux qui connaissent les missions et les particularités des clientèles. Cette cohérence permet donc aux acteurs de se sentir concernés et de s'investir dans la démarche d'implantation du système de management de GIRPSSS, donnant lieu au développement d'une vision commune et de référents communs.

Des retombées considérables, mais un processus d'implantation à poursuivre et consolider

Avant de pousser plus loin cette réflexion et d'examiner les perspectives et recommandations pour la poursuite des activités de gestion des risques, il paraît pertinent de faire un bref retour sur les retombées de la démarche d'implantation et de se demander si tous les efforts déployés semblent porter leurs fruits.

D'abord, il importe de considérer les retombées concrètes du système implanté sur le traitement des événements indésirables dans l'organisation, puisque la finalité de cette démarche était de mettre en place une gestion intégrée et collective des risques dans la prestation des soins et services au sein de notre réseau de santé et de services sociaux. Comme exposé dans le chapitre portant sur les retombées perçues par les acteurs ayant expérimenté le système, les comités mis en place contribuent clairement à l'atteinte de ce grand objectif. Comme souhaité, les activités réalisées mettent au premier plan les expériences vécues sur le terrain en tenant compte, de manière constructive, des événements déclarés et dans une perspective d'amélioration continue. De même, selon la perception des participants aux CPSSS, le système de management de GIRPSSS permet effectivement de développer une culture de sécurité centrée sur les processus, une dynamique de travail collaborative axée sur l'offre de soins plus sécuritaires, puis une meilleure compréhension des risques pour les usagers et une approche visant leur mieux-être. Les gestionnaires confirment les mêmes éléments et soulignent leur appréciation de la proximité du terrain que permet le système, particulièrement les CREX, et sa cohérence avec la philosophie de gestion de l'organisation. C'est donc dire également que les principes directeurs énoncés initialement, lors de l'élaboration du système de management de GIRPSSS, se concrétisent comme prévu.

Plusieurs données colligées témoignent également du succès de l'implantation du système de management de GIRPSSS, par exemple :

- La présence à ce jour de CPSSS actifs dans tous les continuums de soins et services du niveau tactique.
- Les plans d'action en développement dans chacun des CPSSS.
- Le nombre d'événements indésirables déclarés et traités par l'équipe de GIRPSSS.
- Le nombre de CREX réalisés et les différentes formules mises à l'essai.
- Les résultats positifs obtenus aux différents sondages de satisfaction réalisés dans les comités.
- Les différentes pistes d'amélioration proposées et concrétisées à la suite des CREX.

Les résultats obtenus ont permis de comprendre aussi que l'implantation du système de management de GIRPSSS est encore en cours et en progression, puis qu'une certaine fragilité demeure présente, et ce, de manière variable dans les différents secteurs de l'organisation. Il va sans dire que l'implantation d'un tel système représente un changement d'envergure qui nécessite du temps, et ce, particulièrement dans les secteurs qui partent de plus loin en matière de gestion des risques et de culture juste de sécurité. D'ailleurs, un sondage réalisé dans l'ensemble de l'organisation au printemps 2017 portant sur la culture de sécurité a montré que la culture du blâme est encore perceptible par plusieurs membres du personnel²¹, préoccupés par les conséquences que pourrait avoir sur eux l'éventuelle commission d'une erreur grave (Agrément Canada, 2017)²². Certes, la poursuite des CREX dans les prochains mois contribuera au développement d'un climat davantage axé sur l'analyse de risque sous l'angle des processus et de l'amélioration continue dans les diverses sphères d'activités. Ainsi, plus il aura d'employés qui expérimenteront les CREX, plus cette culture juste de sécurité s'accroîtra. Le développement d'une nouvelle politique (en cours) sur la culture juste de sécurité au sein de l'organisation contribuera également à améliorer la situation. De même, la poursuite de l'implantation des salles de pilotage opérationnelles et tactiques donnera aussi encore plus de sens aux activités de gestion des risques, car similairement, elle permettra une plus grande implication du personnel-terrain aux discussions et aux décisions relatives à la sécurité des usagers.

Ceci dit, la collecte de données sur l'implantation et la mise en œuvre de la GIRPSSS a permis aussi de faire ressortir des pistes d'amélioration ou de réflexion tangibles pour la suite des travaux. Ainsi, les lignes suivantes identifient quelques conditions essentielles à réunir ou maintenir afin que la mise en œuvre du système se poursuive dans la même lignée.

La communication... à tous les niveaux

Les conseillers de l'équipe de GIRPSSS, tout comme certains répondants des sondages sur les retombées, reconnaissent la présence d'un enjeu communicationnel pour la suite des travaux, à savoir le besoin de mieux faire connaître la démarche dans les équipes cliniques et de mieux diffuser les informations issues des CPSSS sur les risques et la sécurité des soins dans les équipes. Ceci propose donc des pistes d'amélioration intéressantes pour la suite de l'aventure. Par exemple, comme l'évaluateur l'a déjà mentionné en cours de projet, il s'avèrerait pertinent de préparer et déployer une stratégie et un plan de communication plus large, visant les différents niveaux de l'organisation (stratégique, tactique, opérationnel), afin de consolider l'implantation du système et de la culture de sécurité à l'échelle organisationnelle, puis d'intensifier et de cultiver l'intérêt et la mobilisation des acteurs. De plus, il

²¹ Soulignons tout de même que les résultats obtenus à ce sondage se sont nettement améliorés par comparaison avec les anciens sondages d'Agrément Canada, ce qui porte à faire un lien, ici encore, avec l'implantation du système de management de GIRPSSS.

²² Ce sondage canadien a été réalisé dans le cadre de la deuxième phase du cycle d'agrément au CISSS de Chaudière-Appalaches, en prévision de la visite de mai 2018. Les résultats ont été compilés par Agrément Canada et ensuite dévoilés après analyse.

paraîtrait souhaitable que, dans tous les CPSSS, soient systématisés les mécanismes de communication hors comité en identifiant clairement les publics cibles, les moyens de communication les plus appropriés et les porteurs de message. Ces derniers devraient ainsi être identifiés en fonction des rôles qu'ils occupent dans leurs secteurs d'activités cliniques et selon les possibilités d'échanges formels pouvant être organisés.

L'engagement fort des leaders

Les résultats obtenus quant à l'implantation du système ont aussi fait ressortir le rôle considérable des gestionnaires afin de faire vivre la démarche. Notamment, au niveau tactique, l'évaluateur a pu observer des variations dans le fonctionnement des rencontres, entre autres, selon l'implication des leaders et leur adhésion à la démarche. Les changements de leaders en cours d'année dans certains de ces comités ont certainement eu un impact à cet égard également. Le rôle crucial des gestionnaires a aussi été relevé sur le plan opérationnel, notamment par leur contribution à l'analyse des événements indésirables, passant par leur participation aux CREX, et à l'élaboration des plans d'action suivant les CREX. Certains répondants aux sondages sur les retombées ont aussi tenu à souligner le rôle important des gestionnaires et des chefs d'unités afin de mieux faire connaître la GIRPSSS dans les équipes.

Cet enjeu de leadership identifié paraît normal et légitime et il rappelle à quel point les gestionnaires ont un rôle de premier plan en période de changement, de transformation ou de réorganisation. Comme l'énonce l'auteure Mme Céline Bareil (2004), « ils ont la responsabilité d'entériner le changement et de permettre à l'organisation de concrétiser sa vision ». C'est ce rôle important d'implantation de la GIRPSSS que portent les gestionnaires, en collaboration avec les conseillers à la GIRPSSS. Ils ont un rôle de *leader transformationnel* en proposant une vision, en mobilisant les énergies vers un but commun, soit celui du développement d'une culture de sécurité partagée. En d'autres termes, ils doivent montrer la pertinence de la démarche afin de créer chez les acteurs participants une ouverture à celle-ci.

En définitive, l'engagement des leaders de chacune des directions de l'établissement envers la GIRPSSS s'avère une condition incontournable pour la suite des activités. Cet engagement ne passe pas seulement par la déclaration des événements indésirables, l'animation d'un CPSSS et la participation aux CREX. Cet engagement doit aller plus loin. Les gestionnaires ne doivent pas seulement adhérer au système de gestion intégrée des risques, ils doivent prioriser la démarche dans leurs équipes, réaffirmer régulièrement leur vision et favoriser dans leur direction la reconnaissance du travail des intervenants qui prennent part au projet.

La priorisation des délais

La collecte de données réalisées pour le volet opérationnel a fait ressortir un enjeu de délai présent à différentes étapes du cycle de traitement des événements indésirables. Il a été question, entre autres, du délai variable entre l'événement lui-même et la tenue du CREX, occasionné par la programmation difficile des rencontres, ce qui viendrait impacter sur leur déroulement et leur efficacité. Ces données disponibles permettent de comprendre, encore une fois, qu'un travail de sensibilisation doit se poursuivre afin que les intervenants accordent une importance accrue aux activités de gestion des risques.

Il a été question, également, du long délai de déclaration des événements indésirables, et ce, parfois même pour des événements ayant un facteur de gravité G, H ou I. Certes, les plans d'action en développement dans les CPSSS pourront contribuer à sensibiliser les acteurs à déclarer les événements sans tarder. Comme mentionné ci-haut, le développement de différentes stratégies de communication pourra aussi contribuer à améliorer la situation, tout

comme l'engagement fort des leaders dans la démarche. La possibilité de rendre disponible la déclaration sous forme électronique dans tous les points de service de l'organisation pourrait également aider à améliorer ces délais. De plus, il paraîtrait aussi pertinent de se pencher sur la *Politique de déclaration des incidents et des accidents* de l'organisation, laquelle semble laisser place à une certaine latitude dans le délai de déclaration. Effectivement, celle-ci mentionne que le gestionnaire doit acheminer le rapport de déclaration au service de la GIRPSSS « lorsque la version papier est utilisée, dans les 7 jours suivant l'événement et, minimalement, avant la fin de chaque période financière ». Dans un souci de cohérence avec la démarche proposée, il semblerait intéressant de revoir ce passage afin que le délai de déclaration proposé soit plus clairement défini.

6.2. Forces et limites de cette étude

La méthodologie utilisée pour cette étude a permis de documenter *de l'intérieur* et de manière continue comment se concrétisait l'implantation de la GIRPSSS. L'approche évolutive utilisée a permis à l'évaluateur de travailler de concert avec les conseillers de l'équipe de GIRPSSS et d'avoir recours à une multitude de sources d'information. L'implantation a ainsi été documentée sous toutes ses coutures, ou presque, tant pour les niveaux tactique et opérationnel, ce qui a permis de tirer des constats et conclusions clairs.

Soulignons que la notion de soutien, préalablement prévue dans le devis d'évaluation, s'est avérée plus intensive lors des premiers mois d'implantation. Par la suite, la présence de l'évaluateur dans le milieu à l'étude s'est graduellement diminuée, étant donné que les membres de l'équipe de GIRPSSS avaient un regard évaluatif bien aiguisé, notamment en raison de leur formation dans le domaine du Lean et de leur méthode de travail axée sur le co-développement. Ces derniers indiquent néanmoins que la présence de l'évaluateur leur a permis de consolider leur processus réflexif en temps réel, à savoir pour certaines visions ou certains questionnements qui émergeaient, parfois en grand groupe et parfois en individuel.

Il va sans dire que la principale limite de cette étude réside dans le fait qu'elle s'est intéressée uniquement au point de vue du personnel de l'établissement et, particulièrement, des acteurs qui étaient parties prenantes de la démarche implantée. Nous n'avons pas le point de vue des non-membres des comités ni celui d'usagers. Il aurait été intéressant de prévoir des mesures en ce sens, par exemple en questionnant des individus ayant bénéficié de mesures de soutien à la suite d'un événement indésirable vécu. L'équipe de gestion des risques est d'ailleurs consciente de cet aspect et planifie actuellement des activités afin de pouvoir impliquer des usagers dans les CPSSS et afin de recueillir de l'information sur le vécu expérientiel dans les processus de divulgation faisant suite aux CREX.

7. Conclusion

L'implantation du système de *Gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services* (GIRPSSS) représentait un défi de taille, car la philosophie souhaitée par celui-ci passait par la mise en place d'une culture de sécurité intégrant une approche préventive d'intervention axée sur la révision des processus et tenant compte des expériences vécues par les intervenants et les usagers dans une perspective d'amélioration continue. Pour la DQEPE du CISSS de Chaudière-Appalaches, il s'avérait donc essentiel de suivre et de documenter l'implantation de ce nouveau système, tout en s'assurant de la cohérence des modalités établies avec la réalité transformationnelle du réseau de santé et de services sociaux.

Cette étude évaluative a permis de mettre en lumière les retombées positives considérables associées à l'implantation du système de management de GIRPSSS, notamment pour le traitement des événements indésirables qui surviennent dans l'organisation. De même, selon les acteurs ayant expérimenté le système en participant à l'un ou l'autre des comités organisés, la structure établie contribue clairement à la mise en place d'une gestion intégrée et collective des risques. Et, comme souhaité, les activités réalisées mettent au premier plan les expériences vécues sur le terrain et le développement d'une culture juste de sécurité centrée sur les processus.

L'approche d'ouverture, de flexibilité et d'adaptation préconisée pour l'implantation du système de management de GIRPSSS représente l'un des grands facteurs de réussite à retenir de cette initiative, passant par la mise en place de différentes mesures de soutien en cours de route et par l'adaptation du système ou de certaines de ses modalités, de manière à donner du sens aux activités réalisées et ainsi permettre une appropriation collective de la démarche.

Cette évaluation a aussi permis de comprendre que l'implantation d'un tel système représente un changement d'envergure, nécessitant encore des efforts et du temps, et ce, particulièrement dans les secteurs qui étaient moins expérimentés en matière de gestion des risques. Afin que l'implantation du système poursuive la même voie de succès, quelques conditions essentielles à réunir ou à maintenir ont été mises en lumière, comme la mise en place de stratégies claires de communication sur le plan transversal, l'engagement des leaders dans la démarche en priorisant les activités de gestion des risques dans leurs secteurs de soins et services, la clarification de certains passages de la *Politique de déclaration des incidents et des accidents*, etc.

Somme toute, cette étude aura permis de documenter l'implantation du système de management de GIRPSSS sous toutes ses coutures, tant pour les niveaux tactique et opérationnel. Les grands constats et les pistes d'amélioration ou de réflexion qui en ressortent seront ainsi utiles pour la suite des travaux en Chaudière-Appalaches et pour l'exportation du système dans d'autres régions.

En bref, cette étude aura permis de mettre en lumière la réelle plus value du système de management de GIRPSSS pour le bien-être de l'utilisateur.



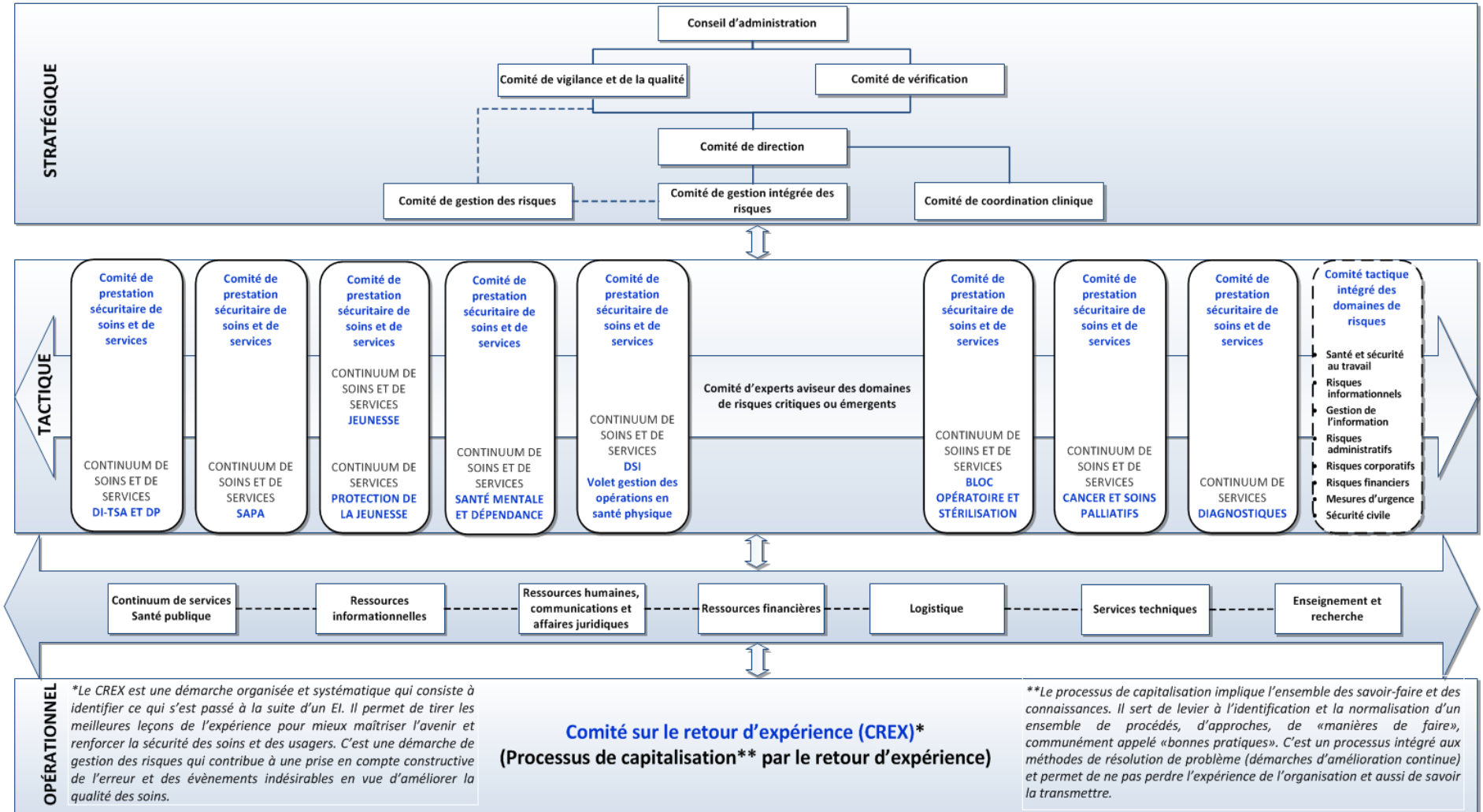
Documents consultés

- Agrément Canada (2017). Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers. <https://www accreditation.ca/fr/donnees-a-acces-securise>.
- Organisation internationale de normalisation (2009). ISO 31000 : 2009, Management du risque – Principes et lignes directrices. <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:31000:ed-1:v1:fr>
- Agrément Canada. Pratiques organisationnelles requises, http://cisssca.intranet.reg12.rtss.gc.ca/fileadmin/Intranet/CISSS/Certifications/Agr%C3%A9ment/Pratiques_organisationnelles_requises_-_Livret_2017.pdf.
- Arsenault, C. et Métivier, P. (2016). Intégration des services: Guide sur les meilleures pratiques. Sainte-Marie : Centre de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Rapports_et_PA_des_CH/DOC_Demarche_integratoin_services_2016-11-07_FIN.pdf
- Bareil, Céline (2004). Gérer le volet humain du changement, Montréal, Les Éditions Transcontinental, 216 p.
- Bareil, Céline (2008). Démystifier la résistance au changement : questions, constats et implications sur l'expérience du changement. Dans *Télescope*, automne 2008, vol. 14, no 3, p. 89-105.
- CISSS de Chaudière-Appalaches (2016). Tableaux de bord de la gestion des risques. <http://cisssca.intranet.reg12.rtss.gc.ca>
- CISSS de Chaudière-Appalaches (2016). Politique de déclaration des incidents et des accidents. http://cisssca.intranet.reg12.rtss.gc.ca/fileadmin/Intranet/CISSS/R%C3%A8glements_politiques_proc%C3%A9dures_protocoles/Politiques/Declaration_inc_acc_DQEPE_2016-102.pdf
- CISSS de Chaudière-Appalaches (2016). Règlement portant sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident et mesures de soutien, Repéré à http://cisssca.intranet.reg12.rtss.gc.ca/fileadmin/Intranet/CISSS/R%C3%A8glements_politiques_proc%C3%A9dures_protocoles/R%C3%A8glements/Divulgation_information_usager_suite_accident_et_mesure_soutien.pdf
- CISSS de Chaudière-Appalaches (2017). Guide des valeurs du CISSS de Chaudières-Appalaches (2017). http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/Guide_des_valeurs_25mai2017_WEB.pdf
- CISSS de Chaudière-Appalaches (2017). Les résultats du sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers et les actions à venir. *Journal L'INTERligne*, édition de juin 2017. http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Interligne_juin_2017/L_INTERLIGNE_juin_2017.pdf
- Durlak, J. A. et DuPre, E. P. (2008). Implementation matters : a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Gamble, J. A. A. (2008). *Abc de l'évaluation évolutive*. Montréal, Canada, The J. W. McConnell family foundation, <https://mcconnellfoundation.ca/wp-content/uploads/2017/07/A-Developmental-Evaluation-Primer-FR.pdf>

- Haute Autorité de Santé (2010). Culture de sécurité : du concept à la pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS.
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1025241/fr/culture-de-securite-du-concept-a-la-pratique-decembre-2010
- Haute Autorité de Santé (2012). Amélioration des pratiques et sécurité des soins. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé : Des concepts à la pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages65a220.pdf
- L'Écuyer, R. (1990). Méthodologie de l'analyse développementale du contenu. Méthode GPS et concept de soi. Sillery : Presses de l'université du Québec.
- Lusthaus, C., Adrien, M.-H., Anderson, G., Carden, F. et G. Plinio Montalván (2003). Évaluation organisationnelle. Cadre pour l'amélioration de la performance. CRDI, Ottawa et. P.U.L., Québec, 2003, 260 p. Mintzberg, H.
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (2003). Analyse de données qualitatives (2^e éd.). Paris : De Boeck.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2014). Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des Rapports du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins, Québec : Gouvernement du Québec, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001094/>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2016). Rapport 2015-2016 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec : Période du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016, Québec : Gouvernement du Québec, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-735-02W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2016). Entente de gestion et d'imputabilité 2015-2016 entre le Centre de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches et le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Gouvernement du Québec, http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/EGI-2015-2016_MSSS-CISSS_ChaudiereAppalaches.pdf
- Ministère de la santé et des services sociaux. Loi sur la santé et les services sociaux. Gouvernement du Québec, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>
- Organisation internationale de normalisation (2009). ISO 31000:2009 , Management du risque - Principes et lignes directrices, <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:31000:ed-1:v1:fr>
- Patton, M. Q. (2011). Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use. New York, NY: Guilford Press. 373 pages.
- Rey, L., Brousselle, A., Dedobbeleer, N. et Tremblay, M.C. (2013). Les défis de l'évaluation développementale en recherche : Une analyse d'implantation d'un projet « Hôpital promoteur de santé ». The Canadian Journal of Program Evaluation, vol. 28 no. 1, 1-26.
- Valiquette, G. (2003). La recherche qualitative : document de travail pour accompagner la session de formation (s.l.), Société québécoise d'évaluation de programme, 68 p.

Annexe A - Nouvelle structure de gouvernance à la suite de sa révision en septembre 2016

GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES ET PRESTATION SÉCURITAIRE DES SOINS ET SERVICES



Annexe B - Résultats globaux des sondages de satisfaction distribués dans les CPSSS

Nombre de participants

Un total de 72 personnes a participé au sondage, à savoir toutes les personnes présentes physiquement aux rencontres de CPSSS lors des observations de l'évaluateur (incluant les animateurs). Le nombre de répondants est variable d'un CPSSS à l'autre dépendamment de la taille de ces derniers et de la présence physique ou non des individus. Les questionnaires étaient distribués lors de la première présence de l'évaluateur, (ce qui ne correspondait pas nécessairement à la première rencontre de chacun des groupes).

Nombre de répondants pour chacun des CPSSS

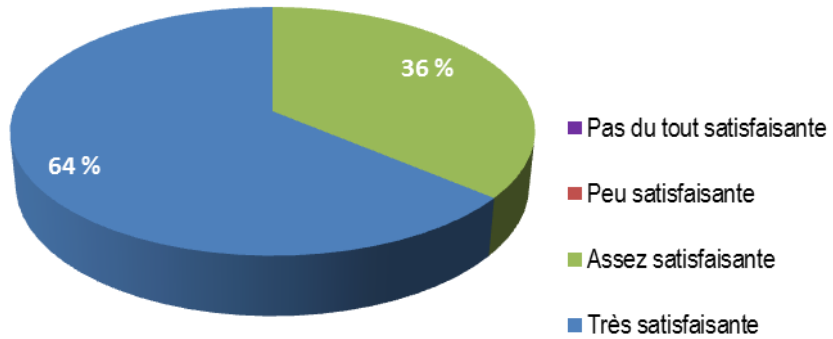
Nom du comité	Nombre de participants
CPSSS SAPA	8
CPSSS DI-TSA-DP	12
CPSSS SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE	8
CPSSS JEUNESSE ET PROTECTION DE LA JEUNESSE	10
CPSSS DSI - VOLET GESTION DES OPÉRATIONS EN SANTÉ PHYSIQUE	16
CPSSS SERVICES DIAGNOSTIQUES	5
CPSSS BLOC OPÉRATOIRE ET STÉRILISATION	5
CPSSS CANCERS ET SOINS PALLIATIFS	8

Présentation des résultats

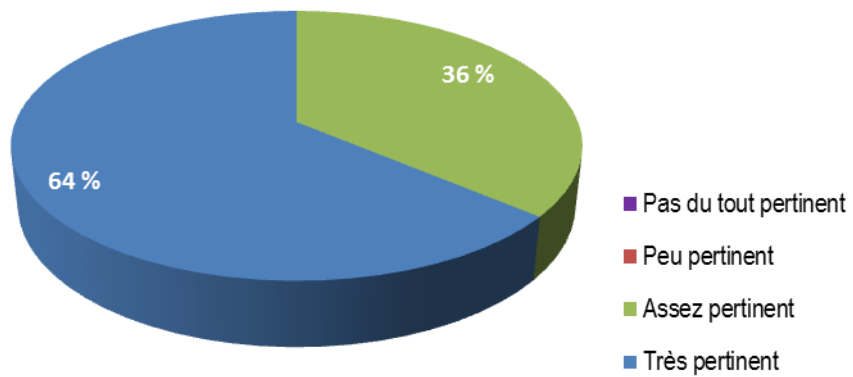
Les résultats issus de ce sondage sont présentés de manière globale, pour l'ensemble des CPSSS, puisque les données obtenues ne montrent pas de différence entre chacun des comités.

Les cinq premiers graphiques exposent les résultats obtenus aux questions fermées du sondage et le sixième présente les résultats qualitatifs obtenus pour la dernière question du sondage qui portait sur l'appréciation globale des acteurs (question ouverte). À noter que le nombre de répondants est variable pour chacun des graphiques, puisque certains individus ont fait le choix de ne pas répondre à toutes les questions; l'évaluateur a tenu compte de cette variation dans le calcul des pourcentages.

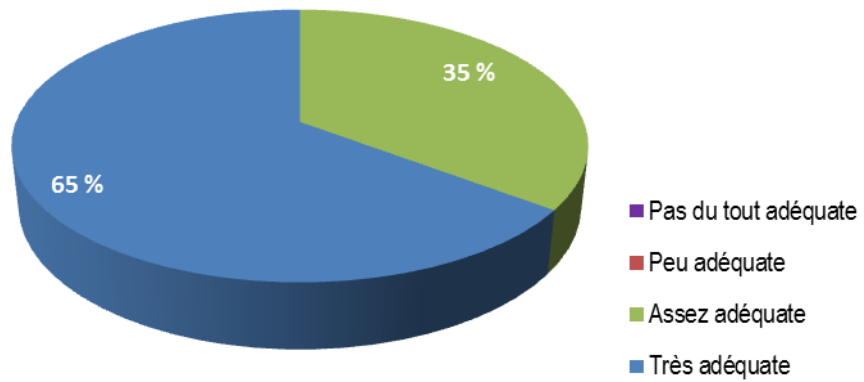
Q1- En général, que pensez-vous de l'organisation de cette rencontre? (n=72)



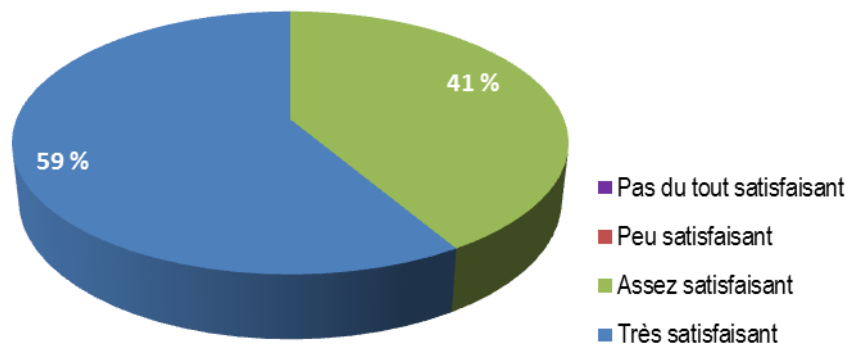
Q2- En général, que pensez-vous des points/ thèmes abordés pendant cette rencontre? (n=72)

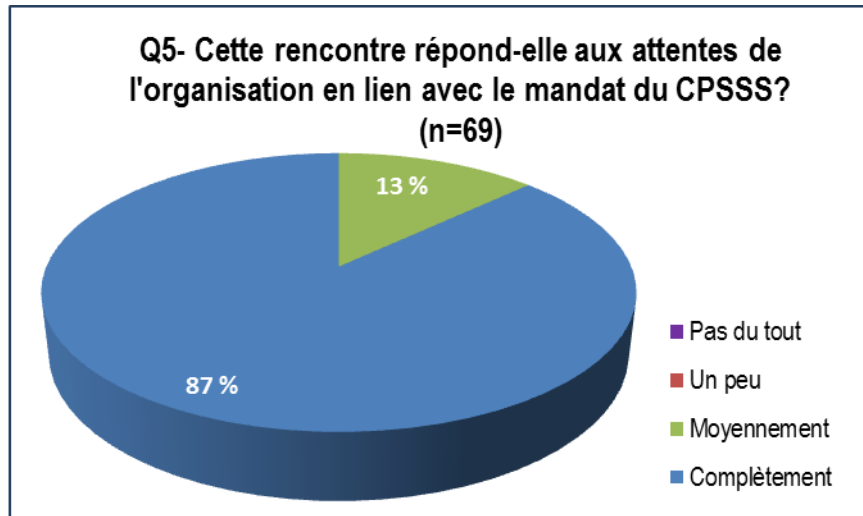


Q3- En général, que pensez-vous de la composition (membres) du CPSSS? (n=71)



Q4- Après cette rencontre, que pensez-vous du fonctionnement du CPSSS? (n=70)





Q6- Qu'est-ce que vous avez le plus apprécié au cours de la rencontre? (Réponses ordonnées par fréquence, n=63)*

- Qualité des échanges, discussions constructives (29)
- Animation: Clarté, convivialité, ouverture/adaptation (22)
- Diversité d'intervenants terrain/secteurs géographiques (15)
- Clarification de la GIRPSSS, des rôles et mandats (5)
- Participation/intérêt des membres (5)
- Notion d'amélioration continue (terrain, pratiques) (3)
- Présence d'un gestionnaire-leader (décisions) (2)

*Ces données sont issues d'une analyse qualitative; plus d'une idée était parfois émise par un même répondant.

Annexe C - Portrait des CREX documentés

Comme le tableau ci-dessous l'expose, un total de 18 CREX a été documenté par l'évaluateur, entre décembre 2016 et juin 2017. À noter qu'aucune sélection de cas n'a été effectuée puisque cette collecte d'information visait simplement à documenter différents exemples ou différentes réalités vécues par l'équipe de GIRPSSS. En fait, lorsqu'un CREX s'organisait par l'équipe de GIRPSSS, l'évaluateur en était informé et, lorsque possible, il y assistait à titre d'observateur. S'il n'était pas possible pour celui-ci de se libérer pour la rencontre, une collecte d'informations à propos de l'événement concerné et du déroulement du CREX se réalisait subséquemment auprès du conseiller responsable de l'activité (lorsque ce dernier était disponible).

Type d'événement concerné	Nombre
Événements liés à l'environnement (ex. : déversement de matières dangereuses)	1
Événements liés à la gestion des soins (ex. : erreurs de médication)	3
Événements liés à des instruments défectueux	2
Événement liés à la protection des usagers (tentatives de suicide)	3
Événement liés à la protection des usagers (chutes avec conséquences)	5
Événements liés à la gestion des services (ex. : perte d'un dossier-patient)	3
Événements de type <i>échapée-bel</i> liés à la gestion des soins	1
Total de CREX documentés	18
Type de CREX	
CREX simple	11
CREX Double	3
CREX triple	1
CREX quadruple	2
CREX en deux volets (deux rencontres)	1
Total d'événements traités par CREX	29
Territoire concerné	
Thetford	3
Beauce	6
Étchemins	1
Lévis	4
Nouvelle-Beauce	1
Montmagny	2
Crex régional	1

Annexe D - Formulaire AH-223

N° de l'événement : ██████████
 N° du dossier : ██████████

Date de création : 2017-07-19
 Code utilisateur : ██████████

N° de l'événement

RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

N° du formulaire



Système source :

Région :

Établissement :

Installation :

Mission : CH CLSC CHSLD CJ CRD CRDI CRDP

Section 1 : Identification de la personne touchée

Type de personne touchée :

Si "Aucune" (passez à la section 2)

Date de naissance : N° dossier : N° chambre :

Nom à la naissance : Prénom :

Nom du conjoint(e) : Prénom du conjoint(e) :

Adresse : Sexe :

Code postal : Téléphone : Poste : N° d'ass. maladie :

Nom du médecin traitant : Prénom du médecin traitant :

Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement

Événement : Date : Heure : Précision sur l'heure :

Constat :

Milieu de service :

Centre d'activité :

Endroit précis :

Autre endroit :

Information sur l'usager

Curatelle : Non Oui Si oui : Privée Publique

Type de déficience : Aucune Auditive Cognitive Intellectuelle Langage Motrice Multidéficiences

Physique Visuelle

Situation préalable

État de la personne : Capacité de déplacement : Surveillance requise :

Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif)

Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)

A- Chute : Chute Quasi-chute (décrivez les circonstances précises - veuillez sélectionner le bouton approprié)

Bain/douche Chaise/fauteuil Civière En circulant Escalier Lève-personne

Lit Lors d'activités Lors d'un transfert Toilette Trouvé par terre Autre

Autre (précisez) :

B- Erreur de : Médicament Traitement/intervention Diète

Allergie connue Conservation/entreposage Disparition/décompte Disponibilité Dose/débit

Heure/date d'administration Identité de l'usager Infiltration/extravasation Non-respect d'une procédure/protocole Omission

Péremption Trouvé Type/sorte/texture/consistance Voie d'administration Autre

Autre (précisez) :

Médicament/diète/traitement/intervention qui a effectivement été administré Médicament/diète/traitement/intervention prescrit qui aurait dû être administré

Autres renseignements :

C- Test diagnostique : Laboratoire

Pré-analytique Analytique Post-analytique Description Erreur de saisie liée à l'ordonnance Erreur liée à l'identification Non respect d'une procédure

Autre

Autre (précisez) :

N° de l'événement : XXXXXXXXXX
N° du dossier :

Date de création : 2017-07-19
Code utilisateur : XXXXXXXXXX

Identification	Identification
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

C- Test diagnostique : Imagerie

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angiographie | <input type="checkbox"/> Échographie | <input type="checkbox"/> Fluoroscopie | <input type="checkbox"/> IRM (imagerie par résonance magnétique) | <input type="checkbox"/> Mammographie |
| <input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie | <input type="checkbox"/> Radiographie | <input type="checkbox"/> SPECT (tomographie d'émission monophotonique) | <input type="checkbox"/> Stéréotaxie | <input type="checkbox"/> TEP SCAN (tomographie par émission de positrons) |
| <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie | <input type="checkbox"/> Autre | | | |

Autre (précisez) :

Type : Dose Examen prescrit Identité de l'utilisateur Qualité de l'image clinique Protocole administré Réaction indésirable Autre

Autre (précisez) :

Examen/protocole qui a effectivement été administré	Examen/protocole prescrit qui aurait dû être administré
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autres renseignements :

D- Problème de retraitement des dispositifs médicaux (RDM)

- Retraitement des dispositifs médicaux (RDM) Utilisation d'un matériel médical à usage unique critique ou semi-critique retraité par l'établissement (MMUU)

E- Problème de : Matériel Équipement Bâtiment Effet personnel

Description du matériel/de l'équipement/du bâtiment/de l'effet personnel en cause :

- | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bris/défectuosité | <input type="checkbox"/> Dégât d'eau | <input type="checkbox"/> Disparition/perte | <input type="checkbox"/> Disponibilité | <input type="checkbox"/> Incendie | <input type="checkbox"/> Panne d'ascenseur | <input type="checkbox"/> Panne électrique | <input type="checkbox"/> Panne informatique |
| <input type="checkbox"/> Panne système télécom | <input type="checkbox"/> Programmation | <input type="checkbox"/> Salubrité | <input type="checkbox"/> Stérilité/bris d'asepsie | <input type="checkbox"/> Utilisation non conforme | <input type="checkbox"/> Autre | | |

Autre (précisez) :

F - Problème d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation

- Abus Agression Harcèlement Intimidation

Type : Physique Psychologique/verbal Sexuel Financier

G - Autres types d'événements

Autre (précisez) :

Section 5 : Conséquence(s) immédiate(s) observée(s) pour la personne touchée (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))

- Aucune Psychologiques Physiques Autre (précisez) :

Conséquence(s) psychologique(s)	Conséquence(s) physique(s)	Partie(s) du corps atteinte(s)	Autre(s) partie(s) du corps :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Description détaillée des conséquences :

N° de l'événement : [REDACTED]
N° du dossier : [REDACTED]

Date de création : 2017-07-19
Code utilisateur : [REDACTED]

Sections réservées pour une ANALYSE SOMMAIRE
(le déclarant doit remplir les sections 8 et 9)

N° de l'événement : [REDACTED] Système source : [REDACTED] N° du formulaire : [REDACTED]

Section 8 : Recommandation(s) ou suggestion(s) du déclarant

Précisez les mesures/les actions à prendre pour prévenir la récurrence d'un tel événement :
[REDACTED]

Section 9 : Témoin(s) de l'événement

Nom	Prénom	Téléphone	Adresse	Fonction ou type de lien
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

(le gestionnaire responsable du suivi doit remplir les sections 10 à 13)

Section 10 : Causes possibles

Causes possibles : [REDACTED] Précisez... : [REDACTED]
Précisez : [REDACTED]

Lorsque erreur de médication précisez l'étape du circuit

- Approvisionnement Émission de l'ordonnance Traitement de l'ordonnance Gestion de la médication à l'unité de soins/service/ressource d'hébergement

Section 11 : Mesures de prévention de la récurrence retenues par le gestionnaire responsable du suivi

Mesures
Autre mesure (précisez) : [REDACTED]

Nom, prénom du gestionnaire ou responsable Titre ou fonction Poste Signature Date
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

Section 12 : Gravité

- Incident : A B Événement sentinelle : Oui Non
Accident : C D E1 E2 F G H I Indéterminée

Section 13 : Divulgence (obligatoire pour E1 à I)

Divulgence : N/A Faite Documentation : Au dossier Sur le « Rapport de divulgation »
Personne(s) à qui est faite la divulgation

Nom, prénom de la personne responsable de la divulgation Date
[REDACTED] [REDACTED]

N° de l'événement : ██████████
N° du dossier :

Date de création : 2017-07-19
Code utilisateur : ██████████

Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s), personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)

Type d'intervention ou de mesure	Type d'intervention ou de mesures
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Précisions :

Personne(s) avisée(s)

Nom	Prénom	Fonction	Heure	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Visite faite
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Visite faite
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Visite faite

Section 7 : Nom du déclarant

Nom	Prénom	Titre ou fonction	Poste	Signature	Date du rapport
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Annexe E - Les sondages sur les retombées perçues quant à l'implantation du système de management de GIRPSSS

Sondage destiné aux membres des CPSSS

Un total de 56 personnes a participé au sondage en tant que membre d'un CPSSS, ce qui représente un taux de réponse de 64 %. La participation au sondage se faisait sur une base volontaire et celui-ci s'est déroulé entre le 15 juin et le 7 juillet 2017. Le bassin total de participants potentiels s'élevait à 87 personnes. Comme l'ensemble des individus faisant partie d'un CPSSS a été invité à y participer, l'évaluateur a appliqué les principes méthodologiques du recensement pour l'analyse des données. Ainsi, les données n'ont pas fait l'objet de tests statistiques. Il s'avérait aussi peu pertinent d'évaluer un degré d'incertitude pour l'interprétation des résultats, considérant que le but du sondage était de connaître la perception des individus sur les retombées associées à l'implantation du système de management de GIRPSSS.

Comme le tableau ci-dessous l'indique, 43 % des répondants sont des intervenants ou des professionnels syndiqués (ex. : ergothérapeute, infirmier clinicien, infirmier auxiliaire, physiothérapeute, éducateur spécialisé, travailleur social, etc.), 30 % ont un rôle de supervision (ex. : conseiller ou coordonnateur clinique, conseiller en soins, assistant au supérieur immédiat, assistant infirmier chef, coordonnateur professionnel, chef d'équipe, etc.) et 27 % sont des gestionnaires (ex. : directeur ou directeur adjoint, cadre intermédiaire, coordonnateur d'activité, chef d'unité ou de service, chef de programme, conseiller-cadre, etc.).

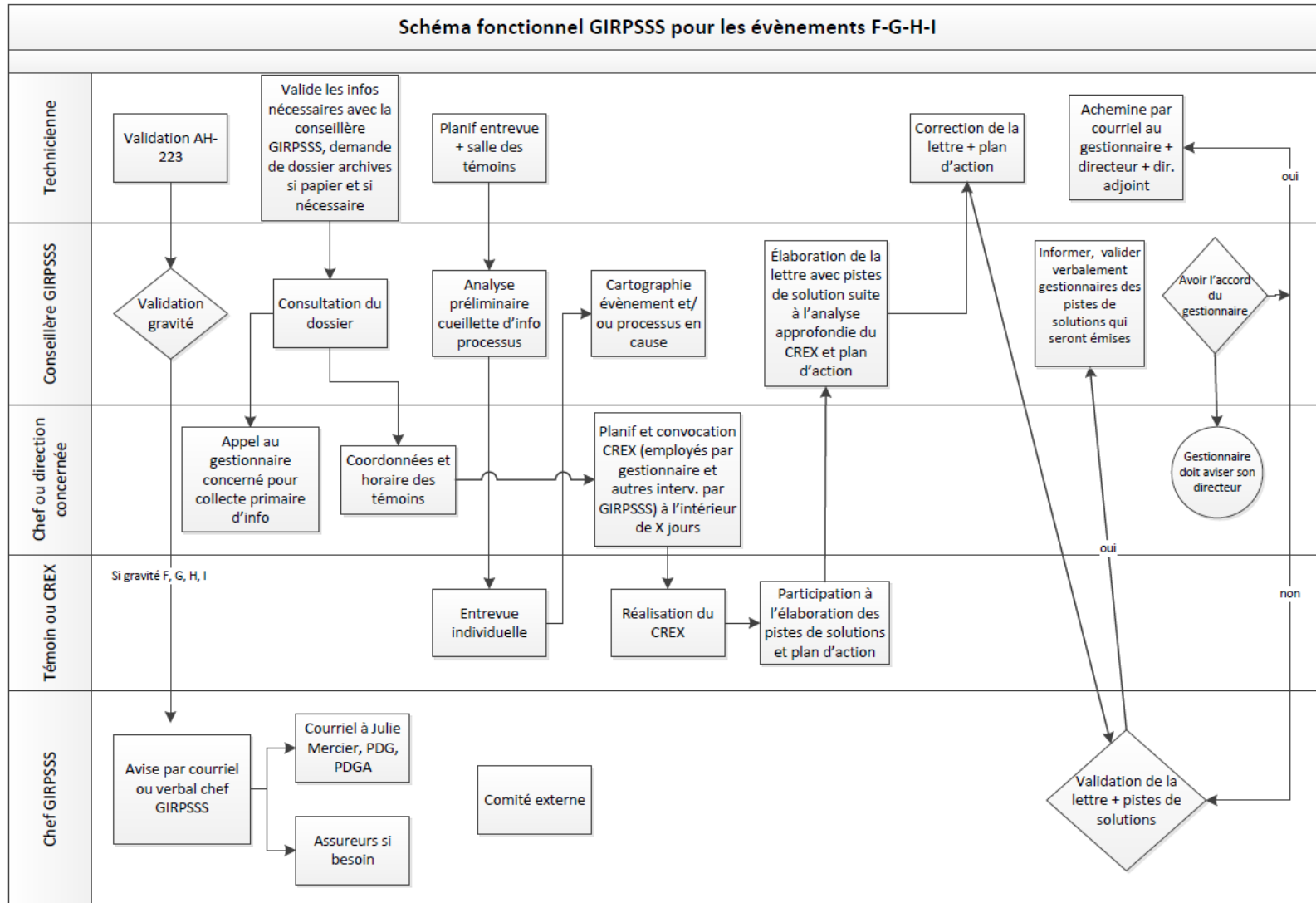
Profil des participants au sondage destiné aux membres des CPSSS

	n	%
Gestionnaires	15	27%
Rôle de supervision	17	30%
Intervenants ou professionnels syndiqués	24	43%
Total	56	100%

Sondage destiné aux gestionnaires du CISSS de Chaudière-Appalaches et aux conseillers à la GIRPSSS

Un total de 30 personnes a participé à ce sondage, dont 25 gestionnaires et cinq conseillers à la GIRPSSS. Encore ici, la participation au sondage se faisait sur une base volontaire et il se réalisait aux mêmes dates. Le bassin total de gestionnaires potentiels s'élevait à 36 personnes (selon le nombre d'inscriptions au comité de coordination clinique de l'établissement en date de juin 2017). Le taux de réponse chez les gestionnaires s'élève ainsi à 83 %. Chez les conseillers à la GIRPSSS, sept personnes au total étaient invitées à participer. Les mêmes principes méthodologiques ont été utilisés pour l'analyse des données (aucun test statistique). L'évaluateur a néanmoins fait l'exercice d'exclure les conseillers à la GIRPSSS de l'analyse, afin de vérifier si les résultats différaient. Toutefois, aucune différence n'est ressortie, puisque ces individus étaient peu nombreux et qu'ils n'avaient pas tous le même profil de réponse.

Annexe F – Schéma fonctionnel GIRPSSS pour les événements F-G-H-I



**Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec 

www.cisss-ca.gouv.qc.ca

