

Modalité d'écoute, d'observation, de mesure et d'évaluation en matière de qualité-sécurité des soins

Dr P.Roussel

Ancien chef de projet HAS

Ancien coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé

Congrès 2015 de la CIPIQ-S

Liège, le 23/10/15

- **Pourquoi évaluer ?**

- « **Pas de qualité sans mesure** »
- Qualité-sécurité des soins : une **problématique de santé publique**
- Une **politique publique et des exigences évolutives**

- **Les 4 axes liés d'une démarche d'amélioration des pratiques**

- **Le modèle de Shortell** et sa typologie d'échecs

- **Des concepts nécessaires pour « penser et agir ensemble »**

- **Evaluer**

- Au départ d'une dynamique à maintenir (repérer, hiérarchiser, animer)
- Saisir les opportunités managériales
- Une **démarche à structurer** (démarche projet)
- Des **méthodes et outils** favorisant . une démarche pédagogique partagée
. l'aide à la décision

Qualité-sécurité des soins : une problématique de santé publique

- **Années 1990**

- France : Des scandales médiatisés > plusieurs vigilances réglementaires thématiques
- USA : Leape 1994, Congrès > rapport 2002

- **Années 2000 France**

- Enquêtes 1. Infections associées aux soins 2002 et 2006
2. Régionale : Aquitaine 2003
3. Nationales : ENEIS 2004 et 2009, DHOS 2009
- Rapports : Observatoire des risques médicaux 2010, HCSP 2011

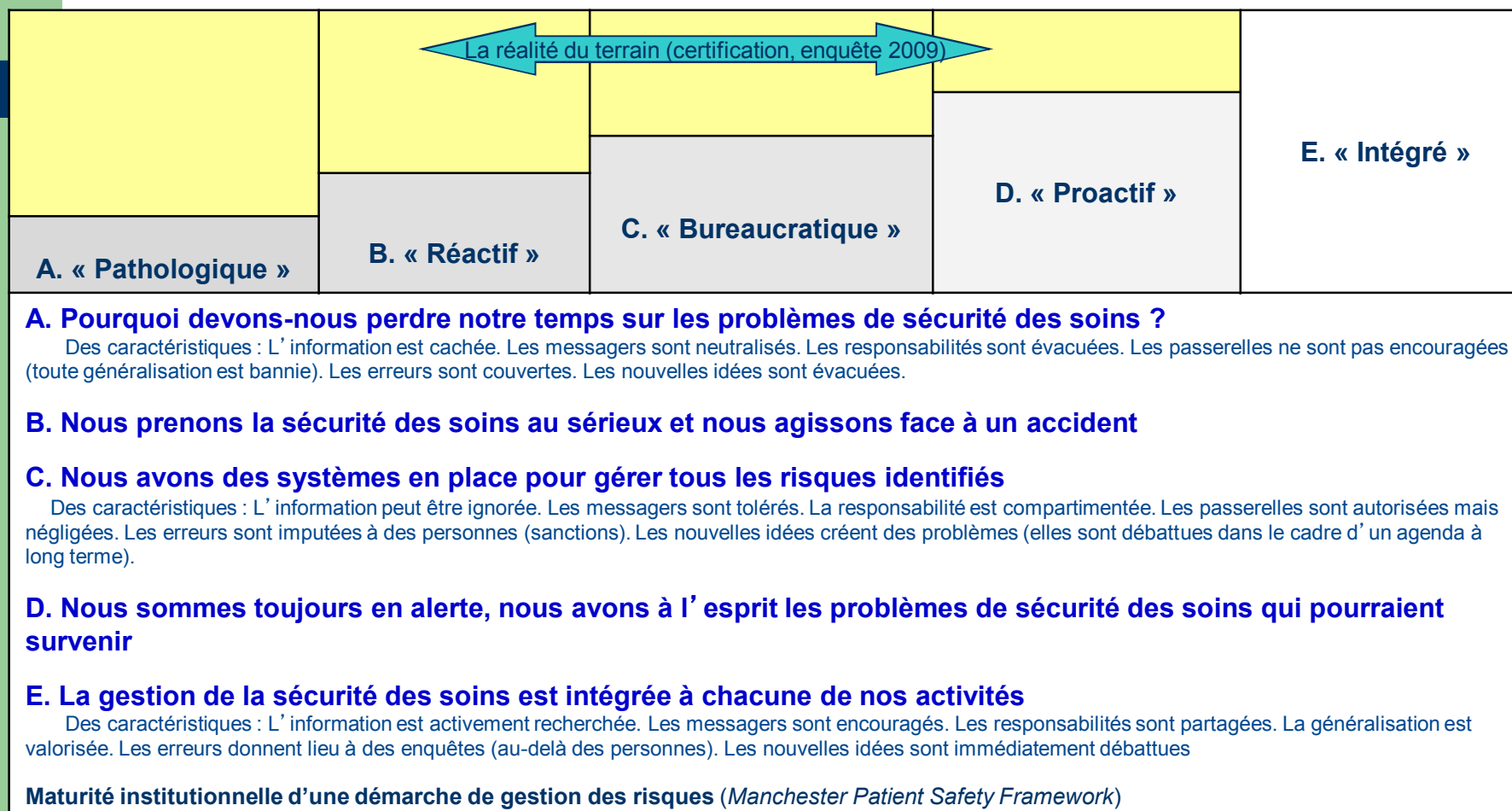
- **Événements indésirables associés aux soins**

- Une réalité (fréquents, parfois graves, souvent évitables)

- **Des causes**

- rarement liées au manque de compétences techniques des professionnels,
- le plus souvent liées à des défauts d'organisation, de coordination, de vérification, de communication
- un **niveau de culture de sécurité** . variable selon les domaines et les acteurs
. **globalement bas** / à d'autres domaines

Un niveau de maturité institutionnel inégal en gestion des risques



L'établissement de santé

- Un univers complexe et instable (points forts et points faibles)
- Des niveaux de spécialisation et des technologies plus complexes
- Des systèmes et professions agissant souvent de façon cloisonnée
- Des règles professionnelles instables
- Des données objectives relatives à la non qualité (événements indésirables associés aux soins avec ou sans contentieux, droits des patients et résidents, pression des associations, etc.)
- Des enjeux multiples (humains, financiers, médico-légaux, image, assurantiels)
- > des exigences croissantes de qualité et de sécurité des prestations et organisations (des professionnels non formés à l'évaluation des pratiques et à la démarche projet)
- > divers mécanismes de régulation basés sur l'obligation d'évaluation (via exigences réglementaires, recommandations, normes)

La sécurité des soins : une problématique de santé publique identifiée
Abordée de façon thématique en années 90 (hygiène, vigilances réglementaires, anesthésie)
Enquêtes EIG (USA 1994, France 2003, 2004, 2009)
Une approche globale voulue depuis 2009

Une politique publique évolutive :

1. **Au niveau législatif** (loi HPST 2009)
2. **Au niveau réglementaire**
 - . **sur un mode « générique »** dont rôle des CME et fonctions dédiées, 1^{er} programme national QSS pluriannuel 2013-2017 (4 axes, 90 actions), etc.
 - . **sur un mode thématique** (radiothérapie, lactariums, médicament, LBM, CHPOT, etc.)

Des dispositifs nationaux opérationnels (combinés ou non)

1. **Certification des établissements de santé** (HAS, référentiel V2010/V2014, PEP, IND, GDR *a posteriori*, GDR *a priori*, culture de sécurité, liste de 20 processus, compte qualité)
2. **Développement professionnel continu (DPC)**
3. **Accréditation des médecins avec pratiques à risques**
4. **Rôle des agences régionales de santé** (autorisations d'activité, CPOM, CBU Médicament)
5. **Accréditation des LBM** (COFRAC)
6. **Autres activités de régulation thématiques** (radiothérapie, lactarium, CHPOT, etc.)
7. **Projets expérimentaux** (ex : PACTE Travail en équipe)

Eval.

Eval.

Recommandations
professionnelles

Recommandations
méthodologiques

Structures régionales
d'appui

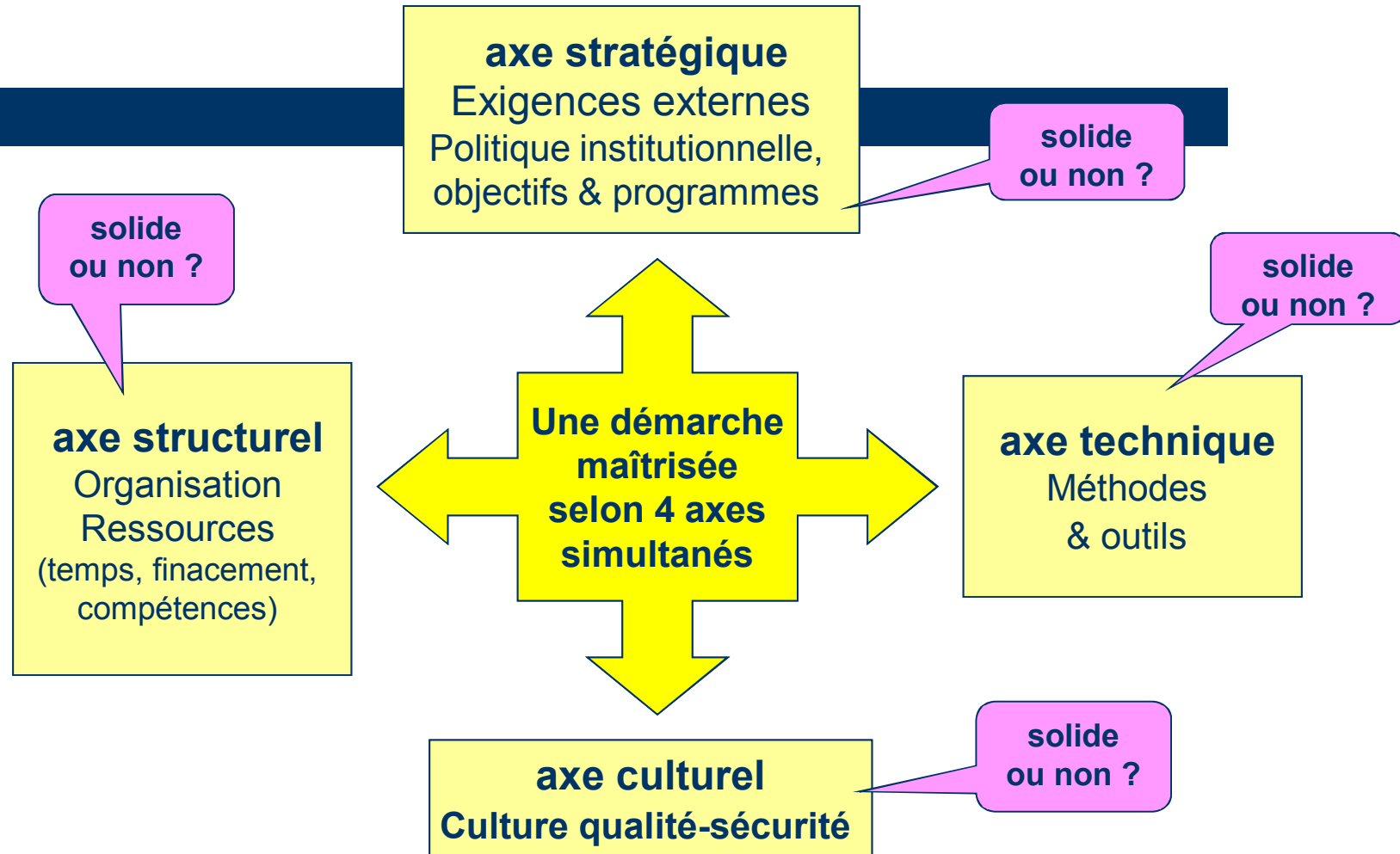
Visites de risques
par les assureurs

La démarche nationale en qualité-sécurité des soins (2009-2015)

Les 4 piliers d'une démarche en qualité-sécurité

Le modèle de Shortell (et sa typologie d'échecs)

Quelle cohérence locale ?



Le modèle de Shortell (et sa typologie d' échecs)

Axe stratégique (ancrage institutionnel)	<ul style="list-style-type: none"> . Politique formalisée et lisible par tous . Utilisation des opportunités (certification, assurances, dysfonctionnement) . Objectifs et positionnement clairs de la démarche . Implication de la « direction » . Thèmes et processus clés à traiter . Mobilisation des personnels . Identification et affectation des ressources nécessaires . Légitimité des intervenants . Garanties apportées (dont le soutien institutionnel des projets) . Suivi et évaluation des résultats
Axe culturel	<ul style="list-style-type: none"> . Compréhension partagée du sens, des objectifs et des méthodes . Développement d' une culture positive de l' erreur et de l' évaluation (« <i>no blame</i> ») . Posture de l' encadrement . Communication . Formation
Axe Structurel	<p>Organisation : Structure de pilotage et de coordination, Composante opérationnelle</p> <p>Ressources : Assistance méthodologique, Temps alloué par les acteurs de terrain</p>
Axe technique	<p>Méthodes et outils : Conduite de projets, système d' information, méthodes d' identification et d' analyse de processus critiques, de résolution de problèmes, de mise en œuvre de solution, de mesure et de pérennisation des résultats</p>

Les 4 piliers d'une démarche en qualité-sécurité

Le modèle de Shortell (et sa typologie d'échecs)

Quelle cohérence locale ?

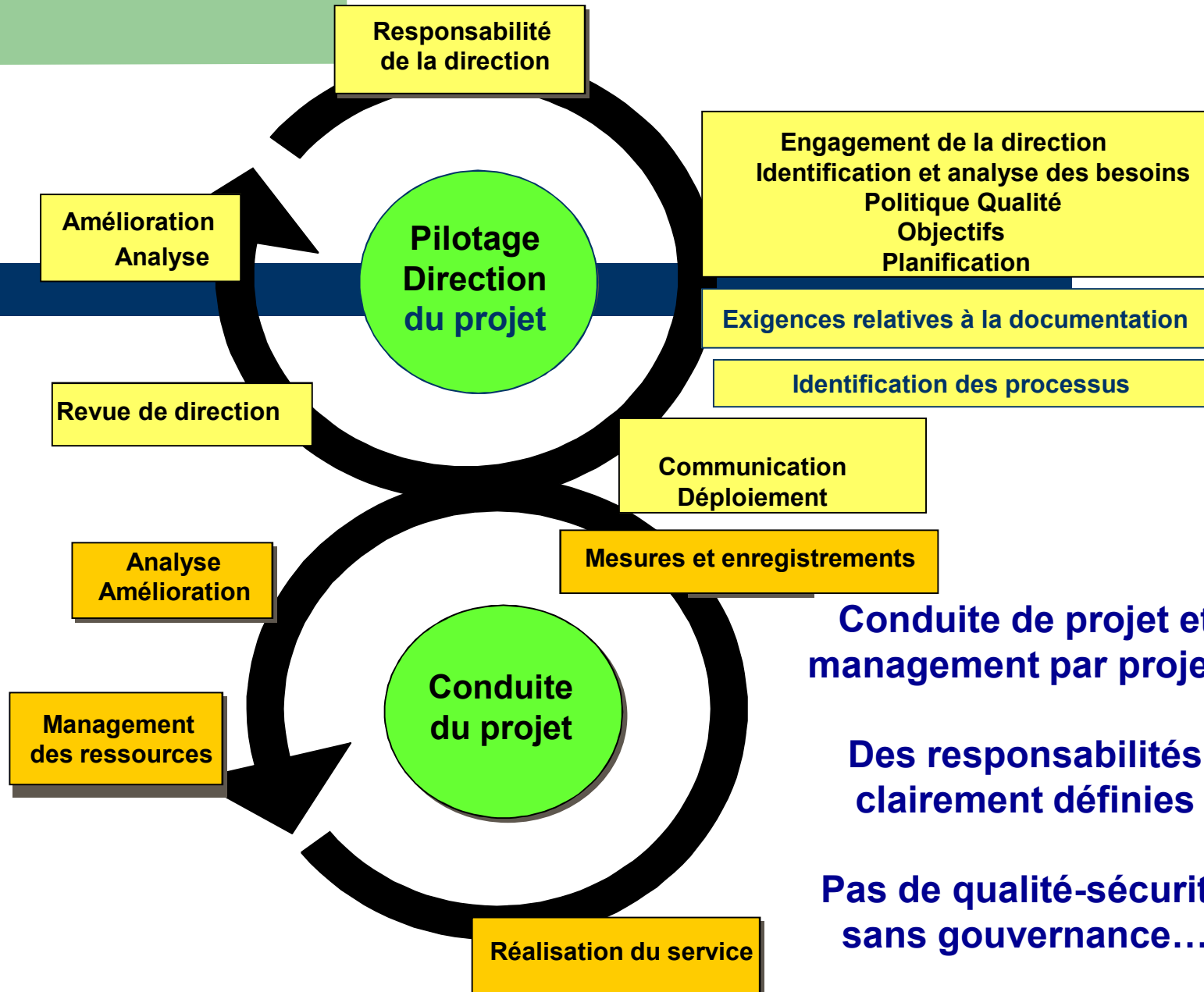
Dimension stratégique	Dimension culturelle	Dimension technique	Dimension structurelle	Démarche de type
défaillance	+	+	+	marginale
+	défaillance	+	+	spécialisée
+	+	défaillance	+	frustrante
+	+	+	défaillance	désorganisée
+	+	+	+	effet de levier

Exercice

Toutes les dimensions sont-elles maîtrisées dans votre démarche institutionnelle ? Identifiez-vous des faiblesses ?

Management par projets

Conduite de projet



**Conduite de projet et
management par projets**

**Des responsabilités
clairement définies**

**Pas de qualité-sécurité
sans gouvernance...**

Des concepts pour penser et agir ensemble

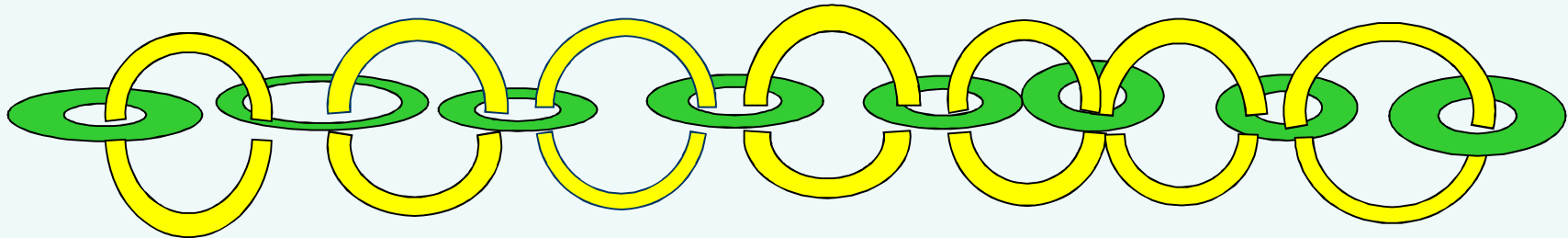
Concept 1 : La sécurité : une des 8 dimensions de la qualité

8 dimensions	Critères spécifiques dans le champ des soins	Une exemple : Prise en charge de la douleur	A traduire en spécifications
Sécurité	Innocuité	. Maîtrise de l' équipement (pompe) . Compétences validées . Protocoles validés, tenus à jour	
Accessibilité	Accéder aux soins de manière égale, sans perte de chances	. Disponibilité des compétences médicales et paramédicales . Approvisionnement assuré . Protocoles disponibles	Pas de qualité sans mesure
Acceptabilité	Dont dignité, intimité, empathie, confort	. Prévention et traitement systématique de la douleur liée aux soins . Information du patient	
Caractère approprié	Dont responsabilisation, personnalisation	. Respect des recommandations, du terrain, etc.	
Continuité	Entre professionnels, spécialités, établissements	. Médecin référent du patient . Accès aux données du dossier . Courriers de transmission	
Délivrance au bon moment	Délivrer les soins à la demande	. Ecoute du patient, disponibilité du personnel, du matériel	
Efficacité	Performance des soins	. Apaisement	
Efficiace	Efficacité au meilleur coût	. Maîtrise des coûts en situation d' apaisement	

Des concepts pour penser et agir ensemble

Concept 2 : Approche des organisations par les processus (et points critiques associés)

Enchaînement d'étapes au service d'un objectif (quoi, pourquoi, qui, quand, avec quoi)



Exemples :

Transfert du patient au bloc opératoire,
Processus transfusionnel,
Circuit du médicament, etc.



Concepts de processus, sous-processus et processus élémentaire

Quoi, Qui, Où,
Quand, Comment,
Combien, Pourquoi

« Fournisseur »



Matière, Méthodes,
Milieu, Matériel,
Personnes,
Management



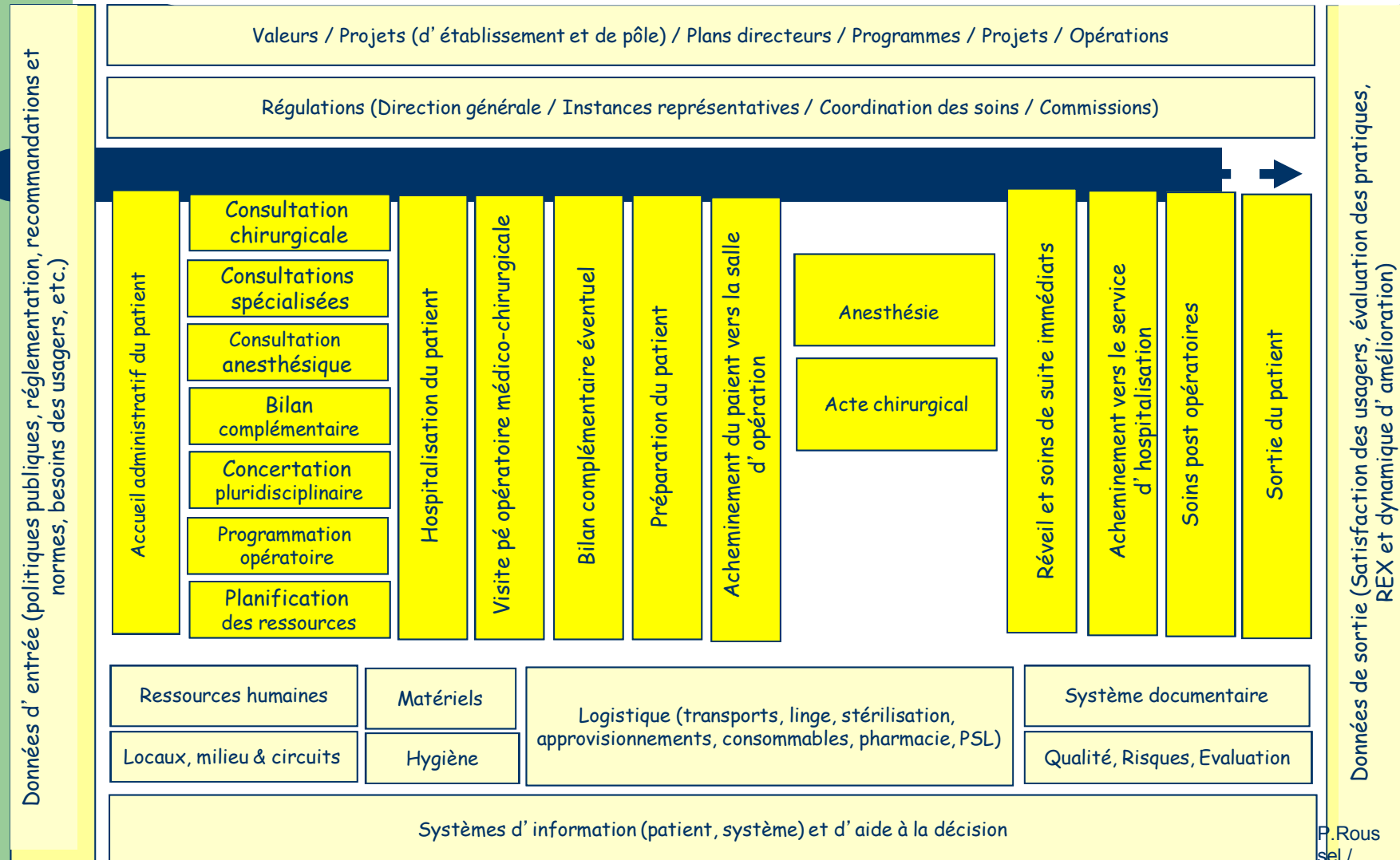
« Client »
(ses attentes)

Les résultats

Les référentiels

Concept 2 : l'approche des organisations par les processus

Processus et sous-processus (ex : Prise en charge chirurgicale)



P. Rous
sel /
Liège /
23oct.2
015

Des concepts pour penser et agir ensemble

Concept 3 : L'approche « produit – système »

Approche « prestations »

Via les bonnes pratiques,
Recommandations, réglementation

Pratiques de soins

Approche « système »

Via la certification
(ISO 9001, ISO 15189,
Manuel de certification HAS)

Système de management QRE

démarche qualité-gestion des risques

Pas de maîtrise des risques sans gouvernance...

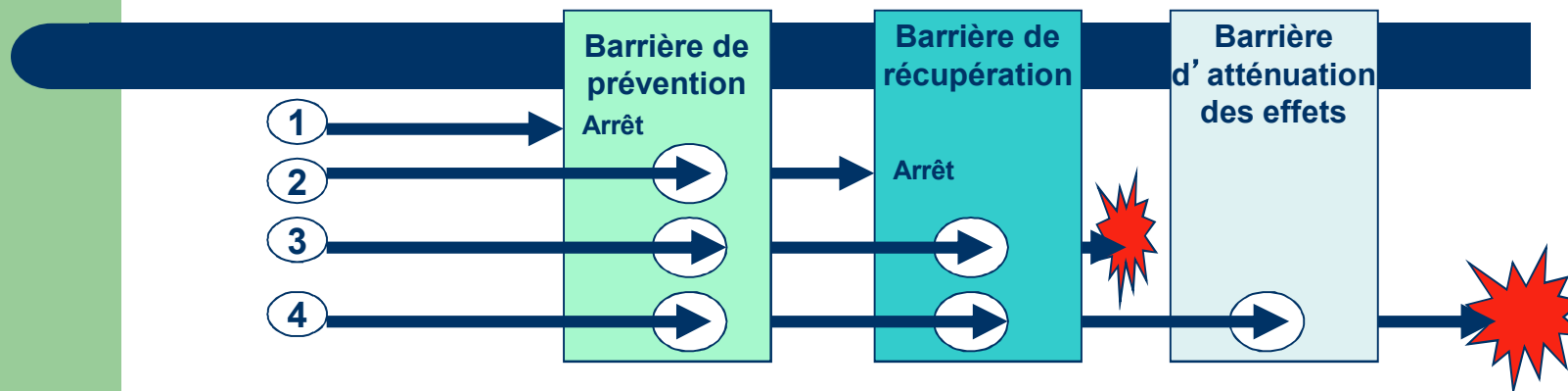
Des concepts pour penser et agir ensemble

Concept 4 : Barrière de sécurité

Approche par l'accident

3 types de barrières / Applications

(forteresse médiévale, sécurité routière, circuit du médicament, bloc opératoire, etc.)



1. Erreur prévenue

Ex : Demande de précision relative à une prescription non comprise

2. Erreur récupérée

Ex : Erreur de chimiothérapie dépotée avant administration

3. Accident constitué atténué

Ex : Hémorragie per-opératoire

4. Accident constitué

Ex : Erreur de côté

- Un système sûr combine les 3 types de barrières

- **Attention +++** : en milieu de soins :

. une **surestimation fréquente** des barrières de prévention

. une **insuffisance fréquente** d'organisation des barrières de récupération et d'atténuation des effets

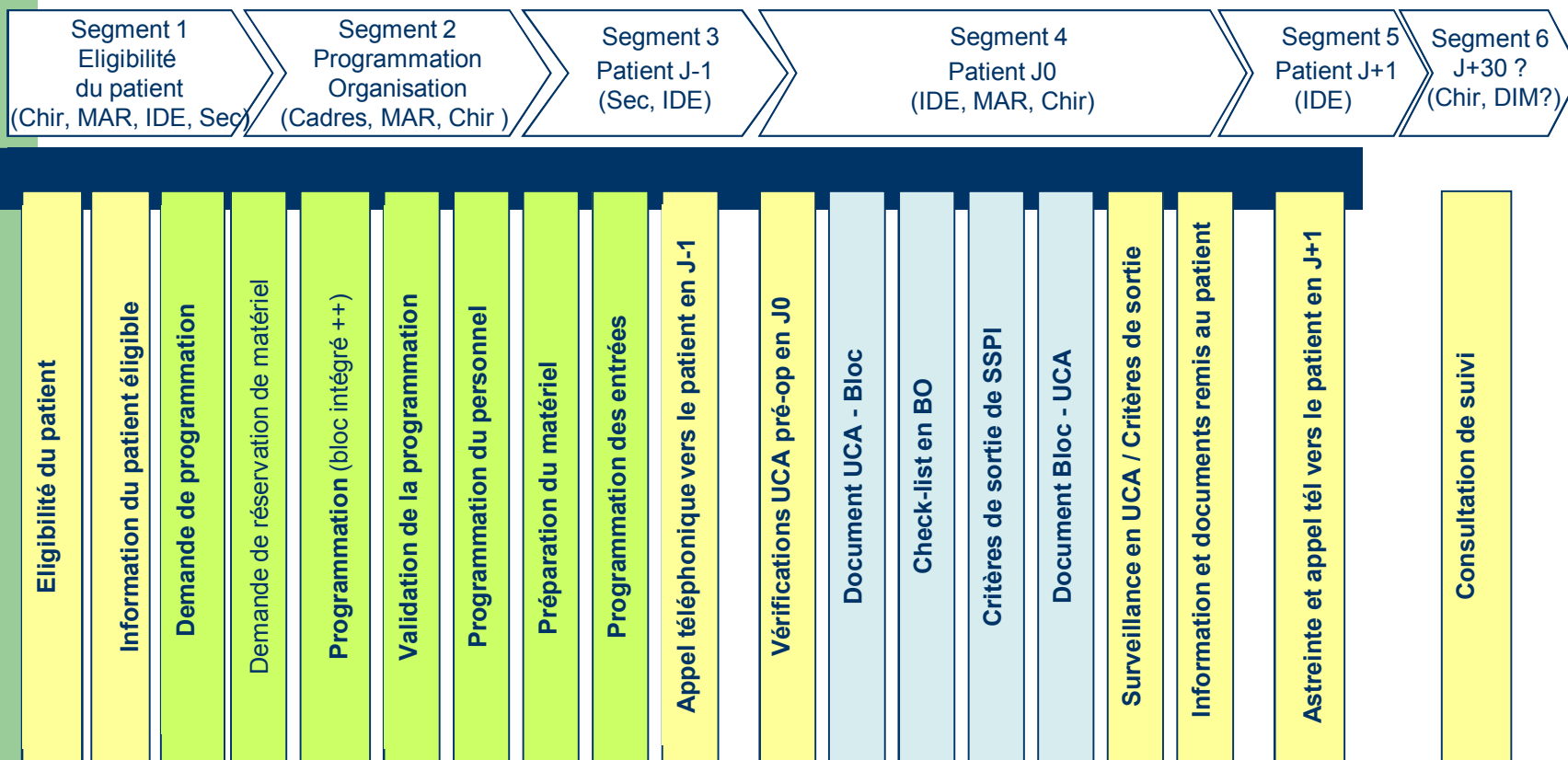
Distinguer ici les niveaux de gravité

. Niv. 3 : EPR (« échappée belle »)

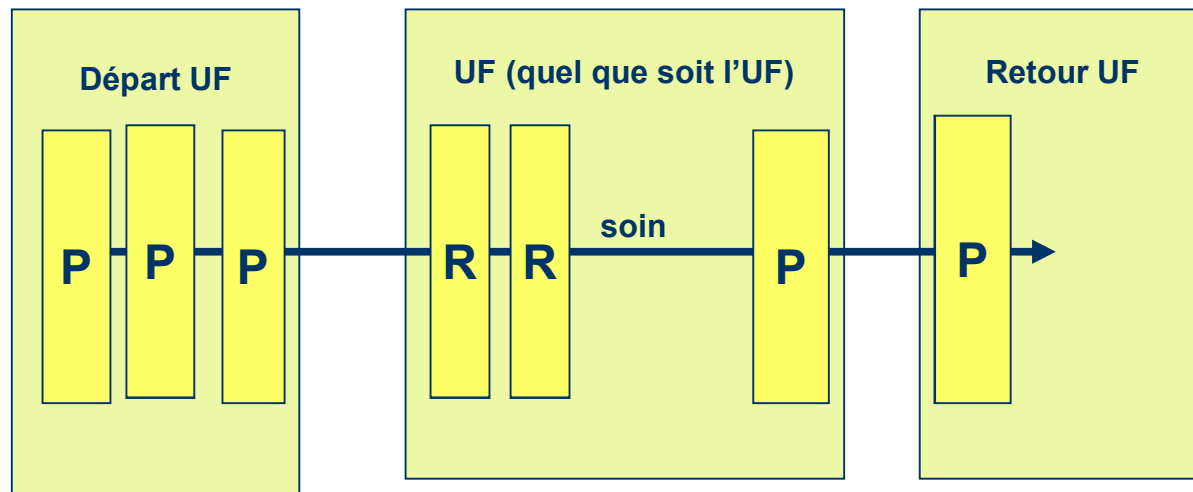
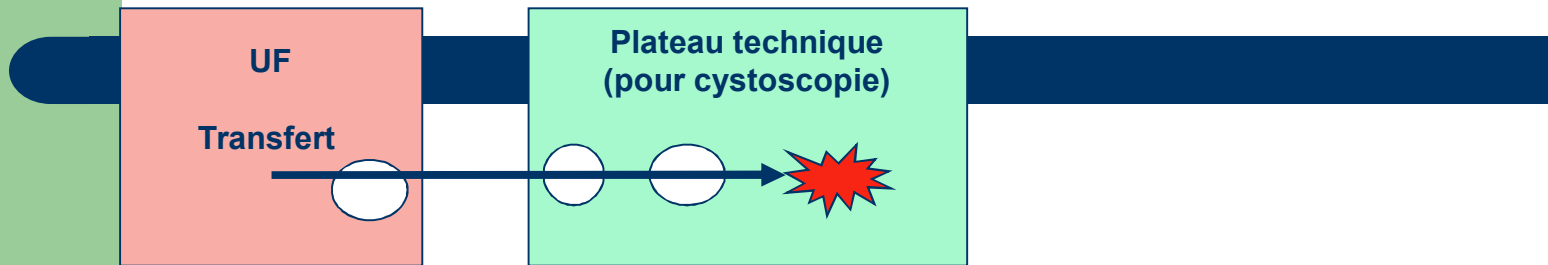
. Niv. 4 et 5 : EIG

Temps 1 : Au terme de l'analyse effectuée

Segments, étapes, points clés, barrières de sécurité (principe)



Un cas pratique : Erreur de patient avant transfert pour prise en charge en plateau technique G4



La réponse via une procédure institutionnelle de transfert de patients

Des concepts pour penser et agir ensemble

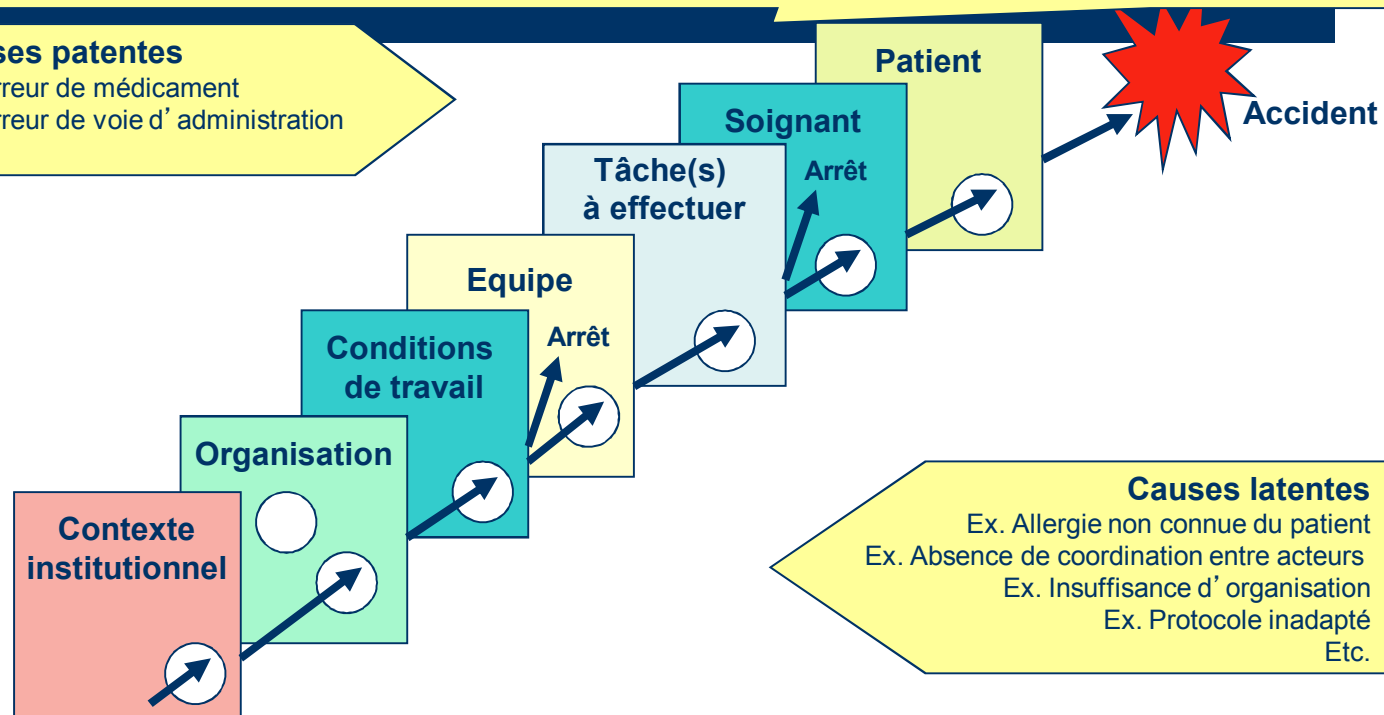
Concept 5 : Défense en profondeur (J.Reason)

Facteurs humains et organisationnels conditionnant la sécurité
Explicitation par l'accident

Des « barrières de sécurité » (prévention, récupération, atténuation) inactives ou érodées

Causes patentes

Ex. Erreur de médicament
Ex. Erreur de voie d'administration
Etc.





Bonnes pratiques de sécurité appliquées aux soins

1. Le « briefing » @
2. Le « débriefing »
3. L'autocontrôle
4. Le contrôle croisé @
5. La liste des actions effectuées ou à effectuer @
6. La check-list
7. La communication sécurisée
8. Le détrompeur
9. La délégation contrôlée
10. Le travail en binôme (et la répartition organisée des tâches)
11. La gestion de l'interruption de tâches
12. L'arrêt de tâche en cas de doute et la demande d'aide @

@ : la check-list en bloc opératoire (barrière de récupération) associe 4 de ces pratiques

Des concepts pour penser et agir ensemble

Concept 6 : Amélioration continue de la qualité (Deming)

4. Réagir

Suivi des actions (dont indicateurs)

Organisation des projets

Plan d'actions

Priorisation des actions

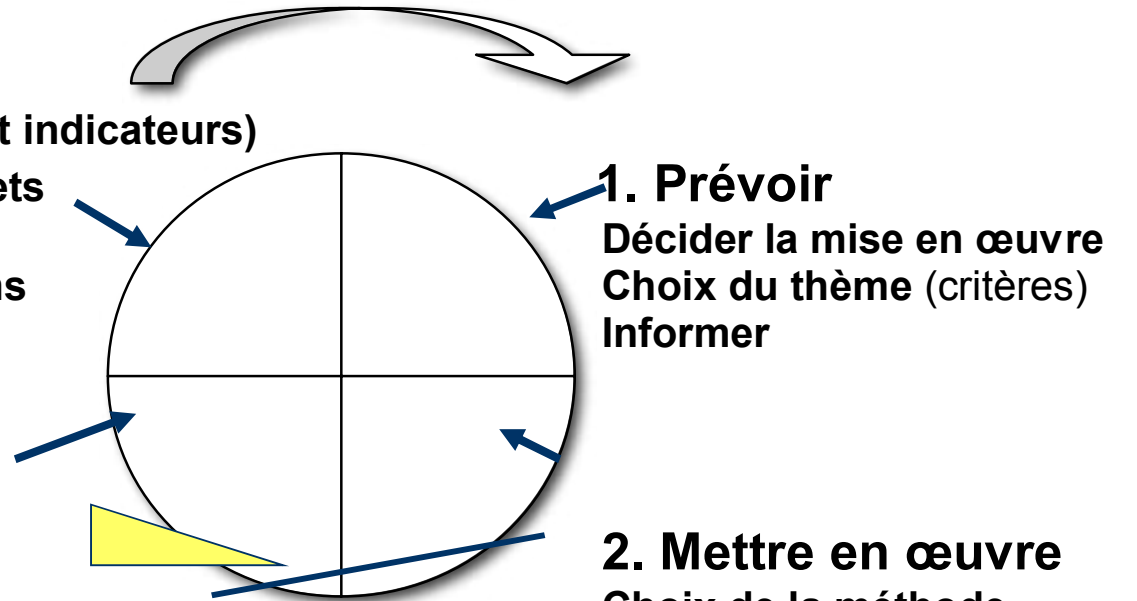
3. Evaluer

Approche par les problèmes

Approche par comparaison à un référentiel

Approche par les processus

Approche par les indicateurs & comparaison



Par exemple dans le cadre d'une EPP, d'une RMM (HAS, Juin 2009)

Identification du besoin



L'approche de la qualité par la non qualité reconnue

<p>Via l'évaluation (identification d'une non qualité)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consécutif à des événements indésirables (directement ou non <i>Trigger tools</i>) - Consécutif à des plaintes - Enquête auprès des usagers - Par inspection (organismes de vérification, tutelles, assurance) - Par évaluation interne (autoévaluation collective, audit qualité, suivi d'indicateurs, EPP) - Par évaluation externe (visite de certification, etc.)
<p>Via un besoin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Par « appel à projets » dans les services <ul style="list-style-type: none"> . selon un thème transversal (ex : accueil des patients) . selon un besoin local - Par « tour de table », voire technique du « focus group » - Par méthode « Delphi » (questionnaires itératifs)
<p>Via la réglementation et/ou le projet stratégique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Restructuration d'une activité existante - Mise en œuvre d'une activité nouvelle

Repérage de situations à risques effectué sur la base des processus (prise en charge de patients, approvisionnement, etc.) Hiérarchisation via la criticité (G x VS)



Exemple d'échelle de gravité	
G1 Mineure	Conséquence mineure sans préjudice (ex : retard simple)
G2 Significative	Incident avec préjudice temporaire (ex : retard avec désorganisation de la prise en charge)
G3 Majeure	Incident avec impact (report, prolongation anormale de l'hospitalisation, transfert non prévu en réa, perte de fonction transitoire)
G4 Critique	Conséquences graves (ex : ré-intervention, préjudice avec retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente)
G5 Catastrophique	Conséquences très graves (ex : invalidité permanente, séquelles graves, décès)

Exemple d'échelle de vraisemblance de survenue	
V1 Très improbable	Ou « jamais vu »
V2 Très peu probable	Ou « vu une fois dans ma carrière »
V3 Peu probable	Ou « vu dans d'autres établissements »
V4 Possible / probable	Ou « survient dans l'établissement »
V5 Très probable à certain	Ou « vécu dans mon secteur d'activité »

Repérage de situations à risques Définir les priorités (grille de Farmer)

Risque à traiter en priorité
Risque à surveiller
Risque non critique (acceptable)

Vraisemblance de survenue estimée	5 Très probable à certain					
	4 Probable		Contamination du site opératoire			
	3 Peu probable				Erreur d'identification du site opératoire	
	2 Très peu probable					
	1 Impossible à improbable					
		1 Mineur	2 Significatif	3 Majeur	4 Grave à critique	5 Catastrophique
		Gravité estimée				

Suivie d'une visite d'1h30 de chacune des UF soins (entretien sur questionnaire)

Temps 1 : Mettre en les projets maîtrisés (Fichet projet ?) Des projets suivis au sein d'un programme +++



Programme d'amélioration de la qualité-sécurité des soins														
Thème du volet :														
Responsable du volet thématique (structure ou personne) :							Date de mise à jour :							
Année	N°	Intitulé des actions et projets	Origine	Portée	Priorité	Animateur opérationnel	Suivi des actions engagées (et jalons associés)					Clôture Prévision réalité	Remarques	
							Temps 1 Organiser	Temps 2 Analyser	Temps 3 Décider	Temps 4 Mettre en œuvre	Temps 5 Evaluer Pérenniser			
	1						Fiche projet							
	2													
	3						Fiche projet							

Projet 1

Projet 3

**Un programme tenu à jour (jalons).
Des fiches projet pour les actions complexes**

Mettre en œuvre le programme sous la forme de projets maîtrisés.

La fiche projet (principe, intérêt d'une fiche type)

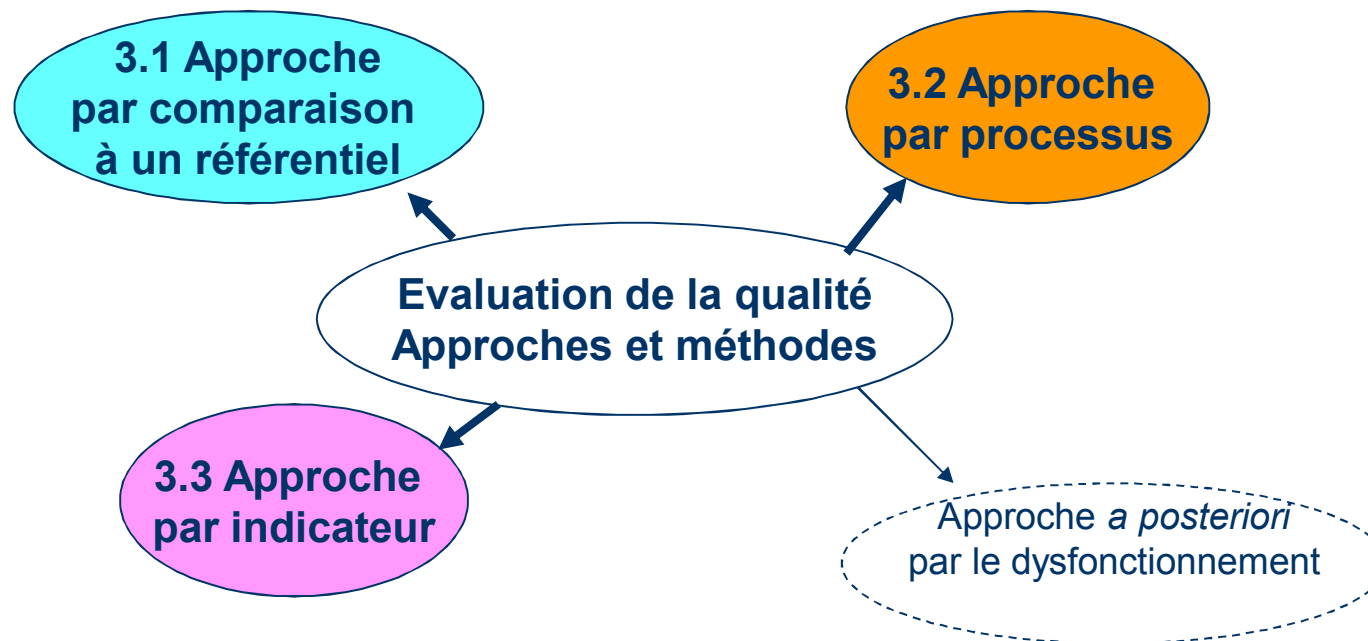
(contrat technique et social grâce auquel s'organise la démarche d'amélioration)

1. **Titre** attention au périmètre++
2. **Problématique** résumée, structurée, si possible quantifiée
3. **Enjeux de la démarche**
4. **Documents et références** réglementation, référentiels, normes
5. **Aspects relatifs à la mise en œuvre éventuelle dans le cadre d'une EPP**
6. **Objectifs** objectifs ultime et intermédiaires
7. **Liens éventuels avec d' autres projets**
8. **Méthodologie**
9. **Responsabilités**
10. **Groupe de travail**
11. **Echéancier selon les étapes essentielles** (Gantt)
12. **Coûts prévisionnels**
13. **Modalités de mesure des résultats**
(satisfaction, impact organisationnel, impact clinique, coûts *a posteriori*)
14. **Modalités de pérennisation des résultats**
15. **Validation institutionnelle de la fiche**
16. **Revue de suivi de la fiche** (dont liens avec DPC)

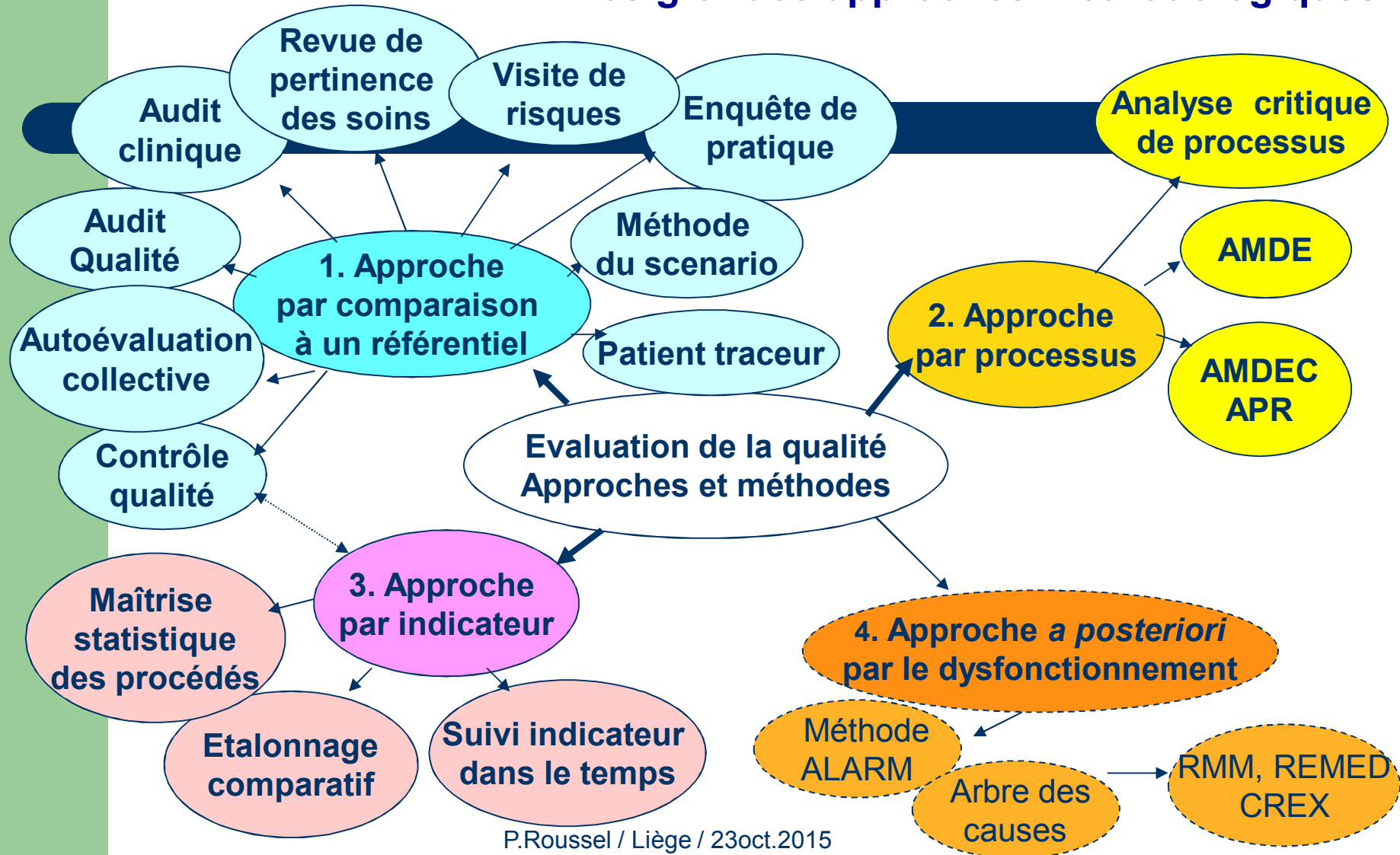
* Quelle approche méthodologique ?
(par les processus ? par comparaison à un référentiel ? par les problèmes ? par indicateur ?)
* Si accès aux dossiers de soins, quelles modalités ?

Identifier la non qualité et les risques associés

Les grandes catégories d'approches méthodologiques



Identifier les risques (*a priori* via 1, 2, 3 et *a posteriori* via 4) Les grandes approches méthodologiques



De la préparation d'un référentiel à l'auto-évaluation collective

(groupe de travail pluri-professionnel & soutien méthodologique)

Axe	1. Management de l'activité	2. Processus de prise en charge des patients	X	3. Fonctions support	4. Autres	A		
Chapitre concerné : 2.4 Patient en situation de dysfonction cardio-circulatoire								
Rédaction du volet thématique : P.Roussel, C.Brault (25/11/13)			Validation du document (qui / quand) : F.Goddé le 09/12/13, Groupe CV le 19/12/13					
Date(s) audit 07/01/14	Auditeurs qualité internes P.Roussel, C.Brault		Personnes rencontrées C.Simon et C.Jehan (médecins), C.Aussant (IDE), N.Mazier (AS), S.Tropée (CDS)					
Rappel des modalités de cotation en audit qualité	A		Pas d'écart constaté					
	B	Ecart mineur	Quelques écarts constatés					
	C	Non-conformité majeure	Quelques écarts pouvant générer des risques					
	D	Non-conformité critique	Ecart majeur met en jeu la qualité et la sécurité du processus analysé					
	SO / NA	Sans objet / Non applicable						
N°	Critères d'évaluation (NB : mesurables et spécifiques)	Source (1) Recueil info	Éléments d'appréciation NB : Favoriser la reproductibilité	Cotation				Remarques NB : dont aspects positifs (+), aspects négatifs (-)
				A	B	C	D	
1	La sémiologie et les modalités de prise en charge collective d'une défaillance circulatoire sont connues par l'ensemble des professionnels concernés (Médecins, IDE, AS, Kiné).	CCR 2011 Méd, IDE Observation Documents Entretien	. Formation et accompagnement des nouveaux entrants . Repérage des besoins de formation (par exemple sur la base des listes fournies en 2011 pour les médecins et IDE) . Formation continue . Evaluation périodique de la mise en œuvre au sein de l'UF		B			(+) Une formation en 2012 pour nouvelles IDE + mise à niveau autres IDE sur la sémiologie des chocs (non pérenne, avec support documentaire partagé en classeur) (+) Présentations disponibles à destination des internes et externes (ensuite évalués au lit du patient) (+) Des compléments donnés à chaud au lit du patient (-) Une adaptation à faire pour les AS en matière de signes d'alerte (sur la base des acquis en formation initiale) (-) Voir pour mise en ligne documentaire (-) Gestion des alarmes (réglages par IDE sur postes déportés auprès des patients à partir des prescriptions, évaluation, artéfacts, réactivité) Suggestions : . Un topo pour tous à prévoir tous les 2 ans . Gestion des alarmes (formation sur réglages, interprétation, y répondre +++)

Identifier le besoin

Organiser la démarche

Evaluer et prioriser

Identifier les solutions et le plan d'action

Mettre en œuvre le plan d'action

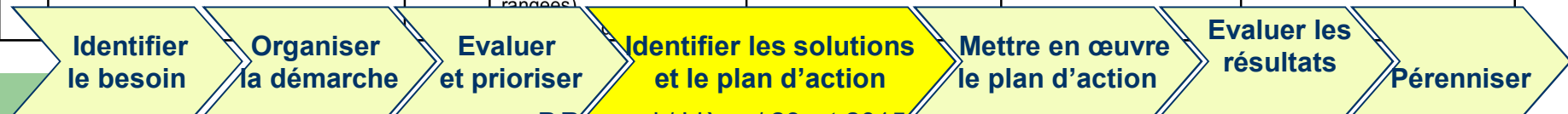
Evaluer les résultats

Pérenniser

Des principes d'analyse d'une pratique à améliorer Via le processus et ses points critiques

Ex : processus de VMI

n°	T1 : Identification et description des pratiques actuelles			T2 : Repérage des écarts		T3 : « Reconstruction »
	Quoi	Qui	Avec quoi	. Ecarts / référentiels . Réflexions	/ El locaux	
1 int	Analyser la situation	Méd IDE AS	Contexte, évolution, données cliniques, autres données (alarmes scope, imagerie, etc.)		Difficulté de réglage des alarmes (impact sur la surveillance)	Recherche de capteurs plus performants (prévenir fausse alarme par perte de signal) (SC, NL ?)
2	Prendre la décision de ventilation mécanique invasive	Méd	Critères (variété des situations, absence de score)	NB : Pas de référentiel, ni score		Recherche biblio sur d'éventuels scores ?? (CJ, JMC)
3	Procéder à l'intubation trachéale	Méd IDE AS	Mode opératoire			MO existant, à revoir dont le rôle de chacun (Groupe W)
4	Régler le ventilateur (selon le mode ventilatoire) <i>NB : Prise en charge possible de patients à ce stade (avec sédation et seringue)</i>	Méd IDE	. Ventilateur* (vérifié, entretenu, utilisable) . Instructions sur le matériel via le logiciel (dont liste de contrôle) . Réglages par IDE (sur prescription médicale)	. Pas de mode op. pour le montage du circuit	Des modifications de réglages de modalités ventilatoires non tracées (fiche murale à améliorer ? code couleur à voir ?)	. Besoin de détrompeur (comment ? via code couleur entre prescription de réglage de départ et modif. ultérieures ?) . Mode op. pour le montage du circuit (livret avec photos par matériel et pat étape)
5 vent	Brancher le respirateur sur le patient	Méd IDE		Réflexion à engager sur . la pratique de gestion de l'espace mort . l'humidification		. Mode opératoire (gestion des tuyaux et de l'espace mort, de l'humidification, etc.) Méd (indication), IDE, AS
6	Prescrire la sédation <i>NB : Reprise du traitement (dont sédatif) en cas de patient pris en charge en étape 4</i>	Méd	. Feuille murale			<i>Cf. groupe de travail sur le thème Sédation (T.Rombaut)</i>
7	Effectuer la sédation selon la prescription locale (préparation et administration des médicaments)	IDE	. Objectif de sédation (via scores) . Adaptation par IDE pour atteinte objectif . Médicaments (armoires rangées)	Tables de dilution internes à l'UF (différentes des UF d'amont ?)		Cf. Groupe sédation pour + PUI (Lelièvre)(+ DSI ?) pour table de dilution partagée entre Urgentistes, MAR et Réa



Repérage, choix et analyse d'un événement indésirable Temps 1 : Repérage chronologique des faits

1. La veille au bloc	2. De la réa au bloc	3. Au bloc	5. La transfusion	6. Une fin heureuse
<p>a. Intervention la veille sur patient B (ce jour en réa 2)</p> <p>b. CGR commandés alors mais non utilisés (restés en ETS)</p> <p>c. Vide complet non effectué en salle après intervention (quelques étiquettes du patient B restantes sur la paillasse)</p>	<p>a. Patient A entrant en weekend après trauma cervical</p> <p>b. Indication chirurgicale de décompression (excès de poids, coronarien sous Plavix et aspirine)</p> <p>c. Intervention d'abord programmée le lundi, puis avancée au dimanche en raison d'un programme jugé chargé</p> <p>d. Patient A vu par le médecin anesthésiste de garde de WE en neurochir. (bloc, chirurgiens et pathologie peu connus)</p> <p>e. Préparation du patient conscient en réa 1 (sans pose du bracelet d'identification)</p> <p>f. Sortie de réa 1 sans vérification de bracelet et sans dossier</p> <p>g. Entrée au bloc (sans vérification de bracelet)</p> <p>h. Demande du dossier manquant en réa 1</p>	<p>a. Début de l'intervention (avec feuille d'anesthésie nominative mais sans le dossier). Nom du patient A connu du médecin anesthésiste</p> <p>b. 12h40 : Bradycardie et hémorr extériorisée. Dc de choc hémorr. (confondu avec choc spinal). Gaz du sang (Hb à 11,4g/l)</p> <p>c. Décision de transfusion</p> <p>d. Demande de CGR rédigée par l'IADE (qui ne connaît pas le nom du patient A). Se sert des étiquettes B</p> <p>e. Demande des étiquettes supplémentaires b au coursier de garde pour compléter la commande</p>	<p>a. L'IADE signe (comme à l'habitude) la prescription (médicale) de CGR</p> <p>b. La commande part vers l'ETS avec des étiquettes B</p> <p>c. L'ETS délivre les CGR (en attente depuis la veille) qui arrivent au bloc</p> <p>d. Aggravation de l'état du patient (Dc d'hémorragie considérée comme urgence vitale)</p> <p>e. Constat de discordance d'identité par l'IADE et le médecin anesthésiste (pas d'appel vers l'ETS pour signaler la discordance contrairement au guide de BP validé et diffusé)</p> <p>f. Réalisation d'une épreuve de compatibilité (pas de différence en raison d'un GS O chez les patients A et B)</p>	<p>a. 12h57 : Transfusion effectuée. La patient A s'améliore rapidement avant la fin du passage des 2 CGR (signant l'erreur de Dc)</p>
		<p>4. Du bloc à la réa</p> <p>f. Le coursier s'adresse en réa 1 (avec le nom de B). Est adressé en réa 2</p> <p>g. L'IADE de réa 2 lui donne des étiquettes B (B est présent dans le box)</p> <p>h. Le coursier dépose les étiquettes au bloc sans faire part du trajet effectué</p>		

Repérage, choix et analyse d'un événement indésirable

Temps 2 : Identification des causes (ici par méthode ALARM)

Facteurs liés	Facteurs contributifs avec retentissement
1. au contexte institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> . L'insuffisance de personnel pendant la garde . Une formation insuffisante
2. à l'organisation	<ul style="list-style-type: none"> . Le report d'intervention vers la garde (avec de ce fait un effectif réduit) . Un médecin anesthésiste travaillant habituellement en bloc spécialisé ORL (n'intervenant au bloc de neurochirurgie que pendant les gardes)
3. aux conditions de travail l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> . Une équipe de garde différente de celles de jour . L'appel en garde à des anesthésistes et coursiers polyvalents . Une culture de sécurité insuffisante
4. au fonctionnement de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> . Un défaut de communication interpersonnel . Une équipe de garde différente de celles de jour . L'absence du coursier habituel de neurochirurgie
5. aux tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none"> . L'absence « vide de ligne » en salle d'opération après l'intervention précédente . L'absence de pose de bracelet pendant la préparation du patient en réa . Un brancardier ne s'inquiétant pas de l'absence de dossier médical . L'absence de vérification du port de bracelet en sortie de ré pour le bloc opératoire . L'absence de vérification d'identité et de port de bracelet en entrée puis au sein du bloc opératoire . Une intervention qui démarre – hors urgence vitale – sans le dossier médical
6. aux individus	<ul style="list-style-type: none"> . Une aide-soignante qui n'effectue pas le « vide de ligne » prévu après chaque intervention . Un médecin anesthésiste issu du bloc ORL ayant une moins bonne connaissance de la pathologie neurochirurgicale . Un médecin anesthésiste laissant la prescription de CGR à l'IADE (pratique non exceptionnelle) . Une IADE qui ne vérifie pas l'identité du patient . Une IADE qui complète l'ordonnance de CGR avec des étiquettes trouvées sur place . Une IDE de réa qui donne des étiquettes d'un patient présent dans le box de soins . Un coursier qui n'informe pas de son parcours insolite
7. au patient	<ul style="list-style-type: none"> . Un excès pondéral . Une insuffisance coronarienne

Pour conclure ce jour (1)

- **La finalité à rappeler**

- sécurité du patient, qualité de vie au travail, culture de sécurité
- aide à la décision (et non démarche bureaucratique)

- **La légitimité**

- lien hiérarchique avec la gouvernance
- opportunités managériales (obligation, réserve en certification, événement indésirable associé aux soins...)

- **Les alliances**

- via l'encadrement (directions, pôles d'activité, unités)
- via méthodologie (ne pas rentrer dans le champ « métier » de l'autre, d'où outils favorisant, questionnement, expert « métier », dialogue)

- **Engager la démarche**

- Organiser la veille externe (réglementation, référentiels, recommandations, outils)
- Aller sur le terrain - vers l'autre en salle, en lieu de travail ?
 - des UF vivantes, des UF en souffrance (un REX sur 3 mois)
- Adopter la technique du cheval de Troie (typologie participative, « fun »)
- Se mettre en démarche projet (x projets > programme)
- « Faire d'une pierre 2 ou 3 coups » (ex : obligation d'EPP et douleur)
- Pédagogie d'adultes (via exemples concrets, 3 temps ?)
- Méthode adaptée au contexte à problématique et culture (outils aidants de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} intention)

Pour conclure ce jour (2)

- **Engager la démarche**

- Favoriser le signalement des EI (intérêt d'une Charte déontologique / « approche positive de l'erreur », concept de 2^{ème} victime)

- **Maintenir la motivation**

- Travailler sur « **documents de niveau 1** » (RI, MQ, charte de fonctionnement)
- Problématiques : temporalités et multiplication des projets, ressources dédiées limitées (> le **programme et son suivi** avec la gouvernance)
- Les **résistances au changement** : une réalité
- **Communiquer** (combinaison de divers moyens institutionnels et locaux)
- Accompagner et former des **référénts locaux**, etc.
- Effectuer pour les instances un **bilan périodique documenté, si possible hiérarchisé** (résultats des suivis externes, actions menées, en cours, à prévoir, voire alertes)

- **NB** : A quand des études actualisées sur les coûts de la non qualité ?