******

**Déclarer, analyser, s’améliorer : apprendre de nos erreurs**

**Propositions de communications**

# Table des matières

[1. Promouvoir la culture de gestion des risques dans un établissement de santé gériatrique, Céline MOCH, Centre Hospitalier Gériatrique du Mont d'Or 4](#_Toc491277953)

[2. DECLARER EN TOUTE CONFIANCE, Bertrande SUBERBIE-MAUPAS, SSR VAL ROSAY 6](#_Toc491277954)

[3. RENDRE L’EVENEMENT INDESIRABLE « DESIRABLE », Roland CHVETZOFF, Philosophe, Cabinet LATITUDE SANTE (38) et CH de Lormes (hors région) 8](#_Toc491277955)

[4. Gestion de l'oxygénthérapie, Nathalie AUDIARD, Hôpital de Serrières 10](#_Toc491277956)

[5. Apprendre des erreurs, à différents niveaux, Florence-Marie JéGOUX, formatrice et facilitatrice Facteurs Organisationnels et Humains, hors région 11](#_Toc491277957)

[6. Expérience et ressenti des professionnels de santé face aux erreurs médicamenteuses : Enquête au Centre Hospitalier de Vienne, Sophie GIRARD, CH Lucien Hussel 13](#_Toc491277958)

[7. La gestion et le signalement des EIG dans un groupe d’EHPAD, Benoit GREFFE, Groupe ACPPA 15](#_Toc491277959)

[8. Définir une stratégie performante en matière d’amélioration de la qualité par l’automatisation de l’analyse de risques, Sophie LAGARDE, UGECAM, hors région 17](#_Toc491277960)

[9. DECLAR'Action, Rémy LOUCHARD, CH le Vinatier 19](#_Toc491277961)

[10. Instauration d'une dynamique pérenne de la gestion des EIAS, Sofia BENCHEHIDA, Auditrice-Formatrice-Consultante, hors région 21](#_Toc491277962)

[11. Dépistage de la iatrogénie chez les patients âgés à risque, Etienne DESLANDES, Pôle de santé "Les Allymes" 23](#_Toc491277963)

[12. Gestion des patients en psychiatrie et aux urgences dans la région stéphanoise, Hamid TRIKI, usager 25](#_Toc491277964)

[13. Interruptions de tâche liées à l'utilisation du téléphone entre soignants au sein d'une Structure d'Urgence : mieux téléphoner pour mieux soigner ?, Alban GUIBERT, Structure des Urgences-SAMU-SMUR, CH de Bourg-en-Bresse 26](#_Toc491277965)

[14. Amélioration des transmissions orales par l’utilisation d’un modèle standardisé : la relève, c’est « IMPEQ » et ça « IRA », Alban GUIBERT, Structure des Urgences-SAMU-SMUR, CH de Bourg-en-Bresse 28](#_Toc491277966)

[15. Analyse des Événements Indésirables Associés aux Soins via la méthodologie CREX : retour sur 3 ans d'expérience, Alban GUIBERT, Structure des Urgences-SAMU-SMUR, CH de Bourg-en-Bresse 30](#_Toc491277967)

[16. Informatisation de la prise en charge médicamenteuse : bilan des évènements indésirables, Cindy MOLINA, Hôpital du Gier 32](#_Toc491277968)

[17. Interface blocs opératoires-Stérilisation Centrale : Bilan sur 3 ans des non conformités déclarées, Magali ROCCA, Stérilisation Centrale 34](#_Toc491277969)

[18. EIG ... de la culpabilité à la résilience, Valérie FLATIN, HCL 36](#_Toc491277970)

[19. Le Comité de Retour d'Expérience, un atout pour la gestion des risques !, Elisabeth DE CARVALHO, Clinique des Cèdres 38](#_Toc491277971)

[20. Comment développer la culture du signalement des événements indésirables ? Freins, leviers, et exemples., Loïc TURBEL, Consultant formateur Focus Qualité, hors région 40](#_Toc491277972)

[21. L'absentéisme imprévu : Un événement indésirable associé aux soins comme un autre, Annick DELPECH, CH Lucien HUSSEL 42](#_Toc491277973)

[22. Sécurisation de l’administration des médicaments en Psychiatrie : Mise en place de la tâche unique, Sabine MOTYKA, CHS Le Valmont 44](#_Toc491277974)

[23. Le projet de parcours patient territorial : Un chemin à baliser, Annick DELPECH, CH Lucien HUSSEL 47](#_Toc491277975)

[24. Amélioration des pratiques suite à un évènement porteur de risque : cas du pousse seringue électrique (PSE ou SAP) d’héparine, Lise DELBECQUE, Hôpital Le Corbusier 49](#_Toc491277976)

[25. RMM CicARA ou comment mettre en place une RMM plaies et cicatrisation en Auvergne – Rhône – Alpes, Philippe GUILLEM, Clinique du Val d'Ouest 51](#_Toc491277977)

[26. Evaluation du risque de chute chez le patient hémodialysé dit « fragile », Aline CHABROUX-SEFFERT, ARTIC 42 53](#_Toc491277978)

[27. Le patient/résident partenaire de l’analyse des risques, Karine ROUME, CH St-Marcellin 55](#_Toc491277979)

[28. Promouvoir la déclaration des évènements porteurs de risque : un axe essentiel pour l'amélioration de la gestion des risques, Cédric COUTRON, Hôpital du Gier 57](#_Toc491277980)

[29. Les comités de retour d’expérience (CREX) au sein de la PUI (pharmacie à usage intérieur) : quelle évolution de 2013 à 2017 ?, Marie DE CRESCENZO, CH de Bourg en Bresse 59](#_Toc491277981)

[30. GROUPE D’ANALYSE DE LA PRATIQUE DANS UN CENTRE DE DIALYSE : DE LA SECURITÉ EMOTIONNELLE DES SOIGNANTS À LA QUALITE DES PRISES EN CHARGE, UN ENJEU DE PRÉVENTION ?, Marie LINO-DANIEL, Calydial 61](#_Toc491277982)

[31. Faites entrer le patient, Teresa VALDERAS TERCERO, Calydial 63](#_Toc491277983)

[32. Un appui régional à l’analyse des évènements indésirables associés aux soin, Valentin DAUCOURT 66](#_Toc491277984)

# 1. Promouvoir la culture de gestion des risques dans un établissement de santé gériatrique, Céline MOCH, Centre Hospitalier Gériatrique du Mont d'Or

**Mots clés :** Gestion des risques, A posteriori, Sécurité des soins

**Auteurs :**

Céline MOCH, Centre Hospitalier Gériatrique du Mont d'Or, 6 rue Notre Dame 69250 ALbigny-Sur-Saône

Bernadette VERSCHELDE, Centre Hospitalier Gériatrique du Mont d'Or, 6 rue Notre Dame 69250 ALbigny-Sur-Saône

Aurélia MARFISI-DUBOST, Centre Hospitalier Gériatrique du Mont d'Or, 6 rue Notre Dame 69250 ALbigny-Sur-Saône

**Auteur correspondant :** Céline MOCH, Pharmacien Responsable qualité et gestion des risques, téléphone : 0472081466, e-mail : c.moch@ch-montdor.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Les évènements indésirables non intentionnels sont souvent la conséquence de plusieurs facteurs contributifs. La culpabilité ressentie par les agents et l’existence, parfois, d’un système répréhensif favorise la culture de la faute dans l’esprit des professionnels de santé. L’objectif de l’établissement est de transformer la culture de la faute en culture de l’erreur, plus propice à l’apprentissage et à l’amélioration des pratiques.

* **Méthode**

Afin de promouvoir la culture positive de l’erreur dans l’établissement, le Directeur de l’établissement, la Présidente de CME et le service Qualité-Gestion des risques (QGDR) ont imaginé ensemble différents outils pour améliorer la gestion des risques a posteriori. Il apparaît indispensable d’impliquer tous les agents dans cette démarche.

* **Résultats**

L’établissement s’est aperçu que le système déclaratif fonctionne difficilement s’il n’est pas accompagné de l’implication des professionnels de terrain et de l’encadrement à toutes les étapes du circuit de l’erreur. En effet, chacun doit être associé à l’analyse de l’erreur, à la réunion pluridisciplinaire, à la proposition de mesures barrières et à l’application de ces dernières. L’établissement a mis en œuvre plusieurs modalités afin d’impliquer davantage l’ensemble des professionnels :

- Charte d’incitation : Une charte d’incitation a été diffusée à tous les agents de l’établissement. Elle préconise pour chacun, la déclaration spontanée de tout évènement indésirable.

- Modification de la gestion du circuit des évènements indésirables : Le circuit implique désormais des personnes ressources selon les thématiques des évènements indésirables déclarés. Une fois analysés par les personnes ressources, un retour est fait en cellule QGDR afin de définir les actions d’amélioration institutionnelles.

- Formation QGDR : Une formation, inscrite au plan de formation de l’établissement, est proposée à tous les agents, sous forme d’ateliers pratiques. Cette formation vise à montrer aux agents ce qu’il faut déclarer et comment déclarer les évènements indésirables sur le logiciel BlueMedi.

- Formation au comité de retour d’expérience (CREX) : L’établissement souhaite déployer la formation aux retours d’expérience. Pour ce faire, des référents de chaque service sont formés à la méthode CREX ainsi que les vigilants, les membres de le cellule QGDR et les membres du COPIL QGDR. Le déploiement de cette formation permet à chaque service d’être sensibilisé à la gestion des risques a posteriori et de mettre en œuvre la démarche de CREX.

- Mise en place de revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux (REMED) : La mise en place de REMED dans l’établissement permet d’analyser de manière pluridisciplinaire les erreurs médicamenteuses déclarées. Des actions d’amélioration sont systématiquement proposées et mises en place consécutivement à ces réunions.

- Vidéo valorisant la REMED : Une vidéo a été réalisée afin de montrer aux agents les bénéfices des REMED. Cette vidéo a été réalisée à partir de faits réels, en collaboration avec des infirmiers, des médecins, la Direction et le service QGDR.

- Site intranet : Un site intranet est disponible sur l’établissement pour tous les professionnels. Le service QGDR alimente le site intranet d’informations concernant la gestion des risques.

- Gazette QGDR : Le service QGDR réalise une lettre d’information QGDR mensuelle distribuée avec les fiches de paie des agents et disponibles dans les unités de soins.

* **Discussion**

D’autres projets sont en cours pour améliorer la gestion des risques, notamment la mise en place d’une chambre des erreurs.

* **Conclusion**

L’engagement de la Direction, du Président de CME et du service QGDR est indispensable pour modifier la culture de gestion des risques a posteriori dans un établissement de santé. L’environnement de travail change progressivement pour laisser place à un environnement de confiance, sans jugement de l’individu.

# 2. DECLARER EN TOUTE CONFIANCE, Bertrande SUBERBIE-MAUPAS, SSR VAL ROSAY

**Mots clés :** CONFIANCE, EQUITE, ENGAGEMENT, INVESTIGATION, TRANSPARENCE, OBJECTIVITE

**Auteurs :**

Christine GOUILLON / Bertrande SUBERBIE-MAUPAS

SSR VAL ROSAY

133 Route de Saint CYR

69370 Saint Didier au Mont d'Or

**Auteur correspondant :** Bertrande SUBERBIE-MAUPAS, Responsable QGDR, téléphone : 0472532103, e-mail : bertrande.suberbie-maupas@ugecam-rhonealpes.cnamts.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Dans le cadre d’un groupe de travail mené par le CEPPRAL, nous nous sommes intéressées à la culture équitable. Selon J. Reason, la culture équitable est « un climat de confiance qui incite les personnes à fournir des renseignements essentiels liés à la sécurité mais dans lequel les personnes sont également au courant des limites qui existent entre un comportement acceptable ou non ».

Nous travaillons sur un nouvel outil de ressource humaine et de management appelé l’arbre décisionnel. Cet arbre de décision du niveau de responsabilité a pour but d’aider les managers à décider de l’action à prendre vis-à-vis des professionnels de santé impliqués dans la survenue d’un évènement indésirable chez un patient.

A fortiori, l’objectif de cet outil est d’ancrer un climat de confiance, de palier les sous-déclarations et d’améliorer la sécurité des soins.

La direction dans le cadre d'un EIG ou significatif prend en compte non seulement le patient mais reconnaît le professionnel comme seconde victime.

Cet outil permet de définir le niveau de responsabilité de l'institution et/ou du professionnel impliqué dans l'évènement indésirable;

* **Méthode**

Nous utilisons l'arbre décisionnel dans le cadre d'évènements indésirables graves ou significatifs et notamment lorsqu'il y a annonce d'un dommage associé aux soins.

En 2016, nous avons présenté l'outil lors de la semaine sécurité du patient à tous les professionnels du Val Rosay et l'avons intégré dans notre module interne de formation Qualité Gestion des Risques.

* **Résultats**

Les professionnels connaissant la méthode et l'engagement de la direction dans une culture "juste" déclarent davantage (augmentation du nombre de déclarations 2016/2015).

Outre l'aspect quantitatif, nous constatons que nous amorçons "très modestement" une approche plus qualitative des déclarations.

* **Discussion**

L’outil vient en appui lors d’une analyse systémique. Il ne doit pas être utilisé en tant qu’outil unique.

Il nécessite d'être régulièrement pratiqué ,commenté et utilisé en équipe pluri professionnelle.

* **Conclusion**

Cet outil est reconnu car il est intégré dans une démarche globale de la qualité et de la gestion des risques (enquête culture sécurité des soins, visites managériales de sécurité)

# 3. RENDRE L’EVENEMENT INDESIRABLE « DESIRABLE », Roland CHVETZOFF, Philosophe, Cabinet LATITUDE SANTE (38) et CH de Lormes (hors région)

**Mots clés :** Evénement indésirable grave, Evénement, Ethique, Gestion des risques, Dialectique à synthèse ajournée

**Auteurs :**

Roland Chvetzoff - Cabinet LATITUDE SANTE. 6, place Boyrivent - 38460 TREPT

Christine Pin - CH de Lormes. 8 rue du Panorama - 58140 LORMES

Louis Billiard - CH de Lormes. 8 rue du Panorama - 58140 LORMES

Pascale Saule - CH de Lormes. 8 rue du Panorama - 58140 LORMES

Elise Ratheau - CH de Lormes. 8 rue du Panorama - 58140 LORMES

Lorrie Schwartz - CH de Lormes. 8 rue du Panorama - 58140 LORMES

Sylvie Leclerc - CH de Lormes. 8 rue du Panorama - 58140 LORMES

Ingrid Bernouis - CH de Lormes. 8 rue du Panorama - 58140 LORMES

**Auteur correspondant :** Roland CHVETZOFF, Philosophe, téléphone : 0632692132, e-mail : r.chvetzoff@free.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

" Comment penser l'événement indésirable en médecine ? "

* **Méthode**

- Réflexion éthique.

- Références bibliographiques :

1. Ricœur Paul, La raison pratique, in Du texte à l’action. Essai d'herméneutique II, Editions du Seuil, Editor. 1986. p. 263-288.

2. Ricœur Paul, Morale, éthique et politique. Pouvoirs, 1993. 65: p. 5-

* **Résultats**

Réflexion philosophique sur l'événement indésirable en médecine

* **Discussion**

De nombreux comités et groupes de réflexion éthiques se sont constitués dans les établissements de santé et permettent la mise en place d’une éthique instituée. Celle-ci permet un indispensable rappel au droit, à la déontologie, à l’evidence based medicine, aux procédures qualité et gestion des risques. Cette éthique permet de repréciser et de fixer les repères ultimes de l’action médicale formalisés au sein de ce que Ricœur appelle des « légitimes objectivations » [1] et de créer des « étalons d’excellence » [2] dans le domaine du soin. Mais face aux conflits agonistiques rencontrés dans le soin (suicides, auto ou hétéro-agressions, fugues, viols, etc.), le déploiement de la réflexion éthique pensé uniquement sous cette forme peut conduire à la mise en place d’une éthique procédurale à l’origine de machines à guérir hospitalières qui finissent par fonctionner pour elles-mêmes.

C’est pourquoi l’éthique instituée doit être complétée d’une éthique instituante qui consiste à réintroduire l’événement comme contingence radicale, c’est à dire ce que l’on ne connaît pas, ce que l’on ne maitrise pas. L’événement, ce « possible non avéré » [3], doit maintenir cette tension entre les légitimes objectivations des institutions de santé et l’effraction de l’impossible, de l’impensable, de l’imprévu de la relation de soin. Réintroduire l’événement pour ouvrir à nouveau le champ des possibles [4], tel est le pari d’une éthique de l’événement. Cela suppose d’être disponible pour accueillir un réel qui fait effraction, et permettre au sujet d’inventer sa propre histoire d’une façon chaque fois singulière. Mais le réel fait mal. Le réel, « c’est quand on se cogne » nous dit Lacan. Alors la tentation est forte de « redonner du sens » au soin en rabattant l’événement sur la structure hospitalière. L’événement devient ainsi un événement indésirable qu’il s’agira d’éradiquer par un tout dispositif qualité et gestion des risques.

Il ne s’agit pas de proposer un nouveau dogmatisme ayant pour but la synthèse, cette « belle totalité » selon l’expression de Pontalis [5]. Il s’agit plutôt d’inventer autre chose qui relèverait d’une absence de conclusion, ce que Ricœur appelle une « dialectique à synthèse ajournée » [6]. Il nous faut être ouverts au pluralisme des interprétations, c’est à dire être ouverts au débat car ne disposant pas soi-même de la vérité. Cette éthique serait la résultante d’une non-coïncidence entre une pensée de l’institué et de l’instituant, du cynique et du coquin, du déterminé et de l’indéterminé, du continu et du discontinu, de la structure et de l’événement. Cette non-coïncidence est à l’origine d’une éthique comme point sublime [7, 8]. L’éthique comme point sublime va au delà des bonnes intentions, des grands principes éthiques ou moraux pour être attentive et à la machine et à l’événement. Car ce qu’il pourrait arriver de pire à la médecine : c’est que plus rien ne puisse arriver.

* **Conclusion**

Il nous faut rendre l'événement indésirable " désirable " !....

# 4. Gestion de l'oxygénthérapie, Nathalie AUDIARD, Hôpital de Serrières

**Mots clés :** oxygénothérapie, CREX

**Auteurs :**

Nathalie AUDIARD

Hôpital de Serrières

25 avenue Helvétia

07340 SERRIERES

**Auteur correspondant :** Nathalie AUDIARD, Adjoint de direction, téléphone : 0475694208, e-mail : n.audiard@chserrieres.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Problématique d'oxygénothérapie liée à un manque de coordination et de communication entre les professionnels dans un établissement de proximité. L'objectif réside dans le fait de limiter ces événements et de permettre à chacun des professionnels de comprendre l'importance de la collaboration

* **Méthode**

Analyse de l'événement indésirable

Comité de retour d’expérience pluridisciplinaire: soignants, médico techniques et techniques

Axes d'améliorations proposés entre tous les professionnels participant au CREX

* **Résultats**

Amélioration de la coordination pluri professionnelle au sein de l'établissement pour améliorer les prises en charge: rédaction de procédures et formations

* **Discussion**

Intégration des professionnels qui ne se sont pas impliqués dans la démarche

* **Conclusion**

La participation de tous favorise la coordination et l'adhésion aux axes d'amélioration

# 5. Apprendre des erreurs, à différents niveaux, Florence-Marie JéGOUX, formatrice et facilitatrice Facteurs Organisationnels et Humains, hors région

**Mots clés :** REX, Partage d'expérience, perception de l'erreur, temporalité d'apprentissage

**Auteurs :**

Florence-Marie Jégoux

15 rue Marcet 44100 NANTES

**Auteur correspondant :** Florence-Marie JéGOUX, formatrice et facilitatrice Facteurs Organisationnels et Humains, téléphone : 0671408930, e-mail : dvtsystemiquehumain@gmail.com

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Apprendre de nos erreurs peut se faire au niveau individuel (professionnel en formation puis professionnel en activité), collectif (dans une équipe de travail, un service), organisationnel et systémique (centre hospitalier, clinique, ou état, autorité de surveillance).

Il s'agit alors de comprendre comment se passe l'apprentissage à ces différents niveaux, puis de percevoir le risque et l'erreur, d'améliorer notre perception de la sécurité (sécurité normée et sécurité gérée), pour améliorer le REX, et développer le PEX (Partage d'EXpérience). La différence et complémentarité entre REX et PEX pourra être faite, ainsi que leurs avantages et difficultés.

Un point important peut être développé sur la temporalité d'apprentissage: contrairement à un conducteur de voiture qui a un retour d'information directement suite à une action de conduite, un professionnel de santé doit souvent attendre un certain temps pour avoir un retour d'information sur ses actions quand il en a. Ce temps sera encore décuplé pour une organisation, et le lien de cause à effet pourra être encore plus difficile à établir.

* **Méthode**

J'ai développé des formations spécifiques aux Facteurs Humains dans les domaines du contrôle aérien et de la santé, pour les opérateurs, pour les managers et pour les gestionnaires de risques. Ces formations peuvent être basées sur l'apprentissage par l'erreur ou l'apprentissage par l'exemple.

Par ailleurs, j'ai fini un mémoire d'ingénierie cognitique et de facteurs humains sur la perception du risque et de la sécurité, par les opérateurs et par les managers, et sur les actions organisationnelles de mitigation du risque. Je peux donc en donner certains résultats, en particulier sur le REX, et la communication organisationnelle.

Une attention particulière sera donnée au questionnement dans la présentation et la communication, pour faire réfléchir les professionnels sur leurs pratiques quotidiennes.

* **Résultats**

Dans différents milieux professionnels, les résultats des formations FH, CRM (Crew Ressource Management ou Company Ressource Management), ou PACTE ont donné des résultats très intéressants sur le développement de la culture sécurité, et sur le travail en équipe. (ex: "une diminution significative du nombre d'erreurs a été constatée après une formation de type CRM (...), succès du CRM pour gérer la fatigue, développer l'esprit d'équipe, communiquer, reconnaitre les évènements indésirables" Sockeel et al, as cited in Morel, 2012, Les décisions absurdes, comment les éviter.)

* **Discussion**

Le but des formations Facteurs Humains est d'amener les professionnels à réfléchir sur les risques quotidiens et sur la sécurité qu'ils procurent tous les jours aux patients, de voir comment ils peuvent diminuer les risques, chacun à leur niveau, et comment ils peuvent renforcer la sécurité, individuellement, en équipe avec le Partage d'EXpérience, et de manière organisationnelle avec le REX.

Dans le domaine de la santé, il est fondamental de voir la sécurité de manière positive : apprendre de ses erreurs est important, toutefois, il est aussi essentiel d’apprendre de ses réussites, pour les développer et les renforcer, (Safety 2, Pr Hollnagel), et ainsi valoriser l’expérience et l’expertise des professionnels pour limiter les risques psycho-sociaux pour les personnels.

* **Conclusion**

Des pistes d'amélioration concernant le REX et le PEX pourront être données, ainsi que des pistes de réflexion sur l'apprentissage par l'erreur et par l'exemple, à différents niveaux (individuel, collectif et systémique), pour développer une culture du report des évènements indésirables.

La perception du risque et de la sécurité, ainsi que les différences entre opérateurs de terrain, cadres et gestionnaires de risque sont des points clés à prendre en compte dans l'amélioration de la culture sécurité.

# 6. Expérience et ressenti des professionnels de santé face aux erreurs médicamenteuses : Enquête au Centre Hospitalier de Vienne, Sophie GIRARD, CH Lucien Hussel

**Mots clés :** erreur médicamenteuse, système de signalement, communication, questionnaire, sécurité, déclaration

**Auteurs :**

Girard Sophie, Interne en pharmacie, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne, France

Hellot-Guersing Magali, Pharmacien, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne, France

Rivoire Bernard, Médecin hémovigilant, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne, France

Derharoutunian Corinne, Pharmacien, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne, France

Jarre Charlotte, Pharmacien, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne, France

Leromain Anne Sophie, Pharmacien, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne, France

Gadot Anne, Pharmacien, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne, France

Roubille Renaud, Pharmacien, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne, France

**Auteur correspondant :** Sophie GIRARD, interne pharmacie, téléphone : 0689687200, e-mail : sophie.girard15@gmail.com

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Selon les enquêtes ENEIS, un événement indésirable grave associé aux soins (EIG) survient tous les 5 jours dans un service de 30 lits. Parmi ces EIG, 40% sont dus à des erreurs médicamenteuses (EM). Malgré l’existence d’une obligation réglementaire de signalement, la sous déclaration de ces EM demeure. Dans notre centre hospitalier (CH), à l'initiative du Comité des Vigilances Réglementaires (COVIR), une enquête a été réalisée afin d’explorer la perception et le ressenti des professionnels de santé face aux EM : Le système de signalement est-il connu ? Quels sont les freins à la déclaration? Quels sont les acquis et les attentes des soignants en terme de culture de sécurité des soins ?

* **Méthode**

Une revue de la littérature a été menée afin de dresser un questionnaire à l'attention des personnels soignants et médicaux (médecins, pharmaciens, cadres de santé, infirmiers, internes, sages-femmes et préparateurs en pharmacie). Une liste de 20 questions a été validée de manière pluridisciplinaire par les membres du COVIR. Le questionnaire comprenait trois parties : la première concernait le professionnel (profession exercée, ancienneté), la deuxième renvoyait à une EM précise (l’EM a-t-elle été déclarée, à qui, si non pourquoi ?) et la dernière portait sur les EM de manière globale (sensibilisation, connaissance du système de signalement). Les questionnaires, distribués courant février 2017, ont été remplis de manière anonyme et individuelle. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées sur Excel®.

* **Résultats**

Le taux de réponses aux questionnaires était de 31,5% (191 réponses sur 607 professionnels de santé), dont 47% d'infirmiers. La répartition des professionnels selon leur ancienneté au CHV était de 29,8%, 30,4% et 31,4% respectivement pour les moins de 2 ans, 3-10 ans et plus de 10 ans (8.4% de réponses non renseignées). 77% des répondants avaient déjà été témoins d'une EM, et 73% l'avaient déclarée, mais seuls 30% via le système de signalement du CH. Les raisons les plus fréquentes de non déclaration étaient la méconnaissance de l’organisation des signalements et la peur du reproche, de la sanction. Quant aux EM de manière globale, 88% du personnel avait déjà été sensibilisé au risque d'EM. 50% des professionnels connaissaient l’existence des Comités de retour d'expérience (CREX) et 35% connaissaient le logiciel de signalement. 79% du personnel n’avait pas déclaré une EM parce qu’ils avaient l’impression qu’aucun retour ne leur serait fait. Les facteurs de risque d'EM cités étaient : fatigue/stress/précipitation (80%), charge de travail (70%), interruption de tâche (65%). Enfin, selon près de la moitié du personnel, une EM survient moins d’une fois par mois dans leur service.

* **Discussion**

Dans notre CH, la sous déclaration semble s’expliquer notamment par un défaut de connaissance du système de signalement mais aussi de l’organisation qui en découle (analyse des EIG par le Comité d'Analyse des Risques (CAR)). L'un des points faibles identifié est le manque de retours faits aux déclarants des EM. Suite à cette enquête, des actions de sensibilisations ont été menées en réunion des cadres, Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-techniques (CSIRMT), Commission Médicale d'Etablissement (CME).

* **Conclusion**

Début 2017, l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) a inauguré son Défi mondial consacré à la sécurité des médicaments afin de réduire de moitié les erreurs médicamenteuses en 5 ans. Cette initiative passe par l'éducation des professionnels de santé à la culture de sécurité (incitation à la déclaration, non-sanction…). L'enquête que nous avons menée nous a permis de mesurer les connaissances de notre personnel en matière de prévention des EM et de cibler les freins à la déclaration de ces EM. Des actions de sensibilisation ciblées ont été menées. Une augmentation des signalements d'EM nous permettra de mesurer l'impact de ces actions.

# 7. La gestion et le signalement des EIG dans un groupe d’EHPAD, Benoit GREFFE, Groupe ACPPA

**Mots clés :** EHPAD, EIG, Signalement, Analyse des causes, gravité

**Auteurs :**

Benoit GREFFE, Groupe ACPPA , 7 chemin du Gareizin - 69340 Francheville

**Auteur correspondant :** Benoit GREFFE, Directeur juridique et management des risques, téléphone : 0628587735, e-mail : b.greffe@acppa.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Le groupe ACPPA gère 42 EHPAD, des résidences autonomie et des services d’aide et de soins à domicile sur l’ensemble du territoire. A ce titre, tout comme les autres acteurs du secteur, il doit gérer un certain nombre d’évènements et mettre en œuvre les nouvelles obligations relatives au signalement des EIG et EIAS.

Et tout comme dans l’ensemble du secteur, se pose régulièrement la question du « quoi signaler ».

Mais, préalablement à la survenue de cette interrogation, cela suppose déjà que l’EIG soit déclaré et connu en interne.

* **Méthode**

Outre les données issues de logiciels métiers spécifiques (soin notamment), la déclaration en interne des EIG repose sur un logiciel spécialement conçu permettant à chacun au sein du groupe de saisir un évènement ou une suggestion d'amélioration, d'en coter la gravité et d'en tracer la gestion. La soumission d'une action corrective ne peut s'opérer qu'après une phase d'analyse des causes. A l'occasion du déploiement de l'outil, le directeur et le référent qualité de chaque établissement a été formé à l'analyse des causes. La fiche évènement est clôturée une fois l'efficacité de l'action correctrice évaluée.

Dès lors que le niveau de gravité 3 (sur une échelle de 4) est renseigné dans la fiche de déclaration, une information automatique est délivrée aux direction d'exploitation, risque et qualité du siège. A partir de l'analyse de la fiche, une mobilisation adéquate des services supports est déclenchée. Cette analyse permet également de décider de l'opportunité ou non de signaler l'évènement aux autorités administratives et judiciaires au regard de gravité et de la nature de l'évènement.

Deux fois par an, un retour d'expérience est opéré à l'échelle du Groupe, dans le cadre de la revue des risques pilotée par le processus "management des risques". Chaque propriétaire de processus y expose entre autre l'analyse quantitative des EIG intervenus dans son champ de compétence et expose, le cas échéant, la réponse globale apportée ou envisagée afin d'en éviter la réitération. L'occasion de s'interroger également sur la pertinence des actions déjà menées.

* **Résultats**

Avec le déploiement de cet outil, la formalisation des procédures de gestion des évènements et d'accompagnement des structures, le nombre de déclarations internes a bondi de moins de 200 à plus de 2.000 par an. Le nombre de signalement aux autorités a également sensiblement progressé.

* **Discussion**

Les principales difficultés rencontrées à l'occasion du déploiement de ce dispositif résident dans la difficulté à opérer une juste analyse des causes et dans les réticences à signaler lesdits évènements.

Concernant l'analyse des causes, il importe de ne pas s'éparpiller entre la multitude d'outils existants mais de se centrer sur une ou deux méthodes, simples et accessibles pour tous. Il convient également de prévoir des temps d'analyses et d'échanges collégiaux afin de favoriser la bonne appropriation des mesures correctives à mettre en œuvre.

Concernant les freins aux signalements, qu'il s'agisse de déclaration interne ou de signalement aux autorités, deux principales causes peuvent être mises en avant : la banalisation de la situation et la crainte d'une sanction. Pour lutter contre la banalisation, il importe de rappeler et sensibiliser très régulièrement l'ensemble des personnels sur cette question. Concernant la crainte de la sanction, il convient d'une part d'affirmer clairement l'existence d'un "droit à l'erreur" et d'autre part de dissocier profondément gestion des risques et recherche de responsabilité. Cette posture doit être générale pour tout l'encadrement, mais également pour les pouvoirs publics destinataires des signalements... Une véritable acculturation de l'ensemble des acteurs constitue une étape essentielle dans le juste partage de l'information.

* **Conclusion**

La posture générale de management incluant le droit à l'erreur et une recherche objective des causes racines plus que des responsabilités sont les piliers de la bonne gestion et du signalement interne ou externe des EIG.

Demeure une question encore difficile à résoudre : "à partir de quand signaler aux autorités ?". Les nouvelles obligations réglementaires étendent en effet considérablement le champ des signalements à opérer auprès des pouvoirs publics, au risque d'entrainer une embolisation de leurs services. Le curseur reste donc à ajuster pour permettre aux gestionnaires de pouvoir apprécier en responsabilité le "quoi déclarer".

# 8. Définir une stratégie performante en matière d’amélioration de la qualité par l’automatisation de l’analyse de risques, Sophie LAGARDE, UGECAM, hors région

**Mots clés :** Déclaration d’événement indésirable, Traitement automatique des langues, Cartographie des risques, Plan d'action

**Auteurs :**

Sophie LAGARDE, UGECAM AUVERGNE LIMOUSIN POITOU-CHARENTE ET CENTRE, 8 route de Limoges, 87430 VERNEUIL SUR VIENNE

Céline RAYNAL, Conseil en Facteurs Humains, 13, rue Temponières, 31 000 Toulouse

**Auteur correspondant :** Sophie LAGARDE, MANAGER QUALITE ET GESTION DES RISQUES, téléphone : 0679530689, e-mail : sophie.lagarde@ugecam-alpc.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Dynamiser la cartographie des risques et la politique d’amélioration continue de la qualité pour conforter le management dans ses prises de décision.

* **Méthode**

Le projet a comporté plusieurs phases :

1. Élaboration d’une méthodologie permettant de définir un risque sans confusion avec les causes ou les conséquences.

2. La cartographie des risques étant défini, l’étape de préparation de la visite de certification a permis de faire une première évaluation de la criticité et des moyens de maîtrise avec les professionnels de terrain

3. Automatisation de la mise à jour de la cartographie des risques par la prise en compte des déclarations d’événements indésirables (DEI)\*

- Simplification drastique des DEI

- Intégration des DEI à l’outil d’analyse qui :

• Catégorise (rattachement de l’EI à la cartographie des processus)

• Identifie le risque et ajuste via l’analyse de similarité textuelle entre EI

• Oriente la recherche de causes (5 M)

• Définit la gravité

- Intégration des données analysées dans la cartographie des risques qui n’est plus seulement a priori mais aussi a posteriori

4. Déduction d’un plan d'action hiérarchisé et actualisé

\* Ce projet ne remet pas en question les traitements courts de réponse aux DEI qui vont traiter l’événement produit et non le risque. En outre, lorsque l’EI le nécessite un CREX peut avoir lieu indépendamment des résultats de la cartographie des risques.

* **Résultats**

L'ensemble de ces étapes sont mises en œuvre dans les établissements sanitaires du groupe.

Effet immédiat : meilleur recueil des DEI, facilitation de l'analyse des DEI, pertinence du plan d'action

Des indicateurs sont définis à chaque point clé (nombre de DEI, % des DEI analysées, % de la mise en oeuvre du plan d'action..)

* **Discussion**

L’objectif est d’étendre cette méthodologie aux établissements médico-sociaux et de rentrer dans une routine de fonctionnement pour les sanitaires. La difficulté est de rentrer dans le système qui peut être complexe pour les non experts.

* **Conclusion**

Pour progresser, il faut connaitre nos marges d'amélioration. Pour être pertinent dans nos orientations, il faut avoir une vision d'ensemble du système. Cependant l'exhaustivité peut emboliser le système s'il n'est pas struturé et automatisé.

# 9. DECLAR'Action, Rémy LOUCHARD, CH le Vinatier

**Mots clés :** déclaration, evenement indésirable, culture sécurité, retour expérience, analyse collective

**Auteurs :**

Remy LOUCHARD Centre Hospitalier le Vinatier 95 boulevard Pinel BP 300 39 Bron cedex

**Auteur correspondant :** Rémy LOUCHARD, Cadre Supérieur de santé, téléphone : 0437915103, e-mail : remy.louchard@ch-le-vinatier.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Déclar’ACTION est une action pragamatique menée depuis 2015 par le pôle EST du Centre Hospitalier le Vinatier. Il s’agit d’un mode de gestion des déclarations d’évènements indésirables. Déclarations dont le sens et l’efficacité des réponses interrogeaient jusqu’alors.

L’objectif annoncé est de décliner la politique institutionnelle de la gestion des risques et de la qualité et de renforcer son appropriation par les professionnels de terrains.

* **Méthode**

Basée sur une démarche évolutive et interactive, cette action c’est construite en plusieurs temps :

- Réaliser un état des lieux et cerner les attentes des professionnels

- Définir l’EI, à partir des référentiels existants, à partir des situations relatées par les professionnels et de là construire un objet commun.

- Sensibiliser et former les professionnels.

- Rendre les déclarations opératoires : retour au déclarant, Retour d’Expérience collectif, suivi des actions (tableau de bord)

Cette démarche a été conjointement déclinée par la cadre de santé réfrente qualité du pôle EST et les cadres de santé de proximité des unités de soins.

* **Résultats**

Au début de la démarche

Les deux freins à la déclaration des événements indésirables rapportés unanimement par les professionnels étaient l’absence de retour au professionnel déclarant des actions entreprises suite à sa déclaration et l’absence d’analyse collective des événements indésirables.

La majorité d’entre eux éprouvait de la difficulté pour définir l’événement indésirable.

Une part significative d’événements indésirables déclarés ne méritait pas nécessairement cette qualification. Ils correspondaient à bons techniques, jugement de valeur voire règlements de compte entre collègues

A deux ans d’existence de cette démarche :

211 professionnels ont été sensibilisés individuellement à la déclaration des événements indésirables, toutes catégories socio professionnelles confondues.

Le nombre de déclaration d’événements indésirables est en progression ( 266 en 2015 vs 281 en 2016).

La qualité des informations recueillie dans les fiches d’événements indésirables s’est nettement améliorée. Les informations sont plus cliniques aujourd’hui.

Un retour systématique sur les actions entreprises est effectué au déclarant par le Cadre supérieur de Santé.

La mise en place d’un retour d’expérience pour l’analyse des événements indésirables graves est systématisée à l’ensemble des unités du pôle. Les professionnels commencent à s’approprier la démarche et sont très souvent force de propositions dans les actions correctives à mettre en œuvres. Sur 2016 l’événement indésirable grave et les 4 erreurs médicamenteuses ont fait l’objet d’une analyse systémique collective.

Les perspectives de DECLAR’ Action :

L’objectif ambitieux fixé pour 2018 : Du signalement des événements indésirables au signalement des incidents précurseurs pour une meilleure cartographie des risques

* **Discussion**

Un changement de culture ne s’improvise pas, il se prépare et s’accompagne au long cours. L’accompagnement de proximité des professionnels dans cette démarche, le retour systématique au décalant des actions mises en places suite à sa déclaration, l’erreur comme support d’apprentissage dans les temps collectifs d’analyse ont été des maillons essentiels pour favoriser l’acculturation des professionnels et ont participé au développement d’une culture sécurité au sein du pôle.

DECLAR’Action est une démarche ambitieuse mais chronophage. Une collaboration plus étroite avec nos collègues du département qualité notamment pour les formations aux événements indésirables pour les nouveaux arrivants devrait être systématisée

* **Conclusion**

La déclaration des événements indésirables participe au développement d’une culture sécurité.

Une meilleure pertinence et exhaustivité de la déclaration des événements indésirables constitue le socle de l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

La déclaration des événements indésirable est un véritable levier managérial pour le cadre de santé. et un outil précieux pour appréhender les risques inhérents à son secteur d’activité.

# 10. Instauration d'une dynamique pérenne de la gestion des EIAS, Sofia BENCHEHIDA, Auditrice-Formatrice-Consultante, hors région

**Mots clés :** Roue de Deming, Qualité, Risques, Dynamisme, Retour d'expérience, Confiance

**Auteurs :**

Sofia BENCHEHIDA, auditrice-formatrice-consultante basée en Ile-de-France, 8 rue Louis BEAUNIER 77000 Melun

**Auteur correspondant :** Sofia BENCHEHIDA, Auditrice-Formatrice-Consultante, téléphone : 0644932898, e-mail : sofia.benchehida@gmail.com

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Consolider un même système qualité selon les référentiels de la Haute Autorité de Santé pour la certification obligatoire et la norme ISO 9001

* **Méthode**

La gestion des EIAS dans un établissement de santé est très importante pour améliorer la qualité des soins. Une bonne gestion permet de fédérer les équipes et surtout qu'ils puissent déclarer les EIAS à temps pour mener les actions appropriées.

Toute personne peut déclarer un EIAS et ces derniers peuvent également émaner d'une plainte ou courrier ARS. Le service qualité-risques fait une analyse avec le responsable du service concerné et les personnels.

Le suivi est réalisé par le service qualité-risques qui élabore chaque mois une analyse des évènements indésirables dont les EIAS (réunions, conclusions, actions). Le service fait un retour d'expérience chaque mois au comité de pilotage et chaque trimestre lors de réunions "Dynamique qualité".

* **Résultats**

Un système qualité dynamique avec une forte participation des équipes grâce à un accompagnement méthodologique.

* **Discussion**

Pour les limites, il faut absolument que la direction soit moteur, en tout cas au début, pour notamment ne pas instaurer une politique de déclaration d'erreur punitive.

Les perspectives sont de développer cette pratique à tous les types d'évènements indésirables.

* **Conclusion**

La qualité et notamment la gestion des EIAS est une pratique devant être intégrer dans la gestion quotidienne d'un service. Cela permet de créer une cohésion de groupe et une possibilité d'améliorer les soins.

# 11. Dépistage de la iatrogénie chez les patients âgés à risque, Etienne DESLANDES, Pôle de santé "Les Allymes"

**Mots clés :** iatrogénie, personne âgée, médecin, pharmacien

**Auteurs :**

Etienne DESLANDES, Pôle de santé "Les Allymes", Ambérieu en Bugey

Mélanie PASQUALINI, Pôle de santé "Les Allymes", Ambérieu en Bugey

Olivier BELEY, Pôle de santé "Les Allymes", Ambérieu en Bugey

**Auteur correspondant :** Etienne DESLANDES, Médecin généraliste, téléphone : 0683853705, e-mail : etienne.deslandes@hotmail.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Poster de présentation d'un protocole pluriprofessionnel, mis en oeuvre par les médecins et pharmaciens d'un pôle de santé, pour diminuer le risque de iatrogénie chez les patients âgés à risque, selon les critères HAS.

* **Méthode**

3 axes sont présentés. Le principal est la revue d'ordonnances, lors de réunion entre médecins et pharmaciens. Chaque ordonnance revue a été analysée au préalable, via un outil élaboré par un médecin et un pharmacien du pôle, avec une partie d'analyse pour le médecin et une pour le pharmacien du patient concerné. Cette grille d'analyse permet de discuter la bonne indication d'un traitement, de son SMR, sa posologie, sa surveillance, son efficacité, des interactions médicamenteuses, des contre-indications éventuelles, de l'observance, la tolérance, l'automédication et la connaissance par le médecin généraliste de l'ensemble des traitements. La lecture de la grille par le groupe entraine si nécessaire des propositions de modification du traitement, qui sont inclues dans le dossier médical partagé du patient, et requètables.

* **Résultats**

4 réunions ont été réalisées, 24 ordonnances ont été analysées. des modifications ont été proposés par le groupe pour 18 d'entre elles. 8 ont été modifiées par le médecin par la suite, 5 n'ont pas été modifiées, 5 sont en attente de renouvellement.

* **Discussion**

Protocole de mise en place récente, peu de recul sur les modifications de traitement, et surtout sur les effets bénéfiques ou néfastes de ceux-ci.

Perspectives = analyser l'ensemble des traitements des patients âgés à risque.

* **Conclusion**

Il s'agit d'un protocole mis en place dans un pole de santé, adapté aux professionnels de santé de ce pôle, mais qui pourrait être utilisé par d'autre équipe pluri professionnelles.

Outre la diminution des risques pour les patients dont le traitement a été analysé, ce protocole a pour objectifs d'améliorer les habitudes de prescription des médecins, de rappeler les principales interactions, surveillances nécessaires... Il permet aussi de renforcer la collaboration entre médecins et pharmaciens.

NB : [Un poster complète cette proposition n°11](https://www.ceppraal-sante.fr/wp-content/uploads/2017/08/11_DESLANDES_E_Depistage_iatrogenie_Poster.pdf). Il est téléchargeable depuis le lien ci-avant.

# 12. Gestion des patients en psychiatrie et aux urgences dans la région stéphanoise, Hamid TRIKI, usager

**Mots clés :** urgences, psychiatrie, traitement, gestion

**Auteurs :**

TRIKI Hamid, usager

8 rue de Sorbiers

Domicile

42000 Saint-Etienne

**Auteur correspondant :** Hamid TRIKI, Scientifique indépendant, téléphone : 0477417987, e-mail : trikihamid42@gmail.com

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

CHU de Saint-Etienne (42) urgences et pôle psychiatrique. La situation est grave aux urgences et en psychiatrie du CHU de Saint-Etienne(42). Les patients ne sont pas gérés comme ils devraient l'être il y'a obligation d'attachement pour certains patients, les patients et personnels médicaux sont soumis à l'insécurité et dans cette région, contrairement à la région lyonnaise, parisienne ou phocéenne, personne ne touche de prime de risque. Le personnel n'est pas assez vigilant en psychiatrie et des fois s'avère violent, il paraît perdu. Il faudrait mieux former les médecins et infirmiers, donner des primes de risques et renforcer les visites des experts de la Haute Autorité de Santé ou de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques.

* **Méthode**

Je suis un usager de l'hôpital aux urgences et en psychiatrie du CHU de Saint-Etienne dans le département de la Loire. Plusieurs modes d'hospitalisation en psychiatrie mais j'ai toujours été en hospitalisation libre et la situation est dramatique. Quelqu'un en est mort en Juin 2014

* **Résultats**

Le personnel ne paraît pas assez bien formé des fois trop laxiste, des fois trop envahissant, des fois violent.

* **Discussion**

il faudrait former ce personnel. Il y'a de l'insécurité et le personnel médical et ASH ne touchent pas de primes de risques dans la région stéphanoise.

* **Conclusion**

Il faudrait former le personnel, donner des primes de risques et intensifier les visites des experts de la Haute Autorité de Santé et de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques de la Loire et de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

# 13. Interruptions de tâche liées à l'utilisation du téléphone entre soignants au sein d'une Structure d'Urgence : mieux téléphoner pour mieux soigner ?, Alban GUIBERT, Structure des Urgences-SAMU-SMUR, CH de Bourg-en-Bresse

**Mots clés :** Interruptions de tâche, EIAS, Qualité

**Auteurs :**

Alban GUIBERT, Praticien Hospitalier, Structure des Urgences-SAMU-SMUR, Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, 900 route de Paris, 01012 Bourg-en-Bresse cedex

Corinne LAURENT, Ingénieur Qualité, Service Qualité, Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, 900 route de Paris, 01012 Bourg-en-Bresse cedex

**Auteur correspondant :** Alban GUIBERT, Médecin, téléphone : 0474454180, e-mail : albanguibert@hotmail.com

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

L'utilisation de la téléphonie pour la communication entre soignants est incontournable au sein d'une unité de soins. Les interruptions de tâche générées par l'utilisation des téléphones peuvent néanmoins être source d’Evénements Indésirables Associés aux Soins. L'objectif principal de notre étude est de quantifier le nombre d'appels et leur typologie sur le poste du médecin Coordinateur De Flux (CDF) de la Structure d'Urgence (SU) de notre établissement.

* **Méthode**

Étude descriptive rétrospective incluant tous les appels reçus et émis sur et depuis le poste téléphonique du CDF de notre SU. Recueil des données via le service informatique, sur l'ensemble du mois de mars 2016, sur les appels en journée (9-20heures). Évaluation du nombre d'appels, de leur type (entrant/sortant), de la durée moyenne des appels, et du nombre d'appels non aboutis (poste occupé).

* **Résultats**

Sur les 341 heures étudiées, 1632 appels entrants et 1904 appels sortants ont été enregistrés sur le poste téléphonique du CDF. Une personne a cherché à le joindre toutes les 12 minutes et 30 secondes, avec 26% des appels non aboutis (poste occupé), et une durée moyenne des appels décrochés de 45 secondes. Le CDF a cherché à joindre une autre personne avec son téléphone toutes les 10 minutes et 45 secondes, avec 29% d’appels non aboutis, et une durée moyenne des appels décrochés de 53 secondes. Au total, sur une journée de 11 heures, le CDF a utilisé son téléphone (appels entrants ou sortants décrochés) toutes les 7 minutes et 34 secondes en moyenne, pour une durée quotidienne moyenne de 67 minutes (10,2% du temps total).

* **Discussion**

Notre étude objective un volume d'appels important sur et depuis le téléphone du CDF de notre SU, confirmant l’impression subjective des soignants. Chaque appel génère une interruption de tâche pour son réceptionnaire, à l’origine d’une dispersion mentale pouvant altérer la prise de décision ou la continuité d’une action. Réduire les interruptions de tâche constitue un enjeu de sécurisation de la prise en charge du patient. La diffusion des résultats dans notre service a permis de sensibiliser les soignants à cette problématique, qui constitue une première action d'amélioration. Un travail est en cours sur l'élaboration de règles de bonnes pratiques sur l'utilisation des téléphones (basées sur une échelle de pertinence des appels) et l'amélioration de la communication au sein du service. D'autres études devront évaluer l'impact de leur mise en place.

* **Conclusion**

La diminution des interruptions de tâche dans les services de soins est un enjeu de sécurisation de la prise en charge du patient. Objectiver les sources d'IT et ainsi sensibiliser les soignants à cette problématique constitue une première action d'amélioration, qui pourra servir de support à la mise en place de mesures barrières.

# 14. Amélioration des transmissions orales par l’utilisation d’un modèle standardisé : la relève, c’est « IMPEQ » et ça « IRA », Alban GUIBERT, Structure des Urgences-SAMU-SMUR, CH de Bourg-en-Bresse

**Mots clés :** Transmissions ciblées, Communication

**Auteurs :**

Alban GUIBERT, Praticien Hospitalier, Structure des Urgences-SAMU-SMUR, Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, 900 route de Paris, 01012 Bourg-en-Bresse

Corinne LAURENT, Ingénieur Qualité, Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, 900 route de Paris, 01012 Bourg-en-Bresse

**Auteur correspondant :** Alban GUIBERT, Médecin, téléphone : 0474454180, e-mail : albanguibert@hotmail.com

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

L’élaboration d’un support et la formation des soignants à son utilisation pour les transmissions orales a préalablement montré une diminution des Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) et une amélioration de la qualité des soins. Nous avons mis en place au sein de notre établissement un groupe de travail avec pour objectifs l'élaboration d’un support standardisé pour les transmissions orales, sa diffusion et son évaluation. Nous présentons nos résultats.

* **Méthode**

Un groupe de travail transversal inter-services (2 cadres supérieurs de santé, 2 cadres de santé, 6 infirmiers, 3 aides-soignants, 3 médecins, 1 ingénieur qualité) a été mis en place suite à l’identification en Comité de Retour d'Expérience d’un grand nombre d’EIAS relatifs aux transmissions orales entre soignants, pour les patients hospitalisés depuis les urgences. Les éléments clés devant être mentionnés dans les transmissions ont été identifiés puis listés sous forme d’acronymes : « IMPEQ » (Identité, Motif d’hospitalisation, Prescriptions particulières, Evaluation cognitive et autonomie, Questions) utilisé au moment de la réservation du lit, puis « IRA » (Identité, Réévaluation, Actions à réaliser) utilisé avant la mutation du patient. La diffusion aux soignants s’est faite par les cadres de service. L’évaluation a été conduite 4 mois après la mise en place du support, par une enquête (questionnaire papier anonyme auprès d’un échantillon de soignants), et le suivi du nombre de déclaration d’EIAS en rapport avec les transmissions orales.

* **Résultats**

Le support élaboré a été diffusé dans 14 services de soins. 81 soignants ont été interrogés pour l’enquête d’évaluation. 40% utilisent toujours ou presque le support de transmissions. 34% rapportent une amélioration dans la continuité et la qualité des soins. 5 EIAS liés aux transmissions orales ont été déclarés sur la période d’évaluation, contre 9 sur une même période avant mise en place du support.

* **Discussion**

Notre travail a pour objectifs, outre la sensibilisation des soignants à l’importance des transmissions orales dans le parcours de soins du patient, de sécuriser cette étape par la mise en place d’un support standardisé. Son élaboration nécessite une réflexion impliquant tous les acteurs des soins. L’information et la formation des soignants sont des étapes primordiales, qui devront être répétées comme l’indique la trop faible utilisation relevée dans notre enquête. L’évaluation de l’utilisation du support et son impact sur l’amélioration de la qualité des soins devra être reconduite.

* **Conclusion**

Améliorer la qualité des transmissions orales de l'information entre soignants est un enjeu de sécurisation du parcours de soins du patient. L'utilisation d'un modèle standardisé doit permettre de diminuer le nombre d'EIAS associés à des transmissions erronées ou incomplètes. L'appropriation par les soignants d'un tel support est indispensable et nécessite des formations spécifiques et répétées.

# 15. Analyse des Événements Indésirables Associés aux Soins via la méthodologie CREX : retour sur 3 ans d'expérience, Alban GUIBERT, Structure des Urgences-SAMU-SMUR, CH de Bourg-en-Bresse

**Mots clés :** CREX, Qualité, EIAS

**Auteurs :**

GUIBERT Alban, Praticien Hospitalier, Structure des Urgences-SAMU-SMUR, Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, 900 route de Paris, 01012 Bourg-en-Bresse Cedex

LEGER Eva, Service Qualité, Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, 900 route de Paris, 01012 Bourg-en-Bresse Cedex

**Auteur correspondant :** Alban GUIBERT, Médecin, téléphone : 0474454180, e-mail : albanguibert@hotmail.com

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Le Comité de Retour d'Expérience (CREX) est une méthode d’amélioration de la sécurité des soins, basée sur l'analyse rétrospective des Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) détectés et signalés, en vue de les gérer. Notre Structure d'Urgence a mis en place un CREX en 2014 après une formation institutionnelle fin 2013. Nous présentons l'évaluation de notre CREX après plus de 3 ans de pratique.

* **Méthode**

Le CREX est composé de soignants représentatifs de chaque corps de métier du secteur de soins concerné, préalablement formés à la méthodologie. Les dates des réunions sont déterminées à l'avance. La déclaration des EIAS est informatisée, centralisée par le service qualité, et renvoyée aux référents des différents périmètres concernés. Une charte relative aux déclarations des EIAS est en vigueur dans l'établissement. Le déroulement des réunions est standardisé, le temps limité. Tous les EIAS déclarés sont lus en réunion, puis un EIAS est sélectionné en vue d'une analyse systémique, donnant lieu à un rapport présenté lors du CREX suivant. Des actions d’améliorations sont alors décidées et planifiées pour une mise en œuvre par les équipes. Nous présentons les données du nombre de réunions par année, du nombre d'EIAS présentés en séances, du nombre d'EIAS analysés et du nombre d'actions d'amélioration mises en place.

* **Résultats**

33 réunions ont eu lieu sur la période de janvier 2014 à juin 2017, avec les données suivantes :

- en 2014 : 8 réunions avec en moyenne 10 participants par réunion, 125 EIAS présentés, 7 analysés et 12 actions d'amélioration mises en place

- en 2015 : 9 réunions avec en moyenne 9 participants par réunion, 123 EIAS présentés, 9 analysés et 15 actions d'amélioration mises en place

- en 2016 : 10 réunions avec en moyenne 9 participants par réunion, 245 EIAS présentés, 10 analysés et 19 actions d'amélioration mises en place

- sur les 6 premiers mois 2017 : 6 réunions avec en moyenne 9 participants par réunion, 102 EIAS présentés, 6 analysés et 14 actions d'amélioration mises en place

* **Discussion**

Le rythme des réunions (1/mois sauf l'été), initialement considéré comme un frein à la mise en place de notre CREX, s'avère finalement satisfaisant, dés lors que leur durée est limitée et leurs dates planifiées. Le nombre d'EIAS déclarés par les professionnels est l'élément clé pour la tenue et la pérennité d'un CREX. La présence au niveau de l'établissement d'une politique et d'une culture visant à encourager et faciliter les déclarations semble indispensable, de même que la formation des intervenants à l 'analyse systémique. La communication autour de la tenue du CREX et des actions d'amélioration mises en place devrait valoriser les déclarations, majorer leur nombre et permettre une augmentation du niveau de sécurité et de culture du service dans la gestion des EIAS. L'évolution du nombre d'EIAS déclaré est un indicateur de maturité de notre système de management de la qualité et de la sécurité des risques liés aux soins. Le suivi du nombre d'EIAS déclarés en rapport avec une même catégorie d'événements permet en outre d'évaluer et de suivre l'impact des actions d'amélioration mises en place.

* **Conclusion**

Le CREX est une méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, basée sur l'analyse des EIAS. Le nombre d'EIAS déclarés par les soignants et la dynamique créée autour du CREX (rotation des participants, formations régulières de nouveaux analystes, standardisation du contenu et de la durée des réunions, communication autour des réunions, des événements analysés et des actions mises en place) sont les éléments clés pour la tenue et la pérennité d'un CREX.

# 16. Informatisation de la prise en charge médicamenteuse : bilan des évènements indésirables, Cindy MOLINA, Hôpital du Gier

**Mots clés :** Informatisation, Qualité, Sécurité, Prise en charge médicamenteuse

**Auteurs :**

Cindy Molina, Hôpital du Gier, Service Pharmacie, 19 Rue Victor Hugo, 42400 SAINT CHAMOND

Agnès Laleuf, Hôpital du Gier, Service Pharmacie, 19 Rue Victor Hugo, 42400 SAINT CHAMOND

Caroline Masson, Hôpital du Gier, Direction Qualité, 19 Rue Victor Hugo, 42400 SAINT CHAMOND

Cédric Coutron, Hôpital du Gier, Direction Qualité, 19 Rue Victor Hugo, 42400 SAINT CHAMOND

Frédérique Bergheau, Hôpital du Gier, Service Pharmacie, 19 Rue Victor Hugo, 42400 SAINT CHAMOND

**Auteur correspondant :** Cindy MOLINA, Pharmacien, téléphone : 0477311724, e-mail : c.garcia@hopitaldugier.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

En 2015 un nouveau logiciel d’aide à la prescription (LAP) a été déployé au sein de notre établissement. L’objectif de ce travail est de dresser le bilan des évènements indésirables (EI) en lien avec l’informatisation et de présenter les actions d’amélioration conduites pour sécuriser l’utilisation de l’outil informatique.

* **Méthode**

L’ensemble des EI en lien avec le processus « prise en charge médicamenteuse » (PECM) déclarés sur la période d’analyse a été extrait (Avril 2015/Juin 2016). La première étape a consisté à déterminer si le problème rencontré était en lien avec l’outil informatique. Si oui, les paramètres suivants étaient recueillis : problématique rencontrée, étape du circuit du médicament impactée, gravité, conséquence sur le patient, médicament concerné, solution apportée. Une synthèse des actions d’amélioration a ensuite été réalisée.

* **Résultats**

Cent cinquante sept EI en lien avec le processus PECM ont été déclarés. Vingt-sept pourcents concernaient l'utilisation de l'outil informatique (n=42/157). Pour 54,3% des EI, la cause identifiée était un défaut du logiciel suivi des cas de mésusages de la part des médecins (étape de prescription) ou des infirmiers (étape d'administration).

Les EI déclarés étaient principalement de gravité 2 "significative" (40,5%) ou 3 "majeure" (33,3%). Notons 1 cas d'EI de gravité 5 "catastrophique" (oubli de suspension d'un traitement anticoagulant sur la prescription informatique). Dans 55,6% des cas le médicament concerné appartenait à la liste des médicaments à risque établi par l'établissement suite à l’arrêté du 6 Avril 2011 (anticoagulants, potassium injectable, biphosphonates, insuline). Dans 24% des cas les traitements concernés appartenaient à la liste des never events.

Les principales conséquences avérées ou potentielles constatées étaient la non administration d'un traitement (41,4%) ; l'excès d'administration (35,7%) et l'erreur de traitement prescrit (16,7%).

Chacun de ces EI a été traité et des actions de sécurisation mises en place. Celles-ci sont de 2 types :

- Elaboration de barrières de sécurité propres à l’établissement :

o actions de formation des utilisateurs, accompagnement dans l’utilisation du logiciel, procédure de formation reprenant les points clés de la prescription et détaillant l’ensemble des prescriptions à risque (illustration par des cas concrets)

o sensibilisation des prescripteurs (diffusion de notes d’information)

o évolution de l’activité de pharmacie clinique pour y intégrer l’informaticovigilance : confrontation systématique de la prescription et des plans de soins infirmiers, suivi et analyse des erreurs médicamenteuses liées à l’informatisation…

o sécurisation de chaque nouvelle mise à jour du logiciel par la réalisation d’une « recette » reprenant point par point les étapes clés de la prescription et de l’administration et assurant un suivi prospectif des corrections demandées

- Évolution du logiciel et correction de bugs : parmi les 23 EI liés à des défauts logiciel, 7 ont fait l’objet de correction par l’éditeur et 10 ont nécessité une évolution de la version du client.

* **Discussion**

L’informatisation a, de manière certaine, permis une sécurisation de la prescription. Cependant, la prescription informatique induit d’autres typologies d’erreurs liées à l’outil et à sa maitrise. De surcroît l’optimisation de l’outil dépend de la réactivité de l’éditeur dans la prise en compte des demandes d’évolution (2 ans ont été nécessaires pour corriger des bugs ayant des conséquences potentiellement très graves). L’élaboration de barrières de sécurité apparaît donc comme un pré requis indispensable au déploiement d’un nouveau logiciel.

* **Conclusion**

Avec l’arrivée du GHT, le développement d’une informatisation commune apparaît comme un axe prioritaire de notre projet pharmaceutique de territoire. L’expérience acquise au sein de notre établissement pourra être mise à profit pour l’élaboration en amont de barrières de sécurité, et ce toujours dans un objectif prioritaire de sécurisation de la prise en charge du patient.

# 17. Interface blocs opératoires-Stérilisation Centrale : Bilan sur 3 ans des non conformités déclarées, Magali ROCCA, Stérilisation Centrale

**Mots clés :** Sterilisation, Bloc opératoire, Instrumentation, Ennov, Action corrective, Qualité des soins

**Auteurs :**

Magali Rocca, Stérilisation Centrale, ZAC de la Fouillouse, 1060 rue Nicéphore Niepce, 69 808 Saint Priest CEDEX

Stéphane Corvaisier, Stérilisation Centrale, ZAC de la Fouillouse, 1060 rue Nicéphore Niepce 69 808 Saint Priest CEDEX

Sabine Herbin, Stérilisation Centrale, ZAC de la Fouillouse1060 rue Nicéphore Niepce, 69 808 Saint Priest CEDEX

Sébastien Magnin, Stérilisation Centrale, ZAC de la Fouillouse1060 rue Nicéphore Niepce, 69 808 Saint Priest CEDEX

Françoise Rochefort, Stérilisation Centrale, ZAC de la Fouillouse1060 rue Nicéphore Niepce, 69 808 Saint Priest CEDEX

Claude Dussart, Stérilisation Centrale, ZAC de la Fouillouse1060 rue Nicéphore Niepce, 69 808 Saint Priest CEDEX; Laboratoire P2S « Parcours Santé Systémique », EA 4129, Faculté de Médecine Laennec, 7-11 rue Guillaume Paradin, 69372 Lyon cedex 08

**Auteur correspondant :** Magali ROCCA, Pharmacien Hospitalier, téléphone : 0472118105, e-mail : magali.rocca@chu-lyon.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Le processus de stérilisation de l’instrumentation chirurgicale fait partie intégrante de la chaine de prise en charge du patient au bloc opératoire. A ce titre, la Stérilisation Centrale des Hospices Civils de Lyon (HCL) se doit d’enregistrer et de traiter les non-conformités (NC) observées dans ce processus. Mise en place aux HCL en 2010, la plateforme Ennov® de gestion des NC est utilisée depuis 2013 par la Stérilisation Centrale. A travers un formulaire spécifique « stérilisation », elle permet de traiter les NC déclarées par les services clients (déclarations ascendantes) et de leurs transmettre les NC observées à la Stérilisation (déclarations descendantes).

L’objectif de ce travail est de faire un bilan global des NC déclarées et traitées ces trois dernières années tout en donnant quelques exemples d’actions correctives mises en oeuvre.

* **Méthode**

Lors de l’analyse d’une déclaration ascendante, la NC est codée selon l’étape du process de stérilisation incriminée. Une extraction régulière des données permet une analyse fine des dysfonctionnements mis en évidence. Les déclarations descendantes ne peuvent pas être extraites de la base mais sont analysées régulièrement à l’aide d’un tableur Excel®.

* **Résultats**

Chaque déclaration ascendante est analysée individuellement en collaboration avec les agents impliqués dans la survenue de l’incident déclaré.

Depuis 2014, le nombre de déclarations ascendantes a diminué : 639 en 2014, 317 en 2015, 200 en 2016. Sur ces trois années, plus de la moitié des déclarations concernait des pertes d’instruments (27%) et des problèmes de recomposition (26%). Pour cette dernière catégorie, des sous-familles ont été créés pour permettre une analyse plus précise : problème de remontage, erreur liée à la liste de recomposition, absence de consignes, consignes non respectées… Pour des problèmes récurrents, des solutions adaptées à différents blocs opératoires ont été mises en place. A titre d’exemple, de nouveaux protecteurs d’instruments mieux adaptés à certains instruments ont été référencés pour éviter de percer les emballages de stérilisation. Le libellé de certains instruments (pinces Magyll) a été modifié dans la nomenclature, des fiches réflexes ont été intégrées à notre logiciel métier afin de réduire des erreurs de recomposition (dermatomes, pinces bipolaires de neurochirurgie, …) ou bien encore, des pièces détachées de certains dispositifs ont été obtenues pour pallier les pertes survenant pendant le processus de prise en charge.

Les déclarations descendantes sont, elles aussi, en légère diminution : 272 en 2014, 233 en 2015 et 149 en 2016. En 2014 et 2015, plus de 50% des évènements déclarés concernaient l’absence d’informations relatives à la prévention du risque prion (31% en 2014, 47% en 2015) et un envoi mal organisé des dispositifs à stériliser (23% en 2014, 21% en 2015). En 2016, l’oubli de matériel à usage unique dans les boites d’instruments a été majoritairement déclaré (31%), suivi de l’absence d’information sur le risque prion (23%). En cas d’évènements récurrents pour un service particulier, un travail collaboratif a été engagé avec le service concerné.

Les résultats des différentes analyses sont présentés tous les 4 mois à l’encadrement de la Stérilisation Centrale.

* **Discussion**

La diminution du nombre de déclarations ascendantes et descendantes ne reflète malheureusement pas qu’une seule amélioration du processus global de stérilisation. En effet, nombre de NC constatées ne sont pas déclarées sur la plateforme Ennov®, mais sont néanmoins transmises (téléphone notamment), analysées et traitées. En ce sens, la sensibilisation à la nécessité d’utiliser la plateforme Ennov® doit être poursuivie.

* **Conclusion**

Tout dysfonctionnement survenant au cours du processus de stérilisation peut altérer la qualité de la prise en charge du patient au bloc opératoire. Les échanges permanents entre la stérilisation centrale et les services clients permettent d’améliorer les pratiques respectives.

# 18. EIG ... de la culpabilité à la résilience, Valérie FLATIN, HCL

**Mots clés :** EIG, analyse systèmique, retour d'expérience, résilence

**Auteurs :**

Valérie Flatin, Lucile Boyer, Magali Duforet, Christophe Dellrieu, Philippe Michel pour la Direction Organisation Qualité des Hospices Civils de LYON 3 quai des Célestins 69 229 Lyon Cedex

**Auteur correspondant :** Valérie FLATIN, coordonnateur gestion des risques, téléphone : 0472407587, e-mail : valerie.flatin@chu-lyon.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Dans le cadre de leur démarche d’amélioration de la qualité et de la sécurité les Hospices Civils de Lyon ont transformé les obligations du décret de novembre 2016 relatif à la déclaration des EIG à l’ARS en opportunités de dynamique collective et de collaboration constructive. Une réflexion institutionnelle pour aider les équipes à passer de la culpabilité à la résilience quand un accident survient...

* **Méthode**

Une description des processus relatifs à la gestion des événements indésirables, aux activités des vigilances réglementaires, au système de management de la prise en charge médicamenteuse a permis d’identifier tous les circuits de traitement et d’analyse ainsi que tous les acteurs concernés par la gestion des EIG.

Une réflexion collective a ensuite été conduite avec les différents secteurs pour préciser les circuits d’information et de traitement à mettre en place dans l’ensemble de l’institution au niveau des groupements hospitaliers comme au niveau transversal.

* **Résultats**

Cette démarche a permis une meilleure organisation de la gestion des EIG en harmonisant les différentes étapes à respecter et les acteurs à associer en cas de survenue d’un événement indésirable grave à déclarer à l’ARS mais aussi en cas de survenue d’un événement potentiellement médiatique ou d’un événement dont on considère qu’il est important de l’analyser et d’en tirer les enseignements quelles que soient ses conséquences.

Le dispositif de retour d’expérience partagé à l’échelle de l’institution a été renforcé.

Des outils spécifiques ont été élaborés pour améliorer la gestion des EIG (fiche mémo, adresse générique, tableau de suivi etc.).

Un plan de communication et de sensibilisation a été défini pour présenter le dispositif et promouvoir la culture de sécurité.

Le plan de formation à la gestion des risques a été réactualisé pour développer les compétences d’analyse nécessaires compte tenu des besoins croissants.

Les responsabilités de chacun (directeurs d’établissement, gestionnaire de risques, vigilants, chefs de service, cadres etc.) ont été explicitées.

Parmi les résultats observés le nombre d’EIG signalés en interne a considérablement augmenté et le nombre d’EIG déclarés à l’ARS est passé de 3 au premier semestre 2016 à 14 au premier semestre 2017. Le circuit de traitement et d’analyse de ces EIG est harmonisé.

* **Discussion**

Cette réflexion multidisciplinaire et pluri professionnelle a permis de clarifier nos circuits d’information et de préciser le rôle de chacun afin de permettre une collaboration efficace entre les différents acteurs de la gestion des risques (direction qualité, vigilances réglementaires, gouvernance des groupements hospitaliers, direction des soins, direction des affaires juridiques, direction des Usagers, etc.). La place de chacun est désormais connue et valorisée.

La complémentarité des approches et méthodes d’analyse comme les RMM, les REMED ou analyses de type ALARM est plus évidente.

Les équipes comprenant mieux les enjeux de cette organisation se montrent plus confiantes et plus transparentes. Elles acceptent assez volontiers d’être aidées pour analyser ces situations. En utilisant les méthodes d’analyse systémiques les professionnels prennent conscience des facteurs latents des organisations qui peuvent favoriser la survenue d’accidents et découvrent l’importance des facteurs humains dans la sécurité de leurs activités.

* **Conclusion**

Cette co construction des modalités de gestion des événements indésirables graves nous a permis de fédérer les équipes soignantes ainsi que les différents acteurs de la gestion des risques autour d’objectifs partagés et consensuels et de s’inscrire tous ensemble dans une dynamique plus grande transparence, de confiance et d’amélioration. La meilleure connaissance des événements indésirables graves, (signalement, analyse et suivi des actions menées) témoigne de nos progrès et de l’évolution des mentalités qui s’instaure dans les services. Les équipes désormais se sentent moins coupables de leurs erreurs et ont une meilleure capacité à rebondir. La résilience est au bout du chemin ....

# 19. Le Comité de Retour d'Expérience, un atout pour la gestion des risques !, Elisabeth DE CARVALHO, Clinique des Cèdres

**Mots clés :** Culture positive de l'erreur, EIAS, CREX, Gestion des risques en équipe

**Auteurs :**

Kevin KAMALANAVIN

Arthur BOUDRAND

Elisabeth DE CARVALHO

Frédéric BOCQUERAZ

Clinique des Cèdres 38130 ECHIROLLES

**Auteur correspondant :** Elisabeth DE CARVALHO, Manager qualité, téléphone : 0456581038, e-mail : elisabeth.decarvalho@cliniquedescedres.com

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

« Les erreurs actives sont comme des moustiques. On peut les écraser un par un mais ils continuent de revenir. Le meilleur remède est de créer des barrières efficaces et de drainer l’étang dans lequel ils se reproduisent. L’étang étant dans ce cas les facteurs latents omniprésents dans l’organisation. » (1)

Cette citation de James Reason, résume parfaitement l’importance de l’analyse des événements indésirables. En effet, tout l’intérêt de cette démarche est d’identifier les faiblesses au sein de l’établissement et d’apprendre de nos erreurs afin de mettre en place une logique d’amélioration continue et permanente de la qualité et de la sécurité des soins.

Nous avons fait le choix de travailler avec les équipes paramédicales et médicales afin d’analyser les événements indésirables associés aux soins et d’améliorer la qualité et la sécurité des soins. Pour ce faire nous avons mis en place depuis Janvier 2016 un CREX qui mobilise la méthode d’analyse des causes profondes ORION© afin d’identifier les facteurs latents et faiblesses au sein de notre organisation. Ce CREX, rassemble des professionnels de tous les services infirmier(ère)s, cadres de santé, médecins, pharmaciens, service qualité risques et se réunit mensuellement.

Suite à la mise en place d’un CREX au sein de notre établissement nous avons souhaité évaluer cet outil et son appropriation par le personnel.

(1) James REASON, « Human error: models and management », BMJ Volume 320, 18 mars 2000, p.768-770 (traduction libre)

* **Méthode**

Différents sondages ont été conduits au sein de la clinique ainsi que des entretiens semi-directifs auprès de professionnels participant au CREX (durée moyenne 40 minutes).

* **Résultats**

Nos résultats ont montré que nos équipes adhéraient fortement à cette méthode comme en témoignent les avis de soignants membres du CREX :

"Le CREX est assez récent à la clinique vu qu’on vient de fêter son anniversaire. Ca a permis d’avoir plus de retour et plus de réflexion sur les événements indésirables qu’il pouvait y avoir à la clinique et plus d’implication dans les équipes. C’est vraiment pas mal et puis ça permet aussi que ce soit les personnes concernées qui creusent le problème. Donc la recherche de solutions, elle est plus évidente. Le CREX, ça permet d’impliquer plus de monde, et de faire prendre conscience de certains problèmes à plus de monde, du coup la recherche de solutions est aussi plus efficace".

"Je suis quelqu’un qui aime parler, débattre, donc voilà c’est quelque chose qui m’intéresse énormément. Lorsque j’ai proposé deux ou trois choses, j’ai pas ressenti « bon tais-toi, t’es qu’infirmier, enfin t’es pas cadre, t’es pas médecin, qu’est-ce que t’y connais ? Donc, c’était plutôt un bon retour"

* **Discussion**

Le CREX permet à chacun de participer et d’exprimer son point de vue quant aux évènements indésirables déclarés, à l’analyse présentée, et aux propositions d’amélioration envisagées. C’est un outil de gestion des risques qui permet l’implication de toutes les catégories professionnelles dans la démarche qualité et gestion des risques.

Toutefois, cette démarche reste fragile et nécessite :

• Un signalement régulier et pertinent des EIAS

• Des temps dédiés pour chaque phase (réunion, recueil des données, analyse et discussion en équipe)

• Une communication adaptée et fréquente

• Un retour d’information sur les actions et résultats auprès des équipes

• Un soutien fort du management

* **Conclusion**

Le CREX est un atout pour la gestion des risques en équipe. Il permet de passer de la culture de la faute à la culture de l’erreur. Nous souhaiterions désormais promouvoir le CREX en associant davantage l’ensemble des fonctions impliquées dans le parcours de soin.

Nous remercions les professionnels participant au CREX.

# 20. Comment développer la culture du signalement des événements indésirables ? Freins, leviers, et exemples., Loïc TURBEL, Consultant formateur Focus Qualité, hors région

**Mots clés :** Evénements indésirables, Signalement, Culture sécurité, Culture qualité

**Auteurs :**

Loïc TURBEL - Focus Qualité -2 avenue Président Pierre Angot - Technopôle Hélioparc - 64000 Pau

**Auteur correspondant :** Loïc TURBEL, Consultant formateur, téléphone : 033659516525, e-mail : loic.turbel@focusqualite.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Les enjeux du signalement des événements indésirables sont nombreux et essentiels pour la qualité et la sécurité de la prise en charge du Patient. Pour y répondre, les établissements mettent en place des démarches variées, définissent des procédures et des règles, mettent en place des outils et des méthodes d’analyses, des actions d’amélioration… Toutes ces actions reposent sur l’implication des professionnels de santé. Pour qu’elles soient adoptées et mises en application, il est nécessaire que le signalement devienne une valeur et une norme partagée au sein de l’établissement.

Cela correspond à la définition même de la notion de culture : « Ensemble de valeurs et de normes partagées, acquises et évolutives, qui caractérisent les membres d’une communauté ou d’une organisation ».

Notre objectif est d’investiguer les freins et leviers pour le développement d’une « culture du signalement ».

* **Méthode**

L’analyse porte d’abord sur la notion de « culture », puis sur sa déclinaison dans le champ de la qualité et dans celui du signalement.

La mise en évidence des freins et des leviers est appuyée sur un recensement d’expériences d’établissements complété par le témoignage de directeurs/trices et de responsables qualité.

* **Résultats**

Le signalement d’événements indésirables met en jeu un nombre important de représentations : culpabilité, délation, risque de sanction... Faire évoluer ces représentations au niveau collectif, entre pairs et entre toutes les composantes de l’établissement est donc un enjeu pour soutenir les changements individuels. Le sens donné au signalement, la cohérence donnée ou autrement dit la recherche d’absence de dissonance, sont de toute évidence des leviers à mettre en jeu. L’impulsion donnée par la direction et l’encadrement est également un facteur essentiel.

La présentation des freins et leviers sera illustrée par 3 expériences d’établissements conduites par des établissements sanitaires qui visent le développement de la « culture du signalement ».

* **Discussion**

Comment favoriser la capitalisation d’expériences entre les établissements sanitaires pour le développement de la « culture du signalement » ?

Comment s’inspirer d’expériences conduites dans d’autres secteurs d’activité pour enrichir la palette des actions de développement de la « culture du signalement ».

* **Conclusion**

Les enjeux du développement de la « culture du signalement » sont essentiels pour la démarche d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du Patient.

Considérer cet objectif comme une action à moyen long terme, reposant sur un ensemble de normes et de valeurs partagées par l’ensemble des professionnels, pose le cadre de la démarche.

Identifier les freins et les leviers permet d’évaluer les idées d’action et de construire plus efficacement une « feuille de route » pluriannuelle composée d’actions complémentaires.

# 21. L'absentéisme imprévu : Un événement indésirable associé aux soins comme un autre, Annick DELPECH, CH Lucien HUSSEL

**Mots clés :** Absentéisme imprévue, Personnels paramédicaux, Gestion des risques

**Auteurs :**

Annick DELPECH

Centre hospitalier Lucien HUSSEL

Montée du Docteur CHAPUIS

BP 127

38 209 VIENNE cedex

**Auteur correspondant :** Annick DELPECH, Directeur de soins, téléphone : 0622352970, e-mail : annickdelpech@gmail.com

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

L’objectif global de ce travail est de positionner le « bon » professionnel de santé paramédical devant les patients, au bon moment. Ce travail cible, spécifiquement, la problématique de la réponse à apporter pour répondre aux besoins des patients et des résidents, en cas d’absentéisme imprévu.

De récentes études et le vécu des équipes d’encadrement et de direction montrent que l’absentéisme augmente ainsi que les difficultés pour y pallier. En effet, les différentes méthodes utilisées pour gérer cette problématique atteignent leurs limites, au bout d’un temps plus ou moins long.

* **Méthode**

Une recherche exploratoire relative aux qualifications et aux compétences nécessaires, selon les préconisations de la réglementation en vigueur, des sociétés savantes et des professionnels de santé de terrain, permet de définir les besoins théoriques en personnels paramédicaux. Puis, ce travail est complété par un état des lieux des ressources disponibles et des processus existants, au sein de l’établissement de santé. Simultanément, des études rétrospectives permettent d’identifier les profils prévalents d’absentéisme, en termes de grades professionnels et de secteurs d’activité.

L’ensemble de ces données conduit à identifier des « zones de fragilité ». Ce qui permet de hiérarchiser les risques et d’envisager des plans d’action gradués pour gérer l’événement indésirable qu’est l’absence inopinée d’un professionnel de santé.

La mise à jour des résultats obtenus, de façon périodique ou lors de changement important dans les réglementations ou les organisations institutionnelles, permet d’évaluer et de réajuster les processus mis en œuvre.

Parallèlement, l’analyse à postériori des situations d’absentéisme inopiné avec les cadres de santé est menée.

L’indicateur de suivi proposé est l’évaluation quantitative et qualitative des remplacements effectués.

* **Résultats**

Les principales caractéristiques de l’absentéisme paramédical ont été identifiées selon les secteurs d’activité et les horaires. Ce qui permet de mettre en place des outils institutionnels spécifiques.

Les risques potentiels sont le manque de ressources, de façon continue ou ponctuelle, particulièrement sur les horaires de nuit. Cette pénurie pouvant se manifester soit par un manque physique de professionnels de santé soit par un manque de compétences spécifiques.

Le signalement d’une absence de personnels inopinée figure sur les rapports de garde le plus souvent. Et, il n’existe pas de comités de retours d’expérience formalisés sur ces situations.

La gestion des risques en matière de ressources humaines doit aussi prendre en compte différents facteurs législatifs et réglementaires et les valeurs humaines et professionnelles.

La définition des compétences professionnelles se fait par voie réglementaire et par ancienneté d’exercice professionnel. La répétition des situations et des actes mis en œuvre permet le passage, pour chaque professionnel de santé, du statut de novice à expert. Cependant, cette évolution est conditionnée par la répétition des prises en charge de patients et l’accompagnement par une équipe pluriprofessionnelle.

D’autres dimensions de la problématique de l’absentéisme inopiné sont l’ensemble des stratégies mises en œuvre pour gérer ce risque à priori et pour y pallier. Ces stratégies doivent être définies en collaboration avec les professionnels concernés, pour favoriser leur implication et leur acceptabilité.

Les stratégies d’actions proposées doivent donc être structurelles et contextuelles, afin d’assurer la sécurité des patients et des équipes de soins ainsi que la continuité et la qualité des soins

* **Discussion**

Le travail a été conduit, de manière transversale, sur plusieurs établissements de santé public et privé. Cependant, une analyse plus fine, au niveau de chaque poste de travail, serait nécessaire.

L’analyse des résultats doit être partagée avec les représentants du personnels et les services de santé au travail.

* **Conclusion**

L’absence inopinée de personnel paramédical est un événement indésirable associé aux soins, à laquelle peut s’appliquer la démarche de gestion des risques.

# 22. Sécurisation de l’administration des médicaments en Psychiatrie : Mise en place de la tâche unique, Sabine MOTYKA, CHS Le Valmont

**Mots clés :** interruption de tâches, erreur médicamenteuse, prise en charge médicamenteuse, administration de médicaments

**Auteurs :**

Sabine, Motyka, Service Pharmacie, CHS Le Valmont, Domaine des Rebatières, 26760, Montéléger

Dominique, Marchand, Service Laurencin, Pôle Centre, CHS Le Valmont, Domaine des Rebatières, 26760, Montéléger

Nathalie, Zavaroni, Service Laurencin, Pôle Centre, CHS Le Valmont, Domaine des Rebatières, 26760, Montéléger

Céline, Deygas, Service Gestion des Risques-Qualité, CHS Le Valmont, Domaine des Rebatières, 26760, Montéléger

Frédéric, Grain, Service Pharmacie, CHS Le Valmont, Domaine des Rebatières, 26760, Montéléger

Isabelle, Roblin, Service Pharmacie, CHS Le Valmont, Domaine des Rebatières, 26760, Montéléger

**Auteur correspondant :** Sabine MOTYKA, Pharmacien, téléphone : 0475756188, e-mail : sabine.motyka@chs-levalmont.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

L’administration des médicaments est une étape critique de la prise en charge médicamenteuse. En effet, étape ultime avant le patient, elle permet l’interception des erreurs médicamenteuses produites en amont.

L’interruption de tâche (IT) est un facteur contributif de la survenue d’erreurs médicamenteuses et est trop souvent perçu comme un fonctionnement normal auquel les professionnels se sont habitués.

Une évaluation des pratiques professionnelles réalisée dans notre établissement en 2016 a montré que 53% des infirmiers étaient interrompus au cours de l’étape d’administration des médicaments.

En parallèle, des erreurs médicamenteuses liées à des IT ont été déclarées dont l’une a fait l’objet d’un Retour d’Expérience.

Fort de ce constat, nous avons souhaité tester la mise en place d’un protocole visant à réduire les IT lors de l’étape d’administration des médicaments dans une de nos unités de psychiatrie adulte.

L’objectif de ce travail est d’évaluer l’impact de la «tâche unique» sur l’étape d’administration des médicaments et de dresser un état des lieux des IT.

* **Méthode**

Plusieurs réunions pluridisciplinaires ont permis la rédaction d’un protocole visant à réduire les IT.

Ce protocole dit de la «tâche unique» vise à sécuriser les étapes suivantes :

- le contrôle des traitements et la préparation des gouttes buvables

- la distribution des traitements aux patients

- la traçabilité informatique de l’administration

Il prévoit l’identification d’un infirmier responsable de l’administration des médicaments, l’affichage d’un panneau « préparation des traitements en cours, ne pas entrer, ne pas déranger SVP » et le renvoi de la ligne téléphonique de la salle de soin.

Les patients et les soignants ont été sensibilisés à cette démarche avant sa mise en place.

Un formulaire de suivi permettant d’identifier l’étape concernée par l’IT, son origine et le moment de prise a été mis à disposition des soignants. Le recueil a été mené sur deux périodes : 12 jours avant et 11 jours après la mise en place de la «tâche unique».

À distance un questionnaire de satisfaction a été rempli par les soignants.

* **Résultats**

Au cours de l’étude, 100 IT ont été notifiées sur un total de 24 plages d’administration. Cet état des lieux a mis en évidence deux sources majeures d’IT, le patient dans 47% des cas versus le soignant dans 36%. Les IT se sont produites principalement au moment de l’étape de contrôle des traitements (58%) sans impact du moment de prise.

Sur l’ensemble des IT identifiées dans cette étude (n=100), 84 se sont produites sur la première période et 16 sur la seconde.

Lors de la première période, 41.6% des plages d’administration étaient interrompues contre 27.2% après la mise en place de la «tâche unique».

Concernant les plages d’administration avec IT, l’infirmier était interrompu 5.6 fois lors de la première période contre 1.8 lors de la seconde.

Les résultats du questionnaire montrent que 7 infirmiers sur 10 étaient satisfaits de la mise en place de la «tâche unique». Ces derniers considéraient aussi être moins dérangés et réaliser l’administration des médicaments dans de meilleures conditions de sécurité.

* **Discussion**

Bien que la période étudiée reste limitée, nous avons pu mettre en évidence un impact positif de la «tâche unique» sur le nombre d’IT, leur fréquence et sur la satisfaction des soignants.

En parallèle, notre étude a permis d’identifier le patient comme étant la première source à l’origine des IT. Ce résultat, divergent des données HAS, pourrait s’expliquer par la spécificité de la pathologie mentale. La sensibilisation et l’éducation des patients est donc un levier à la réussite de la «tâche unique».

* **Conclusion**

La «tâche unique» est un outil de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et son déploiement à l’ensemble de nos unités est à envisager.

# 23. Le projet de parcours patient territorial : Un chemin à baliser, Annick DELPECH, CH Lucien HUSSEL

**Mots clés :** Parcours patient territorial, Transfert entre établissements de santé, Groupe hospitalier de territoire

**Auteurs :**

Annick DELPECH

Centre hospitalier Lucien HUSSEL

Montée du Docteur CHAPUIS

BP 127

38 209 VIENNE cedex

**Auteur correspondant :** Annick DELPECH, Directeur de soins, téléphone : 0622352970, e-mail : annickdelpech@gmail.com

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

L’objectif de ce travail est d’éviter toute rupture de continuité de prise en charge des patients, lors de transferts entre établissements de santé, au sein d’un groupe hospitalier de territoire.

Le groupe hospitalier de territoire est un regroupement d’établissements de santé qui permet d’offrir, en complémentarité, une prise en charge graduée et sécurisée, afin de répondre aux besoins en santé des patients. Ce qui explique les transferts de patients d’un établissement à un autre, en fonction de besoins définis par son état de santé.

* **Méthode**

Afin de pouvoir élaborer le projet médical et le projet de soins partagé du groupe hospitalier de territoire, une étude sur les mouvements de patients entre les différents établissements de santé permet de quantifier ces flux et d’identifier les motifs de transferts de malades entre les établissements de santé.

Parallèlement, la Commission paramédicale de territoire a souhaité échanger sur les dysfonctionnements liés à certains transferts de patients entre les établissements. Ce qui a permis d’identifier les ressources, les contraintes et les organisations de chaque acteur. Ces présentations des institutions sont formalisées au sein d’un livret d’information afin de mettre ces éléments à disposition des cadres de santé, des praticiens et des directeurs de chaque établissement. Certains outils institutionnels seront mis en test au niveau des autres établissements.

Prochainement, les événements indésirables liés aux transferts de patients entre les établissements seront formalisés dans une fiche de signalement inter – établissement et selon une procédure commune. Les modalités de signalement et d’analyse des fiches de signalement des événements indésirables sont en cours de définition.

Dans un second temps, les chemins cliniques par filières de prise en charge seront formalisés, par des groupes de travail issus de la Commission médicale et de la Commission paramédicale du groupe hospitalier de territoire. Ce qui permettra de formaliser le macro – processus « Transfert de patient entre établissement de santé », et d’identifier les risques de rupture de parcours ainsi que les mesures à mettre en place pour gérer ces risques.

Simultanément, la politique « Parcours patient » territoriale doit être définie, collectivement. Elle se base sur les travaux faits par chaque établissement de santé, dans le cadre des démarches de certification.

L’indicateur qualité choisi pour évaluer le processus de transfert de patients au sein du territoire est le rapport entre le nombre de fiches d’événements indésirables et le nombre de patients transférés au sein du territoire. Ce rapport permet d’évaluer le pourcentage de non – conformités par rapport aux bonnes pratiques professionnelles.

* **Résultats**

L’ensemble de ces éléments permet de mettre en place une procédure de gestion des risques territoriale relative au parcours du patient.

La Commission paramédicale de territoire a proposé comme perspective l’engagement dans une démarche de certification synchronisée, pour la thématique « Parcours patient ». La mise en place d’indicateurs, tels que le nombre d’événements indésirables et la satisfaction des usagers et des professionnels de santé permettront d’évaluer la démarche.

* **Discussion**

Ce projet est l’axe central du projet de soins partagé, défini par la Commission paramédicale de territoire. Ce projet est très récent, car il a été validé par les instances du groupe hospitalier du territoire et les instances de chaque établissement fin juin. Il est en cours de réalisation, ce qui explique l’impossibilité de présenter, à ce jour, des taux de non- conformité.

* **Conclusion**

La mise en place des groupes hospitaliers de territoire doit s’accompagner, précocement, de la mise en œuvre d’une démarche de gestion des risques et de management de la qualité au sein du territoire concerné.

# 24. Amélioration des pratiques suite à un évènement porteur de risque : cas du pousse seringue électrique (PSE ou SAP) d’héparine, Lise DELBECQUE, Hôpital Le Corbusier

**Mots clés :** évènement porteur de risque, médicament à risque, retour d'expérience

**Auteurs :**

Dominique BEDOIN Hôpital Le Corbusier, rue de Bénaud, 42700 FIRMINY

Vincent DUMAS Hôpital Le Corbusier, rue de Bénaud, 42700 FIRMINY

Magali MASSON Hôpital Le Corbusier, rue de Bénaud, 42700 FIRMINY

Irène PIATEK Hôpital Le Corbusier, rue de Bénaud, 42700 FIRMINY

Lise DELBECQUE Hôpital Le Corbusier, rue de Bénaud, 42700 FIRMINY

**Auteur correspondant :** Lise DELBECQUE, pharmacien, téléphone : 0477407275, e-mail : ldelbecque@hopital-lecorbusier.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Suite à un résultat subnormal d’héparinémie communiqué par le laboratoire à l’infirmier (IDE) de nuit, celui-ci contacte par téléphone l’interne de garde. L’interne lui indique un nouveau débit de perfusion oralement, sans modifier la prescription informatique. La régularisation de la prescription ne sera effectuée que le lendemain en début d’après midi par le médecin du service. La criticité de cet évènement - risque potentiel de surdosage en cas de changement de SAP entre modification orale de dose et régularisation informatique - a été côté à 15 (gravité 3 ; fréquence 5).

* **Méthode**

L’évènement analysé au sein de notre CREX selon la méthode ALARM a permis de dégager plusieurs points critiques et de cibler des axes d’amélioration.

* **Résultats**

Trois points critiques ont fait l’objet d’axes d’amélioration. 1/Les règles de prescription sont connues et respectées : tous les internes sont désormais formés à l’outil de prescription informatique, quel que soit le statut informatisé ou non de leur service d’origine. 2/L’outil informatique est maîtrisé : un document pédagogique concernant la modification des débits de perfusion a complété le document de formation initial. 3/ Les bonnes pratiques de prescription sont respectées : un travail pluridisciplinaire entre gériatre, cardiologue, urgentiste et pharmacien a permis de définir un consensus concernant les modalités d’utilisation de l’héparine par voie intra veineuse : schéma posologique identifié et adapté au poids du patient, ajustements de dose, surveillances préconisées. Les pratiques du CHU support de notre GHT ont été également comparées. Ce travail étendu aux prises en charge par héparines administrées par voie sous cutanée (HBPM et héparine calcique) permettra d’homogénéiser les pratiques sur notre établissement. Ces résultats seront diffusés aux prescripteurs à partir des fiches médicaments à risques accessibles lors de la prescription et sur le logiciel de gestion documentaire.

* **Discussion**

Améliorer les pratiques médicales entre les prescripteurs des services d’urgences, de cardiologie et de médecine est chronophage. La difficulté de faire se rencontrer des spécialistes reste difficile mais la prise de conscience des risques permet d’aboutir à un consensus. La poursuite de ce travail doit se focaliser sur le processus administration notamment pour tendre vers une harmonisation des horaires de soins et d’injection de ces médicaments à risque.

* **Conclusion**

L’approche par le retour d’expérience permet une prise de conscience factuelle des risques. Elle justifie la mise en place d’actions d’amélioration et ainsi donne du sens aux éventuelles modifications des pratiques des prescripteurs. Devant la prise de conscience des risques et la nécessité de sécuriser les prises en charge, les difficultés liées à la faisabilité deviennent acceptables.

# 25. RMM CicARA ou comment mettre en place une RMM plaies et cicatrisation en Auvergne – Rhône – Alpes, Philippe GUILLEM, Clinique du Val d'Ouest

**Mots clés :** RMM, réseau ville hôpital, qualité des soins, évènement indésirable

**Auteurs :**

Vincent LAGRANGE, Cicaplus, 330 allée des Hetres, 69760 Limonest

Christelle PERAT, Service de Chirurgie, Clinique du Val d'Ouest, 39 ch de la Vernique, 69130 Ecully

Thierry GHIZZO, Cicaplus, 330 allée des Hetres, 69760 Limonest

Philippe GUILLEM, Service de Chirurgie, Clinique du Val d'Ouest, 39 ch de la Vernique, 69130 Ecully

**Auteur correspondant :** Philippe GUILLEM, Chirurgien, téléphone : 0472193175, e-mail : pguillem69@wanadoo.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

La prise en charge chirurgicale de certaines pathologies (kyste pilonidal, abcès de la maladie de Verneuil, chirurgie vasculaire …) aboutit à des plaies postopératoires cavitaires qui nécessitent des soins infirmiers prolongés au domicile. La gestion de ces plaies est confiée par le chirurgien aux cabinets infirmiers libéraux (IDEL), éventuellement avec l’intermédiaire d’un prestataire de services à domicile (PSAD). Il s’agit d’une activité de soin particulière, de ville, pluridisciplinaire, caractérisée par la nécessité d’une expertise technique et d’une organisation assurant la continuité des soins. Comme toute activité de soin, elle expose le patient à des évènements indésirables et/ou porteurs de risque.

L'objectif était la mise en place d'une démarche de RMM spécifique à l’activité de gestion des plaies postopératoires cavitaires au domicile des patients.

* **Méthode**

Un comité de pilotage a été mis en place en mai 2017 comprenant un chirurgien, un IDEL et un PSAD spécialisés en plaies et cicatrisation. Les documents mis à disposition par la HAS pour expliquer et guider la mise en place d’une démarche de RMM ont été consultés. Trois réunions du comité de pilotage ont été programmées en 2 mois pour définir le champ d’action de la RMM, les contraintes pratiques consécutives, la procédure de soumission et d’analyse des dossiers.

* **Résultats**

La RMM concerne essentiellement des intervenants exerçant en ville, potentiellement éparpillés sur un large territoire et peu disponibles pour se déplacer pour les réunions. La réflexion a de ce fait porté sur une présentation et une analyse des dossiers dématérialisées sur un site internet accessible par identifiant et mot de passe ; la RMM peut ainsi s’ouvrir à l’ensemble de la région. Un règlement intérieur de RMM a été rédigé, définissant les étapes de la procédure : acceptation préalable du règlement intérieur (adhésion aux valeurs de la démarche de RMM, respect du secret médical), soumission des cas potentiellement intéressants à un comité de sélection, présentation synthétique du dossier anonymisé sur le site de la RMM, discussion en ligne du dossier pendant une durée limitée, proposition de conclusion et d’actions par le secrétaire de la séance sur le site, validation en ligne par tous les intervenants. La mise en place et le suivi des actions, de même que le bilan annuel de la RMM sont assurés par le comité de pilotage. Une réunion de présentation de la démarche a été proposée à plusieurs correspondants d’un PSAD et la participation de 3 chirurgiens libéraux et de 11 cabinets IDEL a d’emblée été obtenue. La discussion du premier dossier est attendue pour septembre 2017.

* **Discussion**

Les difficultés organisationnelles liées à la spécificité des intervenants (chirurgiens, cabinets et PSAD libéraux) ont pu être surmontées par l'adaptation de la procédure de RMM classiquement utilisée : mise au point d'outils dématérialisés. La mise en pratique permettra de confirmer la pertinence de l'organisation imaginée. Les difficultés concernent encore la sauvegarde des données (pas d'établissement de rattachement) et le financement des outils informatiques.

* **Conclusion**

A notre connaissance, la mise en place d’une RMM dédiée à la gestion des plaies postopératoires n’a jamais été rapportée. Soumise à des contraintes organisationnelles spécifiques qui peuvent cependant être surmontées grâce à des procédures innovantes, elle permet de valoriser une activité de soins à part entière et de lui associer les mêmes démarches de qualité et de sécurité qu’une activité de soins plus classique.

# 26. Evaluation du risque de chute chez le patient hémodialysé dit « fragile », Aline CHABROUX-SEFFERT, ARTIC 42

**Mots clés :** Chute, Hémodialyse, Evaluation, Prévention, Fragilité

**Auteurs :**

Aline CHABROUX-SEFFERT, ARTIC 42

Béatrice MAGNIN, ARTIC 42

Audrey CAPPELLINI, ARTIC 42

Catherine RIOCREUX, ARTIC 42

Marion CROZAT, ARTIC 42

Chantal BARRIER, ARTIC 42

Etablissement ARTIC 42, 18 rue Charles de Gaulle 42270 SAINT-PRIEST-EN-JAREZ.

**Auteur correspondant :** Aline CHABROUX-SEFFERT, Néphrologue, téléphone : 0477910380, e-mail : aline.seffert@artic42.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

La fréquence des chutes chez les patients hémodialysés fait l’objet d’une analyse en revue de morbi-mortalité au sein de notre association. Nous relevons que ces chutes sont à l’origine d’une perte d’autonomie, d’un accroissement de la dépendance et d’une augmentation de la morbi-mortalité.

* **Méthode**

Nous avons donc mis en place, en novembre 2016 dans le cadre de la « semaine de sécurité des patients », un projet d’évaluation du risque de chute des patients en hémodialyse. Nous avons sélectionné 228 patients sur les 248 patients hémodialysés toutes structures confondues. Nos critères de sélection étaient l’âge supérieur à 70 ans et/ou la présence d’un diabète et/ou l’existence d’un handicap et/ou un mauvais état nutritionnel (albumine inférieure à 35 mg/L et BMI inférieur à 22). L’ensemble des patients sélectionnés a pu bénéficier, grâce à l’intervention d’une équipe mobile d’infirmiers et d’aides-soignants, d’un « Get up and go test » et d’une séance collective d’Education Thérapeutique autour de l’activité physique. Cette prise en charge est renouvelée en mai 2017.

* **Résultats**

Sur notre cohorte sélectionnée en novembre 2016, 18 patients n’ont pas pu faire le test pour diverses raisons (refus, absence…). Sur les 210 « Get up and go test » réalisés, 58 correspondaient à un score égal ou supérieur à 3 témoignant donc d’un risque majeur de chute. L’évolution à six mois sur la population de « centre lourd », soit 143 patients, montre que 27 patients ont dégradé leur fonction motrice avec une augmentation du temps de trajet voire pour 4 d’entre eux la perte de la marche. A l’inverse, 19 patients ont amélioré leur performance avec une réduction du temps de parcours.

* **Discussion**

Parallèlement à l’évaluation du risque de chute et compte-tenu des données de notre revue de morbi-mortalité, nous avons instauré, dès janvier 2017, une prise en charge multidisciplinaire pour les patients ayant obtenu un score supérieur à 3 au test de novembre 2016. Il s’agit d’établir un suivi personnalisé pour chaque patient discuté en concertation associant une consultation avec la psychologue, la diététicienne, le médecin, une conciliation médicamenteuse avec la pharmacienne, un bilan social et l’intervention de l’équipe d’Education Thérapeutique. Enfin, un travail autour de l’intérêt de l’activité physique est promulgué auprès de nos patients grâce à une collaboration étroite avec le centre de rééducation cardio-pulmonaire de la Loire et par l’action d’un étudiant stagiaire formé à l’activité physique adaptée.

* **Conclusion**

Nous n’avons pas encore assez de recul pour évaluer l’efficacité de notre projet. Quoi qu’il en soit, la gravité potentielle des chutes chez nos patients justifie amplement cet investissement en équipe pluridisciplinaire qui devra être poursuivi dans la durée.

# 27. Le patient/résident partenaire de l’analyse des risques, Karine ROUME, CH St-Marcellin

**Mots clés :** patient, partenaire, Evènement indésirable, Gestion des risques, Charte, Déclaration

**Auteurs :**

Roume K, CH St-Marcellin 1 Avenue Félix Faure - 38 160 St-Marcellin

Pellerin C, CH St-Marcellin 1 Avenue Félix Faure - 38 160 St-Marcellin

Krajewski M, CH St-Marcellin 1 Avenue Félix Faure - 38 160 St-Marcellin

Lehmann S, CH St-Marcellin 1 Avenue Félix Faure - 38 160 St-Marcellin

Grain A , CH St-Marcellin 1 Avenue Félix Faure - 38 160 St-Marcellin

**Auteur correspondant :** Karine ROUME, Assistante qualité, gestionnaire des risques, téléphone : 0476646699, e-mail : gestiondesrisques@chstmarcellin.eu

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

L’intégration du point de vue des patients à la qualité des soins et à l’évaluation en santé est un élément essentiel dans la sécurité des prises en charge et encore peu développé dans nos organisations notamment en terme de gestion des risques associés aux soins.

Pour alerter les soignants sur les évènements indésirables, les patients disposaient des questionnaires de satisfaction, du circuit des plaintes.

Par manque de retour d’expérience sur des vécus d’évènement indésirable (EI) pour lesquels nous savions que les patients informaient les soignants ou leur entourage, sans aucune formalisation, nous avons souhaité mettre en place la déclaration d’EI pour les patients, résidents, famille et visiteurs.

* **Méthode**

Une Fiche de déclaration d’Evènement Indésirables (FEI) à destination des patients, résidents, famille et visiteurs a été élaborée reprenant des informations concernant le signalant, la description de l’EI, le domaine ainsi que le dommage concernés, l’identité des témoins, des personnes avisées, des conséquences immédiates apparentes telles que constatées immédiatement après l’évènement, l’évaluation de la fréquence par le déclarant, l’action immédiate engagée.

Cette FEI, à disposition du patient directement dans les services, se présente sous format papier et est recueillie dans des boites aux lettres par le service qualité.

Elle suit ensuite le même circuit d’analyse que les FEI déclarées par le personnel.

L’unique différence de traitement est que le retour au déclarant « Patient » se fait soit par courrier, soit par mail.

Les FEI patients sont intégrées à la revue des FEI effectuées en CREX (6 fois par an) et sont également présentées lors de chaque CDU (4 fois par an).

* **Résultats**

Cette nouvelle démarche institutionnelle initiée par la CORQ (Commission Opérationnelle Risque et Qualité) a fait l’objet d’une présentation et d’une validation en CDU. Pour ce faire, le circuit a été décrit au moyen d’une procédure qui fait l’objet de réajustement au fur et à mesure du déploiement du projet.

Elle fait l’objet d’une information spécifique dans le livret d’accueil, sur les sites intra et internet ainsi qu’aux cadre de santé.

La FEI proposée a permis de retravailler la définition d’un EI à destination des patients. Une « charte de partenariat » a été rédigée afin d’accompagner les éventuelles réticences à la déclaration de la part des patients ou de l’entourage.

Pour l’instant, la FEI n’est pas informatisée dans sa partie déclarative par défaut de possibilité technique d’accès informatique pour les patients. Par contre, elle est systématiquement saisie dans la base de données de gestion de risques de l’établissement Ennov™, afin de permettre de l’exploiter selon le même circuit informatique d’analyse interne.

Depuis sa mise en place au mois de Février 2017, le nombre de FEI Patients est encore limité mais est régulier notamment en SSR. Les motifs de déclaration sont représentés majoritairement par des EI liés aux soins, mais aussi concernant la sécurité des biens.

Pour chaque patient/entourage déclarant, le service qualité a accompagné la déclaration d’une prise de contact systématique afin de réaliser un retour et de relever les limites potentielles de notre organisation en en rappelant les principes.

* **Discussion**

Comme pour la déclaration des professionnels, les principaux freins de ce dispositif sont l’insuffisance d’information sur le dispositif et les craintes liées à de potentielles conséquences sur la prise en charge.

L’enjeu réside donc dans une meilleure communication autour de ces déclarations dont la "charte de partenariat".

Dans cet objectif, nous avons donc prévu une campagne d’affichage accompagnée de stands d’information lors de la prochaine semaine sécurité des patients 2017 : « Usagers, soignants : partenaires pour la sécurité des patients ».

* **Conclusion**

La déclaration des EI par les patients apporte de nouveaux éléments dans l'appréciation des risques dans l'organisation des soins. Elle nécessite une démarche d'information et d'accompagnement institutionnelle auprès des usagers afin d'instaurer un véritable partenariat.

# 28. Promouvoir la déclaration des évènements porteurs de risque : un axe essentiel pour l'amélioration de la gestion des risques, Cédric COUTRON, Hôpital du Gier

**Mots clés :** Evènements porteurs de risque, Evènements indésirables, Risque, Gestion des risques

**Auteurs :**

Caroline Masson, Hôpital du Gier, 19 Rue Victor Hugo, 42400 Saint-Chamond

Cédric Coutron, Hôpital du Gier, 19 Rue Victor Hugo, 42400 Saint-Chamond

Cindy Molina, Hôpital du Gier, 19 Rue Victor Hugo, 42400 Saint-Chamond

Graziella Bonnard, Hôpital du Gier, 19 Rue Victor Hugo, 42400 Saint-Chamond

Pascale Ibanez, Hôpital du Gier, 19 Rue Victor Hugo, 42400 Saint-Chamond

**Auteur correspondant :** Cédric COUTRON, Directeur des Affaires Médicales, de la Qualité et de la Gestion des risques, téléphone : 0477311901, e-mail : c.coutron@hopitaldugier.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Ces dernières années notre établissement a structuré et amélioré son système de déclaration des évènements indésirables (EI) aboutissant à une multiplication par 4 du nombre de déclarations annuelles depuis 2007 (1000 déclarations en 2016). Si l’informatisation a favorisé la déclaration et le traitement des dysfonctionnements, l’assimilation par les professionnels d’une culture qualité et sécurité a joué un rôle essentiel dans cette évolution. La nécessité de déclarer un évènement avéré est bien encrée dans les mentalités, cependant, il nous paraît moins intuitif pour les professionnels de déclarer un évènement porteur de risque. Or, ces évènements sans conséquence réelle pour le patient sont un bon outil de communication sur la gestion des risques car ils permettent une approche pédagogique de l'analyse de ces EI. C’est pourquoi aujourd’hui notre établissement souhaite mettre en avant la culture « préventive » du risque en promouvant le signalement des EPR.

* **Méthode**

Au sein de notre établissement existe une cellule pluridisciplinaire de gestion des évènements indésirables constituée du Directeur de la Qualité et de la gestion des risques, du responsable assurance qualité, du coordonnateur des risques associés aux soins, d’un cadre supérieur de santé, du responsable SMQ-PECM, de la directrice des soins et du président de la CME.

Cette cellule s’est réunie pour établir un plan d’action afin de promouvoir la déclaration des EPR.

* **Résultats**

Ce plan d’action s’articule en trois étapes complémentaires réalisées entre décembre 2016 et avril 2017.

La première a consisté en une mise à jour de la procédure de gestion des EI avec intégration de la notion d’EPR. En parallèle, l’analyse hebdomadaire des EI en cellule pluri-professionnelle a également évolué : un questionnement systématique sur la nature de l’EI (avéré ou EPR) est aujourd’hui réalisé. L’engagement d’une analyse approfondie des EPR est à l’appréciation de la cellule en fonction du niveau de gravité estimé. Aussi, le regard croisé de la cellule pluri-professionnelle prend tout son sens.

La seconde étape a consisté à faire évoluer la fiche de déclaration informatisée des EI en créant deux zones distinctes : l’une permettant de déclarer les conséquences réelles (pour les EI avérés) et l’autre permettant d’estimer les conséquences potentielles (pour les EPR). Pour aider le déclarant la définition de l’EPR est intégrée à la fiche de déclaration.

Enfin, une large campagne de formation et de sensibilisation de l’ensemble des professionnels a été réalisée. Au total, 9 sessions de formation rassemblant 120 professionnels ont permis une démonstration de l’utilisation de cette nouvelle fiche de déclaration et l’apport d’explications sur la notion d’EPR, en le distinguant de l’EIG avéré.

* **Discussion**

La formation/sensibilisation des professionnels à l’utilisation de la nouvelle fiche de déclaration est un moyen nécessaire mais limité pour promouvoir la déclaration des EPR. Notre établissement doit envisager d’autres moyens pour communiquer et faire adhérer l’ensemble des professionnels. Il prévoit notamment une sensibilisation annuelle des professionnels aux EPR lors de l’organisation des semaines nationales sur la sécurité des patients, de réaliser et diffuser des minis scénarios mettant en scène des EPR déclarés dans l’établissement ou encore de mesurer régulièrement l’évolution de la culture sécurité centrée sur les EPR.

* **Conclusion**

Sensibiliser les professionnels de santé à la nécessité de déclarer un EPR présente un double intérêt. Tout d’abord celui de contribuer à prévenir la survenue de l’EIG grâce à une gestion des risques en amont de la survenue de conséquences graves mais aussi celui d’aborder une gestion des risques déculpabilisée et sereine favorisant ainsi l’adhésion des professionnels. L’impact du plan d’actions engagé sera mesuré au décours d’enquêtes conduites auprès des professionnels sur la culture sécurité.

# 29. Les comités de retour d’expérience (CREX) au sein de la PUI (pharmacie à usage intérieur) : quelle évolution de 2013 à 2017 ?, Marie DE CRESCENZO, CH de Bourg en Bresse

**Mots clés :** gestion des risques, sécurité, qualité

**Auteurs :**

Marie DE CRESCENZO, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, 900 Route Paris, 01012 Bourg en Bresse

Pauline ROMME, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, 900 Route Paris, 01012 Bourg en Bresse

Aurélie ROUSSEAU, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, 900 Route Paris, 01012 Bourg en Bresse

Fabienne MOREY, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, 900 Route Paris, 01012 Bourg en Bresse

Jean Louis BONNEFOUS, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, 900 Route Paris, 01012 Bourg en Bresse

**Auteur correspondant :** Marie DE CRESCENZO, Interne, téléphone : 0621993364, e-mail : marie.dc@live.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Dans un contexte de prévention des évènements indésirables (EI) associés aux soins, la pharmacie à usage intérieur (PUI) a mis en place depuis 2013 un comité de retour d’expérience (CREX). Un bilan sur l’évolution des EI et des actions correctives après 4 ans est alors réalisé.

* **Méthode**

Etude rétrospective de juin 2013 à juin 2017. Chaque EI est enregistré dans le logiciel BlueMedi® donnant lieu à une FEI (fiche d’EI). Chaque FEI enregistrée dans ce logiciel a été analysée. Les variables étudiées sont le secteur impacté, le nombre d’EI, le nombre d’actions correctives et leurs suivis.

* **Résultats**

Une augmentation de 118% des déclarations est observée au cours des 4 années. Le secteur médicament possède le nombre le plus important d’EI (484), suivi des dispositifs médicaux stériles (292), la stérilisation (187), les pharmacovigilances (135) et l’unité de reconstitution centralisée des cytotoxiques (95).

Au total, 37 EI ont été sélectionnés puis analysés sur 4 ans (19 sur le secteur médicament, 6 sur l’URCC et les DMS, 5 sur la stérilisation). Cinquante-sept actions correctives ont été proposées, aujourd’hui, 87,7% sont effectives.

* **Discussion**

L’analyse d’une FEI chaque mois par le comité pluridisciplinaire (pharmacien, interne, cadre de santé, préparateur, secrétaire et magasinier) permet de s’interroger sur les pratiques de la PUI. L’approbation des actions correctives par l’équipe permet une amélioration de la maîtrise des risques.

* **Conclusion**

L’organisation des CREX au sein de la PUI a permis de sensibiliser les professionnels de santé à la déclaration des EI au vu du nombre de déclarations croissantes. Les actions correctives qui sont suivies par la suite permettent une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les pharmaciens sont de plus en plus sollicités à participer aux CREX d’autres services dans une démarche collective pluridisciplinaire et de partage d’expérience. Il semblerait intéressant de promouvoir cette pratique et son décloisonnement.

# 30. GROUPE D’ANALYSE DE LA PRATIQUE DANS UN CENTRE DE DIALYSE : DE LA SECURITÉ EMOTIONNELLE DES SOIGNANTS À LA QUALITE DES PRISES EN CHARGE, UN ENJEU DE PRÉVENTION ?, Marie LINO-DANIEL, Calydial

**Mots clés :** Groupe d’analyse de la pratique, Dialyse, Travail en équipe, Sécurité émotionnelle, Qualité des soins, pluri-professionalité

**Auteurs :**

- Marie-Ange PERIE, Psychologue Clinicienne, CH Lucien Hussel, BP 127, 38209, VIENNE Cedex - Maître de Conférences Associé, Institut de Psychologie, Université Lumière Lyon2.

-Pierre SAUVAGEON, Calydial, CH Lucien Hussel, BP 127, 38209, VIENNE Cedex

-Adrien BONNAND, Calydial, CH Lucien Hussel, BP 127, 38209, VIENNE Cedex

-Marie LINO-DANIEL, Calydial, CH Lucien Hussel, BP 127, 38209, VIENNE Cedex

-Alison MONNERY, Calydial, CH Lucien Hussel, BP 127, 38209, VIENNE Cedex

-Agnes CAILLETTE-BEAUDOIN, Calydial, CH Lucien Hussel, BP 127, 38209, VIENNE Cedex

**Auteur correspondant :** Marie LINO-DANIEL, médecin, téléphone : 00, e-mail : marie.lino-daniel@calydial.org

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

Tout professionnel accompagnant/soignant a toujours à faire avec de l’humain. La dimension relationnelle et la complexité de ses logiques et enjeux est au cœur de nos métiers. Autrement dit nos pratiques engagent une part essentielle de subjectivité consciente mais aussi inconsciente qui reste par essence inconnue. Cette dimension est d’autant plus sensible, délicate qu’elle peut traverser aussi bien le vécu des patients que celui des soignants et infiltre voire « contamine » les prises en charge et le travail en équipe.

La lassitude, l’impuissance, le rejet peuvent à la fois traverser les patients et les équipes. Si ces sentiments peuvent être reconnus, comment « faire avec » et les contenir ? Comment les transformer au bénéfice de la relation patient-soignant et de la prise en charge, qui plus est dans un contexte en pleine mutation dans la relation patient-soignant et où la question des risques psycho-sociaux est de plus en plus reconnue ?

Au-delà de l’engagement et l’implication des professionnels, la relation soignante dans son essence, implique ainsi une relation de proximité, voire d’intimité. Cette question de l’intimité se pose de manière d’autant plus singulière quand les prises en charge ponctuent le quotidien de l’usager et des professionnels. C’est particulièrement le cas dans un centre de dialyse chronique. En effet les patients y sont soignés pendant une demi-journée 3 fois/semaine pour les séances de dialyse et ce pendant plusieurs années en raison de leur insuffisance rénale terminale, maladie grave émaillée de complications au fil du temps.

Il s’agit d’un domaine où la technicité des soins est importante, avec des gestes invasifs. Les équipes soignantes multi-professionnelles sont confrontées au fil des prises en charge aux aléas de l’évolution de l’état de santé et du vécu émotionnel des patients : les problématiques de la mort, de la dégradation du corps … sont notamment présentes et peuvent être aussi une cause de souffrance pour les soignants

* **Méthode**

Nous avons mis en place un dispositif d’analyse de la pratique au sein d’un centre de dialyse, animé par une psychologue clinicienne extérieur à l’établissement.

C’est à partir de l’analyse qualitative des témoignages des professionnels y participant que nous interrogerons l’utilité d’un tel dispositif concernant :

- la prise de conscience des enjeux inconscients des prises en charge et leurs impacts auprès des usagers

- la compréhension des liens interpersonnels au sein de l’équipe

-…

* **Résultats**

Nous monterons la valeur structurante d’un tel dispositif pour la qualité des prises en charge à partir de la prise en compte des enjeux de la sécurité émotionnelle des professionnels au sein du travail en équipe.

* **Discussion**

En quoi exposer les problématiques des personnes accompagnées, les difficultés rencontrées et éprouvées par les professionnels concernant les prises en charge qu’ils effectuent à travers l’éclairage clinique d’un psychologue est en enjeu de prévention pour la qualité des prises en charge ?

L’analyse de la pratique n’est-elle pas un facteur de développement de la pratique réflexive en soutenant les savoirs être et savoirs faire intuitifs des professionnels ? Comment l’attention à la sécurité émotionnelle des professionnels aide au développement des compétences professionnelles et renforce l’identité professionnelle ?

Mais aussi comment un dispositif d’analyse de la pratique peut permettre d’éclairer et soutenir les tensions et conflits interpersonnels au sein de l’équipe que les prises en charge peuvent mettre en souffrance dans son fonctionnement au-delà de la question du m anagement.

* **Conclusion**

La compréhension des enjeux interpersonnels de la relation clinique patient-soignant ne peut donc se soutenir par les seules logiques du savoir théorique ou des savoirs et savoirs faire procéduraux.

# 31. Faites entrer le patient, Teresa VALDERAS TERCERO, Calydial

**Mots clés :** empowerment, expérience patient, focus group, patient partenaire, patient collaborateur,

**Auteurs :**

Teresa VALDERAS TERCERO, Stéphanie SPATARO, Sophie RACANIERE, Dr Agnès CAILLETTE BEAUDOIN, Serge CHALVET, Calydial - CH Lucien Hussel - BP 127 - 38209 Vienne Cedex

**Auteur correspondant :** Teresa VALDERAS TERCERO, Responsable Gestion Progrès et Risques, téléphone : 00, e-mail : teresa.valderas@calydial.org

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

A CALYDIAL nous avons toujours encouragé la participation des patients et de leurs proches dans l’organisation. Leur expérience de soins a toujours été riche d’enseignement.

Aujourd’hui les patients participent à un nombre important de comités ou de groupes de travail (EOH, CLUD, CDU, ateliers ETP, groupe d’analyse de risques etc.) mais nous voulions aller plus loin et transformer les expériences de nos patients en amélioration. Ce qui est au cœur de toutes ces initiatives, c’est une stratégie d’engagement et d’intégration des patients à tous les niveaux : leadership, conception, formation, accompagnement, communication.

* **Méthode**

Pour cela deux grandes intégrations ont été opérées au sein de l’équipe CALYDIAL. Deux patients formés à notre programme d’éducation thérapeutique 40 heures et membres de la Commission des Usagers ont intégré l’équipe en 2016.

Une patiente a intégré l’équipe gestion progrès et risques (qualité) depuis février 2016. Elle est membre à part entière du service. Elle travaille au quotidien avec la responsable GPR et la PCRU. Elle participe à la conception des ateliers ETP, à la gestion électronique des documents, le traitement des EI et la récolte de la satisfaction patient.

Un de nos patients hémodialysé à domicile est devenu président de la Commission des Usagers depuis novembre 2016. Cette nouvelle gouvernance place le patient dans un rôle décisionnaire et de collaboration avec la direction de l’établissement et l’ensemble de l’équipe. Parmi ces missions il a réalisé lors de la journée européenne des droits en santé en avril une campagne de sensibilisation auprès des professionnels et des patients.

D’un autre côté de nouveaux outils ont été développés pour capturer, représenter et communiquer l’expérience des patients : le focus group et la diffusion de supports visuels représentant des scènes du quotidien dans le soin.

Le focus group est une technique d’entretien de groupe, un groupe d’expression qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Il fait partie des techniques d’enquête qualitative par opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire.

* **Résultats**

L’intégration d’un patient formé à l’ETP dans l’équipe qualité permet de mettre chaque jour ses lunettes patient non seulement à l’équipe mais aussi aux services support. De cette façon nous comprenons mieux les attentes des patients. Cette nouvelle vision nous fait sortir des silos car rassemble autour de la raison d’être de l’organisation et donne du sens à ce que nous faisons au quotidien, tout cela pour le patient.

En plus nous accélérons le processus d’amélioration continue car nous comptons dès la conception et dès l’harmonisation de pratiques avec la vision du patient.

Nous pouvons affirmer que l’intégration de deux patients au cœur de l’organisation a provoqué un développement de compétences en termes de vision patient, une empathie thérapeutique qui nous aide à nous poser la question du pourquoi et non seulement du comment.

Le focus group sur les directives anticipées et la fin de vie nous a permis de faire émerger des nouvelles idées inattendues par les professionnels et de mieux comprendre la façon dont les patients et l’entourage souhaiteraient recevoir ces informations. Grâce à ce groupe nous avons pu améliorer notre pratique d’information aux patients.

Les supports visuels réalisés par les professionnels avec les patients ont fait sentir en une fraction de seconde, aux équipes mais aussi aux patients l’explicite et l’implicite de l’expérience réelle vécue par les patients. Nous avons utilisé cet outil pour une campagne de sensibilisation sur les droits des patients, sujet toujours compliqué à aborder d’une façon claire et concrète. Cela a provoqué un vrai débat et un intérêt de l’ensemble des équipes, de soin et non soignants et des patients.

Nombreux outils d’information tels que des films, des guides et des feuillets ont été créés en consultant les patients et leurs proches sur leurs besoins réels en information.

L’enquête de satisfaction, les entretiens patient traceur et les nouveaux focus group montreront si finalement l’inclusion de deux patients au cœur de l’organisation nous a permis d’améliorer la perception des patients.

* **Discussion**

Nous avons tendance à penser que nous savons ce que veulent les patients. Nous essayons donc aujourd’hui de ne pas projeter de solution par rapport à notre vision du soin et de la maladie mais de toujours demander aux patients. Même les projets qui nous sont chers sont mis de côté s’ils n’apportent pas de valeur ajoutée aux patients. Nous nous centrons sur les sujets qui les préoccupent en priorité : l’attente, l’anxiété, la douleur etc.

* **Conclusion**

Nous comptons plus que jamais sur les patients comme des agents de changement dans la transformation organisationnelle. Quel que soit le rôle du patient (patient expert, patient ressource, patient formateur, patient collaborateur), le fait de compter au cœur de l’organisation avec l’expérience, les compétences et le vécu des patients est non seulement un gage de réussite mais une des meilleures façons de connecter la raison d’être avec le quotidien de chaque acteur de l’organisation.

# 32. Un appui régional à l’analyse des évènements indésirables associés aux soin, Valentin DAUCOURT, RéQua-ERAGE

**Mots clés :** Evènement indésirable, gestion des risques, culture sécurité, structure régionale d’appui,

**Auteurs :**

Daucourt Valentin, Cuny Anne-Monique, Genevois Sandra, Grisot Céline, Mathy Angélique, Thomet Hélène, Vabre Juliette

RéQua-ERAGE, 26 rue proudhon, 25000 Besançon

**Auteur correspondant :** Valentin DAUCOURT, médecin de santé publique, téléphone : 00, e-mail : valentin.daucourt@requa.fr

**Résumé (600 mots maximum) :**

* **Objectif(s), Contexte**

En 2012, l’Agence Régionale de Santé de Franche-Comté a confié au Réseau Qualité des établissements de Franche-Comté (RéQua) la mission d’améliorer la qualité et la sécurité des soins pour les usagers et professionnels sur la région par la maitrise des risques liés aux pratiques des professionnels de santé.

* **Méthode**

Pour répondre à cette mission, le RéQua, dont l’activité s’est étendue à la Bourgogne en 2016, a développé deux structures :

- la Plateforme d'appui à la gestion des évènements indésirables associés aux soins et à l'institutionnalisation en Franche-Comté (PLAGE) ; la PLAGE a rassemblé un ensemble d'acteurs contribuant à différents niveaux à la diffusion d'une politique de gestion des évènements indésirables : Structures régionales de vigilances et d’appui, réseaux de soins, URPS, Université de Franche-Comté, associations de patients et de représentants d’usagers…

- et l’Equipe régionale d’appui à la gestion des évènements indésirables (ERAGE) ; composée d’un équivalent temps plein occupé par des professionnels de différents métiers (médecin, pharmacien, gestionnaire de risques), cette équipe vient en appui des établissements et professionnels de santé pour développer la culture sécurité en améliorant la gestion des évènements indésirables associés aux soins (EIAS)

* **Résultats**

La PLAGE, précurseur du Réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA), a développé diverses actions pour sensibiliser et former les professionnels des différents secteurs et les usagers à la problématique des EIAS : formations à l’analyse des EIAS, formation régionale des coordinateurs de la gestion des risques associés aux soins, élaboration de vidéos pédagogiques, participation à des enquêtes ou projets de recherche, organisation de journées de partage d’expérience…

L’ERAGE est intervenue depuis 2012 dans plus de 100 établissements sanitaires, médico-sociaux ou maisons de santé. Ces actions ont permis de sensibiliser et former près de 2000 professionnels de santé à la détection, au signalement et à l’analyse des EIAS. L’ERAGE accompagne également les établissements demandeurs pour l’analyse approfondie des causes des EIAS (70 EIAS analysés). Les résultats de certaines de ces analyses sont valorisés à travers des « fiches partage » qui permettent de compléter le retour d’expériences au niveau régional.

* **Discussion**

La légitimité du RéQua, existant depuis 2002 en Franche-Comté, a permis d’instaurer la confiance avec les établissements et professionnels de santé. Cette confiance est particulièrement importante car la culture positive de l’erreur est encore peu développée en santé, et les EIAS sont encore trop souvent cachés. Le nombre de 70 analyses sur 5 ans peut d’ailleurs être considéré comme faible, mais les formations délivrées et les premiers accompagnements réalisés ont permis d’autonomiser un bon nombre d’établissements, qui ne font appel à l’ERAGE qu’en cas de difficulté particulière. Par ailleurs, c’est avant tout la qualité des analyses selon une méthodologie reconnue et avec les personnes concernées qui permet de ne pas s’arrêter aux faits les plus évidents (moyenne de 6 causes profondes retrouvées par analyse) et de décider d’actions pertinentes et faisables.

* **Conclusion**

Les activités de la PLAGE ont été très limitées depuis 2015 par l’arrêt de la subvention régionale. Mais la mise en place du RREVA animé par l’ARS de Bourgogne-Franche-Comté doit permettre d’optimiser les partenariats et de contribuer à la définition et la mise en œuvre de la politique qualité et sécurité des prises en charge en santé.

La réussite de l’ERAGE montre la nécessité d’une structure d’appui pour les professionnels de santé (quel que soit leur secteur d’activité) permettant un apport méthodologique robuste, un accompagnement de proximité et une indépendance vis-à-vis des tutelles régionales.