

# Introduction aux démarches qualité et gestion des risques

DU « Gestionnaire de cas »

22 Mai 2014

D.Veillard

Coordination qualité sécurité des soins CHU Rennes  
Groupement de Coopération Sanitaire CAPPS Bretagne



CENTRE  
HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE  
DE RENNES



# Pourquoi s'interroger sur la qualité et la sécurité des prises en charge ?

- ▶ Données (hospitalières et ambulatoires) publiées depuis le début des années 2000 :

- 30% des patients (adultes et enfants) ne recevraient pas des soins conformes aux recommandations (soins aigus, pathologies chroniques, soins de prévention)

*Mangione-Smith R, DeCristofaro AH, Setodji CM, Keeseey J, Klein DJ, Adams JL, Schuster MA, McGlynn EA. The quality of ambulatory care delivered to children in the United States. N Engl J Med. 2007 Oct 11;357(15):1515-23.*

*McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keeseey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The quality of health care delivered to adults in the United States. N Engl J Med. 2003 Jun 26;348(26):2635-45.*

- Entre 8 et 26% des résultats « anormaux » se seraient pas suivis d'action médicale  
*Giardina D., Singh H. Should Patients Get Direct Access to Their Laboratory Test Results? An Answer With Many Questions, JAMA, Published online November 28, 2011*

- ▶ Des écarts de pratiques que l'on ne sait pas expliquer par des raisons médicales
- ▶ Des inégalités sociales de santé qui persistent voire s'aggravent
- ▶ .....



# Pourquoi en parler ?

R.Almaberti, CNAM Qualité Sécurité des Soins 2012-2013

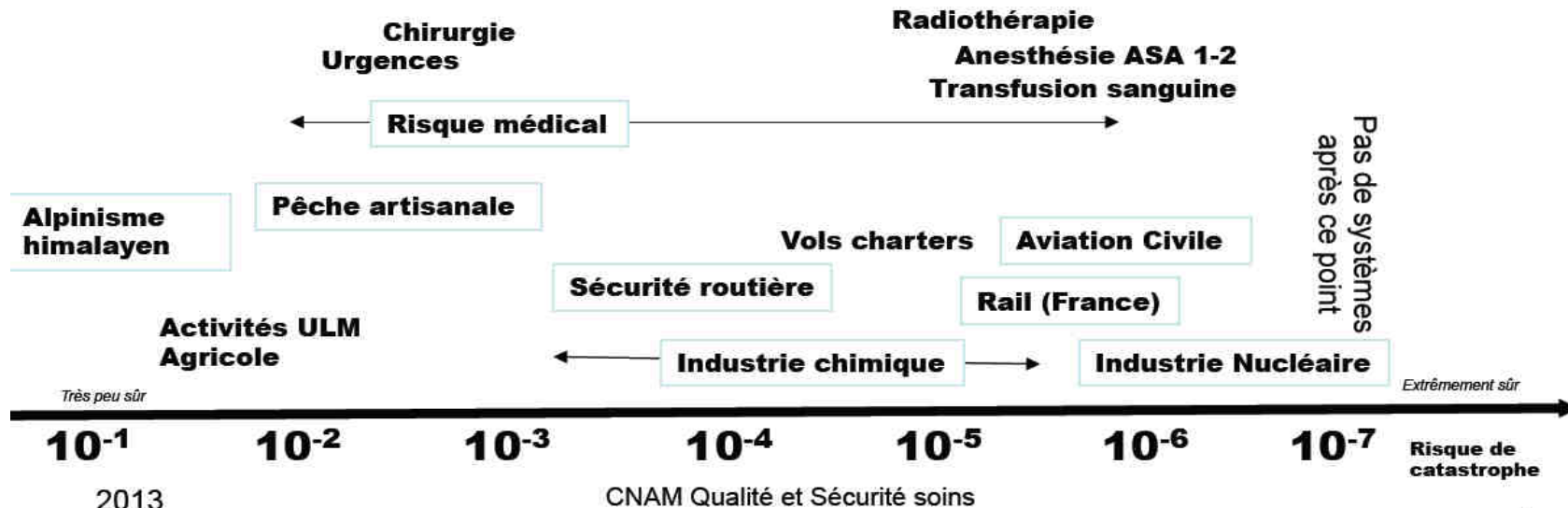
**ENEIS 2, novembre 2010**  
**EIG pendant Hospitalisation**

**Un EIG tous les 5 jours**  
**dans un service de 30 lits**

Incidence des EIG supérieure en chirurgie

Aucune amélioration depuis ENEIS 1 en 2004

La sécurité du patient :  
Conseils et démarches utiles sur www.guillierguyreducant.fr



2013  
UZ/00/2014

CNAM Qualité et Sécurité soins

3 3



02/06/2014



# Un contexte marqué par

---

- ▶ **La complexité des prises en charge +++**
  - **Activités et services multiples et variables**
  - **Capacités d'adaptation considérables**
  - **Compétences multiples et spécialisées**
- ▶ **Un système en cours de transformation**
- ▶ **Une transition épidémiologique et démographique majeure débouchant sur des problématiques nouvelles et de forte amplitude dans nos sociétés occidentales (cf personnes âgées aux pathologies chroniques multiples)**



# Les principes d'une démarche qualité en santé

---

- **DEMARCHE QUALITE en médecine : « vise à garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques... »**
  - conforme à l'état actuel de la science médicale
  - assurant le meilleur résultat en terme de santé
  - au meilleur coût et au moindre risque
  - pour sa plus grande satisfaction »
- **6 dimensions de OMS (2006) : Efficaces ; Efficients ; Accessibles; Acceptables/Centrés Patient ; Équitables ; Sûrs**



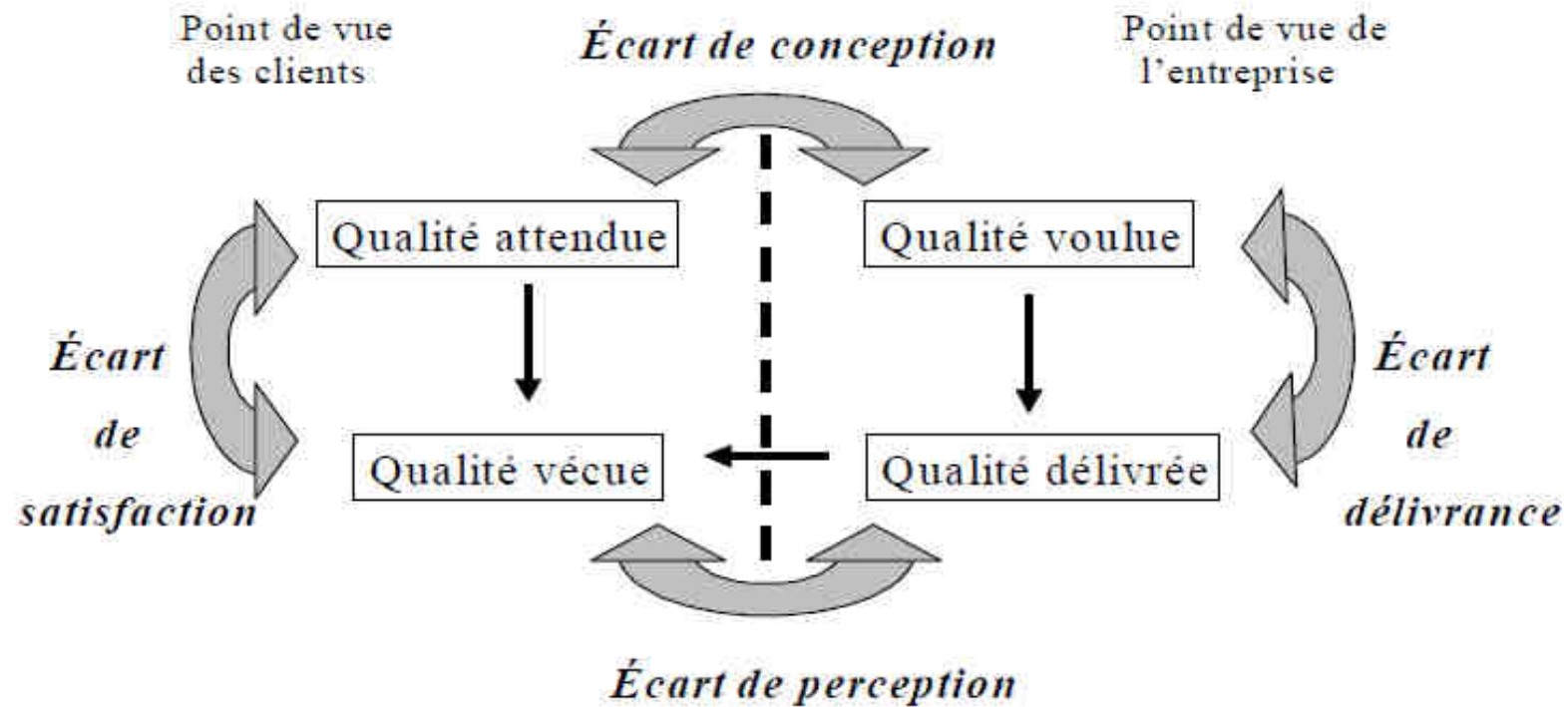
# Elle s'appuie sur...

---

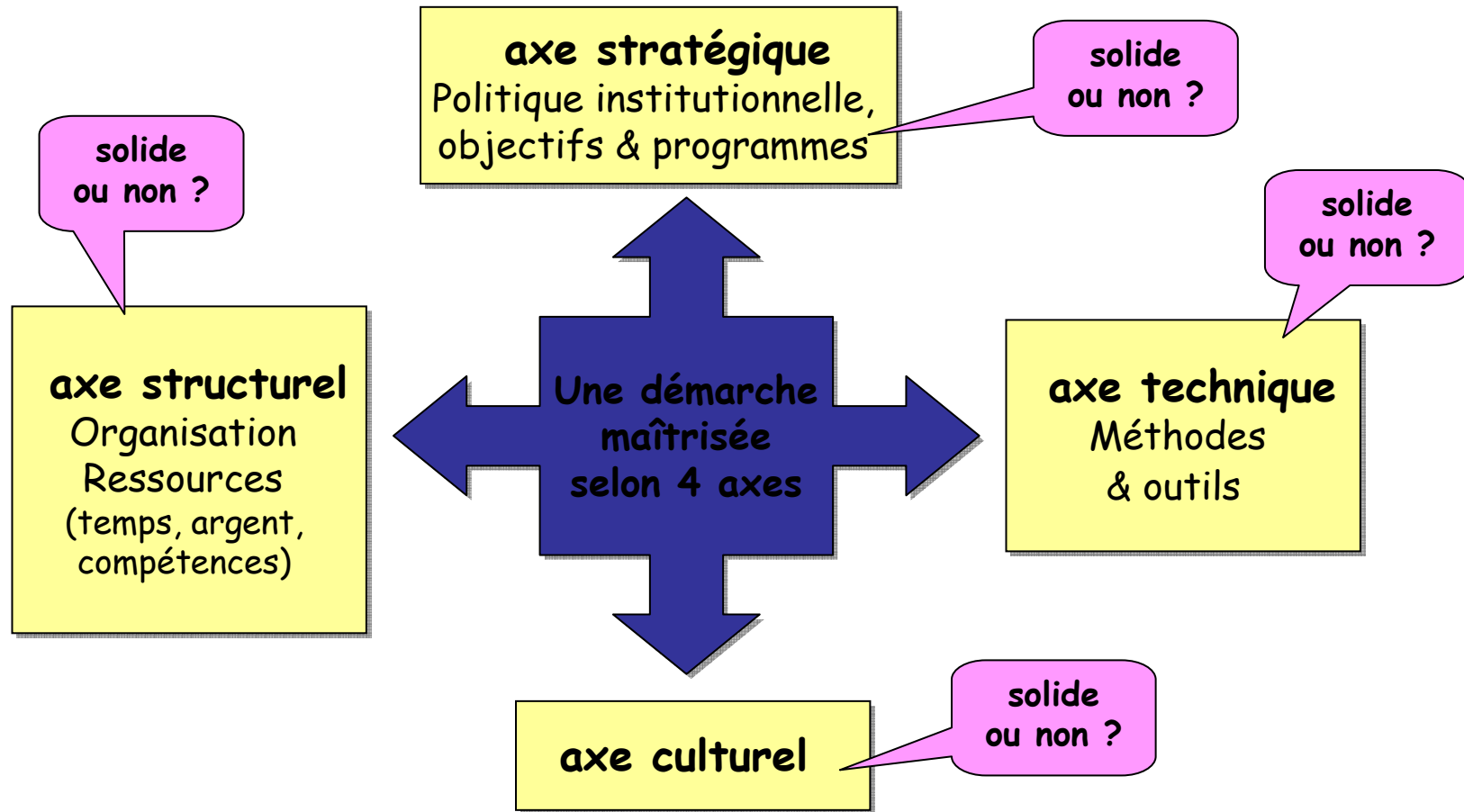
- ▶ Une approche :
  - Participative
  - du temps, des méthodes et des moyens pour traiter les problèmes «au fond»
  - objective : mesures suivies dans le temps
- ▶ Une expertise :
  - normes et des outils (intérêt et limites)
- ▶ Une attitude :
  - regard critique,
  - centré sur les organisations et non sur les personnes



# Des différences selon le point de vue ?

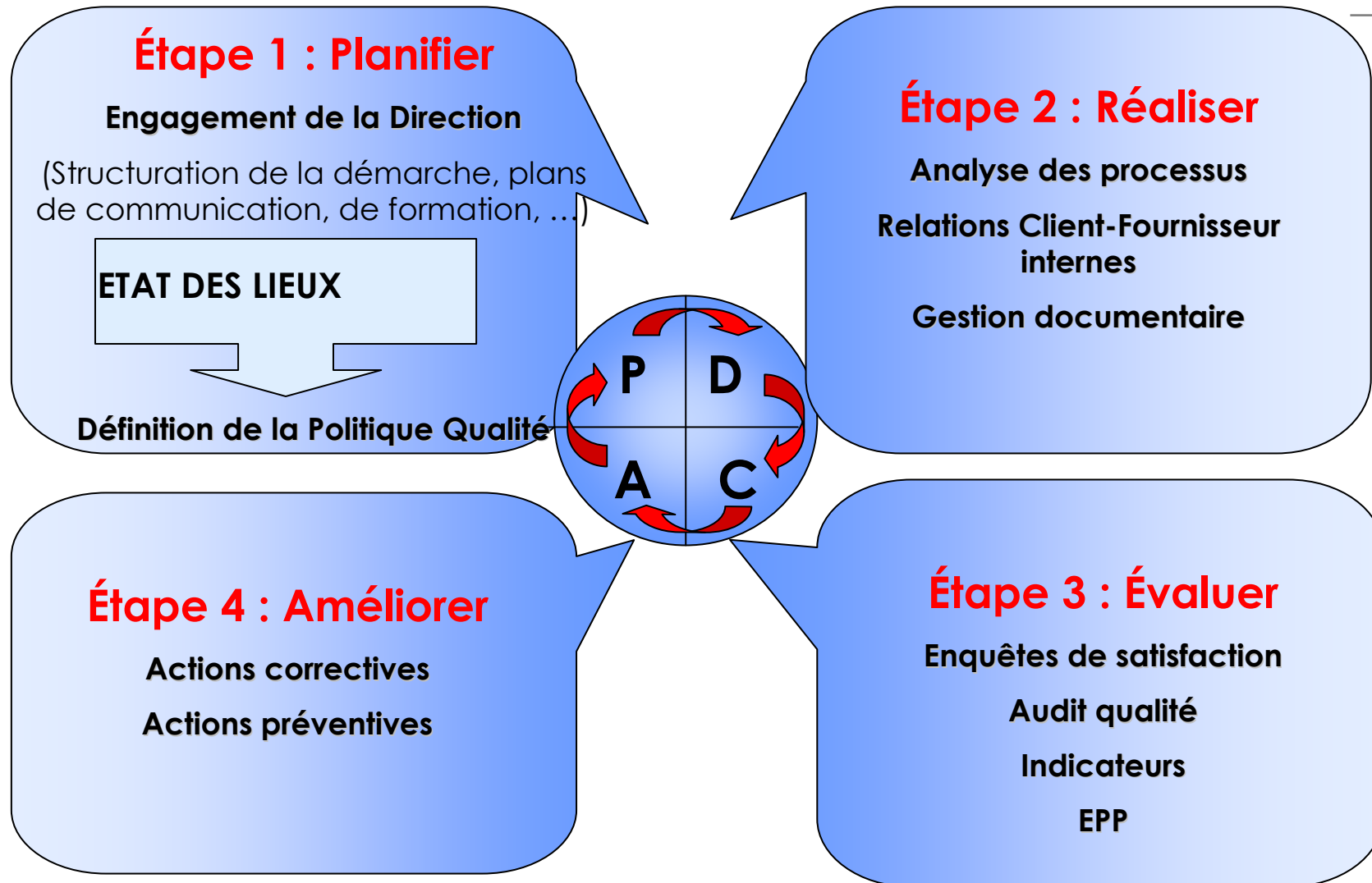


# Une approche selon 4 axes : Modèle de Shortell

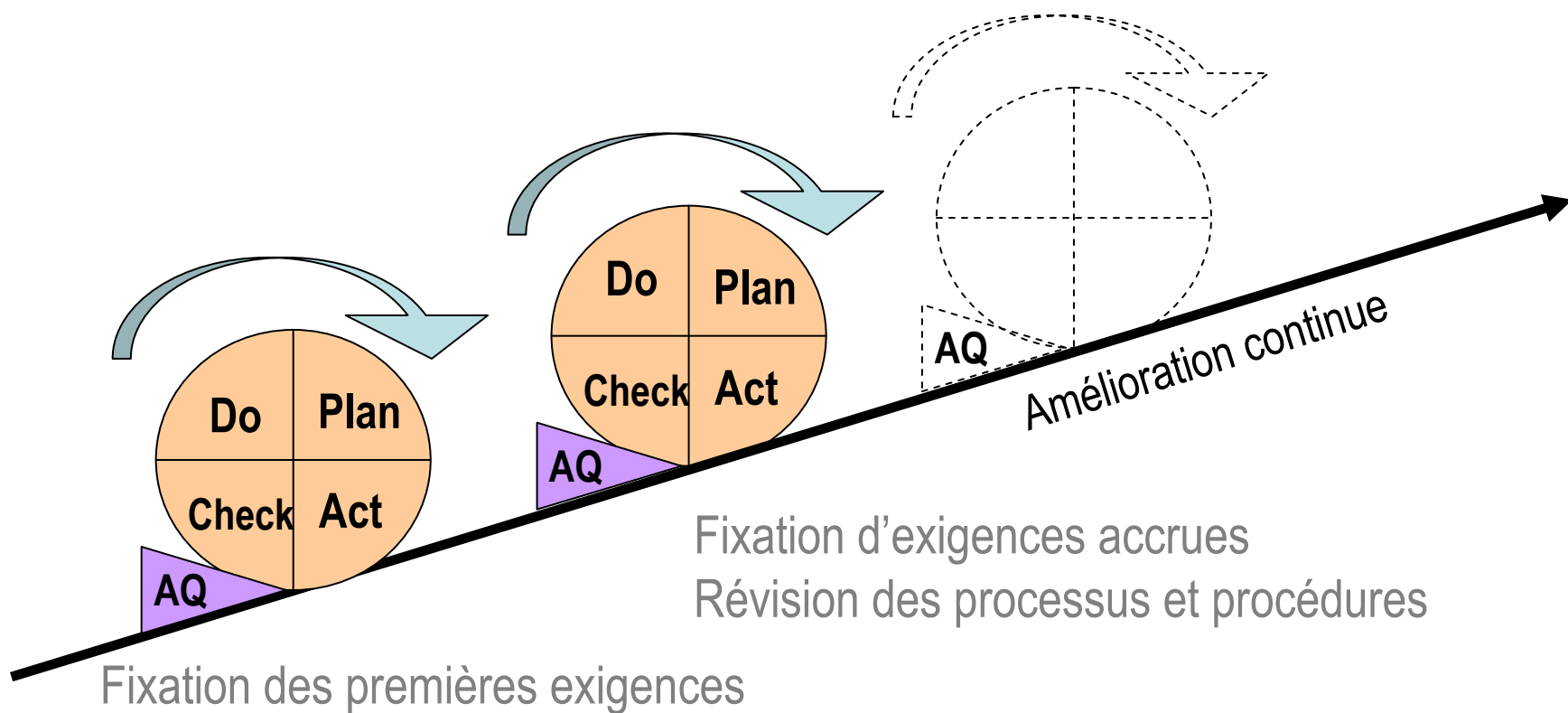




# Un concept d'amélioration continue : la roue de Deming



# Un concept d'amélioration continue



# Passer par une formalisation des pratiques de l'écrit - de la gestion documentaire

- ▶ Pour garder la trace de ce qui a été fait
- ▶ Une des bases de la communication au sein d'une équipe
- ▶ Comment ?
  - Homogénéiser vos différents documents (formulaire , procédure, compte rendu de réunion, profil de poste ...)
  - Les rendre facilement accessibles à tous : intranet, classeurs
  - Ne pas tout écrire : prioriser les informations pertinentes et importantes (ex : privilégier les activités à risque)
  - Définir les règles d'archivage et d'actualisation de vos documents



# Passer également par la mesure – l'évaluation

---

- ▶ « On améliore ce que l'on mesure... »
- ▶ Pour mesurer des données observées, les effets des actions
- ▶ Pour objectiver les opinions, ce qui permet aussi de définir un plan d'actions
- ▶ Comment ?
  - Suivi d'indicateurs
  - Evaluation des pratiques professionnelles (EPP)
  - Réalisation d'audits

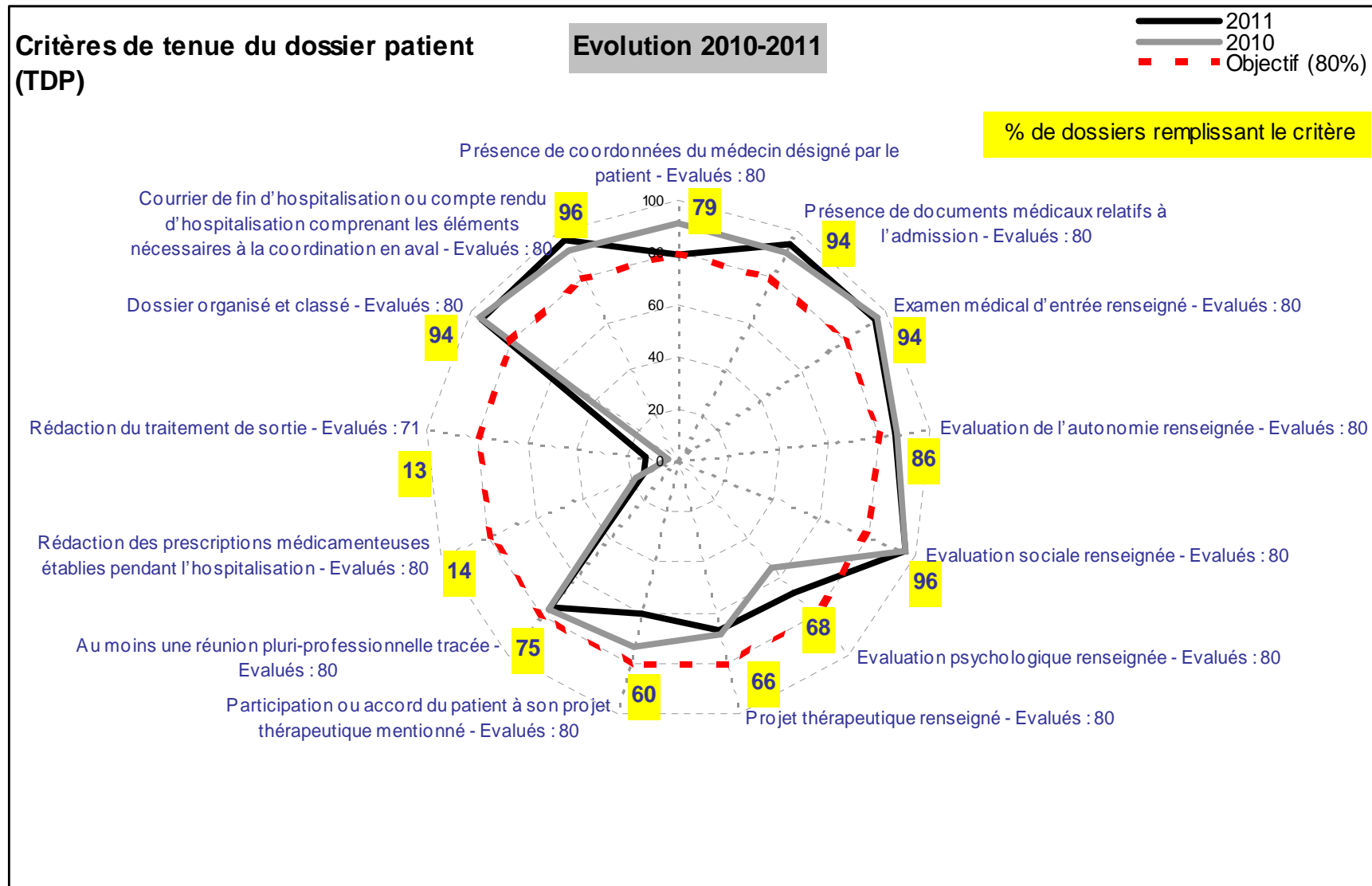


# Les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins (IPAQSS)

- ▶ Un recueil annuel obligatoire pour les établissements de santé avec publication des résultats :
  - Tenue dossier patient, délai envoi courrier fin d'hospitalisation, évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels et des troubles trophiques (SSR, MCO)
  - Réunion de concertation en cancérologie (RCP)
  - Indicateurs de pratiques cliniques spécialisées : AVC, IDM, hémorragie du post partum, hémodialyse



# IPAQSS « tenue dossier patient » SSR



# L'audit clinique

---

- ▶ L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères, de comparer les pratiques de soins à des références admises [en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer] :
  - Produire de l'information dans le but d'acquérir une meilleure connaissance et compréhension d'une situation clinique ou d'un fonctionnement (diagnostic)
  - Evaluer le niveau de conformité des pratiques à un référentiel donné en vue de les améliorer (efficacité, pertinence des pratiques)
  - Résoudre une situation préoccupante ou un problème à répétition (identification et compréhension d'un dysfonctionnement)



# Les méthodes d'évaluations des pratiques professionnelles- de développement professionnel continu

- ▶ La formalisation des réunions de concertation pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles
- ▶ L'analyse des parcours de soins
- ▶ Les programmes d'éducation thérapeutique
- ▶ L'exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (maisons de santé, réseaux de soins...)
- ▶ Le suivi d'indicateurs de pratique clinique
- ▶ .....

[38 RCPP modele reglement interieur.1.doc](#)

[Modele RCP avis.doc](#)

[41 Fiche de suivi des actions d amelioration RCPP v2.doc](#)





# Les démarches de certification : l'exemple des établissements de santé

---

- ▶ Obligatoire et organisée par la Haute Autorité de Santé (HAS)
- ▶ L'analyse de la politique, de l'organisation et des pratiques
- ▶ Pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge
- ▶ Par des « pairs », pluriprofessionnels, extérieurs à l'établissement
- ▶ Résultats rendus public

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1346440/fr/certification-des-etablissements-de-sante-la-version-2014-a-la-loupe](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1346440/fr/certification-des-etablissements-de-sante-la-version-2014-a-la-loupe)

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/impact\\_rapportvd.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/impact_rapportvd.pdf)

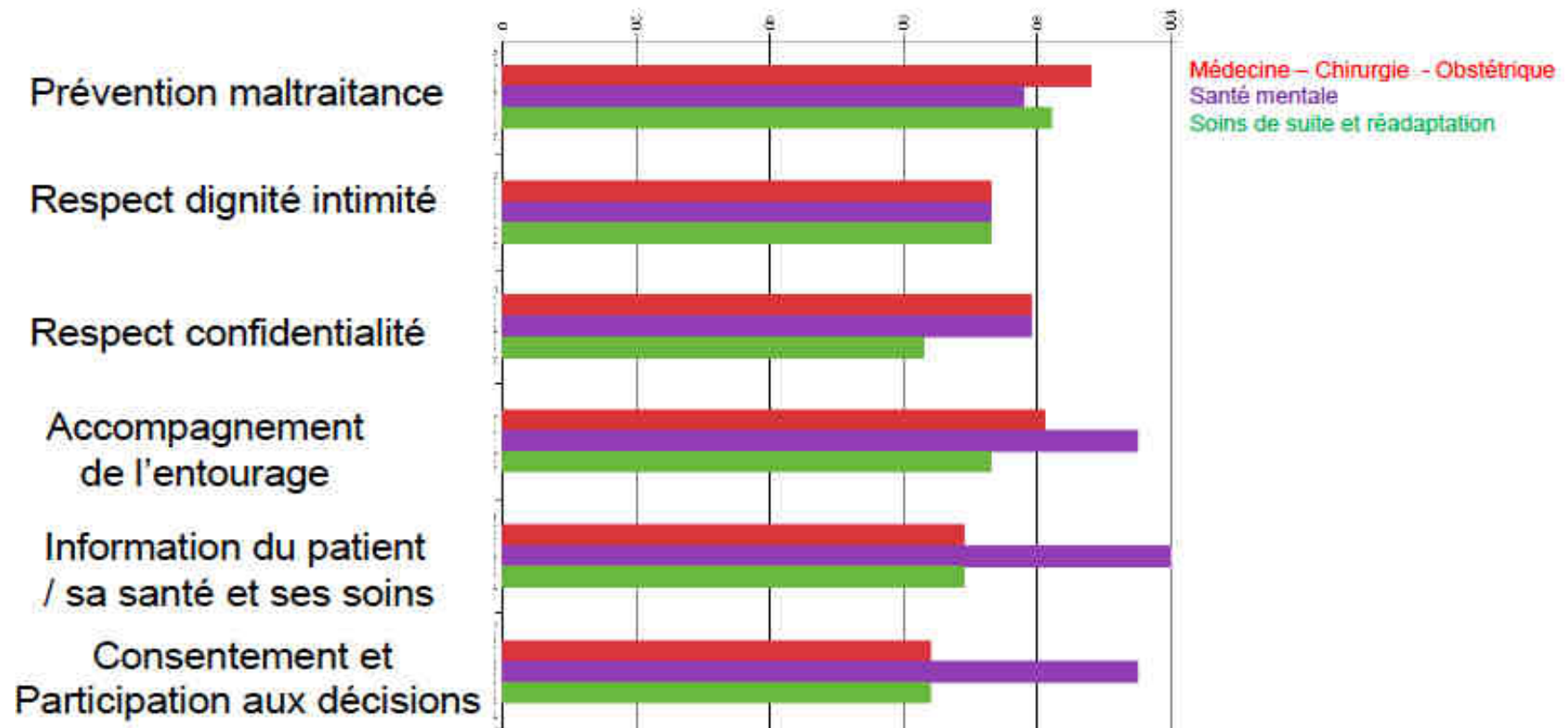


# Exemple de résultats



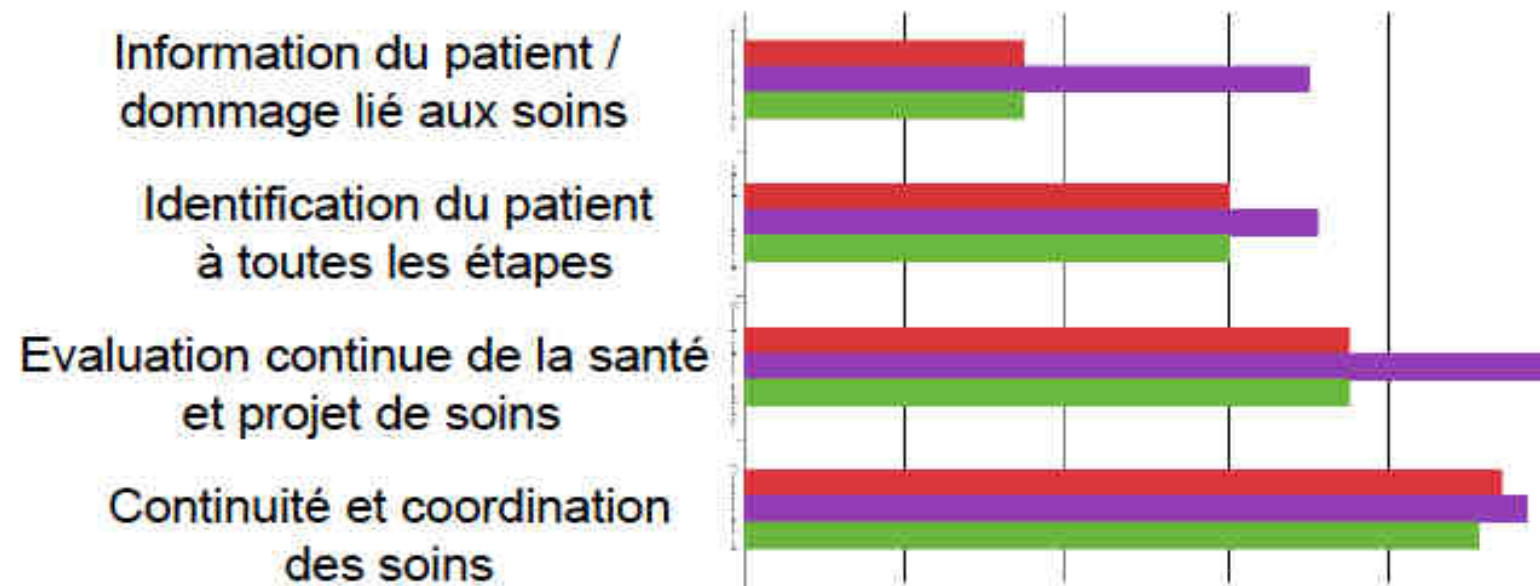
# Exemple de résultats

## 3. Regard Patient



# Exemple de résultats

## 3. Regard Patient



# La démarche de gestion des risques – sécurité

---

- ▶ Démarche « a priori » et « a posteriori » qui cherche à identifier et analyser les dysfonctionnements, les événements indésirables (EI) :
  - Pour en rechercher les causes évidentes et racines (=profondes)
  - Mettre en place des actions correctives et préventives (cf mesures barrières)
- ▶ Il s'agit notamment d'un dispositif d'apprentissage collectif par l'erreur, centré sur les organisations et sur la question de l'évitabilité



# Définitions EI associés aux soins

---

« ...tout événement qui a été ou aurait pu être préjudiciable à un patient hospitalisé, survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement... »

« La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'EI associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les premières mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise (cf notion d'évitabilité) »

**Décret 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les EI associés aux soins dans les établissements de santé**



# Les causes des EIG – cf *ENEIS*

---

- ▶ Erreurs humaines = facteurs actifs (individuels et collectifs)
- ▶ Erreurs système = facteurs contributifs – latents – systémiques ++ (cf notamment les facteurs liés à l'équipe, à son organisation, à son environnement...)
  - L'erreur : un écart involontaire, non désiré et provenant soit d'un raté lors de l'exécution soit d'une intention inexacte
  - La faute : erreurs liées aux comportements fondés sur les règles ou les connaissances; l'origine d'une faute c'est l'application à mauvais escient de règles correctes ou l'application de règles erronées
  - La violation : un écart volontaire, intentionnel à un comportement attendu souvent défini socialement (cf dans chaque milieu, chaque organisation de travail notamment) (pas les violations malveillantes avec dégradation délibérée d'un processus)



# Facteurs influençant la pratique clinique

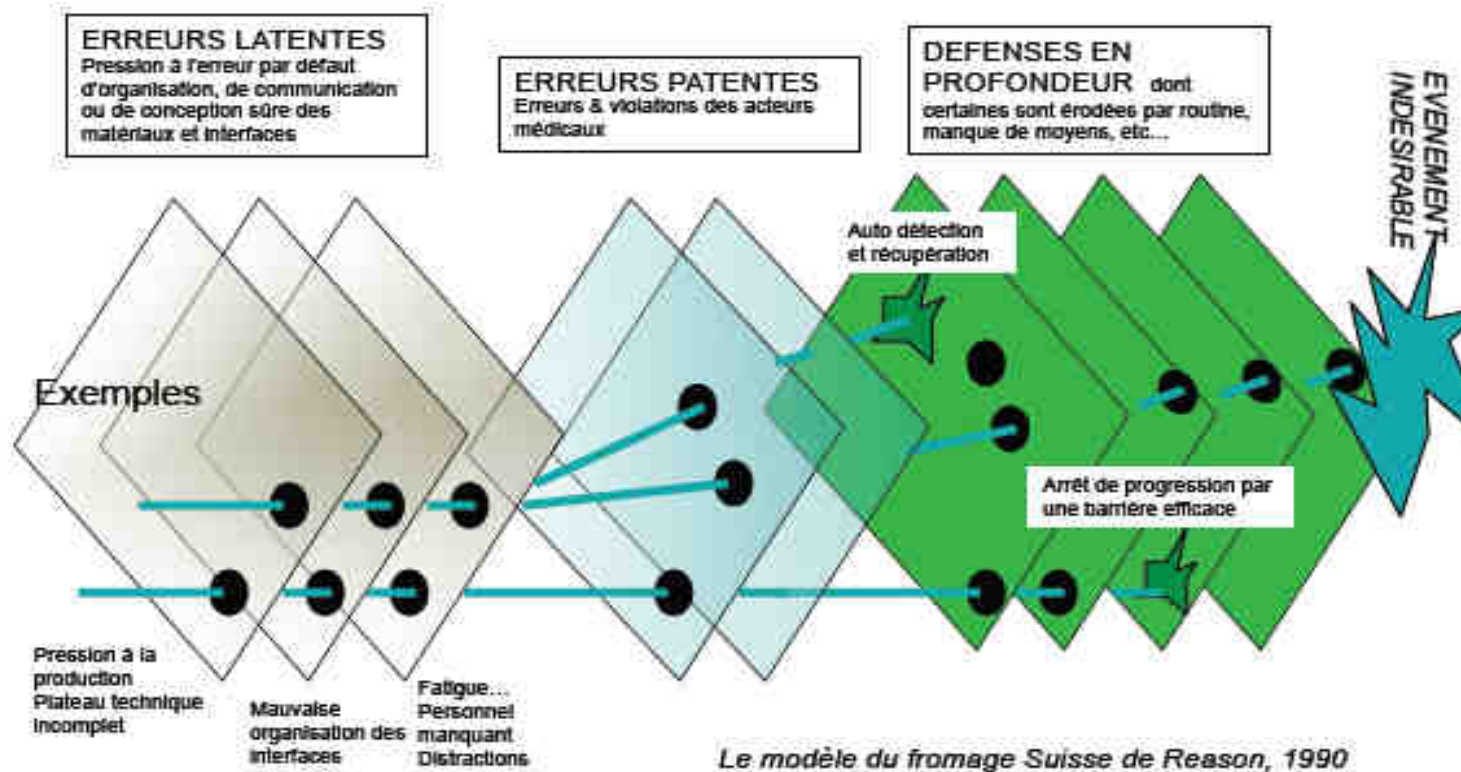
- ▶ Politique : **contraintes économiques, contexte réglementaire, politique et social**
- ▶ Organisationnel : **orientations stratégiques de l'établissement, ressources disponibles, organisation générale, culture de sécurité....**
- ▶ Liés à l'environnement de travail : **conception, disponibilité et maintenance de l'équipement, combinaison des compétences et des effectifs, engagement de l'encadrement...**
- ▶ Liés à l'équipe : **cohésion de l'équipe, communication, supervision et recherche d'aide....**
- ▶ Liés aux tâches à effectuer : **conception des tâches, disponibilité et utilisation des protocoles....**
- ▶ Liés aux individus : **compétences théoriques, techniques, formation continue, adaptation au poste, santé physique et mentale....**
- ▶ Liés au patient : **état de santé, communication, problèmes sociaux....**





# Les facteurs « système – organisationnels »

## La base du modèle de Reason (1990)



# Des outils d'analyse des causes racines

---

- ▶ Les réunions de morbi-mortalité et les Comité de retour d'expériences
  - Moment d'analyse collective d'évènement indésirable càd qui a conduit ou aurait pu conduire à un résultat non désiré
- ▶ Pour :
  - Identifier les facteurs qui ont conduit à ce résultat
  - Se poser la question de l'évitabilité
  - Mettre en place des actions afin de diminuer la probabilité de récurrence de l'évènement (protocoles, formation, organisations, stratégies alternatives...)



# Quelques pratiques de fiabilité - sécurité

---

- ▶ Le pré job briefing : pour se préparer, notamment collectivement, à une action et anticiper les problèmes possibles et leurs solutions :

*Une infirmière et un interne s'apprêtent à pratiquer une ponction lombaire chez un patient difficile, ils s'organisent avant de commencer :*

- *distribution des tâches,*
  - *disponibilité du matériel,*
  - *résultat attendu pour le patient,*
  - *risques potentiels (douleur, agitation),*
  - *événements qui pourraient perturber l'acte,*
  - *les parades possibles, ils font appel au souvenir de leur expérience passée.*
- ▶ Ils doivent donc dialoguer pour s'organiser, définir les points de surveillance, les interactions entre eux, les parades possibles...



# Quelques pratiques de fiabilité - sécurité

---

- ▶ **Le contrôle croisé** : action de contrôle des actions vitales par un 2<sup>nd</sup> professionnel avant la poursuite de l'action :
  - « Ma collègue infirmière vérifie après moi et de manière indépendante le paramétrage de la seringue électrique lors de l'héparino-thérapie du patient, débit , place de la virgule »
- ▶ **La check list** : liste qui permet de vérifier que les actions essentielles prévues ont bien été effectuées avant l'action principale (les pré requis à la sécurité sont bien remplis) cf check list bloc opératoire
- ▶ **Le NO GO** : autoriser l'arrêt sur simple doute de l'opérateur :
  - « -Je ne comprend pas très bien la prescription ce doit être du Mopral ?
  - -A ta place j'irais demander une confirmation au Dr Dupont, je sais bien qu'il n'est pas facile mais cela vaut mieux. Pour le patient ».

*L'autorisation d'interruption du processus permet de lever un doute et d'éviter la « tunnélisation » qui conduit à poursuivre malgré les alertes (erreur de fixation)*



# Quelques pratiques de fiabilité - sécurité

---

- ▶ **La gestion de l'interruption de tâche** : mise en place d'une organisation de travail qui permet de lister les tâches critiques ne devant pas être interrompues :
  - Myriam IDE s'apprête à apporter une poche de chimiothérapie à la chambre de M. Dupont; elle vient de terminer ses contrôles ,
  - Elle est sollicitée par sa collègue pour soulever un malade obèse. Elle dépose la poche dans le frigo; au retour, pressée, elle prend, sans s'en rendre compte, la poche de M. Durand même produit mais dose différente

*L'opérateur doit pouvoir refuser de se laisser interrompre*

*Sinon il doit gérer l'interruption en utilisant la « minute arrêt »*

- *Repérer le point précis de son interruption*
- *Reprendre l'identification complète du produit, du matériel, du médicament (prescription, voie d'administration...)*
- *Recommencer au point précis de l'interruption, et, si non connu reprendre l'intégralité de la procédure.*



# Les enjeux du travail en équipe

- ▶ On définit l'équipe au sens large : « tous les professionnels (de santé mais aussi des services sociaux si pertinent) qui collaborent pour atteindre des objectifs partagés centrés sur la prise en charge du patient, et dont ils se sentent collectivement responsables ». ( Cf parcours de soins », cf staffs et RCP pluridisciplinaires et pluri-professionnels...)
  
- ▶ Selon les données de la littérature, et des expériences comme celle de la base Retours d'Expériences (REX) de l'accréditation individuelle (HAS), des dysfonctionnements au sein de l'équipe sont souvent l'une des causes contributives à la survenue d'un EI : *défauts de communication, de transmission, d'alerte....*
  - Les échecs se produisent :
    - Lorsque chacun n'a pas une conscience claire des circonstances ou des conséquences de ses actions (Dekker, 2003)
    - Quand cet ensemble de standard individuel n'est ni partagé ni discuté collectivement (Mollo, 2006)



# Le travail en équipe

*Inspiré de : La pratique interprofessionnelle en santé - L. Couturier, L. Casimiro Université d'Ottawa, 2009*

---

= Coordination des expertises et des activités

▶ Inclut :

- le patient et/ou ses proches
- les professionnels de la santé
- les services sociaux autant que de besoin

▶ Partager

- une compréhension de la situation
- la définition des buts
- l'organisation des actions
- la responsabilité / résultats



# Travail en - entre équipes

- ▶ Un axe fort du programme de la HAS au cours des prochaines années :
  - Expérimentation gestion des risques en équipes (réanimation et obstétrique)
  - Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE) : en cours sur 3 ans, axé notamment sur l'apprentissage de la communication basée sur l'expérience notamment de l'aéronautique (Crew Resource Management) et sur l'utilisation de la simulation
  - Nouvelle méthode du patient traceur dans le cadre de la visite de certification
- ▶ Exemples :
  - clinicien ↔ biologiste/radiologue
  - généraliste ↔ urgentiste ; généraliste ↔ spécialiste
  - services « aigus » ↔ services / structures d'aval
  - Bloc obstétrical : obstétriciens, sages femmes, aides puéricultures, aides soignants, anesthésistes, IADE, pédiatres...(expérimentation gestion des risques en équipe)





# Les bases d'une bonne collaboration entre les professionnels d'une équipe \_\_\_\_\_

- ▶ attitudes :
  - volonté de collaborer,
  - confiance et respect mutuels
- ▶ connaissances :
  - de son métier
  - ET de celui des autres
- ▶ compétences :
  - communication [ÉCOUTE]
  - Négociation



---

## Comment les patients s'intègrent-ils dans ce processus ?

« Keeping patients silent is wate »

*D M. BERWICK, Institute for Healthcare Improvement. Lessons from developing nations on improving health care - BMJ 2004*





# Le Programme National Sécurité Patient (2013-2017)

- ▶ **Axe 1 : information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité**
  - **Objectifs opérationnels :**
    - 1.1 Favoriser la participation active du patient à la sécurité de son parcours de soins
    - 1.2 Donner la possibilité au patient hospitalisé de signaler une anomalie
    - 3.1 Développer la participation des RU à l'élaboration de la politique de gestion des risques associés aux soins en ES
    - 3.2 Promouvoir la formation des RU à la sécurité des soins
  - **7 actions HAS, dont :**
    - Ask me 3
    - reformulation de type teach-back,

## Teach Back



**Ask Me 3™**  
Good Questions for Your Good Health

Every time you talk with a doctor, nurse, or pharmacist, use the Ask Me 3 questions to better understand your health.

- 1 What is my main problem?
- 2 What do I need to do?
- 3 Why is it important for me to do this?

**When to Ask Questions**  
You can ask questions when:  
• You see your doctor, nurse, or pharmacist.  
• You prepare for a medical test or procedure.  
• You get your medicine.

**What If I Ask and Still Don't Understand?**  
• Let your doctor, nurse, or pharmacist know if you still don't understand what you need to do.  
• You might say, "This is new to me. Will you please explain that to me one more time?"

**Who Needs to Ask 3?**  
Everyone wants help with health information. You are not alone if you find things confusing or stress. Asking questions helps you understand how to stay well or to get better.

The Ask Me 3 questions are designed to help you take better care of your health. To learn more, visit [www.npsf.org/askme3](http://www.npsf.org/askme3)

# Une attente forte des patients et de leur entourage : l'annonce d'un dommage associé aux soins

---

## ► Retour d'expériences anglo-saxonnes :

- La reconnaissance qu'un incident ou un accident est survenu
- Les faits au sujet de ce qui s'est produit et des conséquences
- Un dialogue partagé
- L'expression de regrets, d'une préoccupation sincères
- Les mesures qui ont été prises pour minimiser le préjudice
- Ce qui sera fait pour éviter que des évènements similaires se produisent dans l'avenir
- Un suivi du soutien et de l'information

2) Rick Iedema et al. *What do patients and relatives know about problems and failures in care?*. *BMJ Qual Saf* 2012

3) Iedema R and al. *Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure : the « 100 patients stories » qualitative study.*, *BMJ*, 2011

4) Rick AM Iedema et al. *The National Open Disclosure Pilot :evaluation of a policy implementation Initiative.* *Med J Aust*, 2008

