

## Introduction aux démarches qualité et gestion des risques dans le système de santé

DU « Gestionnaire de cas »

24 Mars 2015

D.Veillard



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



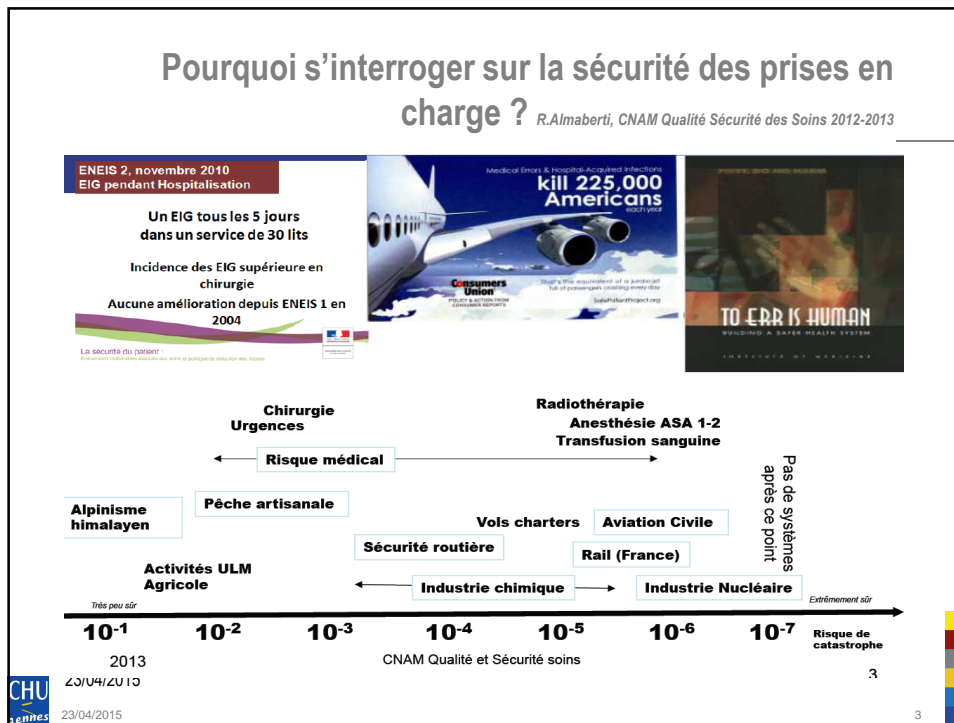
## Pourquoi s'interroger sur la qualité des prises en charge ?

- ▶ 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, Keesey 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, Keesey 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
- ▶ .....



## Un contexte marqué par

- ▶ La complexité des prises en charge +++
  - Activités et services multiples
  - Capacités d'adaptation importantes
  - Compétences multiples et spécialisées
- ▶ Un système en cours de transformation : place et rôle des patients, technologie, pression financière ...
- ▶ 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)

23/04/2015

DU Gestionnaire de cas - D.Veillard 2015

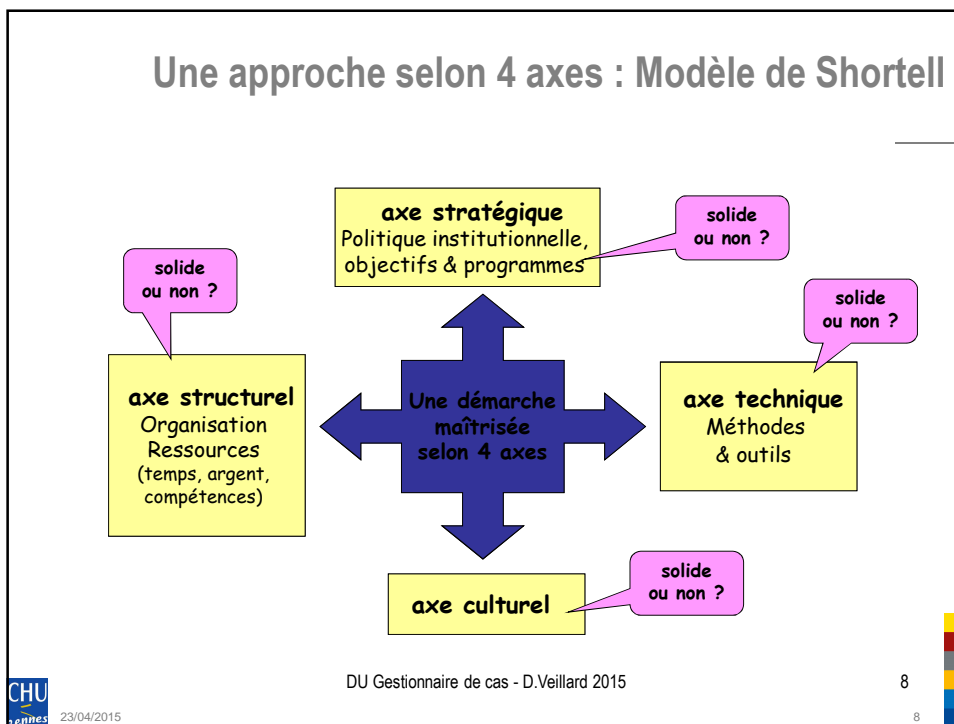
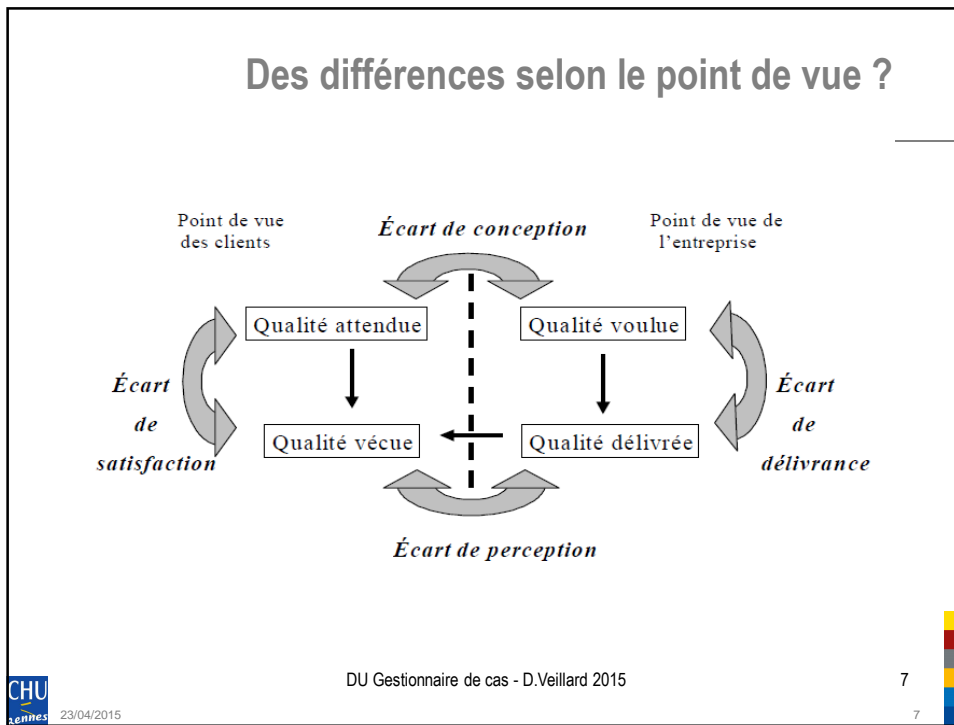
4

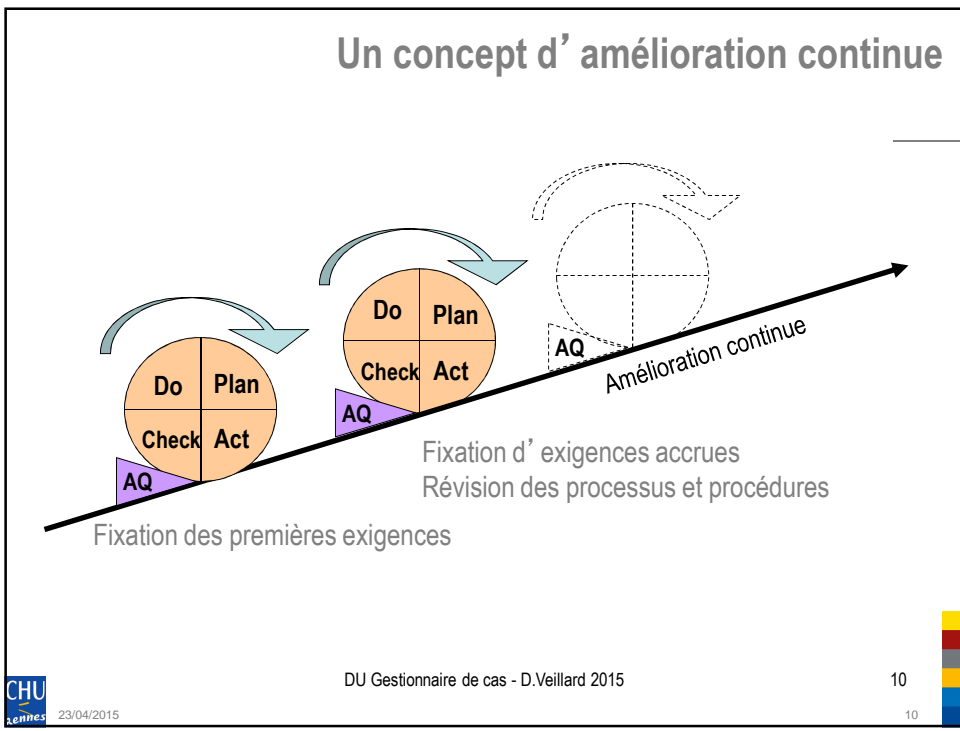
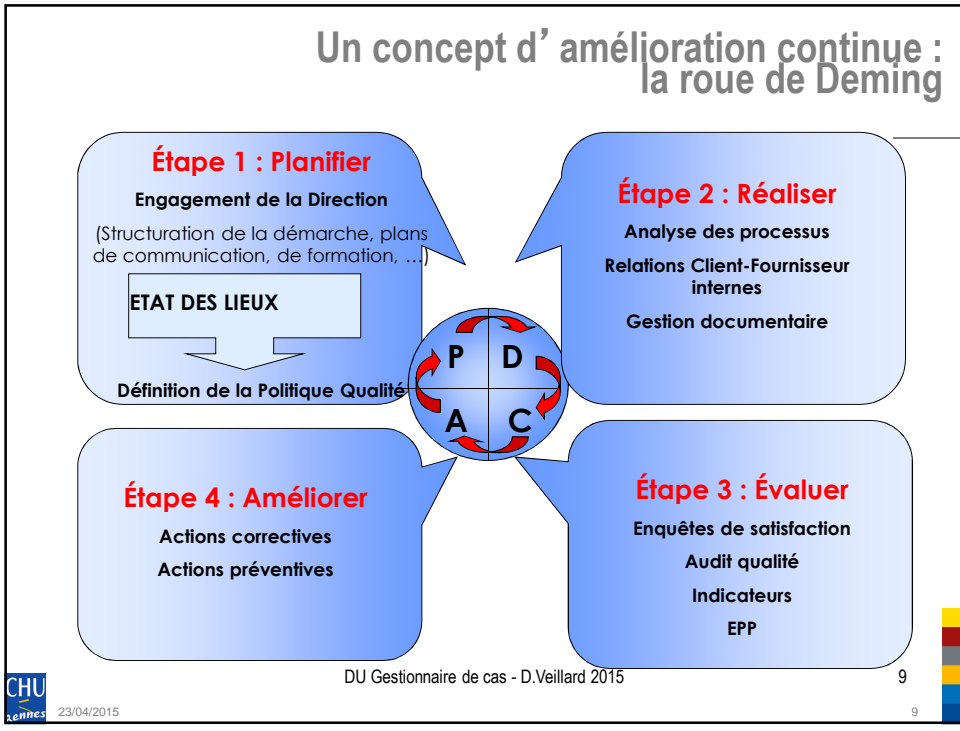
## Les principes d' une démarche qualité en santé

- **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 outils (intérêt et limites)
- ▶ **Une attitude :**
  - Regard critique,
  - Centré sur les organisations et non sur les personnes





## 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

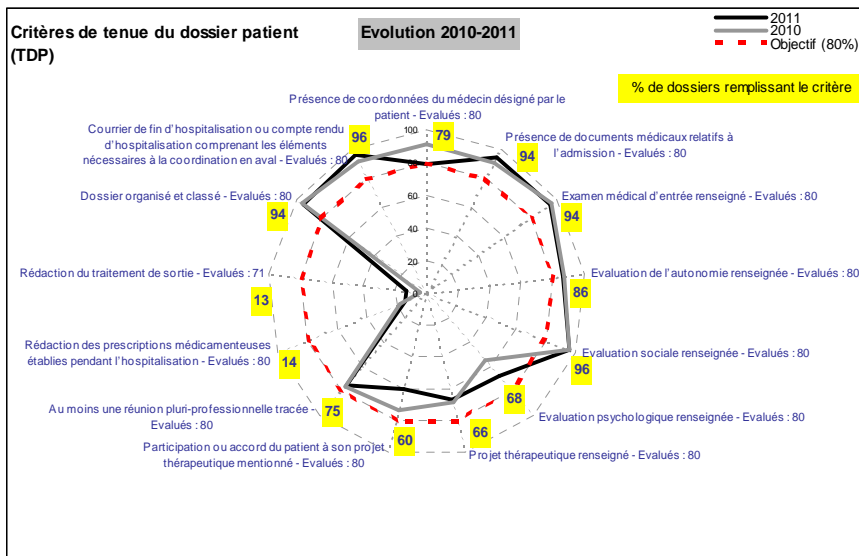
## Passer également par la mesure – l'évaluation

- ▶ « 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](#)



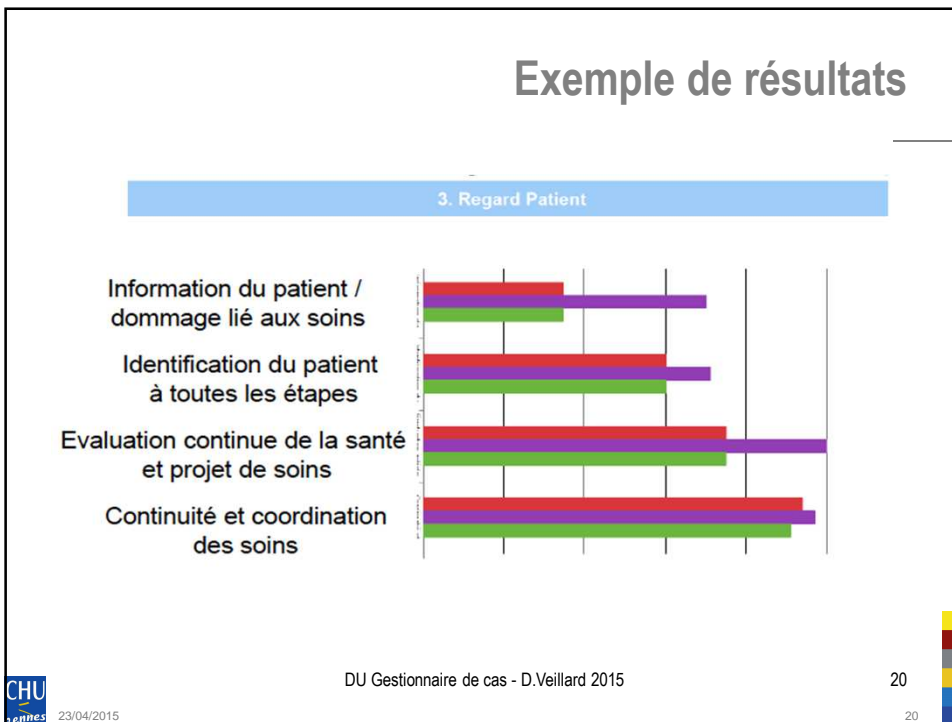
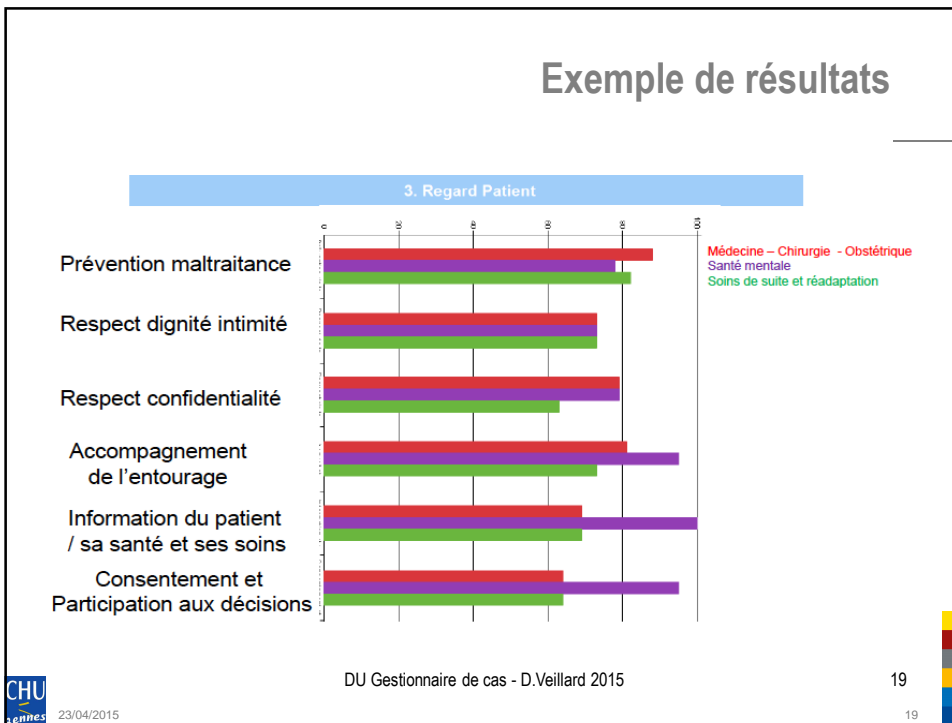
## Les démarches de certification : l' exemple des établissements de santé

- ▶ 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





## La démarche de gestion des risques – sécurité

« ...Primum non nocere... » (serment d'Hippocrate)

- ▶ Démarche « a priori » et « a posteriori » qui cherche à identifier et analyser les dysfonctionnements, les défaillances, 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... »

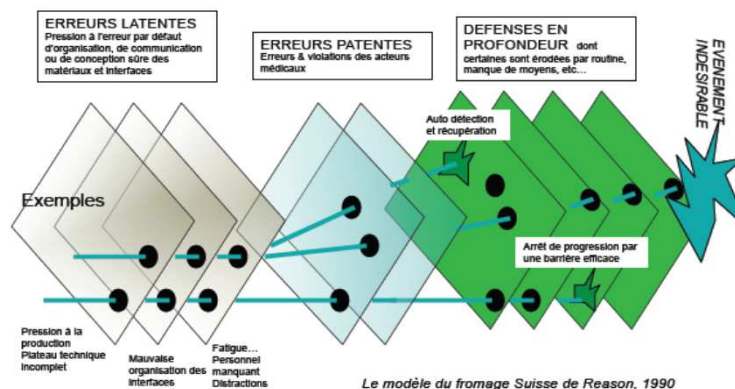
« La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'EI associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à analyser les causes, à atténuer ou à supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les premières mesures permettant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

## Les facteurs « système – organisationnels » La base du modèle de Reason (1990)



**Charte d'engagement EI ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES**

La déclaration et l'analyse approfondie des événements indésirables sont une priorité pour améliorer la sécurité au CHU de Rennes et particulièrement, la sécurité associée aux soins.

Dans ce cadre, les professionnels et l'établissement s'engagent mutuellement sur les principes suivants :

- Chaque professionnel est incité à signaler tout incident, accident ou erreur l'impliquant ou qu'il constate.
- L'établissement met en place un environnement et des outils favorables à ces signalements.
- Il développe une démarche d'analyse centrée sur les enseignements que l'on doit collectivement tirer de ces événements.
- Il apporte aux patients et à leurs proches une information transparente et sincère dans le respect de leurs droits et de leurs besoins.
- Un accompagnement dédié, à l'intention des équipes et des professionnels faisant face à ce déroulement inattendu d'une prise en charge, est mis en œuvre.

Le signalement de l'évènement indésirable grave doit conduire à une démarche constructive s'appuyant sur les règles de sécurité et les bonnes pratiques.

Le Directeur général  
Jean-Claude Puzos De Borge

Le Président de la commission médicale d'établissement  
Cécile Brasseur

CHU de Rennes  
JANVIER 2015  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES

## 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

- ▶ Includ :
  - 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 ?

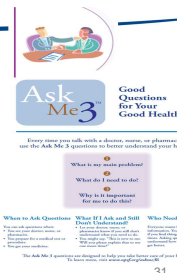
« Keeping patients silent is wate »

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



# 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,



23/04/2015

DU Gestionnaire de cas - D.Veillard 2015

23/04/2015