

La gestion bienveillante des signalements et la Charte de confiance

Comment la confiance permet-elle d'améliorer la gestion des risques, notamment ceux liés à la prise en charge médicale ?

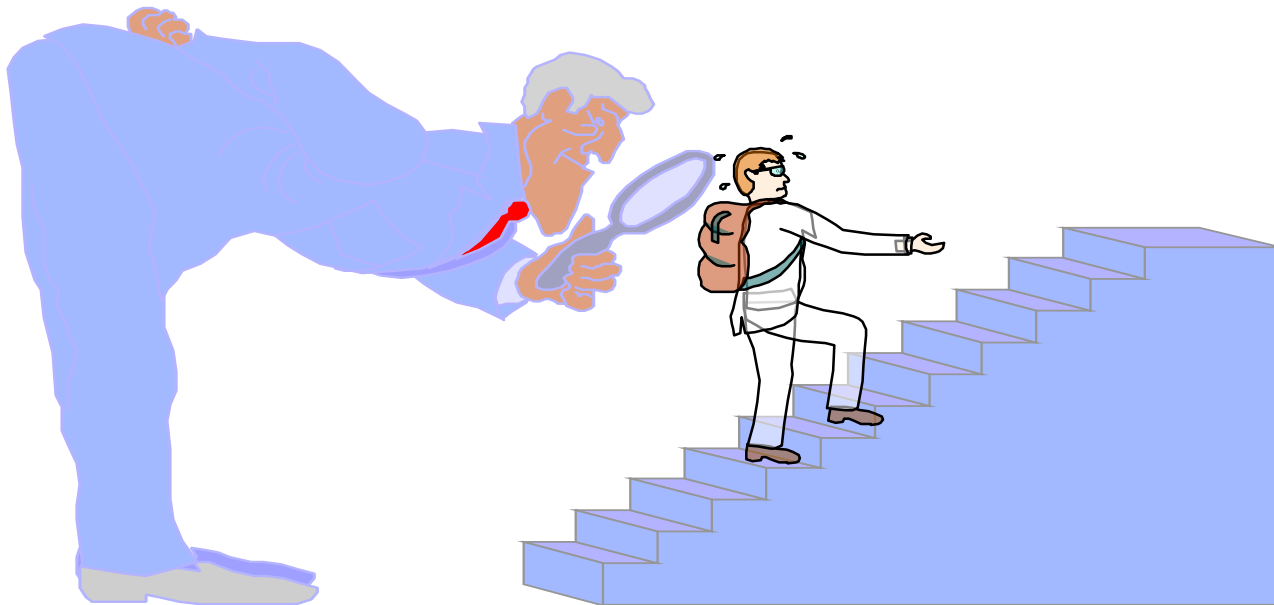
Hopitech 2016, Saint-Etienne

Dr P.Roussel

Ancien chef de projet HAS

Ancien coordonnateur de la gestion des risques associés
aux soins en CH d'Avranches-Granville

Toute erreur, dysfonctionnement ou défaillance constitue une opportunité de progrès individuel et collectif



Déculpabiliser et développer une culture positive de l'erreur



**Gestion non punitive
des erreurs**

**Changer
ses habitudes...**

Facteur humain

La fatigue, notamment visuelle

Les agressions sensorielles

L'éclairage inadéquat, l'éblouissement, le bruit

L'ambiance thermique (trop chaud, trop froid)

La routine

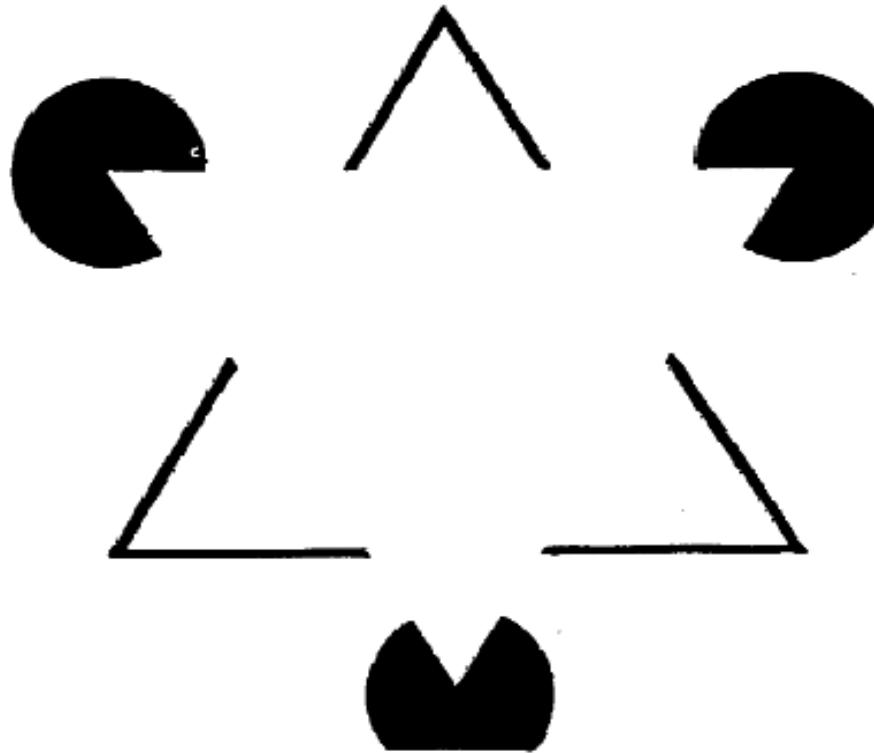
Les autres

Soi-même...

Facteur humain

Concept GdR

Combien comptez-vous de triangles sur cette figure?



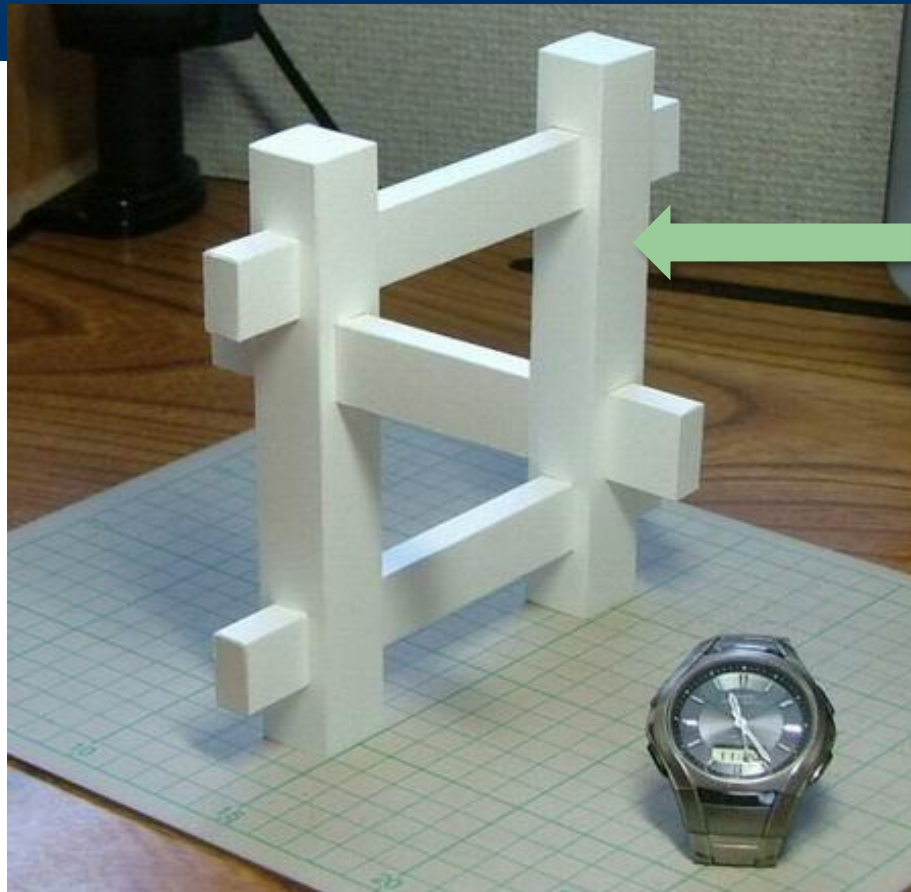
Facteur humain

Ces trois voitures ont-elles la même taille?



Facteur humain

Cette montre est fausse!



A cause de ça !

Facteur humain

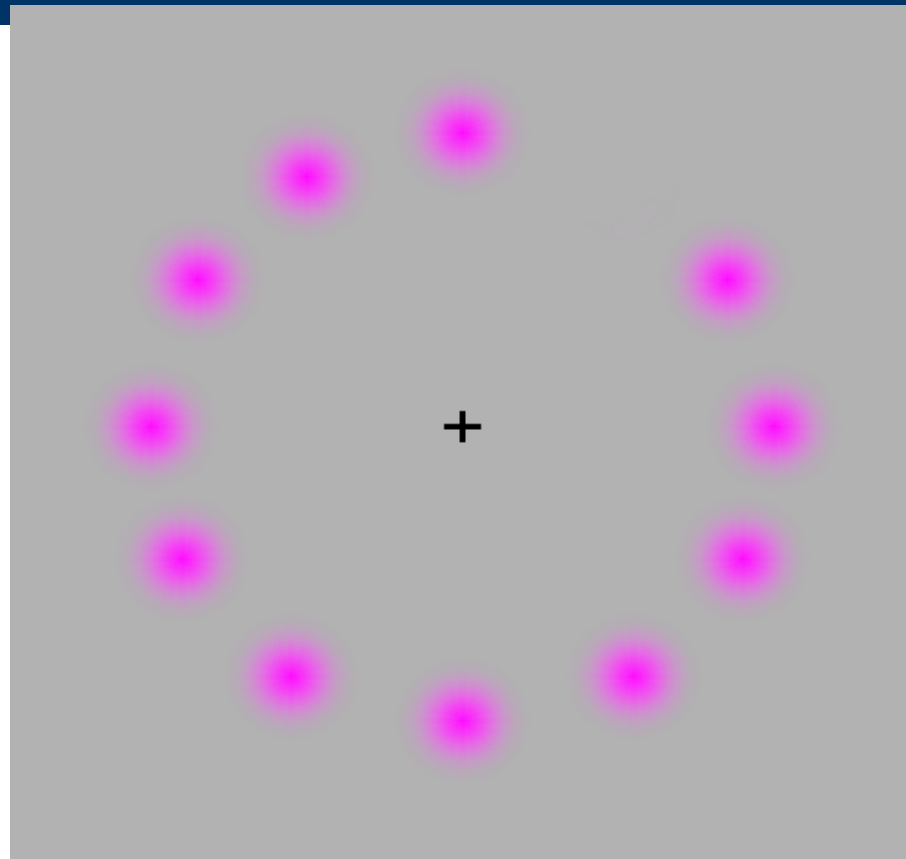


Ce visage
vous semble-t-il
harmonieux?

Concept GdR

Facteur humain

De quelle couleur est le point qui tourne?



Facteur humain

Concept GdR

Bleu	Rouge	Vert	Jaune	Rouge
Vert	Jaune	Bleu	Rouge	Rouge
Bleu	Rouge	Jaune	Jaune	Vert
Jaune	Bleu	Jaune	Vert	Bleu
Rouge	Jaune	Vert	Rouge	Vert
Jaune	Vert	Rouge	Bleu	Jaune
Rouge	Bleu	Bleu	Jaune	Bleu
Vert	Vert	Rouge	Vert	Jaune

Facteur humain

Pouvez-vous lire le texte ci-dessous?

Selon une étude de l'Université de Cambridge, l'ordre des lettres dans un mot n'a pas d'importance, la seule chose importante est que la première et la dernière soient à la bonne place.

Le reste peut être dans un désordre total et vous pouvez toujours lire sans problème. C'est parce que le cerveau humain ne lit pas chaque lettre elle-même, mais le mot comme un tout.

Vous lisez en français et par conséquent ceci n'est pas du français...

Culture positive de l'erreur

Zoom

Non "Qui ?" mais "POURQUOI ?"

Approche systémique des organisations

**Et vous, où en êtes-vous dans votre culture sécurité ?
... Questionnaire du CCECQA**

Culture positive de l'erreur

Mesure de la culture sécurité à l'aide de l'outil du CCECQA
Traduction de l'outil issu de l'European Society for Quality in Health Care

Culture sécurité

Ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels,

- façons d'agir,
- pratiques communes,
- façons de ressentir et de penser partagées en matière de sécurité des soins.

fondé sur des croyances et des valeurs partagées,

qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins

Source European Society for Quality in Health Care / HAS

Culture positive de l'erreur

Organisation apprenante et amélioration continue

Dans le service, le personnel est informé des erreurs survenues, reçoit un retour d'information sur les actions mises en place, et discute des moyens possibles pour prévenir les erreurs. Les erreurs conduisent à des changements positifs et l'efficacité de ces changements est évaluée.

Travail d'équipe dans le service

Dans le service, les personnes se soutiennent mutuellement, se traitent avec respect et travaillent en équipe. Ensemble, elles améliorent leurs pratiques de sécurité des soins.

Liberté d'expression

Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose qui peut nuire à un patient, et n'hésite pas à questionner la hiérarchie.

Réponse non punitive à l'erreur

Le personnel n'a pas l'impression que ses erreurs et ses signalements sont retenus contre lui, ni que ses erreurs sont notées dans les dossiers administratifs.

Culture positive de l'erreur

Ressources humaines

Il y a suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail, le nombre d'heures travaillées est adapté à une qualité optimale des soins, et le personnel n'essaie pas de faire trop de choses trop rapidement.

Soutien du management pour la sécurité des soins

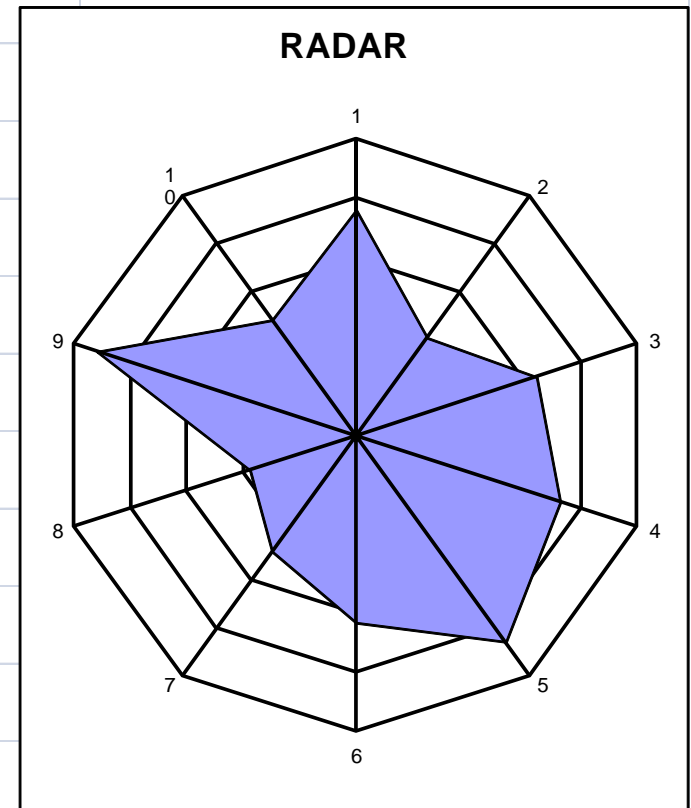
La direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins, elle ne s'intéresse pas à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit, et ses actions montrent que la sécurité des soins est la première des priorités. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins.

Travail d'équipe entre les services de l'établissement

Les services coopèrent et se coordonnent afin de fournir aux patients des soins de qualité. Il est rarement déplaisant de travailler avec le personnel des autres services. Il y a rarement des problèmes lorsque d'importantes informations concernant les soins des patients sont transmises entre les services et au cours des changements d'équipe.

Culture positive de l'erreur

SCORE ANALYSE		
1	Perception globale de la sécurité	76%
2	Fréquence de signalement des évènements indésirables	41%
3	Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	64%
4	Organisation apprenante et amélioration continue	72%
5	Travail d'équipe dans le service	86%
6	Liberté d'expression	63%
7	Réponse non punitive à l'erreur	48%
8	Ressources humaines	38%
9	Soutien du management pour la sécurité des soins	92%
10	Travail d'équipe entre les services de l'établissement	48%



score \geq 75%

= Dimension **développée**

score \leq 50%

= Dimension **à améliorer**

Culture positive de l'erreur

Soutien du management pour la sécurité des soins

F1	La direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins	100%	0%	92%	
F8	Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités	100%	0%		
F9	La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un évènement indésirable se soit produit	89%	11%		0%
F10	Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins	78%	22%		0%

Travail d'équipe dans le service

A1	Les personnes se soutiennent mutuellement dans le service	89%	11%	0%	86%
A3	Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe	78%	11%	11%	
A4	Dans le service, chacun considère les autres avec respect	89%	11%	0%	
A12	Au contact des collègues de notre service, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	88%	13%	0%	

Culture positive de l'erreur

Perception globale de la sécurité				SCORE	
A16	La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	89%	11%	0%	76%
A19	Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	63%	38%	0%	
A10	C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu des erreurs plus graves dans ce service jusqu'ici	75%	13%	13%	
A18	Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans ce service	78%	11%	11%	

Culture positive de l'erreur

Réponse non punitive à l'erreur

A8	Le personnel a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées	33%	22%	44%	48%
A13	Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème	67%	33%	0%	
A17	Le personnel s'inquiète du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel	44%	22%	33%	

Travail d'équipe entre les services de l'établissement

F4	Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	78%	22%	0%	48%
F2	Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	11%	78%	11%	
F6	Il est souvent déplaisant de travailler avec le personnel des autres services de l'établissement	67%	33%		
F3	Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'une unité à l'autre	63%	13%	25%	
F5	D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors de changements d'équipes	38%	25%	38%	
F7	Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	33%	56%	11%	

Systeme de gestion des évènements indésirables

Est-ce que vous disposez d'une charte de déclaration des EI ?

Systeme de gestion des évènements indésirables

Exemple de « Charte d'incitation au signalement interne »

Tiré du guide de la MeaH, « Améliorer la sécurité des organisations de soins », février 2008.

Date

Ref. :

Objet : Charte « Retour d'expériences/sécurité »

La sécurité de nos activités doit être la préoccupation première et permanente d'un établissement de soins.

Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance à ses patients, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, intervention après intervention, des événements pouvant affecter la sécurité de ses interventions.

Le souci de l'établissement est d'améliorer la visibilité de ceux-ci afin d'entretenir la conscience des risques liés à notre activité et d'apporter les mesures correctrices lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Dans ce cadre, il est de la responsabilité de chaque agent de communiquer spontanément et sans délai toute information sur des événements de cette nature. Un manquement à cette règle peut compromettre l'ensemble de la démarche de prévention conduite par l'établissement.

Pour favoriser ce retour d'expériences, je m'engage à ce que l'établissement n'entame pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent qui aura spontanément et sans délai révélé un manquement aux règles de sécurité dans lequel il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement.

Toutefois, ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité.

J'insiste pour que chaque agent, quelque soit sa fonction dans l'établissement, s'implique dans cette logique qui contribue à notre recherche permanente du plus haut niveau de sécurité de notre activité.

Le Directeur

Systeme de gestion des évènements indésirables

Charte d'incitation au signalement d'un événement indésirable

Un événement indésirable désigne tout événement que l'on ne souhaite pas voir se reproduire avec un niveau de gravité plus ou moins important : dysfonctionnement, incident, accident

Tout événement déclaré améliore la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

Toute déclaration d'un événement indésirable ne pourra être retenue comme élément de preuve d'un manquement aux règles de sécurité. Toutefois ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété à ces règles de sécurité.

Tout événement indésirable doit être déclaré.

Tout professionnel exerçant dans l'établissement peut déclarer un événement indésirable.

Tout événement indésirable déclaré est porteur d'expérience. Il s'agit d'une opportunité d'amélioration individuelle et collective et favorise la réalisation d'actions préventives et/ou correctives.

Tout événement indésirable déclaré vous rend acteur de la démarche d'amélioration continue de la qualité

Président de CME

Directeur

Culture positive de l'erreur

Fréquence de signalement des événements indésirables

D1	Quand une erreur est faite, mais est détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, elle est signalée...	33%	44%	22%	41%
D2	Quand une erreur est faite, mais n'a pas le potentiel de nuire au patient, elle est signalée...	22%	33%	44%	
D3	Quand une erreur est faite et qu'elle pourrait nuire au patient mais qu'elle n'a finalement pas d'effet, elle est signalée...	67%	22%	11%	

Ressources humaines

A2	Nous avons suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail	22%	67%		38%
A5	Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer les meilleurs soins	57%	29%		
A15	Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	33%	11%	56%	

Réflexions



Management des qualité gestion des risques

Une approche systémique prenant en compte les logiques et points de vue des parties prenantes et enjeux sociétaux

Une démarche managériale coordonnée d'aide à la décision, transversalité

Un axe stratégique de la gouvernance à tous les niveaux

Synergie avec la démarche d'amélioration de la qualité qui sont deux composantes de la performance hospitalière et du système de santé global

Coordination des domaines d'expertises et respect de leur opérationnalité (vigilances, LIAS, médicaments...)

Une politique affirmée et structurée avec professionnalisation du management des risques et ressources dédiées à tous les échelons (national, régional et local)

Une identification des priorités (cartographie des risques)

Une implication des acteurs nécessaire dans une approche à la fois collective et individuelle (professionnels et usagers)

Management des qualité gestion des risques

Développement, encore, de la culture sécurité

Système d'information de la gestion des risques permettant le partage d'information en temps réel à tous les niveaux et de tous les acteurs (en particulier de l'utilisateur et en respectant l'expertise pour le traitement de cette information quand cela est nécessaire)

Rôle de la gouvernance à l'échelon institutionnel (directoire, politique qualité-sécurité des soins, CRUCPC, pôles, encadrement...)

Une démarche apprenante et non punitive pour améliorer la sécurité des soins et réduire la iatrogénie (analyse des causes, CREX, plans d'action)

Renforcement du rôle du management: la gestion des risques ne repose pas sur un système sans faille mais sur la capacité de l'organisation à détecter les situations à risque et la capacité des acteurs à réagir

Intérêt de l'approche comportementale et de la prise en compte des facteurs humains pour adapter les organisations

Adapter le cadre juridique pour favoriser le signalement des EIG leur analyse pour la mise en œuvre de plan d'amélioration en préservant les professionnels (anonymat, non sanction)

Éléments de conclusion

Les leviers du management des risques dans une approche systémique sont avant tout institutionnels et doivent être développés et évalués à tous les niveaux (local, régional et national) pour permettre de garantir une véritable politique d'amélioration de la sécurité des soins de façon continue.

Nécessité d'installer une réelle culture de sécurité (facteurs humains+++),

Implication des différentes parties prenantes à tous les échelons, responsabilisation des acteurs.

Professionalisation du management des risques indispensable avec ressources dédiées à définir (à tous les niveaux), axe stratégique

Indicateurs spécifiques à développer et à généraliser

Mutualiser les expériences, recommandations...

Organisation de la communication sur cette thématique, information de la population.

Un système d'information performant permettant le partage en temps réel.

Reconnaissance des différents domaines d'expertise, dans une approche globale et coordonnée.

Maturité



L'ECHELLE Q&GDR : OU EN ETES-VOUS ?

Conseils avisés

Les 9 conseils du Dr Donald M. BERWICK, Institute for Healthcare Improvement, BMJ 2004

- 1 **Simplifier. L'amélioration de la qualité n'a pas vocation à être compliquée**
Complexity is waste
- 2 **Attacher toute l'importance souhaitable à la notion d'équipe**
Uncooperativeness is waste
- 3 **Etre pragmatique quand il s'agit de mesurer (d'évaluer)**
Too much counting is waste
- 4 **Limiter les aspects organisationnels au strict minimum**
Dependency is waste
- 5 **Ne pas négliger les aspects politiques**
Naivety is waste
- 6 **Aider les patients à jouer un rôle**
Keeping patients silent is waste
- 7 **Aller vite, commencer maintenant**
Delay is waste
- 8 **Diffuser et s'étendre continuellement**
Isolation is waste
- 9 **Et surtout ne pas se plaindre !**
Complaint is waste