

## QUALIREL Santé : qui sommes-nous ?

- Association loi 1901

Statut



- Plus de 600 structures adhérentes

Adhérents



- Pluri-professionnelle
- 16 personnes
- 11,4 ETP

Equipe



- Régional
- Deux antennes de proximité : Angers, Nantes
- Des référents départementaux

Localisation



Enseignements sur les événements indésirables

Parcours et pertinence des soins

Communication et expériences des usagers

Travail en équipe

Management et évaluation des organisations

**Nous allons suivre l'histoire de Gérard Chanceux dans son parcours de soins au sein de l'établissement « Tamoulou » dans le service de médecine.**

**Vous allez être invité à vous questionner sur ce que vous pensez, ce que vous croyez, des faits et attitudes des différents acteurs et plus globalement de la gestion des risques au sein de cet établissement.**

**Vous avez à votre disposition des boitiers de vote qui vous nous permettre d'interagir ensemble. La séance se veut interactive et pédagogique !**

Gérard Chanceux, patient âgé dépendant, présentant des troubles cognitifs, diabétique et incontinent, est hospitalisé en soins de suite et de réadaptation.  
Une indication de réhydratation par hypodermoclyse est posée.



Plusieurs professionnels vont intervenir lors de cette prise en charge :



**Mme Julie Cathé**  
*Commerciale*



**Mr Jean Pansement**  
*Aide-soignant*

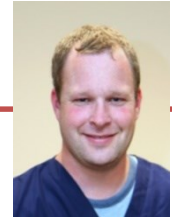


**Mme Dolores Dolor**  
*Infirmière*

### **Vendredi 31 mai 2002**

Mme Julie Cathé , commerciale chez SantéDistri, vient présenter à l'équipe le nouveau cathéter sécurisé, de type « épicroânienne », nouvellement référencé dans l'établissement. Elle explique que ce cathéter a été retenu par le service de soins et la pharmacie de l'établissement avec pour arguments la sécurisation de l'aiguille, la spécificité « sous-cutanée » du dispositif et la possibilité de maintien en place 5 jours. Les anciens cathéters étaient non sécurisés et changés quotidiennement.





## Jeudi 1<sup>er</sup> juillet 2002

Nous sommes en plein été, le dispositif national canicule vient d'être relancé, et les indications médicales de supplémentation hydrique par voie sous-cutanée sont multipliées.

Devant les problématiques d'effectifs de l'unité de soins, **Jean Pansement**, aide-soignant, est sollicitée par sa collègue **Dolores Dolor**, infirmière, pour effectuer la déconnection du cathéter en fin de perfusion. Jean Pansement relit le protocole datant de 1998 et applique à la lettre les indications. Il comprend bien que Dolores Dolor devant sa charge de travail importante n'a pas le temps de lui expliquer. Jean Pansement revient de près de 4 semaines de vacances, il ne va trop en demander !

Jean Pansement procède donc en fin de nuit à la déconnection du cathéter de Mr Gérard Chanceux. Tout se passe sans problème



Quelques jours plus tard, Monsieur **Gérard Chanceux** présente un abcès au niveau du site d'insertion du cathéter au niveau de l'abdomen. Un traitement chirurgical a été nécessaire et les analyses microbiologiques ont mis en évidence un *pseudomonas aeruginosa* (bactérie).



## Selon vous, quel est l'évènement indésirable :

- 1 – Infection cutanée
- 2 – Réalisation de la déconnection du cathéter par l'aide-soignant
- 3 – Défaut d'application des bonnes pratiques
- 4 – Traitement chirurgical sur abcès de Mr Gérard Chanceux



## Selon vous, quel est l'évènement indésirable :

1 – Infection cutanée

0%

2 – Réalisation de la déconnection  
du cathéter par l'aide-soignant

0%

3 – Défaut d'application des  
bonnes pratiques

0%

4 – Traitement chirurgical sur abcès  
de Mr Gérard Chanceux

0%



## Quelques définitions

Causes

Absence de  
formation



Procédure de pose  
des KT non  
actualisée



Geste réalisé par  
aide-soignant

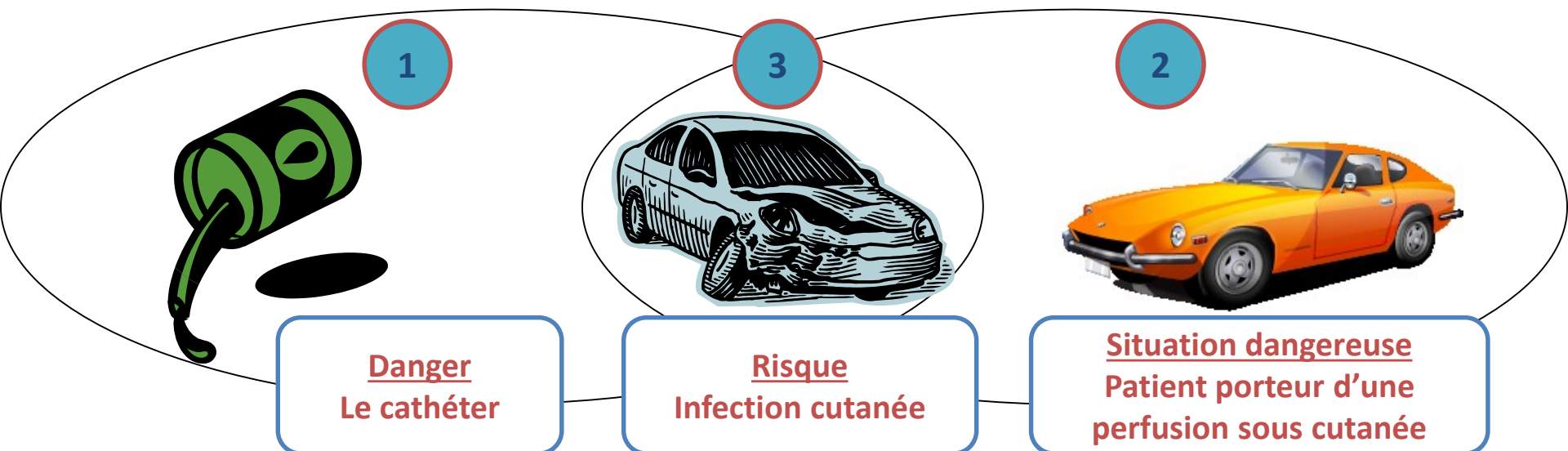
Evènement  
indésirable

Infection cutanée

Conséquences

- Nécessité de surveillance du patient
- Traitement chirurgical de l'abcès
- Prolongation de l'hospitalisation

## Du danger au risque...scénario d'un accident



Causes

Non respect des bonnes pratiques, professionnels non habilités,  
absence de formation, défaut de communication, etc.

Conséquences

Nécessité de surveillance, traitement chirurgical, prolongation de  
l'hospitalisation, etc.

Maîtrise du risque

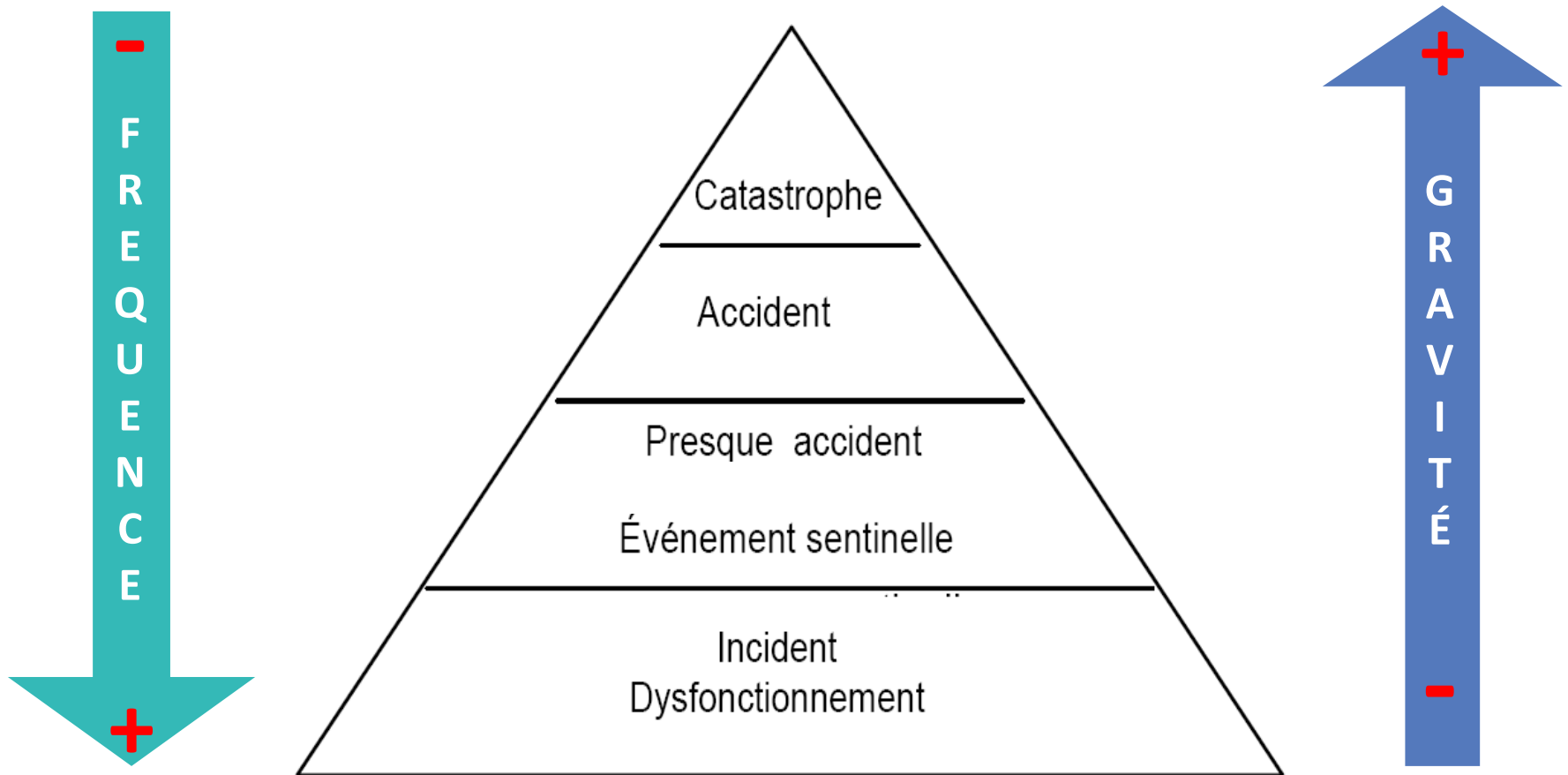
Règles de bonnes pratiques, formation des IDE, élaboration  
d'une check-list, mise en place d'audits, etc.



## UN ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE :

- Un **Évènement Indésirable Associé aux Soins (EIAS)** est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet évènement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie. (*Haute Autorité de santé - 2013*)
- Un **Evènement Indésirable en EHPAD** est un fait, qui a ou aurait pu avoir des conséquences, associé aux actes de soins et d'accompagnement et dont on ne souhaite pas qu'il se reproduise. (*Ehpage - 2016*)

## LA PYRAMIDE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES



*Frank E. Bird Jr, 1969*

## De l'incident à l'EIG : Une question de circonstances

Incident



Presque accident



Accident



Accident grave (EIG)



GESTION

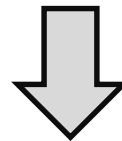
DES

RISQUES

Action d'organiser quelque chose

Probabilité d'un fait, d'un événement  
considéré comme un mal ou un  
dommage

Le fait d'**identifier, évaluer et mettre en place des actions** permettant de **diminuer** et/ou **contrôler** la probabilité qu'un événement dit « indésirable » ne survienne.



SÉCURITÉ

L'évènement indésirable est survenu à la suite d'une « cascade de défaillances/causes ». La dernière cause identifiée est l'absence de respect des bonnes pratiques d'antisepsie cutanée (défaut de la préparation cutanée en 4 temps) par l'infirmière.

Selon vous, Dolores Dolor a commis :

1 - Une erreur

2 - Une faute



L'évènement indésirable est survenu à la suite d'une « cascade de défaillances/causes ». La dernière cause identifiée est l'absence de respect des bonnes pratiques d'antisepsie cutanée (défaut de la préparation cutanée en 4 temps) par l'infirmière.

Selon vous, Dolores Dolor a commis :

**1 - Une erreur**

0%

**2 - Une faute**

0%



## L'ERREUR & LA FAUTE

### L'ERREUR

Exécution non conforme d'un acte prévu ou application d'un plan incorrect (OMS)

### LA FAUTE

Manquement aux règles, à la loi, à la morale

### Acte INvolontaire

Gestion des  
risques



#### Par commission

*(j'ai fait mais il ne fallait pas faire)*

#### Par omission

*(je n'ai pas fait mais il fallait faire)*



### Acte volontaire



*De façon consciente et délibérée*

N'enlève pas la notion de responsabilité

## LES LIMITES DE LA GESTION DES RISQUES

**Manquements  
graves**

**ERREURS**

**Délits**



**GDR : confiance, transparence, confidentialité**

**Freins à la démarche**

- **Peur de la sanction disciplinaire**
- **Peur de la procédure judiciaire**

**Dolores Dolor est déstabilisée face à cette situation,  
que lui conseilleriez-vous :**

- 1 - En parler à ses collègues et au médecin.
- 2 - Déclarer l'évènement indésirable.
- 3 - Rejeter la responsabilité sur son binôme aide-soignant à qui elle a délégué la tâche
- 4 - De ne pas s'en faire, ce n'est pas la première fois que ce type d'erreur survient. Après tout, ce n'est pas si grave.



## Dolores Dolor est déstabilisée face à cette situation, que lui conseilleriez-vous :

1 - En parler à ses collègues et au médecin.

0%

2 - Déclarer l'évènement indésirable

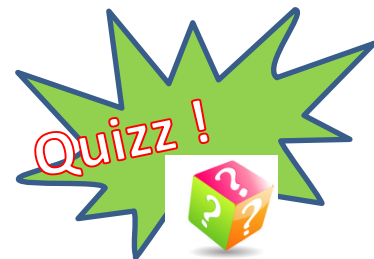
0%

3 - Rejeter la responsabilité sur son  
binôme aide-soignant à qui elle a délégué la tâche

0%

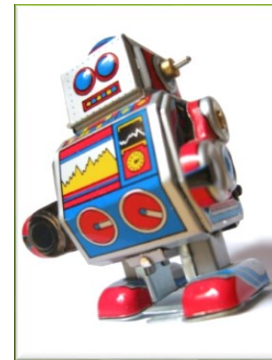
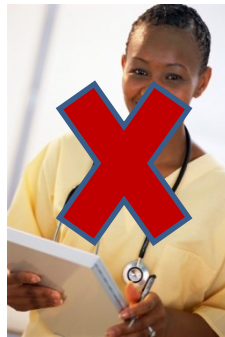
4 - De ne pas s'en faire, ce n'est pas  
la première fois que ce type d'erreur survient.  
Après tout, ce n'est pas si grave.

0%



**Le Facteur Humain impacte tous les acteurs, il impacte donc la fiabilité de l'ensemble du système**

**Alors... Supprimer l'erreur = supprimer l'acteur ?**



**Supprimer l'acteur, c'est supprimer les automatismes de récupération.**

**Supprimer l'erreur, c'est supprimer l'immunité contre l'erreur.**

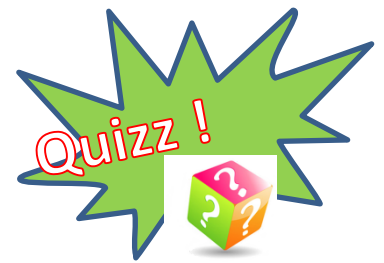
*René Amalberti*

**La bonne stratégie consiste plutôt à détecter et comprendre les erreurs, d'identifier leurs conséquences afin de développer un système plus apte à les tolérer.**

*James Reason*

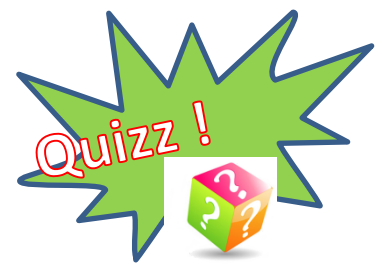
Cet évènement, déclaré suffisamment à temps a permis dans les actions immédiates de faire un rappel sur les bonnes pratiques. Il n'y a pas eu d'autres cas dans le service. D'après vous, il est important de :

- 1 - Conserver ce recensement pour le bilan d'activité de fin d'année
- 2 - Pouvoir réaliser une analyse des causes profondes à l'échelle du groupe chargé de l'investigation
- 3 - Pouvoir réaliser une analyse des causes profondes associant les professionnels concernés
- 4 - Faire un premier retour aux professionnels ayant participé à la prise en charge pour les rassurer quant aux suites données à l'EI



**Cet évènement, déclaré suffisamment à temps a permis dans les actions immédiates de faire un rappel sur les bonnes pratiques. Il n'y a pas eu d'autres cas dans le service. D'après vous, il est important de :**

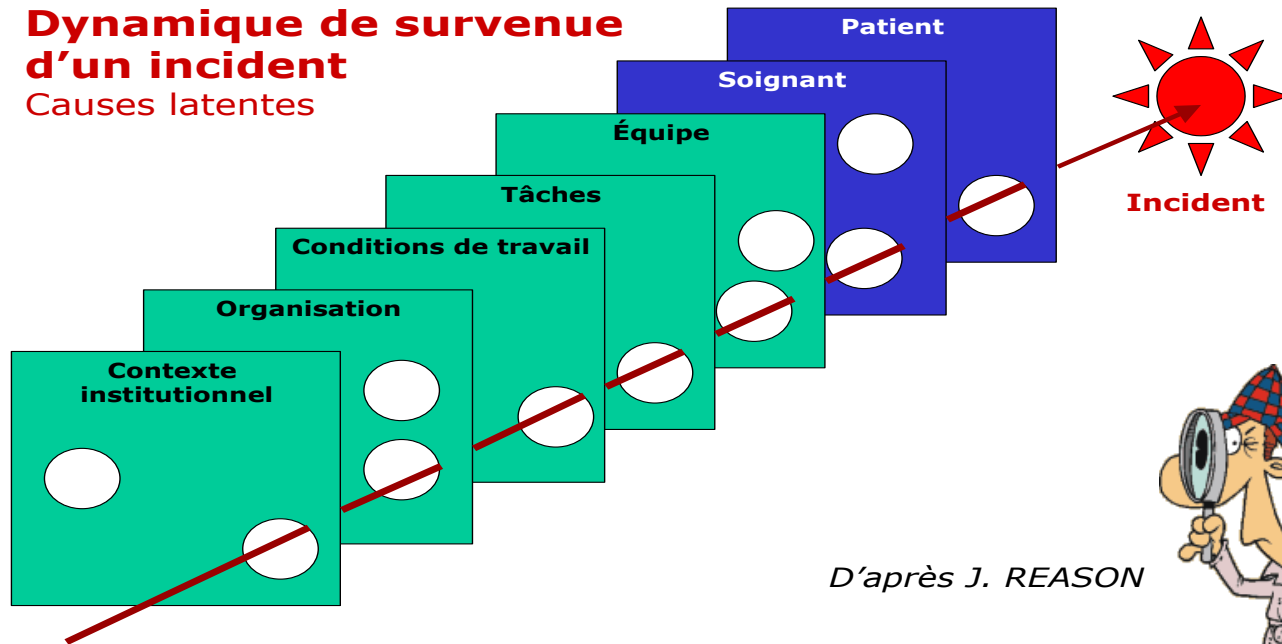
- |                                                                                                                                       |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 - Conserver ce recensement pour le bilan d'activité de fin d'année                                                                  | 0%        |
| <b>2 - Pouvoir réaliser une analyse des causes profondes à l'échelle du groupe chargé de l'investigation</b>                          | <b>0%</b> |
| 3 - Pouvoir réaliser une analyse des causes profondes associant les professionnels concernés                                          | 0%        |
| 4 - Faire un premier retour aux professionnels ayant participé à la prise en charge pour les rassurer quant aux suites données à l'EI | 0%        |



## COMMENT SURVIENT UN ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ?

### Dynamique de survenue d'un incident

Causes latentes



D'après J. REASON



Analyse par les professionnels de la cellule Qualité/ Gestion des risques

- Tout opérateur fait des erreurs. Ce sont les causes patentes (manifestes, immédiates, écart de soins)
- La sécurité repose sur la mise en place de protections, défenses.
- L'organisation du travail, sa conception et sa gouvernance pèsent sur la fréquence et le type d'erreur. Longtemps invisibles, ce sont les causes latentes (erreurs latentes, profondes, facteurs contributifs)

**L'analyse des causes profondes a identifié plusieurs facteurs contributifs, parmi lesquels :**

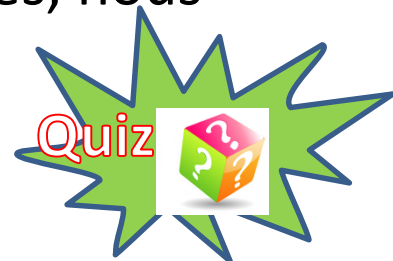
- Information erronée du visiteur médical sur la conservation du KT pendant 5 jours
- Rotation des sites de perfusion non assurée, absence de traçabilité des sites de pose
- Taille insuffisante des pansements semi-perméables pour protéger la voie d'abord
- La charge en soins des IDE importante : 1 IDE pour environ 40 patients
- Augmentation du nombre de patients sous hypodermoclyse, etc.

**Selon vous, quelles sont les suites à donner à ce dossier :**

1 - Les problèmes ont été identifiés, nous essayerons tous d'être vigilants. Le dossier est clos

2 - Les problèmes identifiés, il faut désormais les traiter, l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement va se charger de ce dossier

3 - Les problèmes identifiés, nous sommes tous concernés, nous allons réfléchir ensemble aux actions à mettre en œuvre





1 - Les problèmes ont été identifiés, nous essayerons tous d'être vigilants. Le dossier est clos

0%

2 - Les problèmes identifiés, il faut désormais les traiter, l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement va se charger de ce dossier

0%

3 - Les problèmes identifiés, nous sommes tous concernés, nous allons réfléchir ensemble aux actions à mettre en œuvre

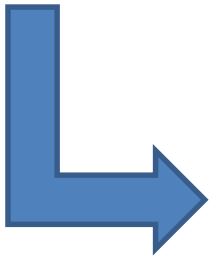
0%

**Une action d'amélioration n'est utile que si elle est mise en œuvre et suivie.**

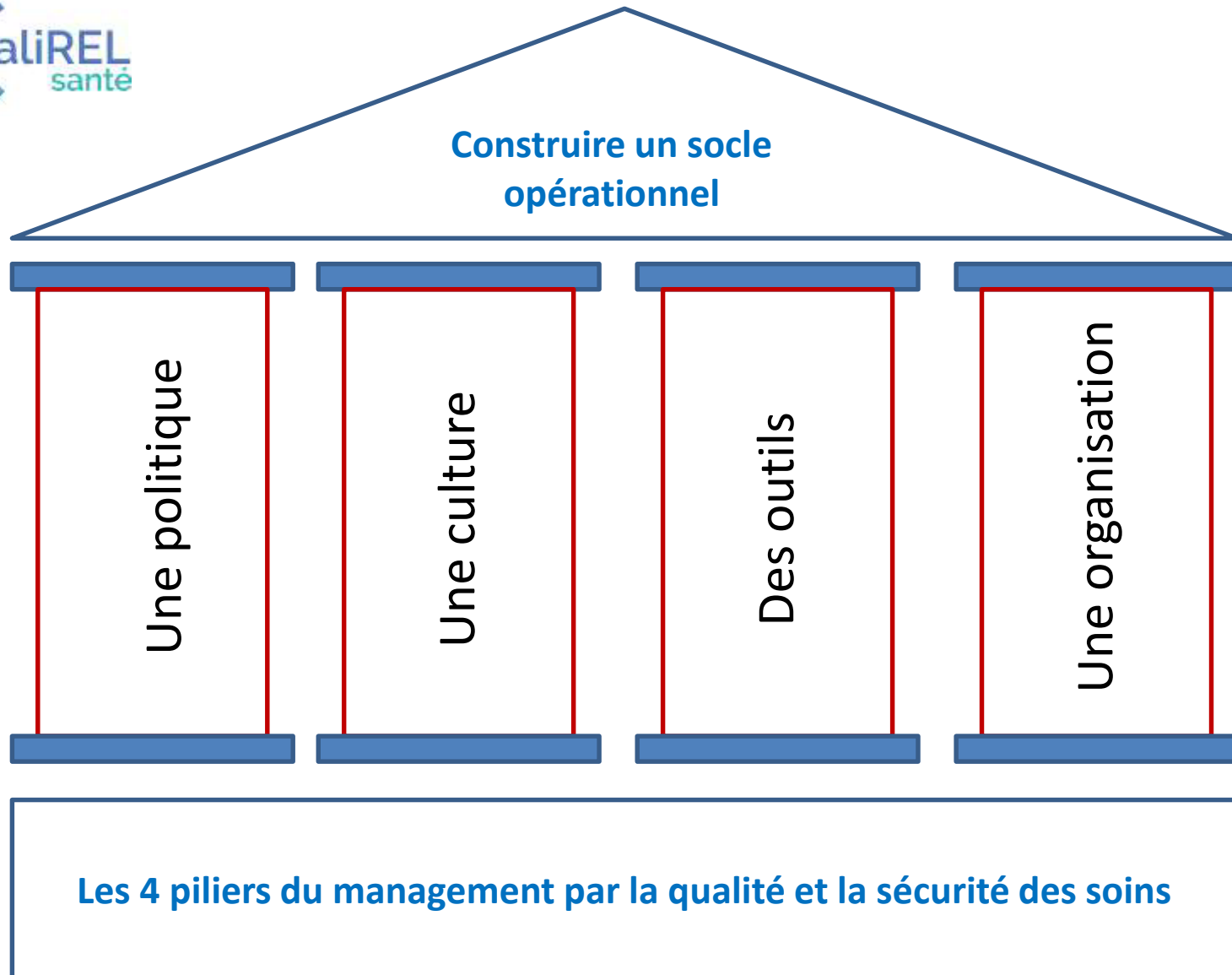
**Cette étape est importante pour maintenir la motivation des acteurs impliqués :**

- Décider d'un responsable pour chaque action d'amélioration,
- Associer les acteurs « terrains »
- Fixer des échéances précises,
- Poser des indicateurs de suivi.

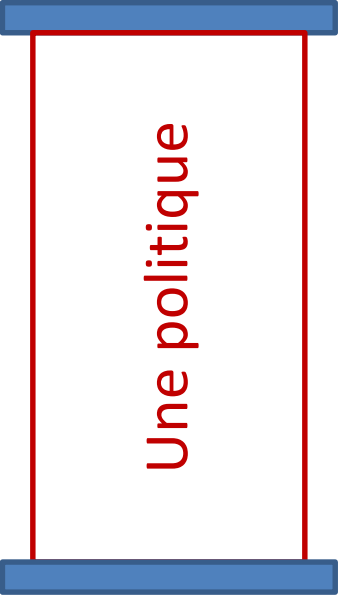
**Elle doit conduire à démontrer l'efficacité de la prévention de l'événement indésirable.**



**Repose sur un socle opérationnel**



## Pilier 1 – UNE POLITIQUE



Une politique

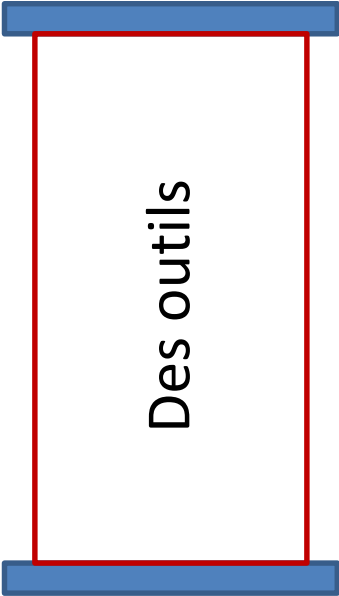
- Définir, élaborer et mettre en œuvre une politique de management intégré
- La démarche repose sur la déclinaison des valeurs de la structure partagées par l'ensemble des professionnels de l'établissement

Une culture

- Développer la culture qualité à partir des thématiques proches des soignants (EPP)
- Développer une culture de signalement des EI
- Valoriser une dynamique d'apprentissage autour des erreurs en développant une culture positive de l'erreur
- Mettre en œuvre des protocoles et procédures adaptés aux fonctionnement de l'établissement co-construits par les professionnels (opérationnels)

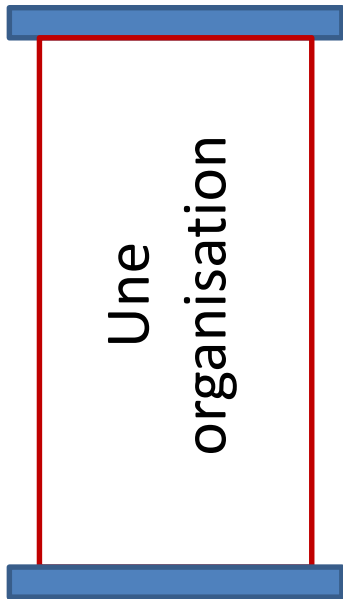


« Nous ne pouvons pas changer l'être humain, mais nous pouvons changer les conditions dans lesquelles il travaille »



### Des outils

- Sensibiliser et former les professionnels à la qualité et la GDR
- Actualiser un Plan d'Amélioration de la Qualité à périodicité définie
- Organiser une démarche collective de pilotage des risques: mettre en place des groupes de travail , définir les missions et leur articulation avec la démarche qualité GDR
- Mutualiser les moyens et les compétences (réseaux qualité)
- Mettre en place une logique d'échanges et de capitalisation des expériences (comité inter-établissement, commission de coordination gériatrique)



- Définir un plan annuel de formation intégrant des formations qualité et GDR pour l'ensemble des professionnels alité et la GDR
- Actualiser un Plan d'Amélioration de la Qualité à périodicité définie
- Organiser une démarche collective de pilotage des risques: mettre en place des groupes de travail , définir les missions et leur articulation avec la démarche qualité GDR
- Mutualiser les moyens et les compétences (réseaux qualité)
- Mettre en place une logique d'échanges et de capitalisation des expériences (comité inter-établissement, commission de coordination gériatrique)



**Merci de votre attention !**

QualiREL Santé

[contact@qualirelsante.com](mailto:contact@qualirelsante.com)

[www.qualirelsante.fr](http://www.qualirelsante.fr)

02 40 84 69 30

