

# **SECURITE DES PATIENTS**

**Sécurité des prestations  
Gestion des événements indésirables  
associés aux soins**

**Pr Maxime K. DRABO  
Dr NANA W. Félicité**

# Plan

- Comprendre la sécurité des prestations
- Gérer les évènements indésirables associées aux soins

# **Comprendre la sécurité des prestations**

**FACTEURS HUMAINS**

# FACTEURS HUMAINS

- Les êtres humains ne sont pas des machines.
- Lorsqu'elles sont correctement entretenues, les machines sont, dans l'ensemble, prévisibles et fiables.
- En réalité, comparés aux machines, l'homme est imprévisible et peu fiable
- En raison des capacités de notre mémoire de travail, notre aptitude à gérer les informations est limitée.
- Les hommes sont néanmoins très créatifs, imaginatifs, flexibles dans leur façon de penser et ils ont une bonne connaissance d'eux-mêmes.

# FACTEURS HUMAINS

- L'étude des facteurs humains porte sur les relations entre les individus et les systèmes avec lesquels ils interagissent en se concentrant sur l'amélioration de l'efficacité, de la créativité, de la productivité et de la satisfaction au travail en vue de minimiser les erreurs.
- Une mauvaise application des principes relatifs aux facteurs humains constitue l'un des aspects majeurs de la plupart des événements indésirables (dommages aux patients) en matière de soins.

# FACTEURS HUMAINS

- Par conséquent, tous les professionnels de santé ont besoin de posséder les bases nécessaires à la compréhension des principes relatifs aux facteurs humains
- On définit les facteurs humains comme l'étude de tous les facteurs qui facilitent la réalisation du travail de façon appropriée.
- Une autre définition possible est l'étude des relations entre les personnes, les outils et le matériel qu'elles utilisent sur leur lieu de travail et l'environnement au sein duquel elles travaillent

# FACTEURS HUMAINS

- Il convient de remarquer que l'étude des facteurs humains n'est pas aussi *directement* liée aux personnes que son nom pourrait le suggérer.
- Il s'agit plutôt de comprendre les limites humaines et de concevoir les lieux de travail et le matériel qu'on utilise en tenant compte de la variabilité des professionnels et de leurs activités.

# FACTEURS HUMAINS

- Les principes relatifs aux facteurs humains peuvent nous aider à garantir l'utilisation de pratiques de prescription et de dispensation sûres, une bonne communication au sein des équipes et le partage efficace des informations avec les autres professionnels de santé et les patients.
- En raison de la complexité accrue des systèmes de santé, ces tâches, auparavant considérées comme basiques, sont devenues relativement compliquées.
- La part la plus importante des soins de santé dépend des professionnels qui les dispensent.

# FACTEURS HUMAINS

## PRINCIPE 1

### **Éviter de compter sur sa mémoire**

- Pour réussir leurs examens, les étudiants doivent retenir un très grand nombre de faits et d'informations.
- Compter sur sa mémoire est utile pour les examens mais peut s'avérer dangereux pour la prise en charge des patients, en particulier lorsque cela peut se traduire par l'administration du mauvais médicament ou une posologie erronée.
- Le personnel devraient avoir recours à des images et des diagrammes illustrant les étapes d'un traitement ou d'une intervention.
- Contrôler ses actions par rapport à une image ou un diagramme peut réduire la charge de la mémoire de travail et permettre ainsi au personnel de se concentrer sur la tâche à effectuer telle que l'anamnèse ou l'administration du médicament approprié.

# FACTEURS HUMAINS

## PRINCIPE 1

### Éviter de compter sur sa mémoire

- Les protocoles sont donc très importants dans les soins car ils réduisent la dépendance à la mémoire.
- En revanche, il est inutile de multiplier les protocoles, surtout s'ils ne sont pas mis à jour en temps opportun ni fondés sur les preuves.
- Les personnel devraient se renseigner sur les principaux protocoles utilisés dans le contexte où ils travaillent afin de se les approprier.
- Il convient de vérifier à quand remonte la dernière révision d'un protocole. En savoir plus sur les modalités de mise à jour des protocoles contribue à cette évidence qu'un **protocole efficace est un protocole vivant.**

# FACTEURS HUMAINS

## PRINCIPE 2

### **Faire appel au visuel**

- nombreux services disposent du matériel nécessaire pour diagnostiquer, traiter et suivre les patients (par ex. : appareils à rayons X, pompes à perfusion, scalpels électriques, canules nasales à oxygène).
- On peut favoriser l'utilisation d'images et de notices concernant la marche à suivre pour mettre en marche et arrêter ces appareils et lire les écrans aidera les étudiants à acquérir les compétences requises.
- Les illustrations graphiques sur l'hygiène des mains destinées au personnel et aux patients est un autre bon exemple d'aide-mémoire visuel.

# FACTEURS HUMAINS

## PRINCIPE 3

### **Revoir et simplifier les processus**

- La simplicité est la clé
- Cette affirmation s'applique à tous les domaines de la vie, notamment aux soins.
- Dans ce secteur, certaines tâches sont devenues si compliquées qu'elles constituent de véritables nids à erreurs. C'est le cas, par exemple, des changements d'équipe et les formalités de sortie.
- Simplifier les changements d'équipe en mettant en oeuvre des stratégies de communication orientées, moins nombreuses et qui impliquent le patient permettra de réduire les erreurs.
- Le personnel peut aider à simplifier les processus de communication en répétant les instructions qu'ils ont reçues et en s'assurant de bien comprendre tous les protocoles instaurés.

# FACTEURS HUMAINS

## PRINCIPE 3

### **Revoir et simplifier les processus**

- Afin de simplifier les processus, on peut également :
- i) limiter la gamme de médicaments disponibles pour prescription ;
- ii) limiter le nombre de posologies/formes galéniques différentes pour les médicaments disponibles ; et
- iii) mettre à jour les stocks des médicaments fréquemment administrés.
- Standardiser les procédures et les processus habituels

Même le personnel qui ne travaillent que dans un seul établissement remarquent que chaque service ou unité médicale a sa propre façon de faire. Ainsi, lorsqu'ils changent de zone de travail, ils doivent réapprendre.

# FACTEURS HUMAINS

## PRINCIPE 3

### **Revoir et simplifier les processus**

- Les établissements de soins qui ont standardisé leurs façons de faire (le cas échéant) facilitent le travail du personnel qui a moins besoin de faire appel à sa mémoire. Par ailleurs, cela permet également au personnel d'améliorer son efficacité et de lui faire gagner du temps.
- Les formulaires de sortie, les conventions en matière de prescription et les types de matériel peuvent être standardisés au sein d'un hôpital, d'une région voire même d'un pays.

# FACTEURS HUMAINS

## PRINCIPE 4

### **Utiliser systématiquement des check-lists**

- L'utilisation de check-lists a été mise en place avec succès dans de nombreuses activités humaines
- Les check-lists sont devenues monnaie courante dans bon nombre d'activités de soins de santé.
- Le personnel devrait prendre l'habitude de les utiliser dans leur pratique.

# FACTEURS HUMAINS

## PRINCIPE 5

### **Réduire sa confiance dans sa propre vigilance**

- Pendant les périodes calmes, les êtres humains ont vite tendance à s'ennuyer et à se laisser distraire.
- Le personnel doit être conscient du risque d'erreur associé aux activités répétitives de longue durée. Dans ces cas, la plupart d'entre nous relâchent leur attention vis-à-vis de la tâche à effectuer, en particulier si la fatigue s'installe.
- A un moment donné, nos efforts pour rester concentrés finiront par échouer.

# FACTEURS HUMAINS

## PRINCIPE 5

### **Réduire sa confiance dans sa propre vigilance**

- Pendant les périodes calmes, les êtres humains ont vite tendance à s'ennuyer et à se laisser distraire.
- Le personnel doit être conscient du risque d'erreur associé aux activités répétitives de longue durée. Dans ces cas, la plupart d'entre nous relâchent leur attention vis-à-vis de la tâche à effectuer, en particulier si la fatigue s'installe.
- A un moment donné, nos efforts pour rester concentrés finiront par échouer.

# Organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

- Un soin de santé est rarement le fait d'une seule personne.
- Soigner de façon sûre et efficace ne dépend pas que des connaissances, du savoir-faire et des comportements des professionnels qui sont en première ligne mais aussi de la façon dont ces professionnels coopèrent et communiquent avec leur environnement, lequel n'est habituellement qu'une partie d'une organisation plus grande.
- En d'autres termes, les patients dépendent d'un système de santé

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

Un professionnel de santé expérimenté se doit de comprendre les interactions et les relations complexes inhérentes au domaine des soins de santé.

Cette connaissance peut par exemple permettre aux praticiens d'identifier les sources d'erreurs potentiellement dangereuses pour les patients et usagers et prendre des mesures de prévention.

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

Soigner est complexe en raison de :

- la diversité des tâches associées à la dispensation des soins au patient ;
- l'interdépendance des professionnels de santé ;
- la diversité des patients, des cliniciens et autres membres du personnel ;
- les innombrables relations entre les patients, les soignants, les professionnels de santé, le personnel auxiliaire, les administrateurs, les familles et les membres de la communauté ;

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

- la vulnérabilité des patients ;
- les changements dans la configuration physique des environnements cliniques ;
- la variabilité ou l'absence de réglementations ;
- la mise en place de nouvelles techniques ;
- la diversité des chemins cliniques et des organisations impliquées ;
- la spécialisation accrue des professionnels de santé (si la spécialisation permet de faire bénéficier les patients de davantage de services, elle augmente en revanche le risque d'erreur).

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

- Pour que le système fonctionne de façon efficace, les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens, les sages-femmes et tous les autres professionnels de santé doivent comprendre le rôle et les responsabilités de chacun.
- Le bon fonctionnement du système passe également par la compréhension de l'effet de la complexité sur les soins des patients et du fait que les organisations complexes, comme les services de santé, sont sujettes aux erreurs.

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

- La connaissance de la complexité du système de santé permettra aux professionnels de santé de comprendre dans quelle mesure les structures organisationnelles et les procédures de travail peuvent contribuer à améliorer la qualité générale des soins aux patients
- l'approche systémique permet d'examiner les facteurs organisationnels à l'origine des dysfonctionnements des systèmes de santé et des accidents/erreurs (procédures défectueuses, défauts de conception, travail d'équipe déficient, contraintes financières et facteurs institutionnels) au lieu de se focaliser sur les personnes associées à ces événements ou montrées du doigt.

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

- Ce type d'approche nous aide également à passer de la culpabilisation à la compréhension et à accroître la transparence des processus de soins plutôt que de se concentrer uniquement sur l'acte de soins en lui-même.
- L'approche systémique ne dégage toutefois pas les professionnels de santé de leur responsabilité ou de devoir répondre de leurs actes. Elle requiert une compréhension des facteurs sous-jacents qui ont contribué à l'EIAS.
- Se concentrer sur une personne ne permettra pas d'identifier les causes racines et n'éliminera pas que le même EIAS ne se reproduise plus tard

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

- Les meilleures organisations de santé ont compris la différence entre violation et erreur et ont mis en place des mécanismes de responsabilité justes, transparents et connus à l'avance. Les membres du personnel savent ainsi parfaitement pour quels types de questions leur responsabilité individuelle pourrait être engagée.
- Quelques concepts sont à distinguer

## Négligence

- Absence de mise en œuvre des compétences, des soins et des enseignements que l'on est en droit d'attendre d'un professionnel de santé raisonnablement prudent.

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

## Négligence

- Les soins fournis ne sont pas conformes aux standards de soins que l'on est raisonnablement en droit d'attendre d'un professionnel de santé moyen qualifié pour prendre en charge le patient en question, ou la qualité de ces soins est inférieure à celle attendue des médecins au sein de leur communauté .
- La non-application des soins qu'une personne raisonnablement prudente et attentive appliquerait dans des circonstances similaires .

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

## Négligence

- La non-application (généralement de la part du médecin ou d'un autre professionnel de santé) des précautions, des compétences ou des soins ordinaires, raisonnables, habituels ou attendus (normalement ou habituellement appliqués par d'autres médecins de bonne réputation qui prennent en charge des patients similaires) dans la réalisation d'une tâche autorisée par la loi, se traduisant par un dommage, une blessure ou une perte prévisible pour autrui. La négligence peut être un acte d'omission (non intentionnel)

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

## Négligence

- ou de commission (intentionnel), résultant d'une inattention, d'une imprudence, d'une inadvertance, d'une étourderie ou d'une témérité.
- En soins de santé, la négligence implique un écart inapproprié de « la pratique médicale normale » qui serait exercée dans les mêmes circonstances par un professionnel ayant suivi la même formation
- Les composantes de la négligence sont déterminées par le pays dans lequel l'action a lieu.

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

## **Manquement professionnel** (Dans la définition de faute professionnelle)

- Manquement professionnel ou manque déraisonnable de compétences dans la réalisation d'un acte professionnel.
- Le manquement professionnel se distingue de la faute professionnelle et s'applique à l'ensemble des professionnels de santé. Sa définition varie selon les pays.
- Le manquement professionnel se réfère habituellement à une déviance significative de ce que l'on est en droit d'attendre normalement d'un professionnel de santé en matière de prise en charge.
- Chaque pays dispose de son propre système de registre des différentes professions de santé et de gestion des plaintes relatives aux compétences et aux conduites professionnelles

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

## Erreurs

- Acte totalement conforme au plan mais plan inapproprié pour atteindre l'objectif visé.
- Une erreur d'activation de règles ou une erreur par défaut de connaissance qui est une erreur commise de bonne foi. Les erreurs d'activation de règles surviennent au cours de la résolution d'un problème lorsque la mauvaise règle est appliquée, soit à cause d'une perception erronée de la situation, entraînant l'application de la mauvaise règle, soit en raison de l'utilisation impropre d'une règle puissante (utilisée fréquemment) qui semble bien convenir.

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

## Erreurs

Les erreurs par défaut de connaissance surviennent en raison d'un manque de connaissance ou de l'interprétation erronée du problème .

- Défaut ou échec d'appréciation ou de déduction dans la sélection d'un objectif ou dans la spécification des moyens qui permettent de l'atteindre, et ce, indépendamment du fait que les actes motivés par cette décision/ce projet respectent ou non le plan. Erreurs commises de bonne foi...y compris les erreurs d'activation de règles qui surviennent lorsque la mauvaise règle est appliquée au cours de la résolution d'un problème

# Organisation des systemes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

## Erreurs

et les erreurs résultant d'un défaut de connaissances qui surviennent en raison d'un manque de connaissance ou de l'interprétation erronée du problème

- La non-reconnaissance de ses erreurs peut constituer un manquement professionnel dans certains pays. Dans certains pays, les erreurs sont passibles de sanctions. Il est important de savoir comment le pays dans lequel vous étudiez se positionne en matière d'erreurs en santé..

# Travail d'équipe

- Un travail d'équipe efficace dans la dispensation des soins peut avoir un impact positif et immédiat sur la sécurité des patients

## Qu'est-ce qu'une équipe ?

- La nature des équipes est variée et complexe. En santé, l'équipe la plus efficace du point de vue du patient est multidisciplinaire, mais les équipes peuvent être issues d'un seul et même groupe professionnel. Les membres d'une équipe peuvent travailler en étroite collaboration sur un même lieu de travail ou être dispersés géographiquement. Certaines équipes comptent un nombre fixe de membres tandis que la composition d'autres équipes peut changer fréquemment.

# Travail d'équipe

- Dans le secteur de la santé, les environnements de prise en charge des patients peuvent être divers et variés : –à domicile, dans des centres de soins, de petits hôpitaux ou de grands centres hospitaliers universitaires. Dans chacun de ces lieux, la capacité des membres de l'équipe à communiquer les uns avec les autres et avec le patient déterminera l'efficacité des soins et du traitement.
- Les sentiments qu'ils nourrissent à l'égard de leur travail joueront également un rôle en la matière.

# Travail d'équipe

Indépendamment de leur nature, on peut dire des équipes soignantes qu'elles partagent certaines caractéristiques communes. Ainsi, les membres d'une équipe :

- connaissent leur rôle et les rôles des autres membres et interagissent les uns avec les autres en vue d'atteindre un objectif commun;
- prennent des décisions ;
- possèdent des connaissances et compétences spécialisées et assument souvent une charge de travail importante ;
- agissent comme un « individu collectif », du fait de l'interdépendance des tâches réalisées par chacun des membres de l'équipe.

# Travail d'équipe

- Dans le secteur de la santé, le clinicien était traditionnellement considéré comme le seul et unique responsable des soins et du traitement d'un patient. Mais de nos jours, il est rare qu'un patient ne soit pris en charge que par un seul professionnel de santé.
- Dans le cadre d'un système de santé complexe, il est admis pour la sécurité des patients, que le travail en équipe est essentiel pour limiter les événements indésirables résultant d'une mauvaise communication avec les autres personnes qui s'occupent du patient et les malentendus concernant les rôles et responsabilités.

# Travail d'équipe

- Les patients ayant un intérêt direct dans leurs propres soins doivent eux aussi être intégrés dans le circuit de communication.
- Il a été montré que leur implication contribue à limiter les erreurs et les événements indésirables potentiels.
- Le lien entre les compétences non techniques, telles que le travail en équipe, et les événements indésirables est désormais bien établi, tout comme la charge croissante des maladies chroniques, des comorbidités et des populations vieillissantes.
- Ces problématiques nécessitent une approche de soins coordonnée et multidisciplinaire.

# Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages

Situations associées à un risque accru d'erreur:

## ➤ **Manque d'expérience**

Il est particulièrement important que le personnel ne pratique pas un acte sur un patient ou administrent un traitement pour la première fois sans une préparation adaptée

## ➤ **Manque de temps**

Les contraintes liées au temps incitent les professionnels à prendre des raccourcis dangereux qu'ils ne devraient pas prendre.

## ➤ **Vérification inappropriée**

Une simple vérification peut éviter à des milliers de patients de recevoir les mauvais médicaments.

# Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages

## ➤ **Procédures défectueuses**

Plusieurs facteurs peuvent intervenir : une préparation inappropriée, une équipe qualitativement ou quantitativement inadéquate et/ou une attention insuffisante envers un patient en particulier.

## ➤ **Information inadéquate**

- C'est en consignait correctement les détails relatifs au patient, en temps opportun et lisiblement dans le dossier du patient (dossier médical, ordonnance ou toute autre méthode employée pour conserver les informations du patient) que chaque professionnel de santé peut garantir la qualité continue des soins et des traitements.

# Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages

**Facteurs individuels qui prédisposent les professionnels de santé aux erreurs**

## ➤ **Capacité de mémorisation limitée**

La perception que le personnel ont d'eux-mêmes dans la profession qu'ils ont choisie et l'organisation hiérarchique de leur lieu de travail peut influencer leur volonté de demander de l'aide et leur assurance pour l

## ➤ **Fatigue**

La fatigue affecte la mémoire. Elle est un facteur connu d'erreurs impliquant les professionnels de santé

# Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages

## ➤ **Stress, faim et maladie**

Lorsque le personnel se sentent stressés, malades ou lorsqu'ils ont faim, ils ne travaillent pas aussi bien. Il est très important que le personnel surveille leur propre santé et veillent à leur bien-être

## ➤ **Facteurs linguistiques et culturels**

Le risque d'erreurs de communication causées par des facteurs linguistiques et culturels est évident.

## ➤ **Comportements dangereux**

Le personnel qui recherche davantage la pratique et l'expérience que le bien-être de leurs patients.

- Il existe plusieurs moyens mnémotechniques pour aider le personnel à se surveiller.

# Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages

L'acronyme anglais **HALT**

- avez faim (Hungry) **H**
- êtes énervé (Angry) **A**
- êtes en retard (Late) **L**
- êtes fatigué (Tired) **T**

L'acronyme **IM SAFE** est un autre moyen pour l'autosurveillance.

- Illness (indisposition) **I**
- Medication (médicaments, sur ou sans ordonnance) **M**
- Stress (stress) **S**
- Alcohol (alcool) **A**
- Fatigue (fatigue) **F**
- Emotion (émotion) **E**

**Gerer les EIAS**

# Gestion des événements indésirables associés aux soins

- La gestion et la surveillance des événements indésirables associés aux soins (EIAS) suppose de recueillir et d'analyser des informations concernant un événement qu'il ait ou non causé un dommage au patient dans un milieu de soins.
- Un système de gestion des EIAS est un élément essentiel permettant à une organisation d'apprendre à partir de ses erreurs.
- Les leçons apprises grâce à la déclaration et l'analyse des EIAS permettent à l'organisation d'identifier et d'éliminer les « pièges ». Les EIAS sont traditionnellement sous-déclarés, souvent parce que l'approche culpabilisante des EIAS continue de prévaloir en santé.

# Gestion des événements indésirables associés aux soins

- La fréquence des signalements et la façon dont les incidents sont analysés, que ce soit par une approche systémique ou culpabilisante, dépendent largement de la gouvernance et de la culture d'une organisation
- La déclaration anonyme, le retour d'informations dans les temps, la reconnaissance publique des succès de la gestion des EIAS et de la déclaration des presque-accidents constituent également des stratégies efficaces en termes de gestion et de surveillance des EIAS

# Gestion des événements indésirables associés aux soins

- La déclaration des presque-accidents s'avère également utile dans la mesure où les presque-accidents constituent des «avertissements sans frais pour le patient ». En effet, suite à l'enquête, des améliorations du système peuvent être effectuées et le patient n'aura subi aucun dommage.

- **Analyse des Causes Racine**

Le modèle d'Analyse des Causes Racines est axé sur la prévention et non sur la culpabilisation ou la sanction. se concentre sur le système et non sur le professionnel de santé. Elle

considère l'EIAS à l'origine du dommage causé au patient comme une défaillance du système.

# Gestion des événements indésirables associés aux soins

- La déclaration des presque-accidents s'avère également utile dans la mesure où les presque-accidents constituent des «avertissements sans frais pour le patient ». En effet, suite à l'enquête, des améliorations du système peuvent être effectuées et le patient n'aura subi aucun dommage.

- **Analyse des Causes Racine**

Le modèle d'Analyse des Causes Racines est axé sur la prévention et non sur la culpabilisation ou la sanction. se concentre sur le système et non sur le professionnel de santé. Elle

considère l'EIAS à l'origine du dommage causé au patient comme une défaillance du système.

# Gestion des événements indésirables associés aux soins

**Les caractéristiques d'une Analyse des Causes Racines incluent:**

- une analyse par une équipe interprofessionnelle au courant des processus impliqués dans l'événement ;
- une analyse des systèmes et des processus plutôt que des performances individuelles ;
- une analyse approfondie qui pose les questions « quoi ? » et « pourquoi ? » jusqu'à ce que tous les aspects du processus soient étudiés et tous les facteurs contributifs envisagés ;

# Gestion des événements indésirables associés aux soins

Les caractéristiques d'une Analyse des Causes Racines incluent:

- l'identification de modifications potentielles à apporter aux systèmes ou aux processus afin d'améliorer les performances et de réduire la probabilité de survenue d'événements indésirables ou de presque-accidents similaires à l'avenir
- **Stratégies visant à réduire les erreurs. Le personnel devrait :**
  - savoir quand ils sont fatigués ;
  - se familiariser avec leur environnement de travail :et
  - être prêts à affronter les situations ordinaires sachant que des événements inhabituels peuvent se produire.

# Comprendre et gerer les risques cliniques

- le succès d'un programme de gestion des risques nécessite de construire et faire vivre un système de soins sûr, conçu pour minimiser la survenue d'événements indésirables et optimiser le travail des professionnels
- Une gestion des risques efficace implique tous les niveaux du service de santé. C'est pourquoi il est crucial que tous les professionnels de santé comprennent ce qu'est la gestion des risques, quels en sont les stratégies et objectifs, ainsi que leur importance sur leur propre lieu de travail.

# Comprendre et gérer les risques cliniques

- Malheureusement, dans les établissements de soins qui ont mis en place des politiques de déclaration des EIAS, notamment des erreurs médicamenteuses mais la déclaration effective de tels EIAS est souvent sporadique.
- En santé, le rôle des lanceurs d'alerte (personnes qui signalent une inquiétude quant à des irrégularités présumées au sein d'une organisation) n'a pas bonne presse, en dépit du fait que la plupart ont toujours tenté de corriger les problèmes par les voies standard.
- C'est le refus ou l'incapacité d'une organisation à régler le problème qui pousse ces personnes à en référer à des autorités supérieures.

# Comprendre et gerer les risques cliniques

- La plupart des programmes de gestion des risques visent à renforcer la sécurité et la qualité tout en réduisant le risque de litiges ou de pertes (perte de motivation, perte de personnel, perte de réputation). Le succès de ces programmes dépend toutefois de nombreux facteurs.
- La gestion des risques cliniques se concentre sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de leur organisation attendue de l'identification des circonstances et des situations qui exposent les patients à des risques de dommages et de la prévention et du contrôle de ces risques.

# Comprendre et gerer les risques cliniques

- Pour gérer les risques cliniques, le processus suivant en quatre étapes est fréquemment utilisé :
  1. identifier les risques ;
  2. évaluer la fréquence et la gravité des risques ;
  3. réduire ou éliminer les risques ;
  4. évaluer ce qui est économisé par la réduction des risques ou les coûts qui seraient engendrés par leur non-gestion.

# Comprendre et gérer les risques cliniques

## Comment comprendre et gérer les risques cliniques

- Savoir comment signaler les risques ou les dangers sur le lieu de travail
- Assurer une traçabilité rigoureuse dans les dossiers patients

Pour remplir les dossiers médicaux, les professionnels de santé devraient :

- fournir suffisamment d'informations pour identifier le patient concerné et pour permettre à d'autres équipes soignantes d'assurer la continuité des soins
- consigner toute information pertinente pour le diagnostic, le traitement ou les résultats ;
- s'assurer que les dossiers sont à jour et que les informations sont consignées rapidement après chaque acte ou événement ;
- consigner toutes les informations et tous les conseils donnés au patient.

# Comprendre et gérer les risques cliniques

- Savoir quand et comment demander de l'aide à un formateur, superviseur ou professionnel de santé expérimenté
- Participer aux réunions de discussion sur la gestion des risques et la sécurité du patient
- Répondre de façon appropriée aux patients et à leurs proches après la survenue d'un événement indésirable
- Répondre de façon appropriée aux plaintes

# Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins

- La sécurité des patients requiert une compréhension profonde des processus de soins des patients ainsi que la capacité à mesurer les résultats des patients, d'une part, et à évaluer si les interventions mises en place pour résoudre un problème ont été efficaces, d'autre part.
- Le principe central qui sous-tend l'amélioration des soins de santé est que la qualité des soins ne se contrôle pas à la fin mais tout au long du processus de travail. Le présent module explique certaines des théories fondamentales sous-jacentes à ce principe.

# Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins

- De nombreuses méthodes d'amélioration ont été conçues afin d'essayer de combler cette lacune et de fournir aux professionnels de santé les outils pour :
  - identifier un problème ;
  - le mesurer ;
  - élaborer une série d'interventions visant à le régler ; et
  - évaluer si les interventions ont été efficaces.

# Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins

- L'identification et l'examen de chaque étape du processus de délivrance des soins constituent le fondement. Une fois toutes les étapes du processus examinées, nous commençons à comprendre comment les différents facteurs sont reliés et interagissent et comment ils peuvent être mesurés. Les mesures sont essentielles pour l'amélioration de la sécurité.

## **Science de l'amélioration**

- La science de l'amélioration trouve son origine dans les travaux de W. Edwards Deming, le père de la théorie de l'amélioration.

# Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins

- Il a décrit les quatre éléments de compréhension suivants qui soutiennent l'amélioration : la compréhension du système ; la connaissance des variations ; la théorie de la connaissance ; la psychologie

- **Compréhension du système**

la plupart des résultats de soins ou des prestations de soins aux patients mettent en jeu des systèmes complexes d'interactions entre des professionnels de santé, des procédures et des équipements, une culture organisationnelle et des patients.

# Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins

- Par conséquent, il est important que le personnel comprenne les interdépendances et les relations qui existent entre tous ces éléments (médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, personnel infirmier, professionnels paramédicaux, patients, traitements, matériel, procédures, salles d'opération, etc.), ce qui augmentera la précision des prévisions qu'ils pourraient faire quant à l'impact d'un changement sur le système.

## ➤ **Connaissance des variations**

La variation est la différence entre deux ou plusieurs choses similaires

# Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins

- En santé, les variations sont très importantes et les résultats des patients peuvent varier en fonction des services, des hôpitaux, des régions et des pays. Nous ne devons toutefois pas oublier que la variabilité est une composante de la plupart des systèmes. Les pénuries de personnel, de matériel, de médicaments ou de lits peuvent entraîner des variations dans les soins

## ➤ **Théorie de la connaissance**

- Selon W. E. Deming, la théorie de la connaissance suppose que nous prévoyons que les changements que nous effectuons produiront de meilleurs résultats.

# Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins

- La prévision des résultats attendus d'un changement constitue une étape nécessaire au processus de planification initiale.
- Lorsque les professionnels de santé disposent de connaissances et d'une expérience dans le domaine qu'ils souhaitent améliorer, les changements qu'ils proposent sont davantage susceptibles de produire de réelles améliorations. Comparer les résultats aux prévisions est une importante activité d'apprentissage.
- Acquérir des connaissances en effectuant des changements puis en mesurant les résultats ou en observant les différences est le fondement même de la science de l'amélioration.

# Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins

## ➤ **Psychologie**

- Il est primordial de comprendre la psychologie des interactions des individus entre eux et avec le système.
- Tout changement, mineur ou majeur, aura un impact et connaître la psychologie pourrait nous aider à anticiper les réactions des professionnels et à comprendre pourquoi ils pourraient se montrer réfractaires au changement.

# Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins

Par exemple, un service hospitalier de médecine compte un certain nombre de professionnels dont les réactions à un même événement, comme l'introduction d'un système de déclaration des EIAS, seront très variées. Lorsque l'on souhaite opérer un changement, toutes ces différentes réactions potentielles doivent être prises en considération.

## **Principes relatifs à l'amélioration**

L'amélioration continue de la qualité inclut tout processus ou outil qui vise à réduire un défaut de qualité systémique ou organisationnel.

# Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins

Les principes fondamentaux de l'amélioration de la qualité sont relativement intuitifs : des soins axés sur les patients, un leadership solide, la participation de tous les membres de l'équipe, l'utilisation d'une approche par processus, l'utilisation d'une approche systémique de la gestion, l'amélioration continue, une approche factuelle de la prise de décision et des relations gagnant-gagnant.

L'amélioration suppose de renforcer et d'appliquer les connaissances.

La plupart des modèles d'amélioration comprennent une phase de questionnement suivie du cycle PDCA

# S'impliquer avec les patients et leur entourage

- Les soins de santé modernes prétendent être axés sur les patients mais, pour bon nombre de patients, la réalité est tout autre.
- Les opinions conservatrices quant au degré d'implication des patients dans leur propre prise en charge constituent l'une des principales difficultés auxquelles les patients et les usagers doivent faire face
- Toute intervention de soins contient un élément d'incertitude quant à l'amélioration de la santé du patient. Chaque patient a le droit de recevoir des informations utiles concernant la qualité de ses soins, en particulier en cas d'intervention invasive.

# S'impliquer avec les patients et leur entourage

- Si le patient y donne son consentement, les membres de la famille ou de l'entourage devraient participer à l'échange d'informations.
- Le consentement éclairé permet aux usagers/patients,
- en collaboration avec les professionnels de santé,
- de prendre des décisions quant aux interventions
- et aux risques qui y sont associés. Ces interventions
- peuvent inclure un traitement ou une procédure
- invasive.

- **Merci**
- **Question?**