

# Qualité et Sécurité des Soins

---

## SMPR

Gaëtan Meier, Th. Favrod-Coune  
23 janvier 2019



# Plan de la présentation

---

- Introduction et généralités
  - Vignettes
  - Type d'évènements indésirables
  - Déclaration
-

# Qualité, vous avez dit qualité?

---

- Notion omniprésente en médecine et exigée par la LAMal.
  - En 2003, un groupe Qualité a été créé au sein de la FMH.
  - Pas de cadre légal clair.
    - Qu'est-ce qu'on entend par qualité ?  
Comment la mesurer et l'évaluer ?  
Comment se servir des ces résultats ?
-

# Qualité, vous avez dit qualité?

---

- Plusieurs systèmes de gestion de la qualité et de certification reconnus à l'échelon international ou national
    - International: ISO
    - Américain: JCAHO
    - Européen: EFQM
    - Suisses: sanaCERT, EQUAM et Quali-med-net
-

# Qualité, vous avez dit qualité?

---

- ❑ Les cabinets médicaux et les hôpitaux suisses sont libres d'introduire des systèmes de gestion de la qualité ou de se soumettre à une certification.
  - 85% des établissements utilisent au moins un système de gestion de la qualité.
- ❑ Pas de système unifié en Suisse.

# Amélioration de la Qualité ?

---

- Les systèmes de **déclaration d'incident**, les RMM et les Cercles Qualité font partie des mesures d'amélioration de la qualité.
-

# RMM: Qu'est-ce que c'est?

---

- Analyse collective, rétrospective et **systematique** de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient:
  - **apprentissage par l'erreur.**
  - mise en œuvre et suivi d'action pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

M. Charles PÉPIN

---

CHARLES PÉPIN



—  
LES  
VERTUS  
DE  
L'ÉCHEC  
—

*Allary Éditions*

---



# RMM: Qu'est-ce que c'est?

---

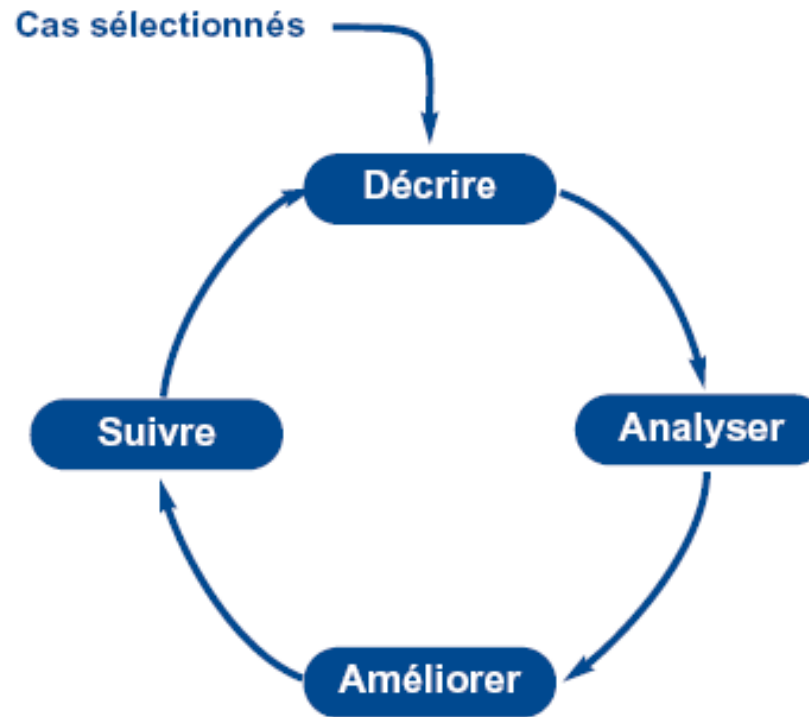


Figure 1. RMM et démarche qualité

# Les cercles qualité

---

- Rassemblement de 5 à 12 médecins de niveau comparable en un groupe.
  
  - Echange d'expériences:
    - En qualité d'experts égaux
    - Conduit par un modérateur formé
    - 1 à 2 heures 6 fois par année au minimum
-

# Les cercles qualité

---

- Participation obligatoire.
  - Centré sur des thèmes (clinique, organisationnel et/ou de la communication) qui font appel à l'expérience de chacun.
  - Objectif = améliorer les comportements et processus du cabinet médical via des données EBM, des guidelines, des consensus...
-

# Différence entre RMM et cercle qualité

	RMM	Cercles qualité
Participants	Tous les prof de la santé	5-12 médecins de même niveau
Formats	Présentation de cas et apprentissage par l'erreur → analyse systématique faite avant les réunions	Mise en commun des expériences de chacun → analyse faite durant les réunions
Thèmes abordés	cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient.	thèmes (clinique, organisationnel, communication) qui font appel à l'expérience de chacun.
Objectifs	mise en œuvre et suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.	améliorer les comportements et processus du cabinet médical

# Différence entre RMM et cercle qualité

---

- Deux procédures qui visent à améliorer la qualité.
    - RMM en milieu hospitalier +/- ambulatoire basée sur la notion d'analyse d'erreur.
    - Cercles qualité en médecine ambulatoire basés sur l'expérience et visant à se rapprocher de l'excellence.
  - Non exclusives, peuvent coexister.
-

# Différence entre RMM et cercle de qualité

---

- Le SMPR: plate-forme entre l'hospitalier et l'ambulatoire
    - Différents professionnels de la santé impliqués
    - Système hiérarchique
    - Culture de l'erreur = notion familière (rapports d'incident)
  
  - Les analyses d'évènements indésirables semblent plus appropriées.
-

# Autre intérêt pour le SMPR:

---

## □ Evaluation FMH 2009:

- Appréciation générale=5.2
  - Compétences professionnelles=4.7
  - Culture d'apprentissage=5
  - Culture d'encadrement=5
  - **Culture de l'erreur et sécurité des patients=4.3** (5.5 en 2008, 5.3 en 2007, 5.7 en 2006, 5.5 en 2005)
  - Culture de la prise de décision=5.4
  - Culture d'entreprise=5
  - EBM=4.5
-

# Et nous ?

---

- Groupe Qualité-Sécurité des SOINS (Incidents)
  
  - **MEIER Gaëtan**; FAVROD-COUNE Thierry ; LE ROY Christine; PREAUX SIRIEIX Christelle; ESCARD Emmanuel; MIGUELEZ LIEBANA Marta; TINLAND Sandrine; BRUN CABALLERO VERA Charlotte; LEVALLOIS Cecile; MEACH Francesco; GRIRA Marwène; NGUYEN Kim Hoang-Nam
  - Présentations Incidents Cabinets Groupe
  - **Vous ! Repérage, déclaration !!**
-



---

**Qu'est-ce qu'une erreur ?**

---

# Quelques citations:

---



- L'erreur est commune à tous les hommes. *Sophocle*
  - L'expérience est le nom que chacun donne à ses erreurs. *Oscar Wilde, 1854-1900.*
  - Une erreur peut devenir exacte, selon que celui qui l'a commise s'est trompé ou non. *Pierre Dac, 1893-1975.*
-

# Qu'est-ce qu'une erreur?

---

## □ Définition du Larousse:

- Acte de se tromper, d'adopter ou d'exposer une opinion non conforme à la vérité.
- Acte, comportement inconsidéré, maladroit, **regrettable**

## □ Définition de James Reason:

- **Echec** d'une action planifiée pour atteindre un **but désiré**.
-

---

**Qu'est-ce qu'un incident ?**

**Un évènement indésirable !**

---

# Fréquence et nature des erreurs en médecine ambulatoire

---

- Les données sont très variables d'une étude à l'autre: entre 5 et 80 erreurs pour 100'000 consultations.
  - Les définitions de l'erreur sont différentes.
  - La présentation clinique, le diagnostic et le management sont des processus épisodiques en médecine de premier recours.
  - Tous les problèmes ne sont pas investigués d'emblée: le temps est un outil diagnostique.

# Fréquence et nature des erreurs en médecine ambulatoire

---

- Erreurs les plus fréquentes:
  - Erreurs de **diagnostic**: entre 26 et 78%
    - Manqué ou retardé
      - → Infections, problèmes orthopédiques et cancers
  - Erreurs de **prescription**: entre 11 et 42%; Retardée ou inappropriée
    - → Anticoagulants, AINS, opiacés
  - Mauvaise **communication** et coordination des soins

# Qu'est-ce qu'une erreur?

---

- 2 raisons de survenue d'erreur selon Reason:
  - Le plan est adéquat, mais les actions associées ne sont pas exécutées correctement: erreurs d'**exécution**.
  - Les évènements se déroulent comme planifié, mais le plan est inadéquat: erreurs d'**intention**.

---

**Comment analyser les erreurs?**

**→ l'approche systématique**

---



# Approche « Héro solitaire »

---

□ L'erreur humaine: 2 approches.

■ ***Approche individuelle***

□ Se focalise sur les erreurs individuelles reprochant à l'individu sa faiblesse morale, ses oublis et son inattention.

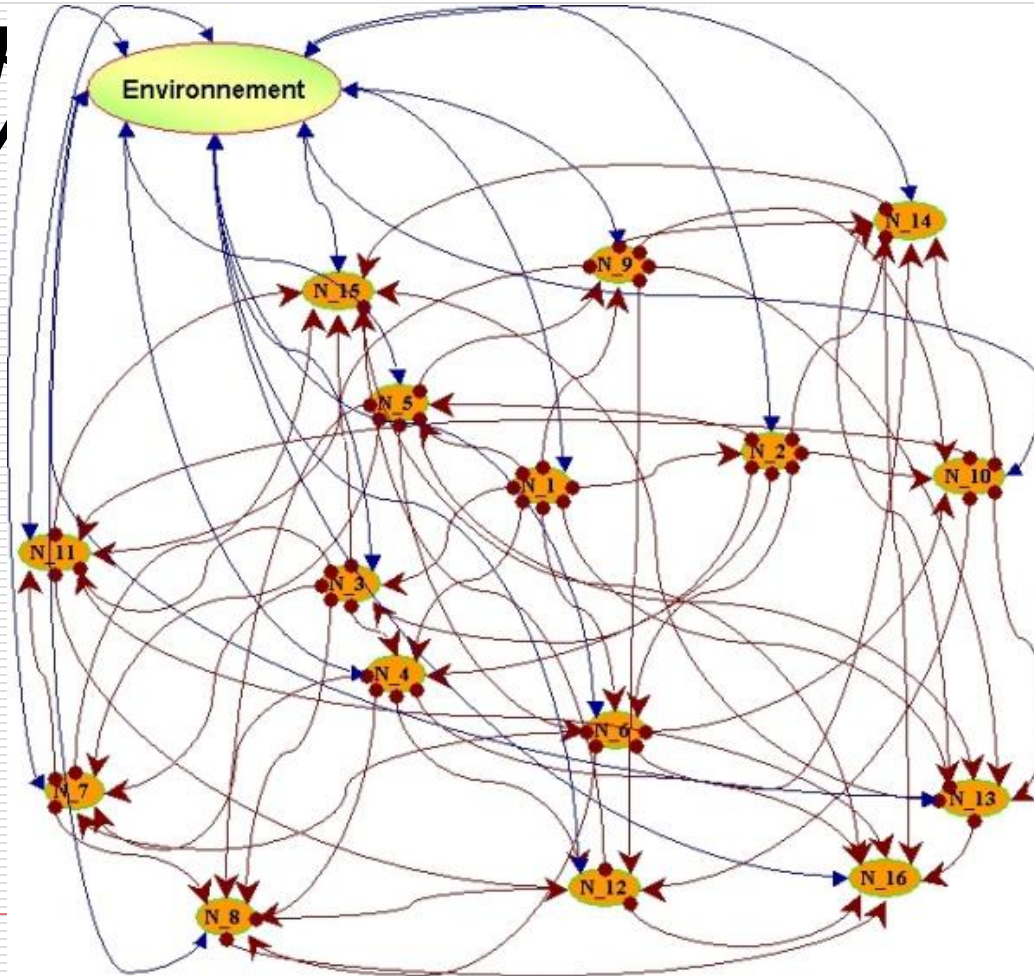


# Approche systématique

■  $A_i$   
Sy



→  $A_p$



ans

s afin  
uer les

# Approche systématique

---

- L'erreur est inhérente au raisonnement humain et inéluctable.

« Nous ne pouvons pas changer la condition humaine, mais nous pouvons changer les conditions dans lesquelles les hommes travaillent. »

*James Reason, professeur de psychologie à l'université de Manchester*

---

# Approche systématique

---

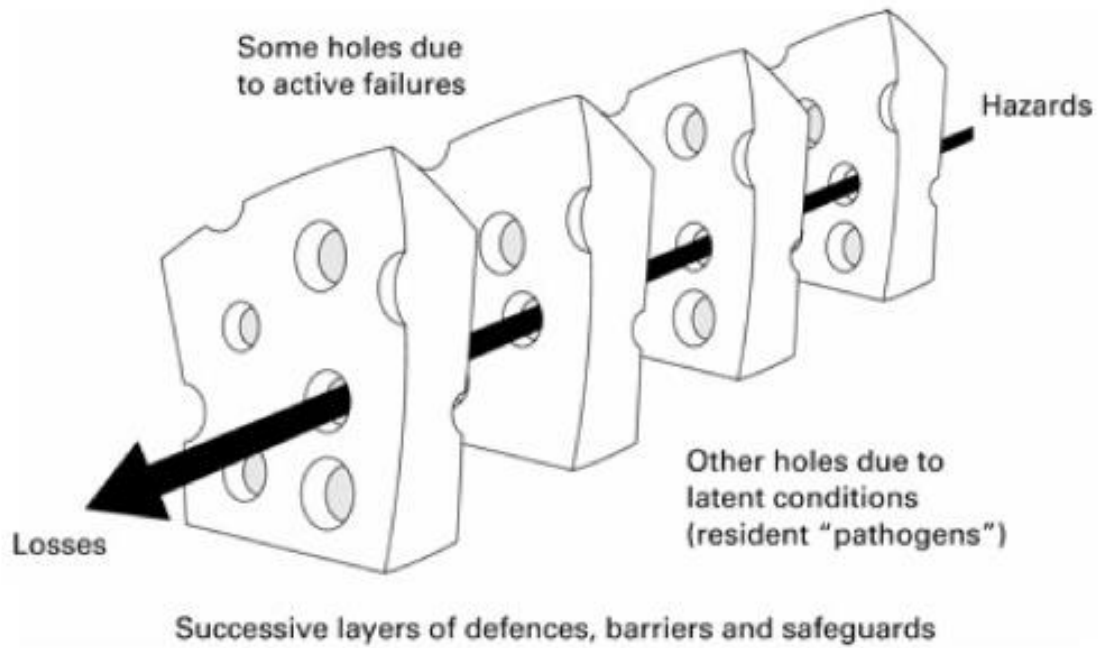
- Toutes les organisations complexes et hautement fiables utilisent une approche systématique.



# Approche systématique

---

- Le modèle du fromage suisse de James Reason:
    - Au sein de tout système complexe, il y a des défenses, des barrières et des garde-fous.
    - Dans un monde idéal, chaque barrière ( ou plaque de défense) est intacte.
    - Dans la réalité, elle ressemble à des tranches de fromage trouées.
-



# Approche systématique

---

- La sécurité d'un système ne repose pas sur l'absence d'erreur des opérateurs ni sur un système où une plaque serait totalement sûre, sans trou.
  - La sécurité est le produit de l'empilement des plaques dont l'assemblage est hermétique à la propagation du risque
-

# Approche systématique

---

- L'accident ne doit jamais être compris comme la défaillance d'une plaque isolée, mais comme la défaillance du système entier.
    - Remise en question de la plaque d'origine et surtout de toutes les plaques de défense qui ont cédé.
-



# Vignettes – Que faites-vous

---

- Un patient a oublié de vous appeler, il a continué son AVK selon ancien schéma, vous le retrouvez à  $> 5$  INR.
  - Votre patient est passé aux Urgences, il a reçu de la pénicilline, alors qu'il était allergique. Il a dû aller 5 jours aux SI. Pas de déclaration faite.
  - Le pharmacien vous appelle, met en cause l'adm. concomitante de citalopram et clarithromycine. Vous constatez sur dossier un QTc à 0.45 sec.
-

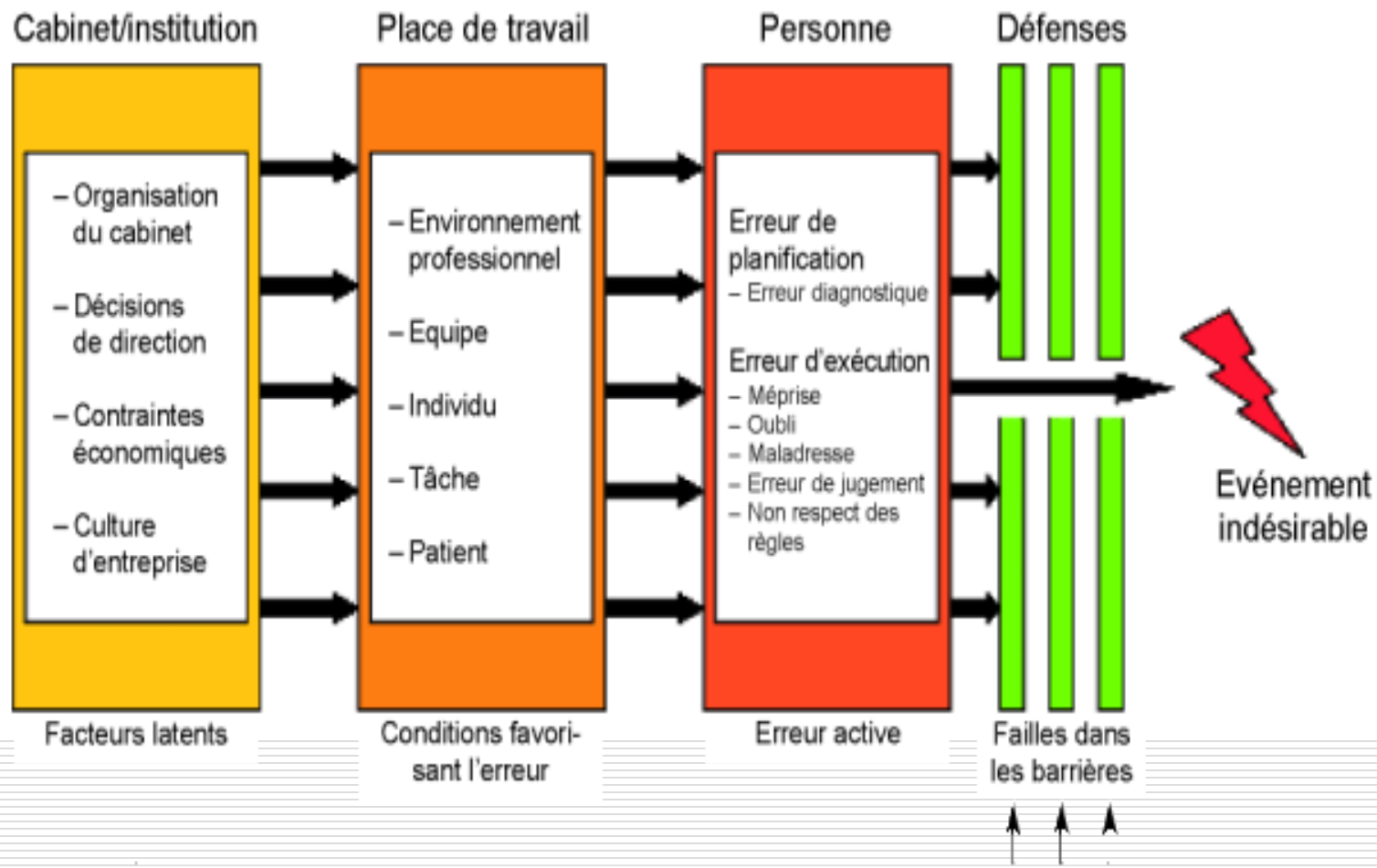
# Approche systématique

---

- Pour avoir une approche systématique, il faut changer de paradigme:
    - Rendre infaillible les systèmes dans lesquels travaillent des hommes par nature faillibles plutôt que de se limiter au nombre d'erreurs faites par les hommes.
-

# Facteurs influençant les pratiques cliniques

Cadre	Facteurs contribuant
Organisation et management	Contraintes et ressources financières Structure organisationnelle Priorités et Culture de la qualité
Environnement	Niveau de dotation en personnel et mélange des tâches Charge de travail Support administratif Physique (lumière, espace, bruits)
Equipe	Communication (verbale, écrite) Supervision, structure de l'équipe (leadership)
Membre individuel	Connaissance, compétence Motivation, attitude Santé mentale et physique
Tâche	Validité et utilisation des protocoles Validité et disponibilité des tests
Patients	Langue et communication Personnalité et facteurs sociaux Complexité et gravité du cas



**Figure 2.** Modèle d'apparition d'une erreur médicale aboutissant à un événement indésirable (Adapté de J. Reason).<sup>27</sup>

# Diagramme de Fishbone ou en arrête de poisson

---

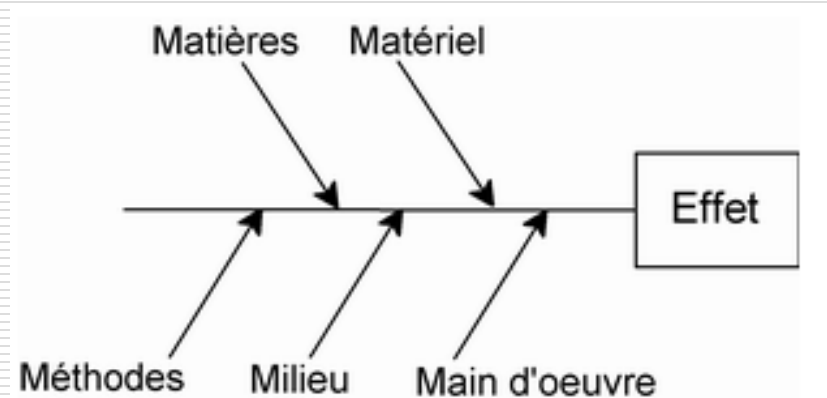
## □ *Diagramme de causes et effets d'Ishikawa*

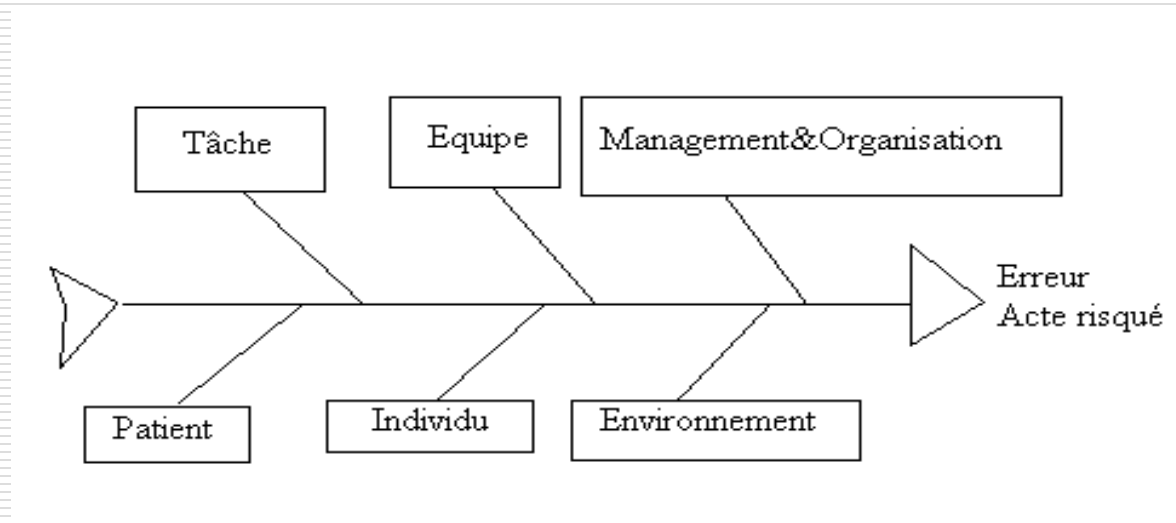
- Issu des travaux de Kaoru Ishikawa(1915-1989) ingénieur chimiste japonais.
  - Recense les causes aboutissant à un effet.
  - Permet une aide à la décision pour soit corriger un fait existant, soit mettre en place un projet.
-

# Diagramme de Fishbone ou en arrête de poisson

---

- Les causes sont réparties dans les cinq catégories appelées 5M :
  - Matière
  - Matériel
  - Méthode
  - Main d'œuvre
  - Milieu





# MESSAGES CLES

---

□ Qualité Sécurité des Soins, mais encore...

- 21<sup>ème</sup> siècle
- Auto-évaluation
- Formation
- Amélioration

→ Nécessite l'implication de chacun

---



Voir plus

### Revue de presse

Revue de presse

**Dry January**

Revue de presse

**Perizia «Ucciso pure con una lama»**

Revue de presse

**40 000 Suisses concernés par la BPCO**

Voir plus

### Infos collaborateur

Infos RH

Filière

Métier

#### Caisse de pension: séance d'information

Le mercredi 30 janvier 2019 à 14h, la Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève (CEPG) organise...

[Lire la suite](#)

#### Symposium "Réflexions autour des relations médecins -

A l'occasion de la St-Valentin, un symposium sur la thématique des relations médecins-industrie...

[Lire la suite](#)

#### Conférence "La formation continue en ébullition"

Complexité, agilité et interprofessionnalité...ça vous intéresse ? Les Hôpitaux

[Lire la suite](#)

#### Avec la SUVA, glissez en douceur

Les 17 et 18 janvier 2019, la SUVA tiendra un stand d'information aux HUG. Objectif ? Faire de...

[Lire la suite](#)

#### Annuité, cotisations, retraite, congés : informations 2019

Retrouvez toutes les informations émanant de la Direction des ressources humaines et destinées...

[Lire la suite](#)

UNIVERS RH

Liens

Contacts

Groupes

Dates

Notes

### Raccourcis

AES - exposition sang

Ardoise de garde

Déclaration d'incident (GIDI)

Demande d'intervention

Documentation clinique

EIG - événement grave

eRH, mes données personnelles

eProcess

Espace carrière

Formulaires institutionnels

### Quoi de neuf dans mon réseau ?



**WELKER Sylvie, Madame** - Service de médecine de premier recours a rejoint le groupe le 18.01.2019 09:41



**LICHTSCHLAG Anne, Madame** - Service de médecine de premier recours a publié un nouveau contenu le 15.01.2019 09:15  
[Liens utiles](#)

Colloques du mardi Bibliothèque Ateliers, présentations



**LICHTSCHLAG Anne, Madame** - Service de médecine de premier recours a publié un nouveau contenu le 09.01.2019 17:35  
[Archives](#)

Anciens programmes d'enseignement : Décembre 2018 Novembre 2018 Octobre 2018 Septembre 2018 Août 2018 Juillet...



**SOCQUET Jennifer, Docteure** - Plan HOCA SMPR a rejoint le groupe le 07.08.2018 17:33



Connexion Ecrivez-nous

### Nouvelle Déclaration

Cette déclaration s'applique uniquement **aux incidents**. Pour les **événements indésirables graves (EIG)**, les modalités d'annonce sont décrites dans la directive [Gestion des événements indésirables graves et des incidents](#). Le formulaire téléchargeable [ici](#), est à adresser **meilleurs délais**.

#### Déclarant

\* Désirez-vous faire une déclaration anonyme ?  Oui  Non

Avez-vous été impliqué dans l'événement ?  Oui  Non

\* Nom, Prénom  Téléphone

Fonction

#### Pièces Jointes

[ Aucune Pièce Jointe ]

Ajouter

#### \* Événement

#### Matériel impliqué

Cet incident implique un matériel ? :  Oui  Non

#### Groupe Incident

Département :

\* Groupe incident :

#### Dates

Date Incident  Heure Incident  \* Date Déclaration

#### Lieu de l'incident

Unité / Services  Précisions sur le lieu

#### Suggestions, solutions & propositions

#### Autres Rapports établis

Autres rapports établis :  Oui  Non

Vous pouvez adresser une copie de votre déclaration d'incident à un ou plusieurs groupes de vigilance en cochant les cases ci-dessous :

Avertir la matério-vigilance

Avertir la pharmaco-vigilance

Avertir l'hémo-vigilance

\* Les champs identifiés en Jaune sont Obligatoires

Envoyer

## Alors, la Qualité ça vous motive...?

L'erreur en médecine ambulatoire:  
Comment l'aborder ?  
RMS 2007; 32718: 1-6

