



CHUV – FHV - HUG

**Formation à la Sécurité
des patients pour
professionnels de la
santé.**

Edition 2016

RAISON D'ÊTRE DE CETTE FORMATION

La parution, en 1999, du rapport « To err is human » (l'erreur est humaine) de l'Académie américaine des sciences médicales, révélant l'ampleur du phénomène des événements indésirables au sein des établissements de santé, a déclenché une prise de conscience et une attention soutenue au thème de la sécurité des patients.

Durant la dernière décennie, les professionnels de santé ont commencé à se rendre compte des risques inhérents aux activités cliniques et à développer la prévention de ces événements. Les patients sont également devenus plus attentifs aux risques, et leurs attentes se sont élevées à l'égard de la prévention des événements indésirables et de la communication qui touche à ce sujet. Les pouvoirs publics ont développé la réglementation et la promotion de la gestion des risques cliniques, ainsi que les indicateurs de suivi qui s'y rapportent.

Simultanément, la recherche a mis en évidence de plus en plus de méthodes permettant de fiabiliser les processus cliniques et de réduire les risques associés aux procédures diagnostiques et thérapeutiques.

Ainsi, l'amélioration de la sécurité des patients est devenue un volet important de la gestion de la qualité. Elle fait appel à une famille d'outils spécifiques et demande, outre les connaissances générales liées à la gestion de la qualité clinique, des connaissances et des compétences particulières, objet de cette formation.

DESCRIPTION DE LA FORMATION – PROFIL DES PARTICIPANTS

Cette formation est destinée en premier lieu à des personnes assumant une responsabilité de conception, de coordination ou de mise en œuvre d'activités visant à la sécurité des patients.

Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) organisent par conséquent conjointement une formation spécifique pour ces fonctions.

Cette formation est complémentaire au certificat de formation continue universitaire en qualité des soins (sécurité, implication du patient, efficacité) et au cours Error & Risk Analysis en langue française, de la Fondation pour la Sécurité des Patients.

Elle s'adresse également à tous les cadres et collaborateurs appelés à prendre des responsabilités dans le cadre de la gestion des risques cliniques, ainsi qu'à tous les professionnels de soins (médecins, infirmiers, pluriprofessionnels de la santé) pour des activités touchant à la sécurité des patients ou appelés à superviser ces fonctions.

OBJECTIFS

- Acquérir les connaissances et compétences de base liées à la sécurité des patients et à la culture de la « sécurité des patients ».
- Être à même de développer des outils de mesure et indicateurs sur ce thème.
- Comprendre le processus de création, de développement et mise en œuvre d'un programme ciblé en matière de gestion des risques cliniques.
- Mettre sur pied des initiatives et les adapter à son organisation en visant une amélioration concrète de la sécurité des patients.
- Être en mesure d'incorporer des concepts de sécurité dans l'ensemble des processus cliniques.

STRUCTURE

4 journées, un séminaire résidentiel de 2 jours, et 3 soirées de conférences, répartis sur 7 mois (de mars à septembre 2016) soit un total de 58 heures d'enseignement.

Un travail de fin de formation (30 heures de travail personnel) à déposer pour le **12 octobre 2016**.

Une attestation de formation continue sera remise aux participants suivant l'ensemble de la formation et dont le travail de fin de formation aura été validé.

COORDINATEURS DE LA FORMATION

- Prof. Jean-Blaise Wasserfallen, directeur médical CHUV
- Dr Anthony Staines, chargé du programme « sécurité des patients » de la FHV
- Dr Pierre Chopard, médecin adjoint agrégé, responsable du service qualité des soins, direction médicale et qualité, HUG

PRIX DE LA FORMATION

Prix de la formation : **CHF 3'800.-** au total, y compris les soirées, les repas, l'hébergement durant le séminaire résidentiel et la correction des travaux de mémoire. Il est également possible de s'inscrire pour une journée isolée (CHF 600.-) ou pour une soirée de conférence (CHF 150.-, gratuite pour le personnel du CHUV, de la FHV et des HUG, sur inscription).

INSCRIPTION ET RENSEIGNEMENTS

CHUV – Direction médicale

Mme Evalie GIROUD
Rue du Bugnon 21
1011 Lausanne
Tél. : +41 21 314 60 85
E-mail : evalie.giroud@chuv.ch

Délai d'inscription est fixé au 16 Décembre 2015

PLAN ET ORGANISATION DE LA FORMATION

Dates	Horaires	Thèmes	Lieux
Jour 1 09.03.2016	08h30 – 17h30	Introduction : gestion des risques, erreur, événements indésirables Présentation d'outils de recherche de littérature	CHUV Bugnon 21 – 1011 Lausanne Niveau 6 – salle 6015
Jour 2 23.03.2016	08h30 – 17h30	Amélioration de la qualité clinique et gouvernance clinique Gestion de projets	CHUV Bugnon 21 – 1011 Lausanne Niveau 6 – salle 6015
Soirée 1 27.04.2016	19h00 – 22h00	Communication interpersonnelle et travail d'équipe Apports de programmes de « Crew Resource Management » et de la simulation dans l'amélioration de la sécurité des patients	CHUV Bugnon 46 – 1011 Lausanne Auditoire Alexandre Yersin
Jour 3 11.05.2016	08h30 – 17h30	Culture, structure et organisation de la sécurité	CHUV Bugnon 21 – 1011 Lausanne Niveau 6 – salle 6015
Jour 4 25.05.2016	08h30 – 17h30	Analyse prospective des risques et analyse systémique d'incidents appliquées au circuit du médicament	CHUV Bugnon 21 – 1011 Lausanne Niveau 6 – salle 6015
Soirée 2 15.06.2016	19h00 – 22h00	Facteurs humains : biais de prise de décision, perception et gestion des risques ; transmission d'informations	CHUV Bugnon 46 – 1011 Lausanne Auditoire Alexandre Yersin
Soirée 3 31.08.2016	19h00 – 22h00	Utilisation des indicateurs cliniques (dont ANQ/OFSP) pour l'amélioration de la qualité des soins. Outils de diagnostic des problèmes de sécurité dans les prises en charge cliniques	CHUV Bugnon 46 – 1011 Lausanne Auditoire Alexandre Yersin
Jour 5 22.09.2016		Interventions pour la promotion et la surveillance de la sécurité des patients	Château de Bossey Ch. de Chenevière 2 1279 Bogis-Bossey
Jour 6 23.09.2016		La gestion des vigilances (pharmaco, hémo, matériovigilances) Interventions pour l'amélioration de la sécurité des patients	

**INTRODUCTION À LA GESTION DES RISQUES, DE L'ERREUR, DES ÉVÉNEMENTS
INDÉSIRABLES
PRÉSENTATION DES OUTILS DE RECHERCHE DE LITTÉRATURE**

Responsable de la session : Anthony Staines

Intervenants : Anthony Staines,

Les participants sont priés de se munir d'un PC portable pour les exercices de l'après-midi.

PROGRAMME

08h30 – 09h30	Introduction à la formation, organisation, présentation
09h30 – 10h30	Événements indésirables : définition, prévalence
10h30 – 10h45	Pause
10h45 – 12h00	L'erreur et la sécurité des patients
12h00 – 12h30	Exercices : incidents, événements indésirables, erreurs
12h30 – 13h30	Lunch
13h30 – 14h15	Le leadership pour la sécurité des patients
14h15 – 14h45	La recherche de littérature Partie théorique entrecoupée d'exercices pratiques : présentation de bases de données (Medline Cochrane), recherches simples et par descripteurs (Mesh), combinaison avec les opérateurs booléens, limites.
14h45 – 15h00	Pause
15h00 – 16h00	Recherches pratiques sur les thèmes de sécurité des patients à rechercher par les participants
16h00 – 17h30	Présentation de sites web spécifiques à la sécurité des patients

COMPÉTENCES VISÉES

- Comprendre l'émergence du concept de « sécurité des patients » et ses enjeux.
- Connaître les principales définitions des termes utilisés.
- Comprendre les théories et modèles liés à l'erreur et aux accidents.
- Comprendre et connaître le concept de la gestion de projet et ses principaux outils.
- Savoir réaliser une revue de littérature pour répondre à une question simple liée aux interventions d'amélioration de la sécurité des patients, en incluant la littérature scientifique et la littérature grise.

LECTURES

Indispensables : à lire avant le module

- Confédération suisse, Office fédéral de la santé publique. Rapport au Conseil fédéral sur la concrétisation de la stratégie fédérale en matière de qualité dans le système de santé; 2011 25 mai.
- Baker RG, Norton P. *La sécurité des patients et les erreurs médicales dans le système de santé canadien : un examen et une analyse systématiques des principales initiatives prises dans le monde*. Ottawa: Santé Canada;2002. P 9-19.
- Groupe de travail Sécurité des Patients de la Commission Nationale d'accompagnement pour la Performance hospitalière. *La sécurité du patient: éviter l'évitable. Note stratégique sur la sécurité des patients*: Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement;2007.
- Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med*. Nov 25;363(22):2124-2134.
- Piller O. Décès imputables à une erreur médicale en milieu hospitalier. *Bulletin des médecins suisses*. 2001;82(9):436.
- Staines A. Événements indésirables : l'ampleur du problème. *Compétence*. 2008(7-8):10-11.

Recommandées

- Vleugels A, Vlayen A. Etude sur la sécurité des patients dans les hôpitaux belges, sous l'angle particulier de la réduction du risque d'erreur médicamenteuse. Leuven: Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV);2007.
- Giger M. Formation professionnelle des médecins et sécurité des patients. *Bulletin des médecins suisses*. 2007;88(29/30):1239.

Sites web

- https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512837&_dad=portal&_schema=PORTAL
- <http://www.who.int/patientsafety/fr/index.html>
- <http://www.nlm.nih.gov/bsd/disted/pubmed.html>
- <http://library.medicine.yale.edu/guides/feature/ovidsp/>
- http://www.cochrane.org.au/libraryguide/guide_data.php
- <http://www.bib.umontreal.ca/guides/bd.htm>

**AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ CLINIQUE ET GOUVERNANCE CLINIQUE
GESTION DE PROJETS**

Responsable de la session : Anthony Staines

Intervenants : Sylvie Thierry Perez, Anne-Claude Griesser, Francesca Bosisio, Anthony Staines

PROGRAMME

08h30 – 09h30	Gestion de projet : quelques principes
09h30 – 10h00	Le modèle d'amélioration de la qualité
10h00 – 10h15	Pause
10h15 – 11h30	Exercices pratiques
11h30 – 12h15	Les outils d'amélioration de la qualité
12h15 – 13h15	Lunch
13h15 – 14h15	Gouvernance clinique : concept et exemple
14h15 – 15h10	Itinéraires cliniques : concept et exemple
15h10 – 15h30	Pause
15h30 à 17h30	Présentation de cas : gouvernance clinique et amélioration clinique

COMPÉTENCES VISÉES

- Comprendre le modèle de l'amélioration de la qualité et être en mesure de l'appliquer.
- Connaître les principaux outils de l'amélioration de la qualité en santé et être en mesure de choisir ceux qui conviennent le mieux à une démarche à mettre en route.
- Comprendre le concept de gouvernance clinique.
- Connaître les stratégies les mieux à même d'améliorer les résultats cliniques à l'hôpital.

LECTURES

Indispensables : à lire avant le module

- Øvretveit J, Staines A. Sustained Improvement? Findings from an independent case study of the Jönköping improvement program. *Qmhc* 2007;16:68-83.
- Freudiger S, Pittet G, Christen-Gueissaz E. Convergences et décalages entre la portée institutionnelle des « démarches qualité » et le bien-être des résidents d'établissements médico-sociaux certifiés. *Ethique & Santé*. 2007(4):4-11.
- Staines A. La gouvernance clinique: assurance de qualité. *Competence*. 2006(4):22-25.

Recommandées

- Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 2001;322:1413-7.
- Wright J, Hill P. *Clinical governance*. London: Churchill Livingstone; 2003.
- C. Gray, E. Larson, *Management de projet*, Dunod, 2007.
- Langley GJ. *The improvement guide : a practical approach to enhancing organizational performance*. 2nd edition. ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
- Øvretveit J, Staines A. *L'amélioration de la valeur dans les services de santé* Paris: Springer; 2011.
- Hougron T. *La conduite de projets*. Paris : Dunod, 2001
- C. Gray, E. Larson, *Management de projet*. Paris : Dunod, 2007
- Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 2001;322:1413-7.
- Wright J, Hill P. *Clinical governance*. London: Churchill Livingstone; 2003.
- Griesser AC, Wasserfallen JB, Peytremann-Bridevaux I. Les itinéraires cliniques sont-ils efficaces ? *Rev Med Suisse* 2010 ;6 :2104
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (2004) *Chemin clinique : une méthode d'amélioration de la qualité*. Haute autorité de santé, Saint-Denis la Plaine. www.has-sante.fr
- Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N. & Porteous, M. (1998) *Integrated care pathways*. *BMJ*, 316, 133-7.
- Griesser AC (2010). *Petit précis d'organisation des soins et interdisciplinarité*. Lamarre, Rueil-Malmaison.
- Middleton S & Roberts A (2002) *Integrated care pathways: a practical approach to implementation*, Butterworth-Heinemann, Oxford.

Sites web

- Site du NHS d'Ecosse : <http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/index.asp>
- Le réseau des itinéraires cliniques : <http://www.nkp.be>
- European Pathways Association : <http://www.e-p-a.org/index2.htm>
- Institute for Healthcare Improvement : www.ihp.org
- <http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/index.asp>
- Réseau des itinéraires cliniques: www.nkp.be

**COMMUNICATION INTERPERSONNELLE ET TRAVAIL D'ÉQUIPE
APPORTS DE PROGRAMMES DE « CREW RESOURCE MANAGEMENT » ET DE LA
SIMULATION DANS L'AMÉLIORATION DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS**

Responsable de la session : Pierre Chopard

Intervenant : Guy Haller, Georges Salvoldelli

PROGRAMME (DE 19H00 À 22H00)

A propos d'un programme de « crew ressource management » de la théorie à la pratique
Pause
Place de la simulation dans l'amélioration de la sécurité
Discussions, synthèse

COMPÉTENCES VISÉES

- Connaître les domaines couverts par ces « outils », leurs apports ainsi que leurs limites dans l'amélioration de la sécurité.

LECTURES

Indispensables : à lire avant le module

- Haller, G.(2008). "Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting." Int J Qual Health Care 20(4): 254-63.
- Bruppacher, H. R., S. K. Alam, et al. (2010) "Simulation-based Training Improves Physicians' Performance in Patient Care in High-stakes Clinical Setting of Cardiac Surgery." Anesthesiology.
- Gaba, D. M. (2004). "The future vision of simulation in health care." Qual Saf Health Care 13 Suppl 1: i2-10.

CULTURE, STRUCTURE, ORGANISATION ET MESURE DE LA SÉCURITÉ

Responsable de la session : Anthony Staines

Intervenants : Pierre Chopard, Anthony Staines

PROGRAMME

08h30 – 09h30	Structure et organisation pour la sécurité des patients
09h30 – 10h00	Culture de la sécurité des patients : concept et définitions
10h00 – 10h15	Pause
10h15 – 11h15	La mesure de la culture « sécurité des patients »
11h15 – 12h00	Exercice : interprétation d'une enquête « climat sécurité des patients » et plan d'action
12h00 – 13h00	Lunch
13h00 – 13h45	Culture, système et sécurité des soins
13h45 – 15h30	Système de notification et de gestion des incidents^
15h30 – 15h45	Pause
15h45 – 16h45	Analyse systémique d'incidents : théorie et pratique
16h45 – 17h30	La « Just culture » : concept et application

COMPÉTENCES VISÉES

- Comprendre le concept de culture sécurité.
- Connaître les différents instruments de mesure de la culture sécurité.
- Connaître les modalités de mise en œuvre d'une enquête culture sécurité.
- Connaître les différents systèmes de gestion des incidents et les exigences légales (fédérales et cantonales).
- Etre capable de mettre en œuvre un système de gestion des incidents.
- Comprendre le concept de « Just Culture ».

Lectures

Indispensables : à lire avant le module

- Culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. Haute Autorité de Santé. France 2010 http://www.has-sante.fr/portail/jcm/c_1025241/culture-de-securite-du-concept-a-la-pratique.
- Benn, J, Koutantji, M, Wallace, L. et al. Feedback from incident reporting : information and action to improve patient safety. Qual Saf Health Care 18 2009 11-21.
- Staines A. Agir sur la culture pour développer la sécurité des patients. Compétence. 2009(7-8):24-25.
- Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, et al. Comment enquêter sur des incidents cliniques et les analyser: protocole de l'unité des risques cliniques et de l'association de la gestion du contentieux et des risques. Ann Fr Anesth Réanim. Juin 2002;21(6):509-516.

Recommandées

- Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Quality & Safety in Health Care. Oct 2005;14(5):364-366.
- Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. Qual Saf Health Care. April 1, 2006 2006;15(2):109-115.
- Wagner C. The role of patient safety culture. Patient Safety Research : Shaping the European Agenda. Vol Porto, Portugal: World Health Organization; 2007.
- Marx D. Patient Safety and the "Just Culture:"A Primer For Health Care Executives April 17 2001.

ANALYSE PROSPECTIVE DES RISQUES ET ANALYSE SYSTÉMIQUE D'INCIDENTS APPLIQUÉS AU CIRCUIT DU MÉDICAMENT

Responsable de la session: Pierre Chopard

Intervenants: Pierre Chopard

PROGRAMME

08h30 – 09h15	Problématique et introduction au processus
09h15 – 09h45	Pause
09h45 – 11h45	Vignette intrathécale et documents Répartition en 2 groupes → analyse de processus
11h45 – 12h30	Stratégie d'amélioration de la sécurité
12h30 – 13h30	Lunch
13h30 – 15h00	Présentation des concepts d'analyse prospective de risques
15h00 – 15h15	Pause
15h15 – 17h30	Exercice pratique d'utilisation de l'AMDEC

COMPÉTENCES VISÉES

- Connaître les risques liés au processus d'utilisation du médicament.
- Connaître et appliquer une méthode d'analyse d'incidents.
- Etre capable de modifier un processus.
- Avoir une vision d'ensemble des stratégies d'amélioration de la sécurité du médicament.
- Connaître les différentes méthodologies d'analyse prospectives des risques.
- Connaître les principes d'application de la méthode AMDEC.

LECTURES

Indispensables : à lire avant le module

- Bates, D. W., D. J. Cullen, et al. (1995). "Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group." *Jama* 274(1): 29-34.
- Koppel, R., J. P. Metlay, et al. (2005). "Role of Computerized Physician Order Entry Systems in Facilitating Medication Errors." *JAMA* 293(10): 1197-1203.
- Institute of Medicine. Preventing Medication errors. The National Academies Press, Washington, USA, 2006.
- Bonnabry, P., L. Cingria, et al. (2005). "Use of a systematic risk analysis method to improve safety in the production of paediatric parenteral nutrition solutions.
- Vincent, C., S.Taylor-Adams, et al.(2000). "How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol". *BMJ* 320 : 777-781.

FACTEURS HUMAINS : BIAIS DE PRISE DE DÉCISION, PERCEPTION ET GESTION DES RISQUES ; TRANSMISSION D'INFORMATIONS

Responsable de la session : Anthony Staines

Intervenant : Franziska Tschan

PROGRAMME (de 19h00 à 22h00)

Facteurs humains : biais de prise de décision, perception et gestion des risques ; transmission d'informations
Pause
Méthodes de prévention : réflexion en groupes ; check-lists, conférences mortalité-morbidité : leurs avantages, inconvénients et les résistances à leur utilisation

COMPÉTENCES VISÉES

- Connaître les biais et les influences les plus importantes sur la prise de décision et leur importance pour la sécurité des patients.
- Connaître les influences sur la perception des risques.
- Interventions potentielles dans la prise de décision et gestion des risques.

LECTURES

- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: Mapping bounded rationality. *American Psychologist*, 58(9), 697-720.
- Orlander, J. D., Barber, T. W., & Fincke, B. G. (2002). The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error. *Academic Medicine*, 77(10), 1001-1006.
- Pauley, K., Flin, R., Yule, S., & Youngson, G. (2011). Surgeons' intraoperative decision making and risk management. *American Journal Of Surgery*, 202(4), 375-381. doi: S0002-9610(11)00124-3 [pii] 10.1016/j.amjsurg.2010.11.009
- Tschan, F., Semmer, N. K., Gurtner, A., Bizzari, L., Spychiger, M., Breuer, M., & Marsch, S. U. (2009). Explicit Reasoning, Confirmation Bias, and Illusory Transactive Memory. A Simulation Study of Group Medical Decision Making. *Small Group Research*, 40(3), 271-300. doi: Doi 10.1177/1046496409332928

Recommandées

- Vincent, C. (2010) *Patient Safety*. Chichester, UK: John Wiley.
- Kahneman, D., Lovallo, D., & Sibony, O. (2011). Before you make that big decision. *Harvard Business Review*, 89(6), 50-60
- François, P. (2005). Revues de mortalité et de morbidité: une méthode d'amélioration des pratiques professionnelles. *Risques et qualité*, 2, 139-144.
- Christensen, C., Larson, J. R., Abbott, A., Ardolino, A., Franz, T., & Pfeiffer, C. (2000). Decision making of clinical teams: Communication patterns and diagnostic error. *Medical Decision Making*, 20(1), 45-50.

- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H., Dellinger, E. P., Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499.

Sites web

- http://www.unaformec-ra.com/fichiers/aeu/aeu200607cd/DOCUMENTS/3EPP-FMC/3-%20GUIDES-METHODES-OUTILS/Guides/gestion_risques.pdf

UTILISATION DES INDICATEURS CLINIQUES (DONT ANQ /OFSP) POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS - OUTILS DE DIAGNOSTIC DES PROBLÈMES DE SÉCURITÉ DANS LES PRISES EN CHARGE CLINIQUES

Responsable de la session : Jean-Blaise Wasserfallen

Intervenants : Anne-Claude Griesser (point 1)
Jean-Blaise Wasserfallen (point 2)
Anthony Staines (point 3)

Programme (de 19h00 à 22h00)

1° Utilisation des indicateurs cliniques (dont ANQ et OFSP) pour l'amélioration de la qualité des soins
Pause
2° Apport des outils de diagnostic des problèmes de sécurité dans les prises en charge cliniques : les trigger tools
3° Utilisation du Trigger Tool médicamenteux dans le cadre du collectif de travail FHV sur la prévention des événements indésirables liés aux médicaments
4° Discussion et synthèse

COMPÉTENCES VISÉES

- Connaître les domaines couverts par ces indicateurs et outils, leurs apports ainsi que leurs limites dans l'amélioration de la qualité des soins et la sécurité des prises en charge.

LECTURES

Indispensables : à lire avant le module

- F. A. Griffin and D. C. Classen. Detection of adverse events in surgical patients using the Trigger Tool approach. Qual Saf Health Care 2008;17:253–258. doi:10.1136/qshc.2007.025080.
- David C. Classen, Robert C. Lloyd, Lloyd Provost, Frances A. Griffin, and Roger Resar. Development and evaluation of the Institute for Healthcare Improvement Global Trigger Tool. J Patient Saf 2008;4:169-177.

Recommandées

- F.A.Griffin, R.K. Resar. *IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2007.

Sites web

Indicateurs ANQ: <http://www.anq.ch/fr/resultats-de-mesure/resultats-somatique-aigue/>

Indicateurs OFSP :

http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoL2t1di9zcGI0YWxzZGF0aXN0aWsvG9ydGFsX2ZyLnBocD9sYW5nPWZyJmFtcDtuYXZpZD1xaXNz&lang=fr

INTERVENTIONS POUR LA PROMOTION ET LA SURVEILLANCE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Responsable de la session : Jean-Blaise Wasserfallen

Intervenants : Christian Lovis, Nicolas Troillet, Giorgio Zanetti, Lucie Charbonneau, Bernard Walder, Jean-Blaise Wasserfallen

PROGRAMME

08h30 – 10h30	Intégration des technologies de l'information dans les processus de soins
10h30 – 10h45	Pause
10h45 – 12h30	Infections nosocomiales : <ul style="list-style-type: none">- Surveillance des plaies opératoires- Bactériémies-
12h30 – 13h30	Lunch
13h30 – 14h30	Programme institutionnel « objectif zéro escarre »
14h30 – 14h45	Pause
14h45 – 15h45	Réduction des complications liée aux voies veineuses centrales au niveau institutionnel
15h45 – 17h30	Discussion générale : jusqu'où aller trop loin ?

COMPÉTENCES VISÉES

- Réflexion dans un domaine complexe.
- Identification des facteurs déterminants succès ou échec.
- Identification des risques à couvrir.

LECTURES

Indispensables : à lire avant le module

- Troillet N, Zanetti G. L'infection du site opératoire: une complication hospitalière qui concerne le médecin de premier recours. Revue Med Suisse 2002.
- Pittet D, Ruef C. Bactéries nosocomiales (parties 1 et 2). SwissNoso 1998.
- International Guidelines: Pressure ulcer prevention : prevalence and incidence in context. A consensus document.
- Zingg W, et al. Hospital-wide surveillance of catheter-related bloodstream infection: from the expected to the unexpected. J Hosp Infect 2009;73:41-46.

Recommandées

- Charles Vincent. Clinical risk management: enhancing patient safety. BMJ Books 2001. ISBN 0 7279 1392-1.
- Zingg W, et al. Central venous catheter-associated infections. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 2008;22:407-421.

Sites web

- Fondation pour la sécurité des patients. <http://www.patientensicherheit.ch>
- SwissNOSO: <http://www.swissnoso.ch/fr/news>

La gestion des vigilances (pharmaco, hémo, mat rio-vigilances) Interventions pour l'amélioration de la sécurité des patients

Responsable de la session : Pierre Chopard

Intervenants : Pierre Chopard, L. Pizzi Bosman, A.-C. Ra , Anthony Staines, J. Pugin

PROGRAMME

08h30 – 09h00	Rôle des vigilances en Suisse, loi sur les produits thérapeutiques
09h00 – 10h00	Témoignages de responsables de vigilances : matériovigilance
10h00 – 10h15	Pause
10h15 – 11h00	Témoignages de responsables de vigilances : hémovigilance
11h00 – 12h30	Le programme escarres HUG « zoom escarres »
12h30 – 13h30	Lunch
13h30 – 14h30	Difficultés de mises en œuvre des groupes incidents
14h30 – 15h00	Les care bundles
15h00 – 15h20	Pause
15h20 – 16h00	Mise en place des sepsis care bundles aux soins intensifs
16h00 – 17h00	Safety check-list OMS aux blocs opératoires
17h00 – 17h30	Synthèse et commentaires concernant la formation

COMPÉTENCES VISÉES

- Connaître la loi sur les produits thérapeutiques et les exigences légales / r glementaires.
- Connaître les principes des care bundles.
- Comprendre les problèmes de sécurité aux blocs opératoires, l'impact de la surgical safety check-list de l'OMS, les difficultés de mise en œuvre et les moyens d'y faire face.

LECTURES

Indispensables : à lire avant le module

- Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques) : <http://www.swissmedic.ch/rechtstexte/00201/00203/index.html?lang=fr>.
- Raising the bar with bundles: Treating patients with an all-or-nothing standard. Joint Commission Perspectives on Patient Safety. 2006 Apr;6(4):5-6.
- What is a bundle ? Carol Haraden, vice-president of IHI, 2006. <http://www.ihi.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/ImprovementStories/WhatIsaBundle.htm>.
- Surgical safety check-list:
Alex B. Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med 2009;360:491-9.

Sites web

- www.swissmedic.ch
- www.ihi.org
- Site de l'OMS (safe surgical check-list) <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/fr/index.html>
- Site de la Haute autorité de santé (France) concernant la check-list au bloc opératoire: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_6737/affichage?text=check-list&catName=true&replaceFileDoc=false&searchInFiles=false&portlet=c_39085