

# Promouvoir la culture sécurité en hôpital de proximité

Exemple de la démarche menée au CH de Sully/Loire

Diane Gauthier, Pharmacien, RSMQ

Sandrine Surplie, RAQ



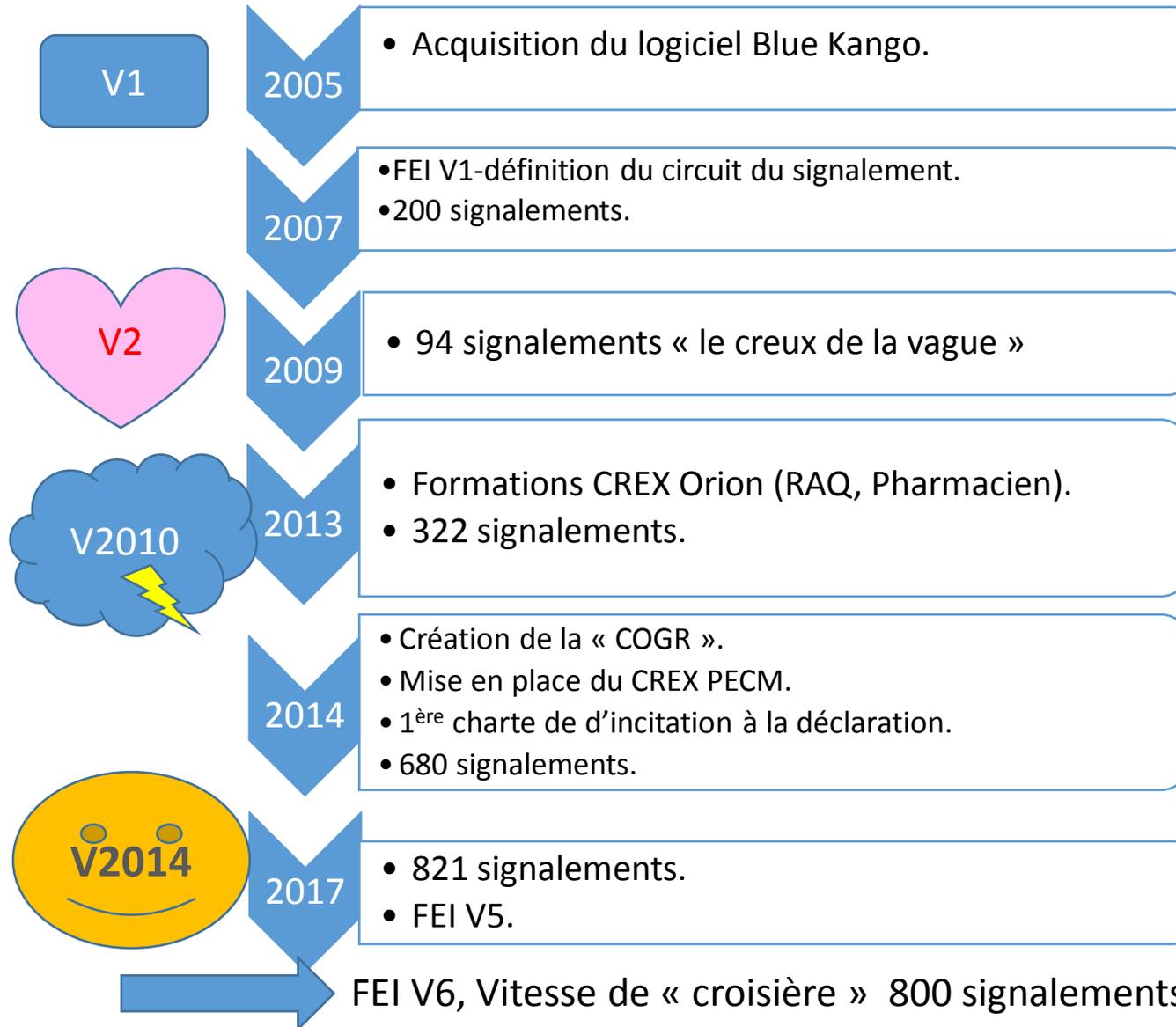
# CH de Sully/Loire « Ex-Hopital local »

- Etablissement public classé « Hôpital de proximité » :
  - 11 lits de médecine (3 soins palliatifs),
  - 14 lits de SSR,
  - 207 lits d'EHPAD.
- Médecins libéraux assurant la permanence médicale dans le secteur hospitalier (n=3, temps partiel).
- 2 Médecins salariés pour le secteur EHPAD (1,9 ETP).
- 1 Direction déléguée (Direction commune avec le CH de Gien).

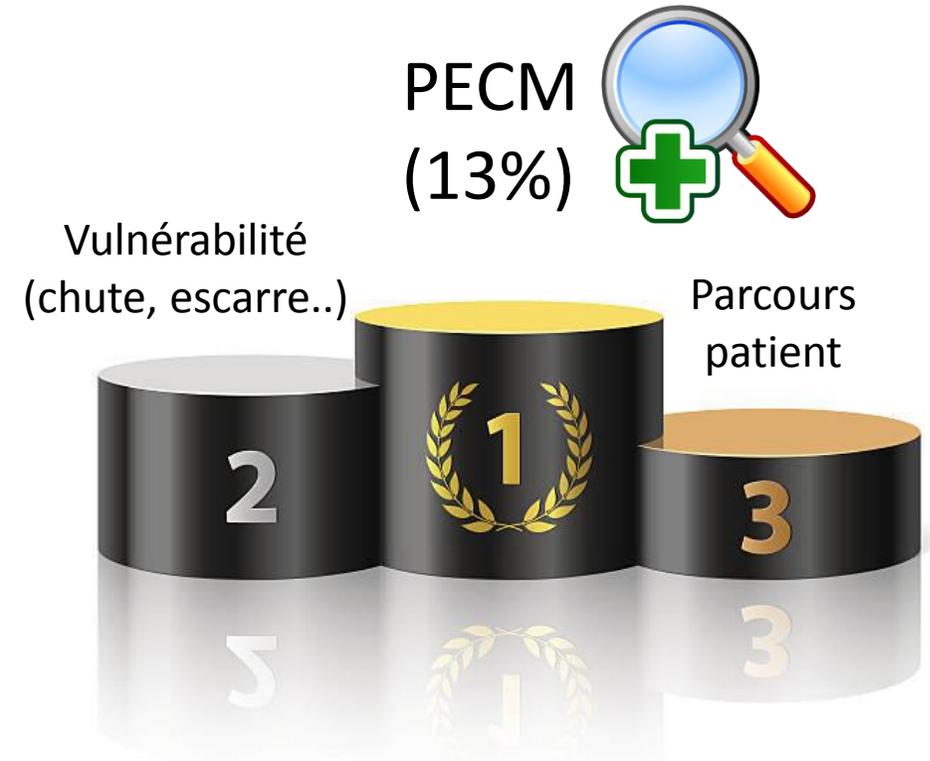
# Pour développer la culture sécurité:

- Le soutien de la Direction : une volonté de transparence.
- Une vision commune de l'encadrement, de la Direction et du personnel médical :
  - Signaler pour alerter (presque accident, évènement sentinelle),
  - Sortir de la perception « accusatrice »,
  - Connaître les problématiques de l'établissement (risque, organisation),
  - Les certifications perçues comme un levier
- Des moyens matériels :
  - Logiciel Blue Kango,
  - Un circuit entièrement informatisé (accès par tous et partout).
- Des moyens humains et de la formation :
  - 1 GDRAS,
  - 1 RAQ,
  - 1 pharmacien RSMQ PECM.
- organisation de la GDR revue en 2013.

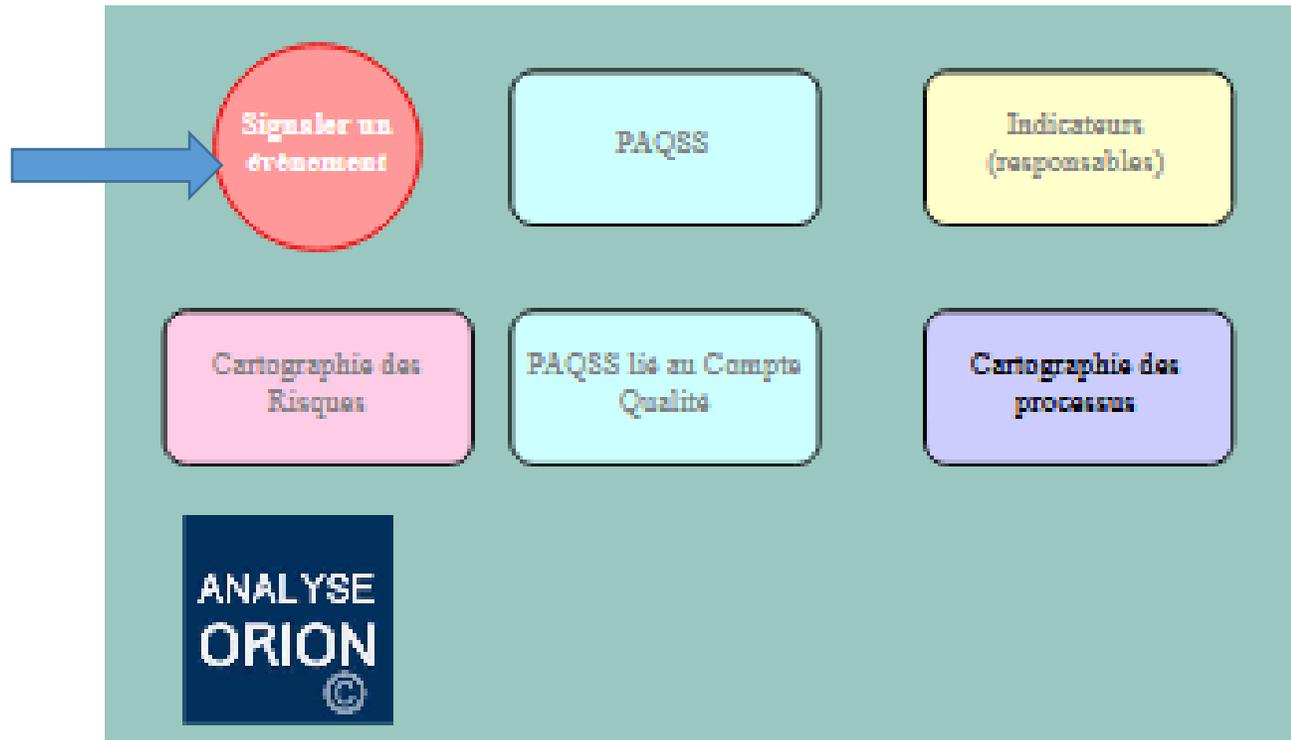
# Historique de la qualité gestion des risques (QGDR)



## Bilan des signalements 2018 (hors supports et logistique)



# Écran d'accueil « Blue Wall »



## Formulaires "Ressources Humaines"



Ordre de mission



Demande d'activité syndicale



Suivi des rappels agents

## Formulaires "Logistiques"



Bous d'intervention



Bous informatiques

**FICHE DE SIGNALEMENT DE RISQUES V6**

# Signalement des EI récupérés « presque accident », évènement sentinelle

Saisie | Enregistrements | COGR

## Description de l'évènement

Aide au signalement

Signalement et traitement d'un évènement

Quel risque avez-vous identifié ? (\*) :

- Risque lié à la prise en soins
- Risque lié à la prise en charge médicamenteuse
- Risque infectieux
- Fugue/Sortie à l'insu du personnel
- Risque lié à la maltraitance
- Risque lié au système d'information
- Risque lié à la sécurité alimentaire
- Risque lié à la gestion des locaux (logistique)
- Risques liés aux approvisionnements
- Risque lié à la gestion des déchets
- Risque lié à la gestion du linge
- Risque lié à la gestion du personnel

## Conséquences

Conséquences pour le patient/résident :

+ 🗑️  
Aucune sélection

Conséquences pour les professionnels :

+ 🗑️  
Aucune sélection

Conséquences pour la structure/le matériel :

+ 🗑️  
Aucune sélection

Tout sélectionner

Rechercher

- Aucune
- Aggravation de l'état de santé
- Augmentation de la durée d'hospitalisation
- Transfert dans une autre structure de soins (hôpital - autre unité)
- Décès
- Autre (préciser)

## FICHE DE SIGNALEMENT DE RISQUES V6

Saisie Enregistrements COGR

Déclaration

Réponse du responsable

Traitement du signalement par la COGR

Nom du responsable :

Date de la réponse du responsable :  (jj/mm/aaaa)

Précisions apportées par le responsable de service :

Action(s) immédiate(s) mise(s) en place par le responsable de service :

Aide à la cotation

 Signalement et traitement d'un événement

Fréquence de l'évènement évaluée par le responsable de service :  (valeur comprise entre 1 et 5)

### 1. Echelle de fréquence

Cotation	Echelle de Vraisemblance (Risque « a priori »)	Echelle de Fréquence (Risque « a postériori »)
1	Très improbable « jamais vu »	Très rare « < 1 fois/an »
2	Très peu probable « vu une fois dans ma carrière »	Rare « = 1 fois par an max. »
3	Peu probable « vu dans d'autres établissements »	Occasionnel « < 1 fois/mois »
4	Possible/probable « Survient dans l'établissement »	Fréquent « ≥ 1 fois/mois »
5	Très probable « vécu dans mon secteur d'activité »	Très fréquent « ≥ 1 fois/semaine »

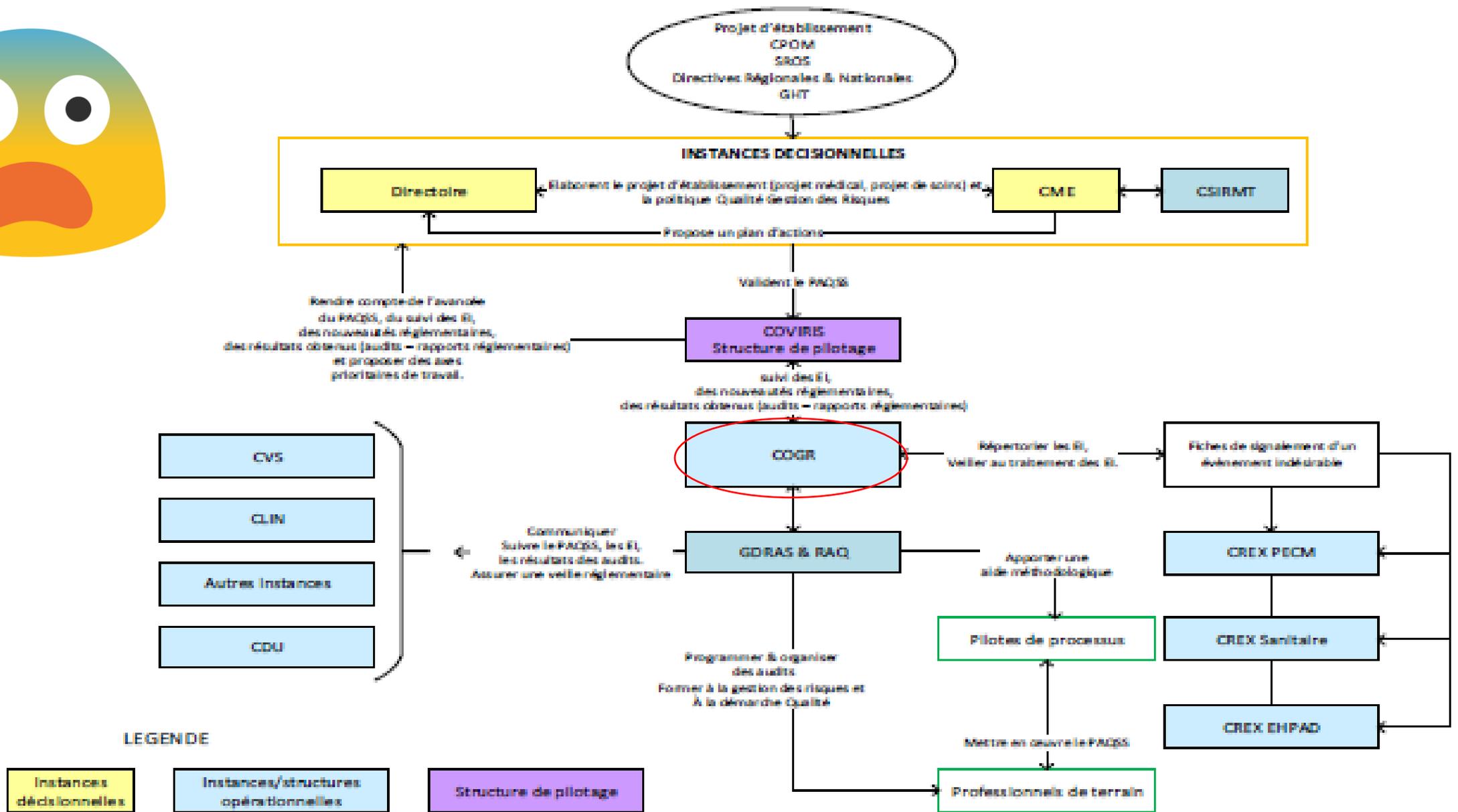
Gravité de l'évènement évaluée par le responsable de service :  (valeur comprise entre 1 et 5)

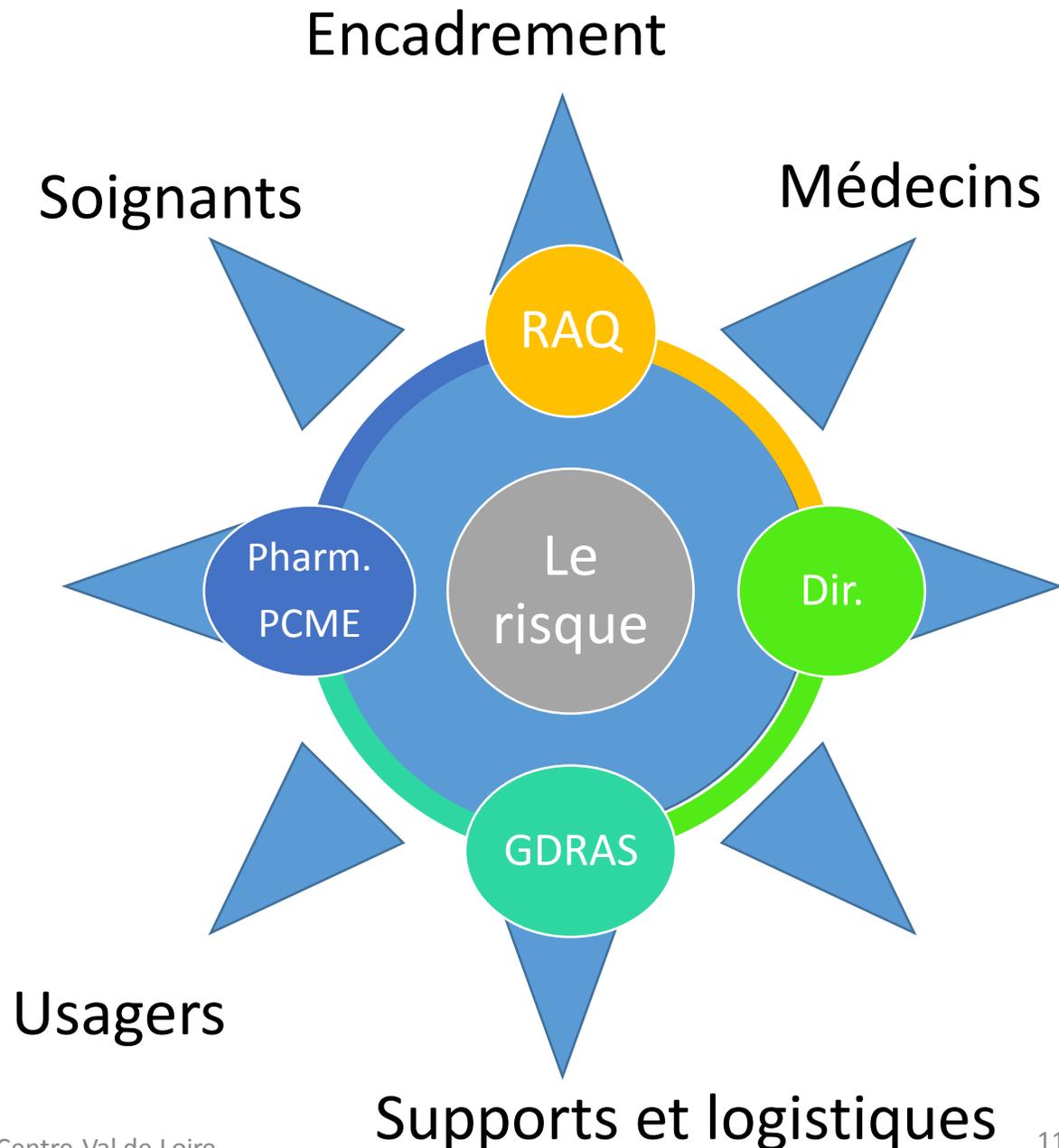
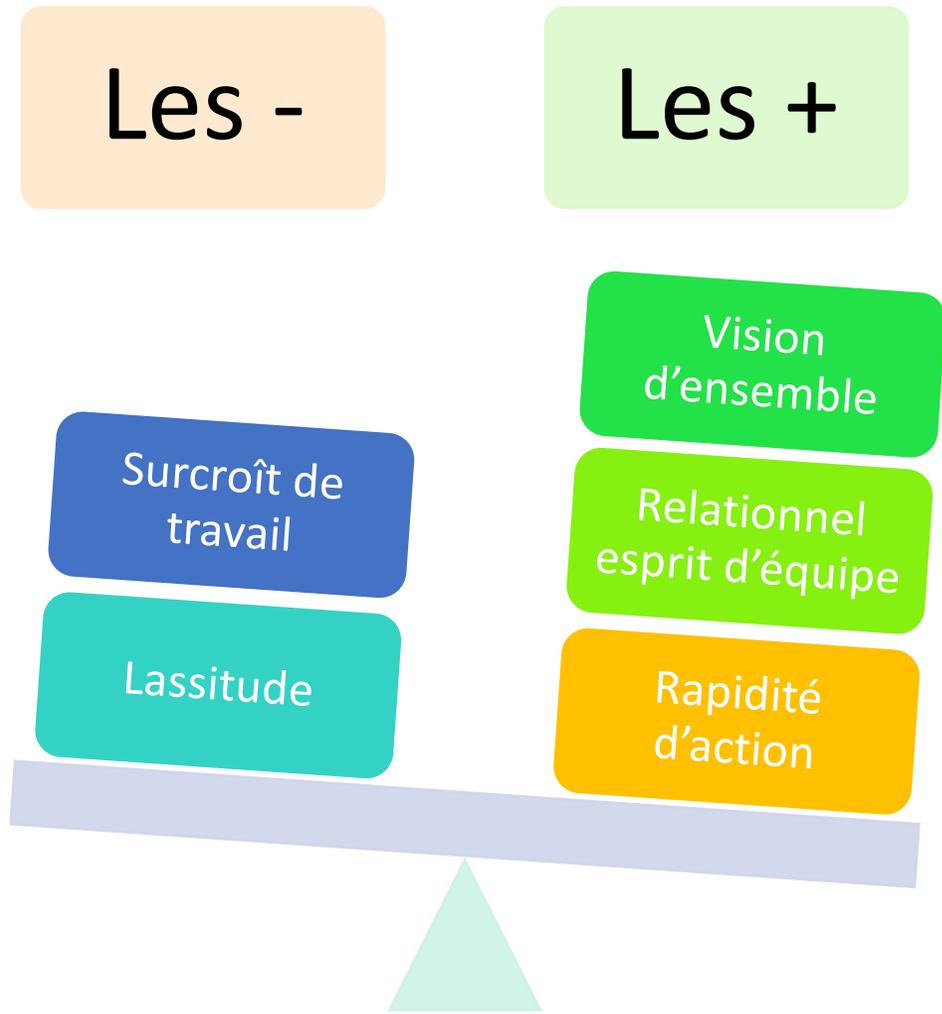
2. Echelle de gravité

# Notre principal obstacle= Des moyens humains limités

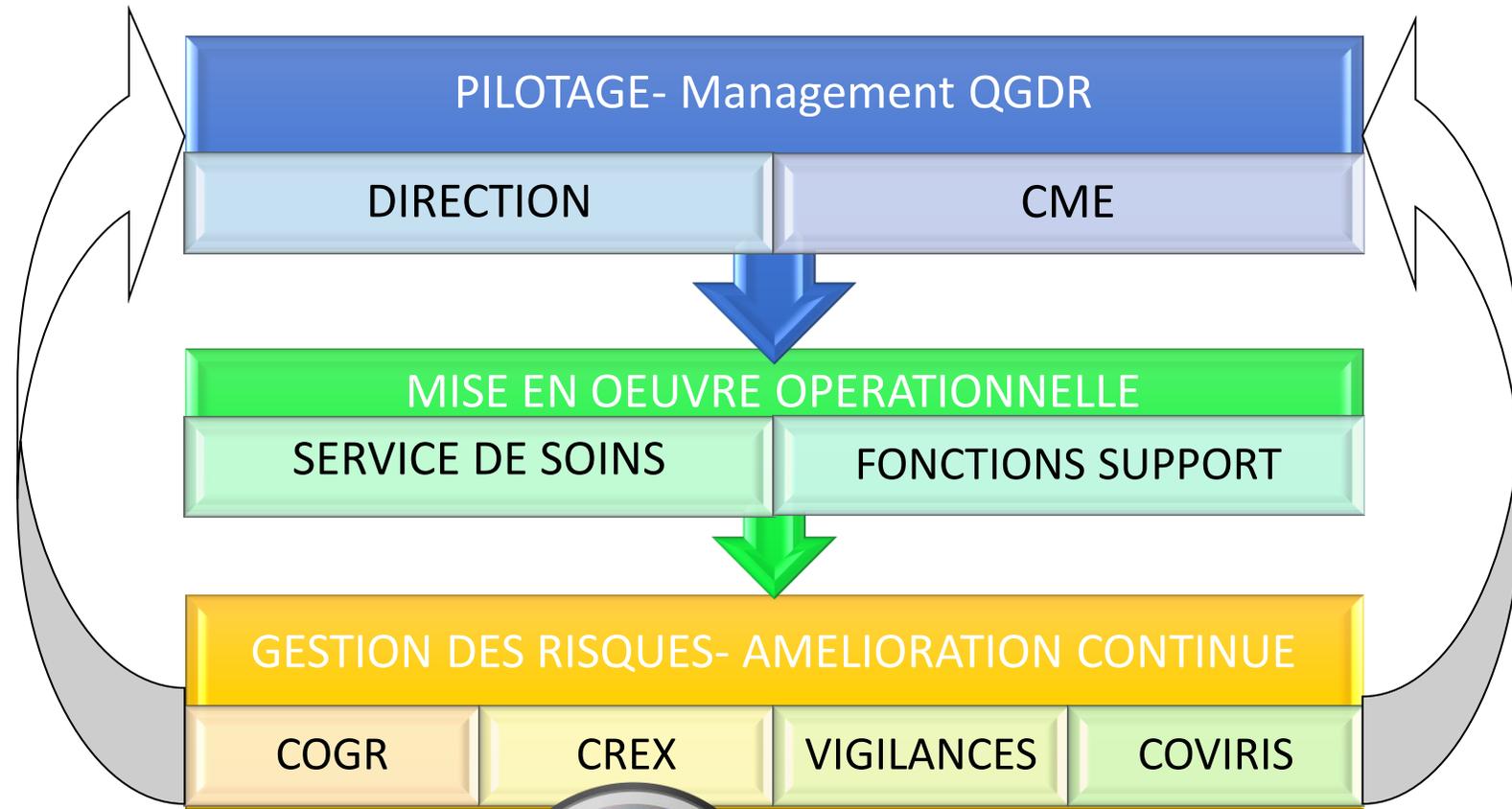
- Temps de présence médicale relativement faible
  - Quel temps reste-t-il à dédier à la qualité-sécurité?
- Le personnel impliqué dans la qualité GDR est multi-tâches et porte de nombreuses responsabilités







# En résumé



## **CREX PECM** institutionnalisé :

- Au moins 9/an (1/mois),
- décisionnaire,
- pluridisciplinaire (participation médicale et soignante),
- retour aux équipes formalisé
- évalué

# Focus PECM



- Le premier travail a consisté à faire accepter par tous un principe simple:  
« le pharmacien n'est pas le seul responsable de la prise en charge médicamenteuse »
- Erreur médicamenteuse avec analyse des causes, nous associons systématiquement:
  - **le médecin** prescripteur: prend connaissance des EI, prise de conscience des difficultés soignantes, des risques liés à ses propres pratiques (prescription imprécise)
    - Frein = disponibilité
  - **l'encadrement**: choisir des actions correctives « réalisables » en cohérence avec les exigences du service
    - Frein = perception de l'erreur, formation de l'encadrement
  - **Les soignants (IDE, AS)**: connaissance du terrain, changement de perception de l'analyse des causes
    - Frein = anxiété, peur de la sanction

# ça fonctionne?



- Déclarations d'EI
  - Auto déclaration
  - Appel direct au pharmacien
  - Déclaration des EI récupérés (« presque accident »)
- Pharmacie + perçue comme une structure d'appui et de soutien
  - N'est pas qu'une structure logistique dédiée à l'approvisionnement
  - La PECM souvent déclarée dans « prise en soin » = partie intégrante du soin
  - Améliore la concertation encadrement-RSMQ pour la mise en place des actions et les PEC
    - Ex: concertation pour les entrées programmées (disponibilité du traitement)

# Les changements observés :

- Changement de vision du signalement d'EI :
  - Incitation à la déclaration par tous les encadrants :
    - Un service qui ne déclare pas nous interroge...
    - Quasi exhaustivité des déclarations (et stabilité).
- Ce que l'on n'entend plus (ou moins) :
  - « je vais **te** faire une FEI ».
  - « Il a fait une FEI **contre** moi ».
  - « on **m'**a fait une FEI ».
- Indispensable : rester « neutre et bienveillant » :
  - ...nécessite un certain détachement
- La charte « d'incitation à la déclaration » (2014) devenue Charte de signalement de risque en 2016 :
  - **Inconnue du personnel ??**



# Les freins observés :

- Personnel soignant et médical
  - Effectifs tendus - difficultés de recrutement : surcharge de travail.
  - Turn over : recommencer la formation, communiquer sur la transparence et la bienveillance.
  - Différence de perception du travail selon la génération des soignants, tension intergénérationnelle
  - Compréhension de l'intérêt de la démarche QGDR.
- Exigences de plus en plus élevées (réglementaires, HAS, CAQES) perçues comme un surcroît de travail.
- Peu d'évaluation du coût de la non qualité.

**« Avant on ne faisait pas tout ça  
et ça allait très bien! »**



# La culture sécurité dans l'établissement

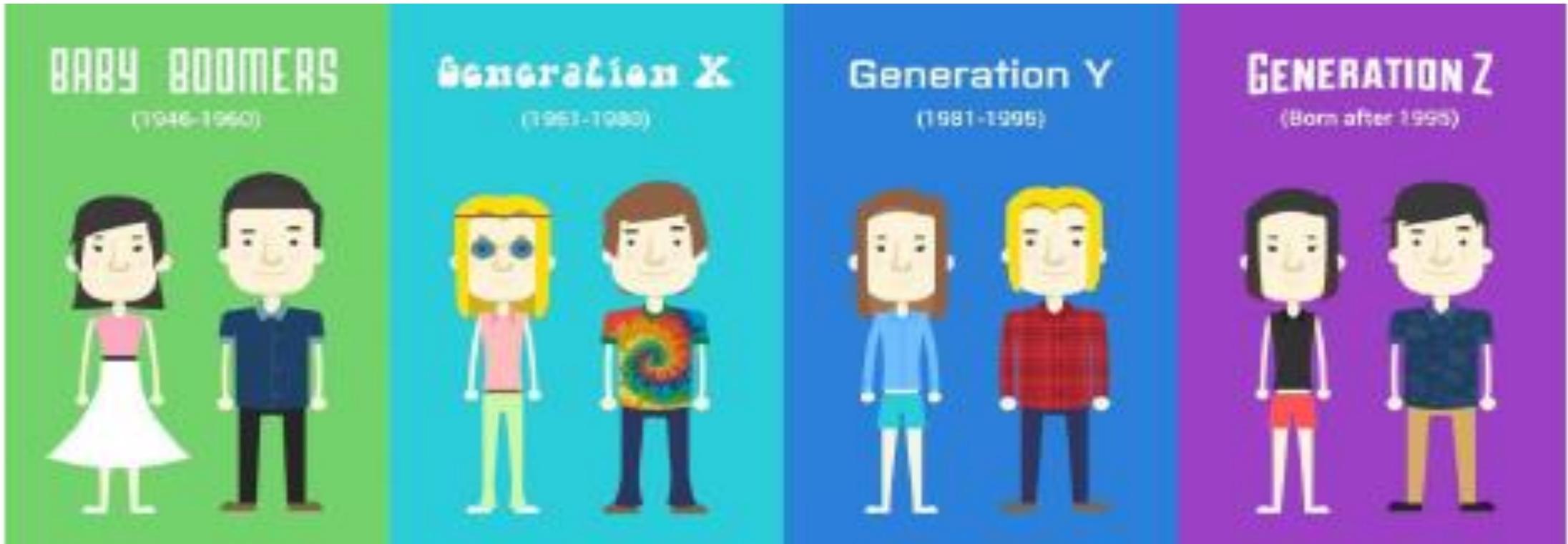
- Ancrée ?
- Évaluée!
- Sans cesse recommencer...



# La formation et la communication :

- Journées de formations obligatoires instaurées sur l'établissement (10/an):
  - QGDR et PECM (5B+ problématiques du moment) = 1h.
  - Bientraitance.
  - Hygiène.
  - Incendie, plan de sécurisation de l'établissement.
- Accueil du nouvel arrivant :
  - circuit d'accueil incluant la pharmacie 
- Communication orale et en direct privilégiée chaque fois que possible (point info dans les services): **possible grâce à la taille de l'Ets!**
- Support papier (flyer, livret, affiche) en soutien.
- **Innover ?**

# Adapter la formation à son public ?



- Testé sur l'hygiène des mains ++ : formations courtes et répétées, support adapté à la génération de soignants
- À étendre à d'autres thématiques...

# Le retour d'information aux équipes :

- Souvent reproché lors des formations QGDR: le manque de retour
  - Que devient ma FEI?
  - Où trouver la réponse?
- Nécessaire pour la compréhension sur le terrain des changements engagés: Démarche inclusive.
- Le temps de le faire?
- Toucher tout le monde?
- Des journées d'actions :
  - Semaine sécurité du patient,
  - Mission mains propres,
  - Journée escarre...

# Une époque révolue?



# Nos efforts à poursuivre :

- Sur la déclaration des événements : quelques sujets sensibles (maltraitance).

- Communication : peut mieux faire...

**« on n'arrête pas de le dire ! »**

**Oui, mais à qui??**

- Attention essoufflement !
- Et maintenant INCLURE LE PATIENT DANS LA DEMARCHE.
- Pilote pour tester la certification V2020.



# Pas de recette miracle :

- Vous n'êtes pas seul ! ( vous êtes 2?)
- Fédérer les forces vives
- Un peu de travail, beaucoup de souplesse...  
...ou l'inverse.



# Merci

A tous les membres du personnel du CH de Sully/Loire pour leur investissement quotidien dans l'amélioration de la Qualité et la Sécurité des soins.

A toute la communauté médicale et à l'encadrement, qui s'inscrit dans la démarche avec bienveillance.