

Vendredi 20 mars 2015
Programme opératoire: salle 1

Patient: Mr Tartine 53101956MT01

Intitulé: Tumeur cérébrale décubitus dorsal

Complément intitulé: Méningiome thoracique

Matériel: Cerveau, Neuronavigation , Cusa, ...

Position : génu pectoral

Chir: Dr Le blanc

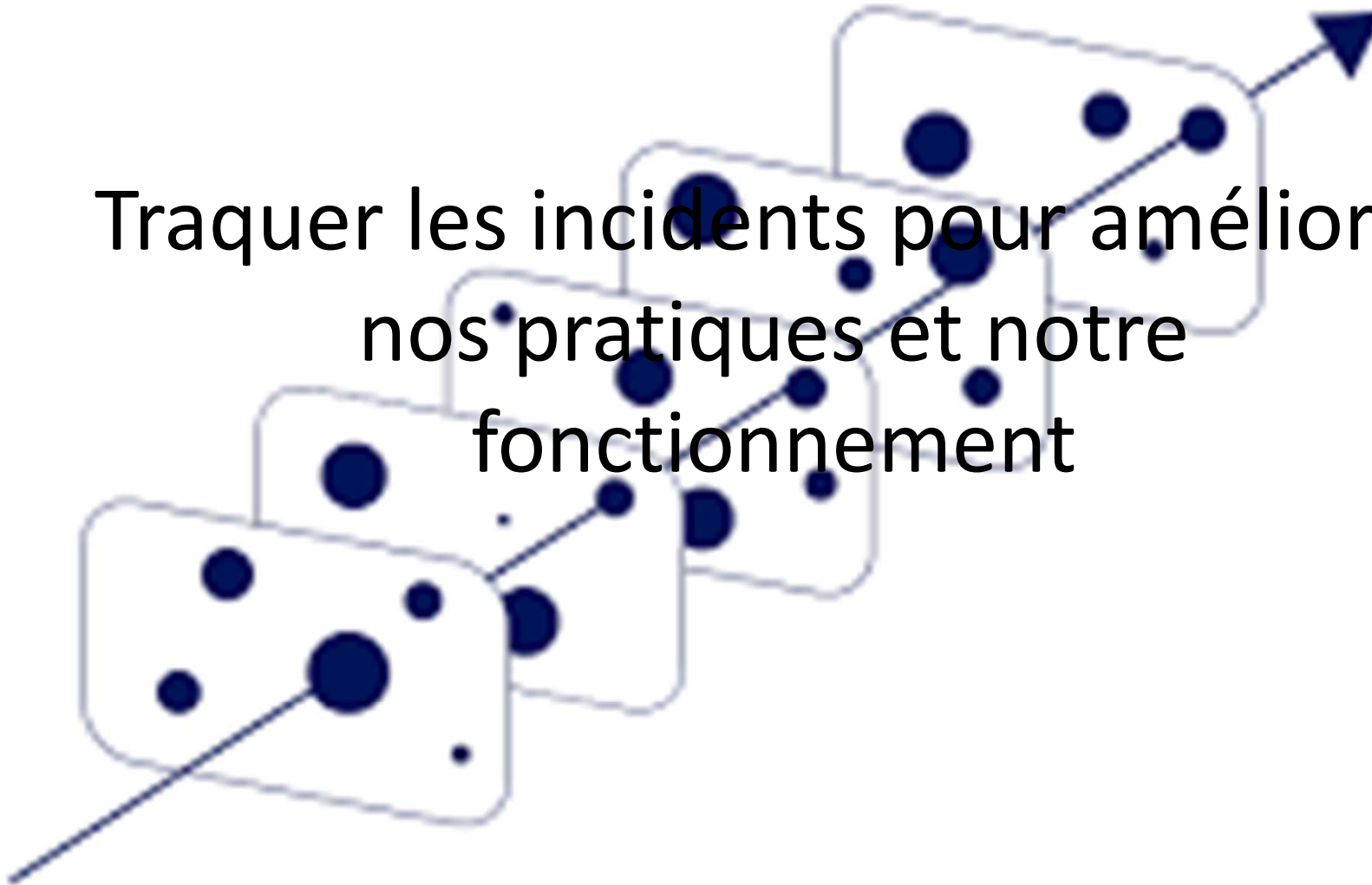
Assistant:

Infirmières: Laetia- Sylvie

Anesthésistes: Dr Panda- Dr Renard

Accident

Traquer les incidents pour améliorer
nos pratiques et notre
fonctionnement



Historique

- La sécurité évolue au fil du temps avec les notions et modèles de théories « prévention des risques »
- Le serment d'Hippocrate: risques iatrogènes
- Les années 60-70 : modèle systémique et multicausal avec de nombreux outils « qualité »
- Les années 90 : les facteurs organisationnels
- La sécurité est un enjeu majeur des systèmes de santé et un challenge à relever

Communication (1)

- Élément indispensable dans la gestion des risques
- Multiples conséquences d'une mauvaise communication
- 43% à 50 % des erreurs dans les Q.Op dus à une mauvaise communication ⁽¹⁾
- USA : erreurs de communication au Q.Op → apparition des « événements sentinelles » et opérations mal faites ⁽²⁾

1. Gawande et coll. 2003

2. Schimpff Sc. 2007

Communication (2)

- Les fautes se traduisent par un manque d'information :
 - Info fournie ou demandée trop tard
 - Info incomplète
 - Info pas transmise à la bonne personne
 - Conclusions prématurées sont faites

Facteurs humains

- Les causes d'erreurs peuvent être relatives à la gestion des ressources humaines ⁽¹⁾ :
 - Changement permanent des équipes infirmières
 - Nombre restreint de personnel infirmier
 - Manque d'autonomie et de connaissances
 - Pertes de temps dans l'organisation

(1) CPSI-ICSP: Travail équipe et la communication dans les soins de santé 2011

Programme Patient Safety

- 2007 : le SPF lance le programme : « Patient Safety » : « Eviter au patient tout préjudice ou dommage résultant de soins ou d'un contact avec le système de soins »
- 2013-2017 : plan pluri annuel SPF : qualité et sécurité des patients par système de notification et d'apprentissage des incidents ou presque incidents

Culture de la sécurité (1)

- Inscrite dans un projet organisationnel
- Encouragée et stimulée en permanence à tous les échelons de l'organisation = management participatif
- Selon HAS: sécurité des soins versus rendement
- Relever les incidents = leviers pour définir des actions et mettre en œuvre des moyens
- Prendre en considération les suggestions du personnel de terrain

Culture de la sécurité (2)

- Ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels
- Amélioration continue de la qualité : qualité dans le mode de gestion, cycle permanent PDCA, ↗ continue du niveau d'exigence

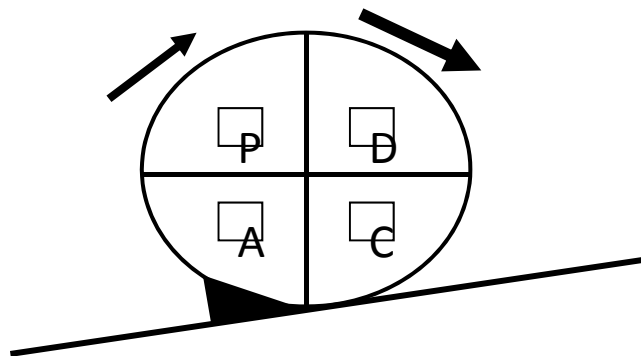


Schéma de Deming : **P** (Plan) : Prévoir - **D** (Do) :
Faire - **C** (Check) : Vérifier - **A** (Act) : Améliorer

Familles de dysfonctionnements

- Selon Romain E. et coll 2004 :
 - Désorganisation du Q.Op: par désorganisation des services en amont, par de l'agitation, par du désordre, par l'absence de règles
 - Baisse de la qualité des prestations au Q.Op: retards, temps opératoires prolongés, gaspillages humains et matériels
 - Baisse de la qualité de vie au travail: fuites, plaintes de lourdeur de travail

Événement indésirable (EI)

- Soit un presque incident :

Incident qui, sous l'effet du hasard ou suite à une intervention opportune, n'entraîne aucun dommage au patient

- Soit un incident :

Événement qui survient de manière involontaire durant le processus de soins et qui a engendré ou aurait pu ou pourrait encore engendrer un dommage pour le patient

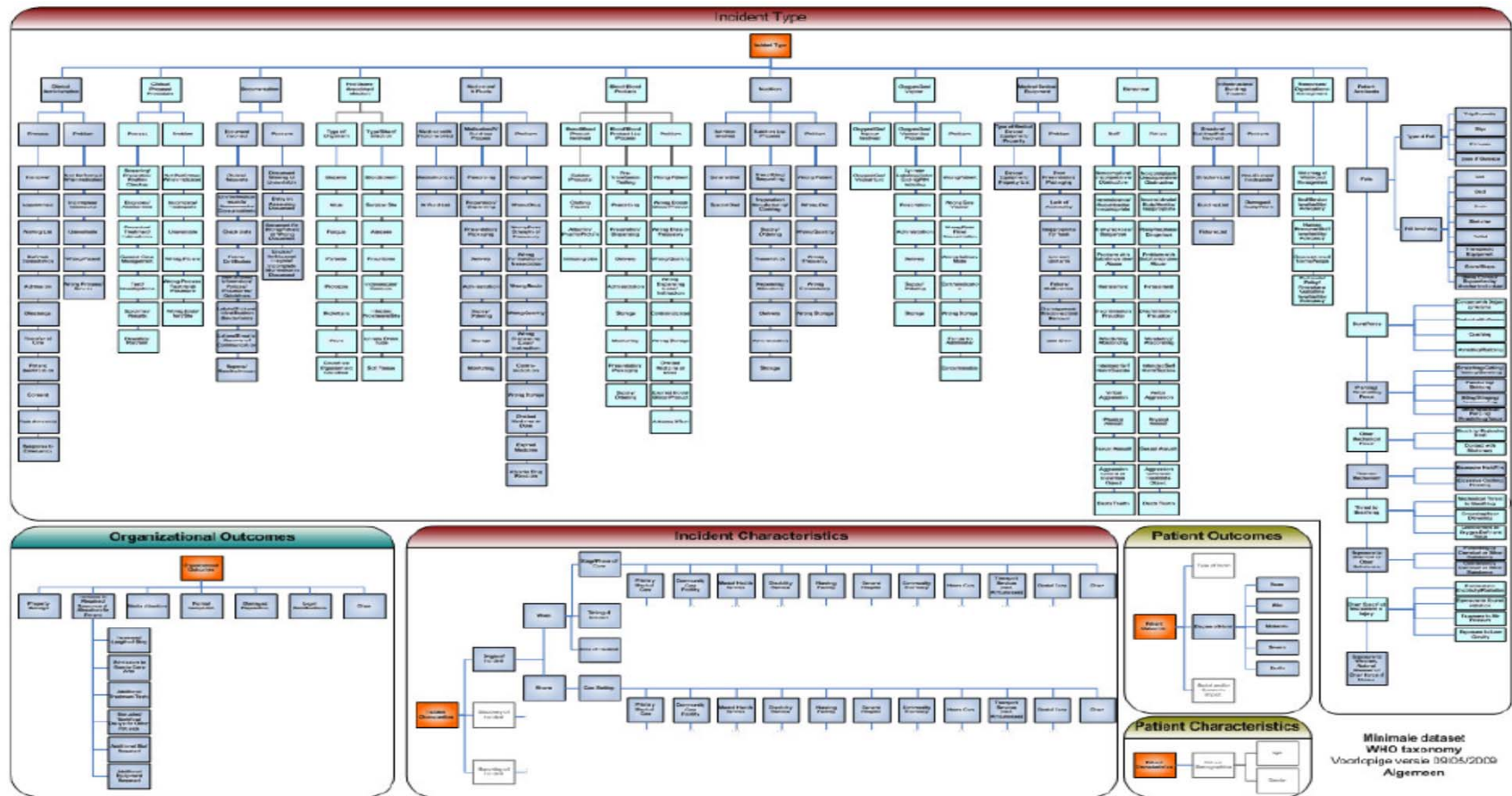
Classer les EI

- Selon une taxonomie pour en faciliter l'analyse
 - Langage commun
 - Voie à suivre et guide pour inventaire
 - Priorisation des moyens

Une des plus célèbre : CISP de l'OMS

Classer les EI

- CISP de l'OMS



Qui, quoi, comment

- Qui : tout membre du personnel
- Quoi : chute, problèmes de médicaments, de matériels, d'organisation, de conditions de travail,...
- Comment : selon la procédure de l'institution



Stéphanie Straet Afiso 2015

Hôpital Erasme		ULB		Coordination Qualité Sécurité	
		Programme Patient Safety		Déclaration d'Événements Indésirables	
		Version 2.0 / Janvier 2013			
Declarant : (facultatif)	Nom	Prénom			
	Service	Date	Heure		
L'identification du déclarant permet de le contacter ultérieurement pour approfondir l'analyse des causes de l'incident notifié.					
<input type="radio"/> Médicament <input type="radio"/> Chute du patient <input type="radio"/> Identification patient ou prélèvements/documents <input type="radio"/> Prise en charge globale du patient <input type="radio"/> Autre		<input type="radio"/> Antibiotique <input type="radio"/> Anticoagulant <input type="radio"/> Chimiothérapie Nom : _____ <input type="radio"/> Autres : _____			
Patient concerné			Un autre patient est-il concerné ?		
Etiquette		Nom, prénom ou étiquette		Etiquette	
Commentaires : Décrire et présenter succinctement les causes et conséquences de l'événement					
Conséquence pour le(s) patient(s) :					
<input type="radio"/> Aucun dommage (pas de mise en péril mais pertube le bien-être)		<input type="radio"/> Dommage léger (aucune intervention requise ou intervention mineure)		<input type="radio"/> Dommage modéré (incident justifié, opération ou traitement compliqué/retardé ou absent)	
<input type="radio"/> Dommage grave (nécessitant un traitement)		<input type="radio"/> Décès (causé ou accéléré par l'incident)			
Conséquence pour le service/l'hôpital :					
<input type="radio"/> Augmentation des ressources nécessaires pour le patient <input type="radio"/> prolongation de la durée de séjour <input type="radio"/> examen / traitement supplémentaire <input type="radio"/> admission dans un service spécialisé <input type="radio"/> flux de travail perturbé / retard pour d'autres patients <input type="radio"/> Autres (dégâts, plaintes, ...) <input type="radio"/> matériel supplémentaire nécessaire					
A envoyer : Fax 8544 / Contact téléphonique : 6643 / Arlette Jancys : 5929					
Secrétariat Hygiène et Epidémiologie / programme Patient safety					

Méthodes d'analyse d'EI

- But : assurer la sécurité et diminuer le risque d'EI
- Types d'analyses:
 - A priori ou proactive : anticiper ou s'interroger sur les EI
 - A posteriori ou réactive : s'interroger sur ce qui s'est passé

Quartier opératoire (1)

- Le quartier opératoire
 - centre sociotechnique complexe, névralgique, et dynamique
 - différents flux
- Le patient au quartier opératoire
- Le personnel soignant
- 60 000 à 95 000 EIG évitables dans la période péri-opératoire dont près de la moitié sont considérés comme évitables. (1)

1. Enquête ENEIS 2005 [EIG = événements indésirables graves]

Quartier opératoire (2)

- La sécurité au quartier opératoire:
 - zone protégée
 - constante évolution des pratiques, des technologies
 - enjeu majeur
- 19 hôpitaux universitaires américains 2004:
71000 EI : 8,7% en péri-opératoire (Schimpff, 2007)

Exemple 1

Mise en place d'un processus d'amélioration au quartier opératoire

Exemple 1: objectif

Mise en place d'un processus d'amélioration continue dans un département du quartier opératoire :

- Lieu de l'étude : QOP de l'hôpital Erasme
- 8650 interventions/ an
- 3 départements
- Périmètre de l'étude : ortho-neuro-ORL (3133 interventions/ an)

Exemple 1: objectif

- Objectif principal:

Déploiement d'un outil de recensement des EI interne au quartier opératoire

But :

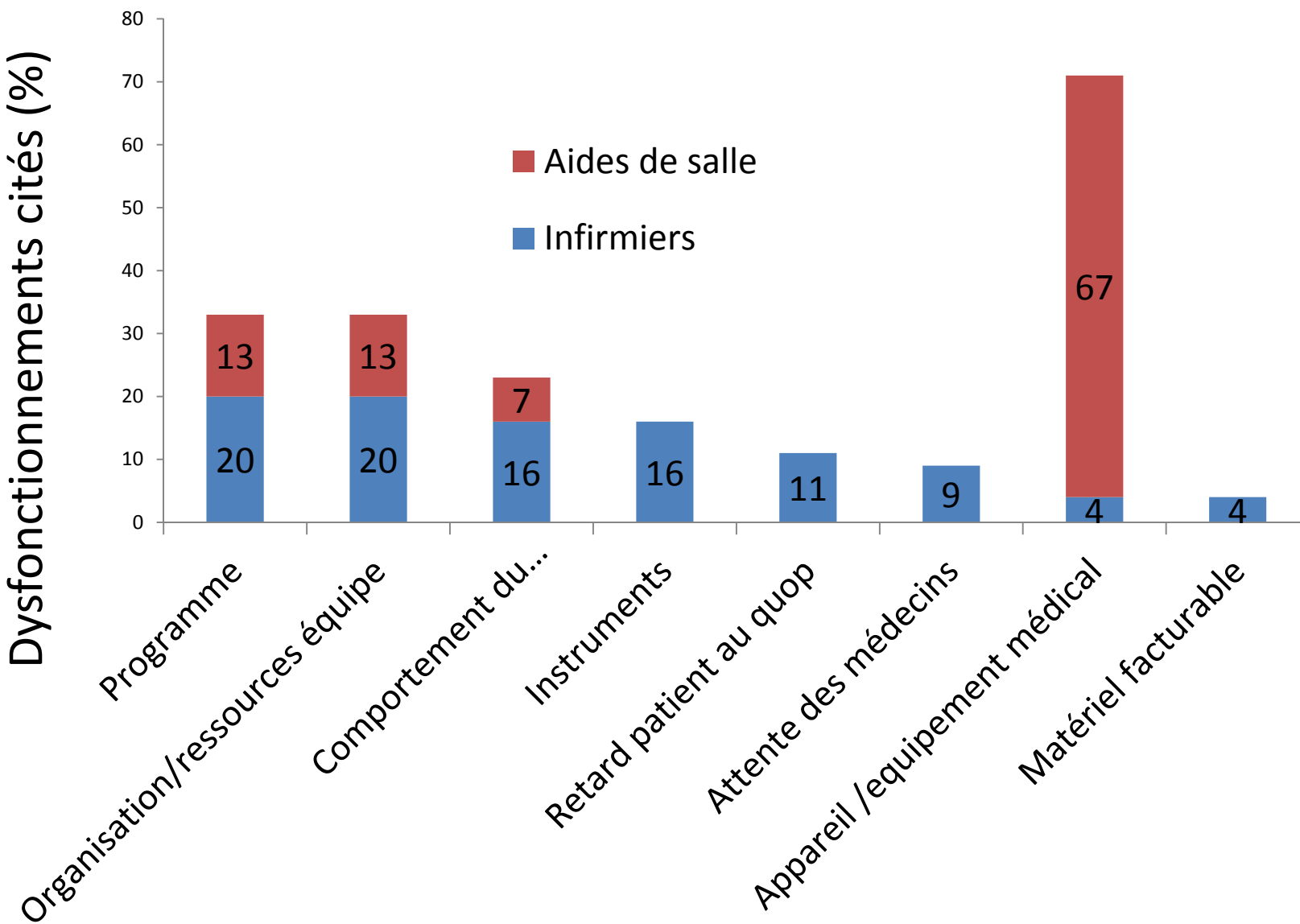
- Identifier et quantifier les EI
- Mettre en évidence les dysfonctionnements

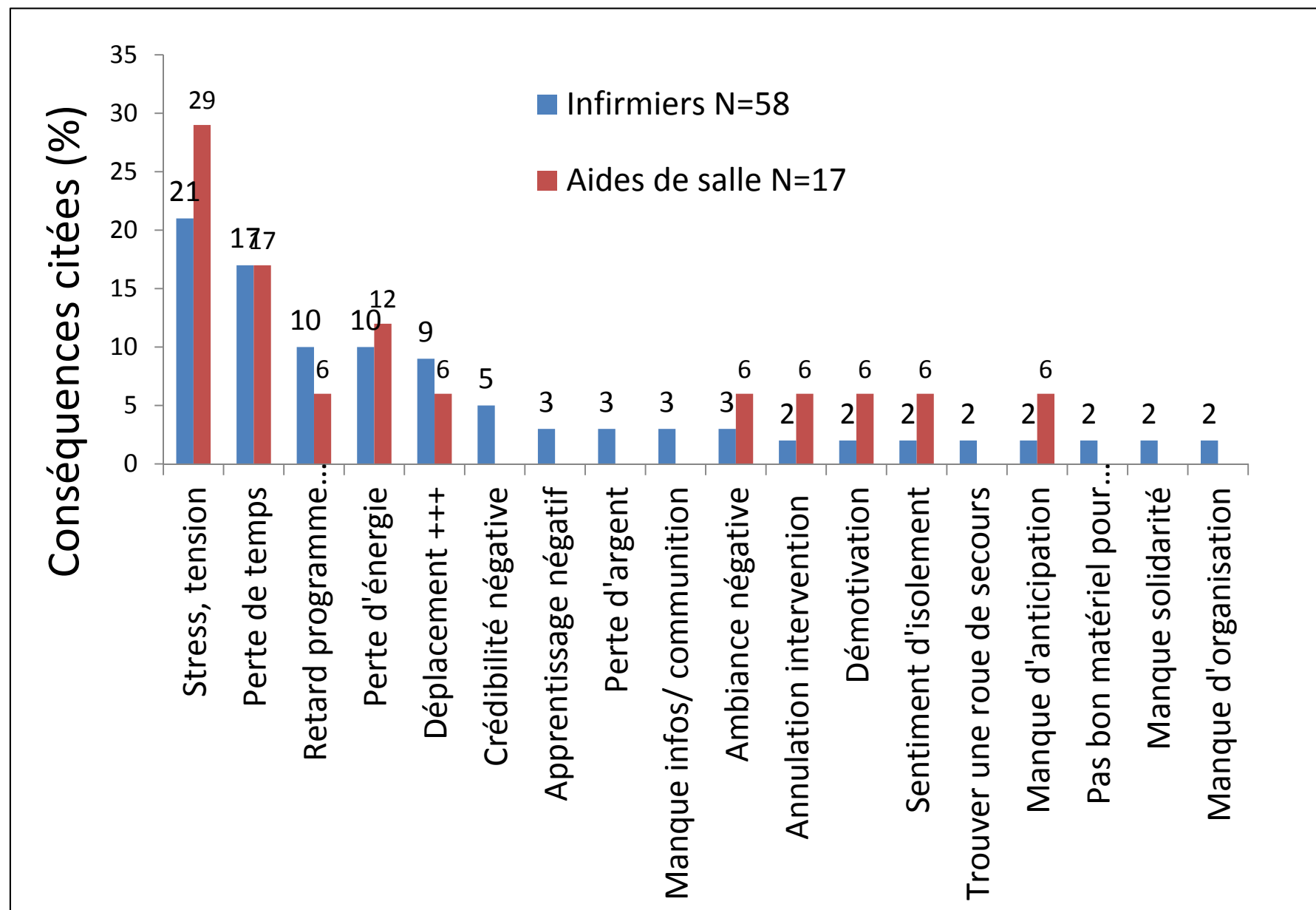
Exemple 1 : méthodologie (1)

Enquête semi-dirigée: 1^{er} au 15 juin 2013,
auprès des infirmiers et des aides de salle

- Quels dysfonctionnements ?
- Quelles conséquences ?
- Quelles propositions d'amélioration ?

Dysfonctionnements cités (%)





Exemple 1 : méthodologie (2)

- Collecte des EI : 5 juin au 15 juillet 2013
- Classement selon la taxonomie OMS
- Audit complémentaire :
 - Objectivation de deux paramètres:
 - Retard des patients *Sameday surgery*
 - Problèmes de matériel
 - Source : logiciel de gestion flux patient
 - 1134 patients (septembre à mi-novembre 2013)

Exemple 1 : méthodologie (3)

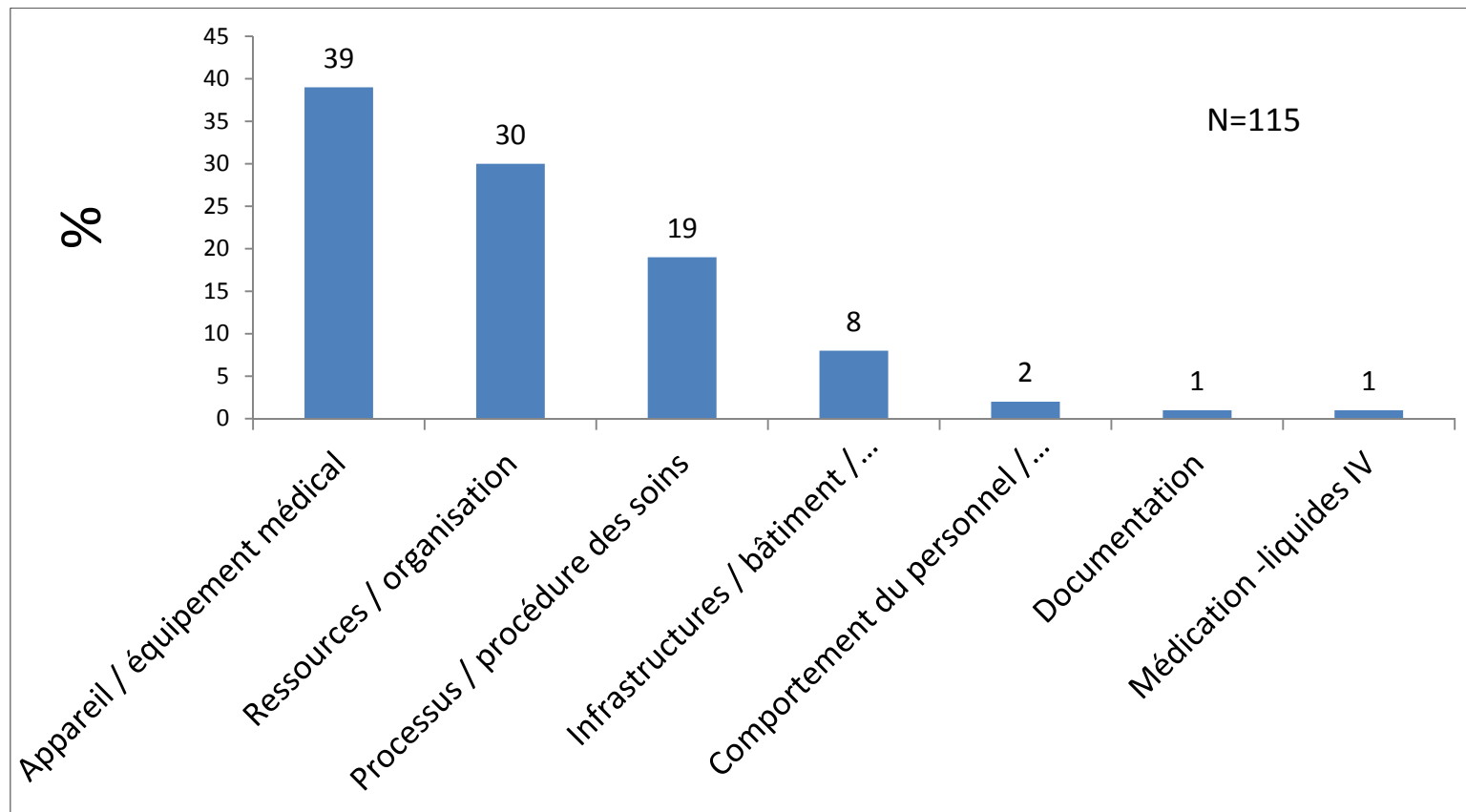
- Identification des actions d'amélioration
- Mise en place d'actions d'amélioration : 16 juillet au 31 septembre 2013
- Une deuxième collecte des EI : 1^{er} octobre au 15 novembre 2013

Exemple 1 : résultats

- Types des EI:
 - Plus de 80 % :
 - **« appareils et équipements médicaux »** : matériel sale, manquant
 - **« ressources, organisation et gestion »**: examens préop incomplets, arrivée en retard au Qop, mauvaise mise au point,...
 - **« processus et procédures de soins »**: intitulé incorrect, timing incorrect, préparation patient incomplète

Résultats collecte des EI

- Distribution des EI déclarés dans les différentes catégories



Exemple 1 : résultats

- Types de conséquences liées aux EI :

Soit unique ou multiple

- Plus de 80 % représentent:

La perte de temps, le stress, le retard sur le programme opératoire.

Résultats : les conséquences

- Distribution des conséquences pour l'institution

Types de conséquences	Nombre (%)	Taxonomie OMS
Perte de temps	63 (40%)	Flux personnel
Stress, tension	35 (22%)	Stress
Retard programme	25 (16%)	Flux patient
Perte d'énergie	9 (6%)	Flux personnel
Déplacements +++	9 (6%)	Flux personnel
Ambiance négative	5 (3%)	Ambiance négative
Crédibilité moindre	3 (2%)	Valeur
Manque informations/ communication	2 (1%)	Flux personnel
Manque d'anticipation	2 (1%)	Flux personnel
Apprentissage négatif	1 (1%)	Valeur
Annulation	1 (1%)	Flux patient
Démotivation	1 (1%)	Valeur
Total	156 (100%)	

Exemple 2

Analyse des risques dédiée à la maîtrise des facteurs de dégradation de la qualité de soins au cours d'une journée dans un bloc

Exemple 2: lieu étude (1)

- Hôpital académique de l'ULB
- Missions : soins aux patients, enseignement, recherche
- Ouvert en 1977
- 858 lits
- 3000 membres du personnel



Exemple 2: lieu étude (2)

- 2 quartiers opératoires
 - Hôpital général : patients hospitalisés : 14 salles + 1 salle d'urgences
 - Hôpital de jour : 6 salles
- >14000 interventions par an
- Toutes chirurgies
 - Orthopédie, Neurochirurgie, ORL, Cardiaque, Vasculaire, Thoracique, Plastique et Réparatrice, Stomatologie, Urologie, Gynécologie, Digestive, Ophtalmologie, Transplantation
- Potentiel humain
 - 77 infirmier(e)s soit \approx 65 ETP
 - \approx 60 anesthésistes
 - \approx 80 chirurgiens seniors et résidents + les PG

Exemple 2 : qui, quoi, comment (1)

- Qui?:

Groupe de travail multidisciplinaire: 1 anesthésiste, 2 chirurgiens, 2 infirmières et 1 gestionnaire des quartiers

- Quoi ? :

Analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de leurs criticités

Exemple 2 : qui, quoi, comment (2)

- Comment ?:
 - Réunions en moyenne deux fois par mois
 - Identification d'étapes de travail :
 - Identifier un risque à réduire
 - Identification des événements
 - Classification de ces événements
 - Réduire leur fréquence et leur gravité

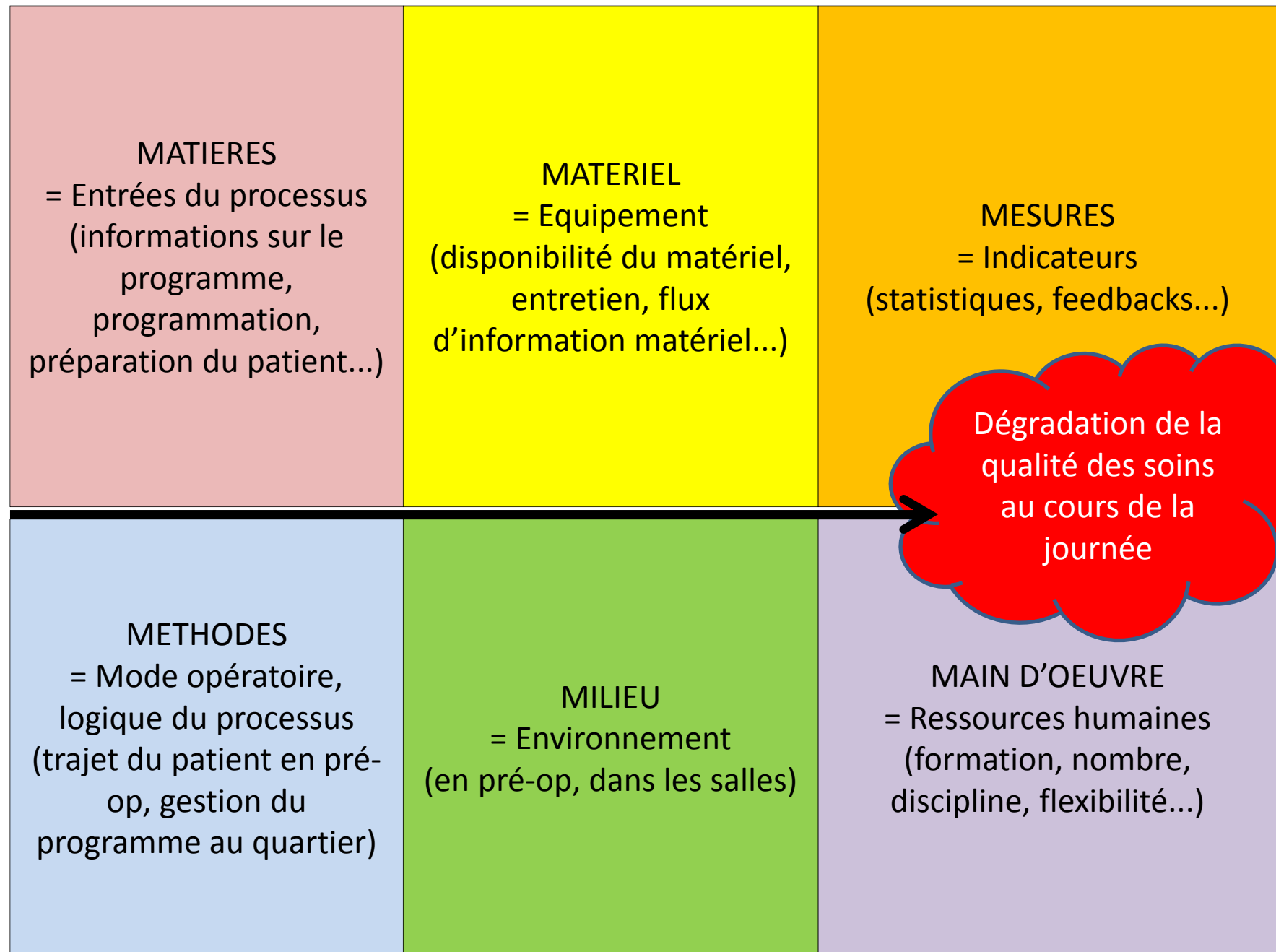
Exemple 2 : méthodologie (1)

- Outils:
 - Brainstorming avec comme objectifs :
La sécurité du patient / la qualité des soins
- Identification du risque: dégradation de la qualité des soins par accumulation de problèmes organisationnels

Exemple 2 : méthodologie (2)

- Diagramme d'Ishikawa:

6 familles d'événements et 70 problèmes identifiés



Exemple 2 : méthodologie (2)

- Matrice de criticité:

Classement par ordre de gravité et de fréquence:

+, +/- et -

	GRAVITE -	GRAVITE +-	GRAVITE +	
FREQUENCE +	<p>Pas de procédure d'inscription à la coordination pré-op</p> <p>Trop d'administratif en salle d'op</p>	<p>Entretien du matériel pas organisé car matériel toujours utilisé (cf. Matériel en trop petit nombre)</p> <p>Personnel récalcitrant au changement</p> <p>Chirurgiens qui opèrent seuls</p> <p>Pas assez d'infirmiers pour tout instrumenter</p>	<p>Manque de sanctions / pas d'incitants à bien faire</p> <p>1^{er} look du quartier sur le programme = seulement au tour</p> <p>Pas assez de box de consultation anesthésie</p>	<p>Pas de feedback aux Coordinatrices et aux Chirurgiens quand la réalité est différente de ce qui a été programmé</p> <p>Durées opératoires et d'occupation de salle sous-estimées</p> <p>Fatigue du Personnel</p> <p>Pas de vue quand le matériel est en panne, défectueux, cassé</p> <p>Pas de vue sur le trajet des patients (ses autres examens du jour par exemple)</p> <p>Programmes trop chargés</p> <p>Retard du Personnel</p> <p>Respirateur mal éteint bug au démarrage</p> <p>Procédure de fin de salle pas respectée</p> <p>Intitulés incorrects ou incomplets</p> <p>Durée anesthésie ne peut être évaluée que la veille</p> <p>Pas d'info du MMM quand le matériel est manquant</p> <p>Communication prise à la légère</p> <p>Programmé empiète sur les urgences</p> <p>Manque informations sur état général du patient ou antécédents (BMI, récidence...)</p> <p>Pas de traçabilité du matériel stérile au QOP</p> <p>Trop d'intervenants dans la chaîne</p> <p>Demandes matériel anesthésie pas complétées</p>
FREQUENCE +-	<p>Pas de courtoisie (si j'ai un cas, je traîne un peu, si j'en ai beaucoup, j'ai fini dans les temps...)</p> <p>Poste de travail infirmier pas toujours au bon endroit</p> <p>Indicateurs trop récents : pas de comparatif possible</p>	<p>Privilégier les enchaînements avec le même opérateur</p> <p>Chirurgien renseigné n'est pas celui qui vient opérer</p> <p>Coordinatrices à la botte des Chirurgiens</p> <p>Quelle gestion quand on a le même opérateur prévu dans deux salles en même temps ?</p> <p>Pas de standardisation des sas et des salles</p> <p>Personnel pas formé (PG, infirmiers, magasiniers, coordinatrices, etc...)</p> <p>Pas d'anticipation des blocs pour utiliser le sas de narcose</p> <p>Salles pas interchangeable (tailles, arrivées de gaz...)</p> <p>CDS ne communiquent pas assez et ne donnent pas toujours le bon exemple à leur équipe</p> <p>Remontée du matériel du MMM après le tour du vendredi</p> <p>Pas d'homogénéité du matériel (ex : colonnes et leur connectique, optique...)</p> <p>Chirurgiens de garde inscrits au Programme</p>	<p>Patient en retard</p> <p>Echo et autre équipement pas disponible au moment opportun</p> <p>Mauvaise communication des indicateurs</p> <p>Position opératoire non renseignée ou incorrecte</p> <p>Pas assez d'anesthésistes pour faire passer tout le monde à la consultation</p> <p>Pas les bons indicateurs ?</p> <p>Changement de procédure le jour-même (cœlio, tomie) et donc mauvais matériel préparé</p> <p>Infirmières tournent dans la journée / idem anesthésistes en fin de journée</p> <p>Pas d'utilisation des durées de narcose dans l'élaboration du programme</p>	
FREQUENCE -	<p>On ne connaît pas les référents (téléphones pas disponibles)</p> <p>Pas de vue sur les coûts et les recettes d'une intervention</p> <p>Pas d'utilisation du sas de narcose par Manque de Personnel</p> <p>Indicateurs discutables ? pas assez fiables ?</p> <p>Pas de possibilité d'acheter à manger au QOP</p> <p>Pas assez de respis Zeus si 1 est en panne, on doit faire avec un vieux</p> <p>Programme informatique pas optimal</p>	<p>Matériel partagé avec d'autres plateaux médico-techniques mal acheminé</p> <p>Urgences qui empiètent sur le programme</p> <p>Pas de prises no break là où il faut</p> <p>Matériel en trop petit nombre : plateaux et gros équipement (scopie, ...)</p> <p>Matériel pas ou mal préparé</p> <p>Quelle procédure si le patient arrive mal ou pas préparé ?</p> <p>Remplissage des salles pas fait</p>	<p>Patient mal préparé</p> <p>Pas le bon matériel préparé</p> <p>Pré-op pas réalisés</p> <p>Manque de flexibilité des chirurgiens et anesthésistes quant à l'utilisation du matériel</p> <p>Dossier médical incomplet</p>	

Exemple 2: projets

- Recoupements entre les différents sujets
- Identification des sujets où on a une action directe
- Proposition d'actions concrètes

Exemple 2 : états d'avancement et perspectives

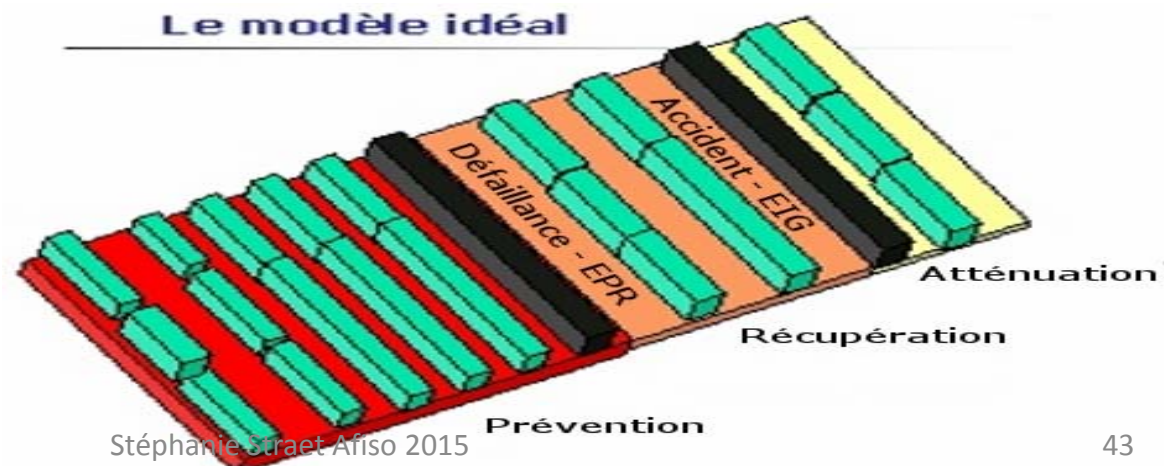
- Indicateurs des chirurgiens
- Feedback aux médecins et aux coordinateurs préop
- Conscientiser tous les intervenants sur les impératifs de chacun
- Amélioration de la gestion des Q.Op

Faisabilité des projets

- Culture positive de l'erreur
 - la prise en considération des professionnels de la santé
 - la communication, la coopération, la coordination
 - Eviter la culture du blâme
- Quantifier les faits
- Soutien de la direction

Apports de tels projets

- Impliquer tous les partenaires
- Optimiser le trajet patient
- S'arrêter sur nos pratiques de soins
- Vérifier nos barrières de sécurité : prévention, atténuation, récupération



Conclusion

- Le risque n'est pas lié à l'erreur, il est lié au contexte de la situation
- Si vous fermez la porte à toutes les erreurs, la vérité restera dehors ⁽¹⁾



(1) Tagore