

Fiche 12. Qualité, sécurité et gestion des risques associés aux soins en unités de soins, services et pôles d'activité

Objectif

Identifier des pistes organisationnelles pour améliorer l'efficacité de la sécurité au cœur des unités de soins

1. De l'intérêt éventuel d'un réseau de référents locaux ?

Au-delà des groupes de travail, un réseau structuré de référents qualité-sécurité des soins peut s'avérer utile, en particulier dans les établissements de taille importante ou travaillant en réseau. Une réelle motivation, une définition de fonction, un temps dédié, une formation interne, le soutien et le suivi régulier du réseau constitué en conditionnent le succès.



Une illustration issue d'un CHU concernant la définition de fonction de référents médicaux et non médicaux au sein des pôles d'activité cliniques et médico-techniques

La mise en place des pôles d'activités nécessite l'élaboration d'un projet de management de pôle. Au même titre que le projet d'établissement, ce projet comporte un volet qualité, risques et évaluation. La mission des référents qualité, risques, évaluation du pôle se situe dans cette logique et doit s'articuler très fortement avec le pilotage central des risques et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins de l'établissement.

1. Les missions

Rôle dans le management de la qualité, risques, évaluation

Le champ

Le pôle.

La mission

- concourir à la mise en œuvre et au suivi du volet qualité, risques, évaluation du projet de management de pôle,
- participer à la définition de l'organisation qualité, risques, évaluation du pôle (réseau de correspondants par service),
- travailler en lien avec la délégation qualité et risques de l'établissement en vue de faciliter la réalisation des actions qualité, risques, évaluations transversales,
- participer à l'évaluation de l'efficacité de la démarche qualité, risques au sein du pôle.

Rôle dans le management de la qualité, risques, évaluation

Le champ

Les processus de prise en charge des patients.

La mission

Mobiliser le personnel du pôle pour :

- optimiser la continuité des soins et des prises en charge à l'intérieur et à l'extérieur du pôle et de l'établissement en particulier à l'aide d'outils d'analyse de processus,
- induire la contractualisation de ces processus par l'intermédiaire de leur formalisation (procédure, protocole, chemins cliniques, conduites à tenir, etc.).

.../...

Rôle dans la démarche gestion des risques

Le champ

La lutte contre l'iatrogénie (notamment le risque nosocomial) et le fonctionnement des vigilances.

La mission

Mobiliser les acteurs du pôle autour de la démarche de gestion des risques pour tendre vers la « sûreté » de prise en charge des patients.

Les démarches

• en analyse de risque *a priori*

- veiller à l'identification des risques *a priori* lors de la mise en œuvre de nouveaux processus de prise en charge,
- sécuriser les processus existant de prise en charge de patients pour les activités sensibles et/ou occasionnelles.

• en analyse de risque *a posteriori*

- recueil des événements indésirables de gravité intermédiaire ou graves (EIG) associés aux prises en charge de patients, s'assurer de l'analyse des causes, de la définition et de la validation du plan d'actions, puis de sa mise en œuvre et de l'évaluation des résultats,
- mise en place des revues de morbidité-mortalité (RMM).

Rôle spécifique dans la démarche d'évaluation

Le champ

L'évaluation des pratiques individuelles et collectives au sein du pôle.

La mission

Évaluation de la qualité du service rendu et la mobilisation des acteurs pour la réalisation des démarches de certification au sein du pôle.

Les démarches

• les indicateurs

- participer à l'élaboration et au suivi d'indicateurs et d'audits concernant les processus de prise en charge des patients,
- participer à la définition des modalités de communication et d'exploitation de ces indicateurs,
- participer à l'élaboration des modalités d'évaluation du dossier du patient pour le pôle.

• l'évaluation des pratiques professionnelles

- s'assurer de la mise en œuvre et de la cohérence des programmes d'EPP,
- apporter une aide méthodologique en matière d'EPP.

• la certification

- organiser l'information et la participation des personnels médicaux et non médicaux aux groupes d'autoévaluation par services,
- organiser la participation des médecins aux groupes d'autoévaluation par pôle,
- assurer la coordination des résultats des différentes évaluations de service et par pôle ainsi que leur traitement,
- participer à la rédaction et à la validation finale du rapport d'autoévaluation par pôle.

2. Position dans l'organigramme de pôle

Les référents médicaux et non médicaux travaillent sous la responsabilité du chef de pôle et du conseil de gestion du pôle.

3. Les ressources

Les référents peuvent bénéficier à leur demande :

- de formation (internes fournies par la structure qualité-gestion des risques, externes si besoin),
- du conseil et de l'aide technique et méthodologique de la structure qualité-gestion des risques,
- d'un réseau de correspondants au sein du pôle d'activité,
- de l'aide du cadre de gestion du pôle.

2. Des repères pour la gestion des risques au sein de l'unité de soins

Plusieurs pistes de réflexion sont actuellement ouvertes sur cette question, en particulier quant aux établissements de santé de grande taille :

- quant au besoin de cohérence assuré au niveau de la CME par une politique qualité-sécurité des soins et un programme d'actions institutionnel, mais aussi quant aux risques d'impacts d'une centralisation excessive sur la responsabilisation locale (intérêt des démarches organisées par pôles d'activités),
- quant à la qualité de vie au travail au sein d'un système complexe et instable, et le lien établi depuis peu avec le niveau de culture de sécurité des soins,
- quant à la problématique posée par une division du travail entre métiers multiples avec des conséquences potentielles en termes de communication et de sécurité des soins,
- quant à l'importance d'un système de sécurité des soins cohérent tout au long du parcours d'un patient.

Illustrations

1. Des repères pour l'action issus de l'interview d'un chef de service de réanimation polyvalente

→ Le cadre général

- un équilibre à trouver dans les démarches qualité-sécurité engagées dans le service entre cohérence avec le programme d'actions institutionnel d'une part et expression de l'initiative locale d'autre part (prise en compte des problématiques de risques gérés par les collèges de spécialités et/ou inscrits dans une démarche propre à l'unité de soins),
- la nécessité à cette fin d'un projet de service formalisé s'inscrivant dans la démarche transversale de contractualisation interne.

→ Le développement de la culture de sécurité avec ses différents aspects

- transparence interne et attitude adaptée vis-à-vis de l'erreur humaine,
- sécurité de la décision clinique (mise en œuvre de chemins cliniques et de protocoles de soins validés et tenus à jour sur la base des recommandations professionnelles ; analyses de type « bénéfiques - risques » avant la prise de décision ; prise de décision collective en situations extrêmes sans pour autant nier la responsabilité du médecin référent envers les patients pris en charge),
- information du patient et de son entourage quand cela est possible, voire son éducation quand cela est pertinent,
- travail sur les bonnes pratiques de sécurité (communication sécurisée, briefing, débriefing, *check-lists*, etc.),
- développement des pratiques d'évaluation (suivi actif des dysfonctionnements, analyse des dossiers médicaux, RMM en cas d'événements indésirables).

→ Mobilisation de l'encadrement médical et paramédical

- travail sur la cohésion de l'équipe (réunions médicales ; réunions entre médecins et paramédicaux sur les problèmes posés par les patients ; autogestion des plannings par le personnel dans le cadre de règles claires avec régulation secondaire en cas de besoin ; utilisation du temps d'encadrement paramédical ainsi dégagé pour assurer une présence physique au staff et démarrage du matin, puis en prise de travail de l'équipe de relève en début d'après-midi),
- intégration organisée des nouveaux entrants (accueil, formation, objectifs clairement posés à deux mois, désignation d'un référent avec délégation du cadre soignant, points d'avancement effectués régulièrement) avec une attention particulière sur le personnel intérimaire,
- acquisitions organisées selon diverses modalités : compagnonnage, formations (internes et externes, individuelles et collectives), entraînements par simulation et mises en situation (individuelles et collectives),
- attention portée à la vie du service en termes de suivi de l'absentéisme et du « turn over », de mouvements de personnels médicaux et paramédicaux (départs et arrivées), de rituels festifs, etc.

2. La prise de décision dans le cadre d'une activité chirurgicale potentiellement lourde de conséquences

Des données issues d'une interview d'un responsable d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) au sein du pôle d'activité ostéo-articulaire d'un CHU.

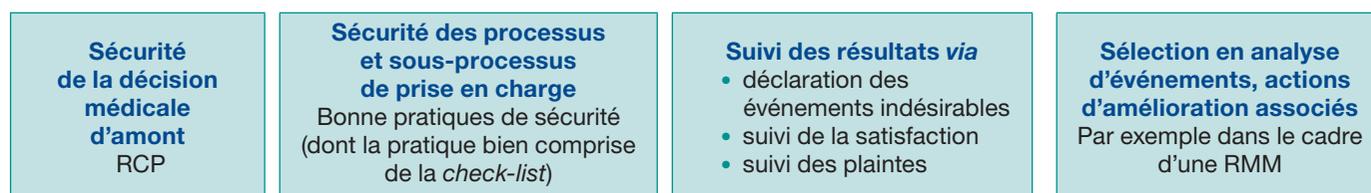
Tout commence il y a dix ans par une coopération régulière entre deux chirurgiens orthopédistes, l'un issu du CHU, l'autre travaillant dans une clinique de la ville (aide ponctuelle en matière de techniques opératoires nouvelles ou peu répandues).

Il y a cinq ans, une réunion mensuelle informelle est mise en place, axée sur la pathologie du rachis, réunion à laquelle sont invités peu à peu d'autres praticiens (neurochirurgiens, radiologues, rhumatologues, rééducateurs). Il y a deux ans, l'idée d'institutionnaliser la démarche fait retenir le modèle de la RCP en cancérologie, jugé transposable à d'autres pathologies par le médecin en charge de l'EPP et de la gestion des risques⁶⁰.

Les grandes lignes de la démarche

Quoi ?	La prise en charge des pathologies rachidiennes sur la base d'indications thérapeutiques validées collectivement.
Pourquoi ?	Prévenir des indications chirurgicales abusives parfois observées dans un domaine où les séquelles peuvent être lourdes.
Qui ?	Un « noyau dur » composé de praticiens issus du CHU (deux orthopédistes, deux rhumatologues, un radiologue) et d'établissements de santé privés (neurochirurgien, orthopédistes, rééducateur) auquel d'autres praticiens se joignent à l'occasion.
Quand ?	Une réunion mensuelle.
Où ?	Dans des lieux différents, tour à tour en CHU (services de rhumatologie ou d'orthopédie) ou en clinique (pas encore en service de rééducation en raison de l'absence de salle de projection avec ordinateur).
Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • la préparation de la réunion au moyen de fiches structurées (1. l'histoire clinique du patient, 2. la question posée « faut-il opérer » ? 3. si oui, comment ? quelle prise en charge médicale ? quel bilan complémentaire prévoir ? 4. la réponse apportée), • des dossiers parfois présentés à titre d'enseignement ou d'information, • la signature d'une feuille de présence, • le stockage organisé des fiches (analyse globale prévue, non encore réalisée).
Valorisation	Effectuée dans le cadre des obligations relatives à l'EPP et au DPC (Le médecin en charge de l'EPP et de la gestion des risques valorise la méthode retenue en accompagnant la présentation du projet en commission EPP. Une charte spécifique de la « RCP Rachis » est rédigée et les modalités de validation des obligations d'EPP individuelles définies).
Gestion du risque clinique	La RCP devient ainsi un outil institutionnel d'évaluation et d'amélioration de la prise en charge des patients qui s'inscrit dans le dispositif de management des risques et de l'EPP.
Évolutions en cours	<ul style="list-style-type: none"> • une pérennisation de la démarche attribuée à la bonne connaissance des uns et des autres et au respect mutuel lors des réunions, • la mise en place d'une réunion périodique à caractère scientifique (démarche de « protocolisation » des examens complémentaires d'une part, d'harmonisation et de « protocolisation » des indications prenant en compte les dernières données scientifiques d'autre part).

La place de la RCP dans le dispositif de gestion des risques du processus de prise en charge des patients



60. Haute Autorité de Santé, Institut National du Cancer. Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2006. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/traceur_fiche_epp_rcp.pdf