

Le programme national pour la sécurité du patient



Une stratégie pour le PNSP



- ❑ **A l'initiative de la DGOS et de la DGS et en articulation avec la HAS, un programme national sur la sécurité des patients pour :**
 - ▶ **Placer le patient au cœur du dispositif**
 - ▶ **Impacter tous les professionnels de santé en proposant des objectifs et des actions valides pour tous les domaines de risques associés aux soins dans une optique transversale (penser systémique, décroisonner)**
 - ▶ **S'inscrire dans la dynamique européenne et internationale**

Programme National pour la Sécurité des Patients

❑ Objectifs

- mieux structurer et renforcer les actions sécurité
- orienter les acteurs vers des priorités d'action concrètes

❑ Comment ?

- fédérer les professionnels autour de priorités partagées
- → des actions “transversales” concrètes impactant tous les acteurs (pas d'action “métier”)



90 actions sur 5ans (2013-2017) → pilote + livrables
25 actions HAS en pilotage direct ou en association
y compris la “ville” *

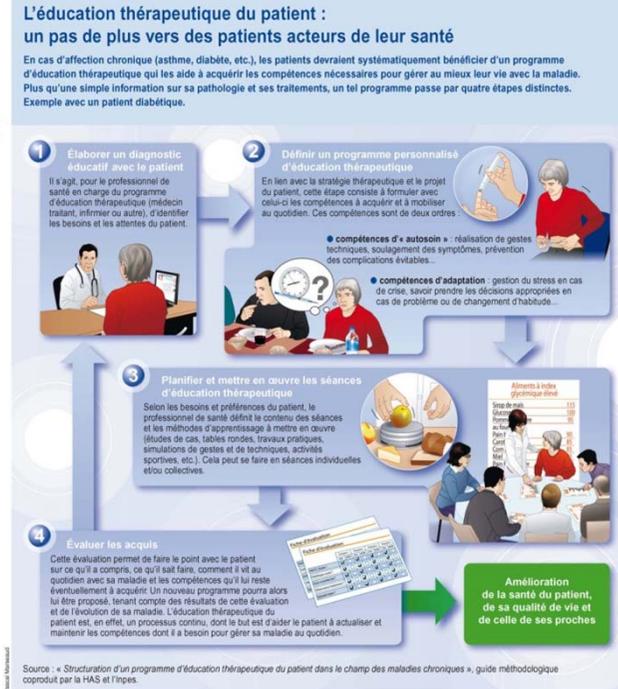
Axe 1 : information le patient co-acteur de sa sécurité

Un principe éthique Un principe de sécurité

Objectifs :

- Renforcer le partenariat dans la relation soignant-soigné
- Mieux informer le patient
- Former les professionnels

du patient,



→ 7 actions HAS



Axe 1 : information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité

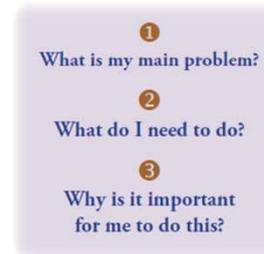
1. Livrables pour les usagers :

- Outils d'aide à la communication du patient avec les professionnels :
 - **Action 1** : brochure patient,
 - **Action 4**: Ask me 3
- **Action 9** : document de synthèse séjour patient lisible par le patient et remis le jour de la sortie
- **Action 13** : diffusion publique d'indicateurs sécurité



Good Questions for Your Good Health

Every time you talk with a doctor, nurse, or pharmacist, use the Ask Me 3 questions to better understand your health.



When to Ask Questions

- You can ask questions when:
- You see your doctor, nurse, or pharmacist.
 - You prepare for a medical test or procedure.
 - You get your medicine.

What If I Ask and Still Don't Understand?

- Let your doctor, nurse, or pharmacist know if you still don't understand what you need to do.
- You might say, "This is new to me. Will you please explain that to me one more time?"

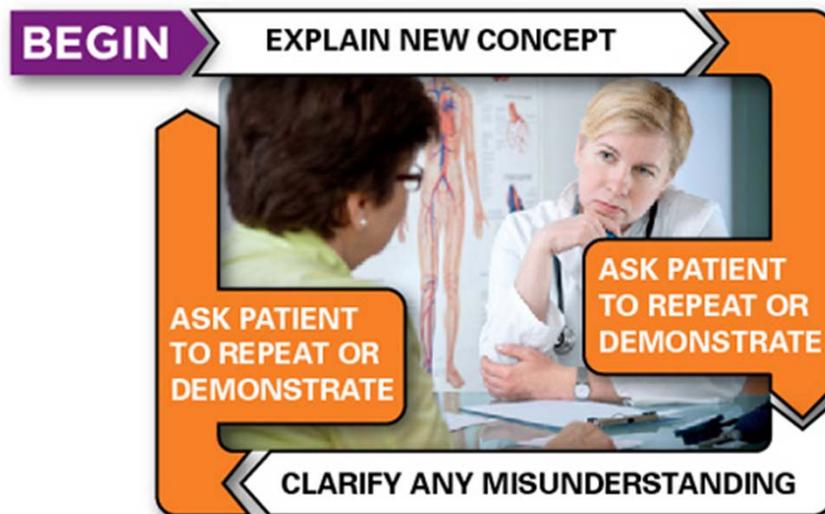
Who Needs to Ask 3?

Everyone wants help with health information. You are not alone if you find things confusing at times. Asking questions helps you understand how to stay well or to get better.

The Ask Me 3 questions are designed to help you take better care of your health. To learn more, visit www.npsf.org/askme3

Axe 1 : information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité

Teach Back



Livrables pour les professionnels :

- Outils de communication entre professionnels
 - **Action 7** : de type SBAR
- Outils de communication avec les usagers
 - **Action 10** : check-list sortie,
 - **Action 11** : reformulation de type teach-back,



Adapted SBAR Tool (Abbreviated)

S

SITUATION

Your name and service

Briefly state the problem and when it started

B

BACKGROUND

Diagnosis and co-morbidities

Other relevant background clinical information

- Medications
- Specialists and procedures in place.

A

ASSESSMENT

What do you think the problem is?

- Physical
- Cognitive
- Emotional
- Functional
- Support/Care System

What is your assessment of the situation?

R

RECOMMENDATION

What do you suggest needs to be done?

What are you requesting?

Is everyone clear about what needs to be done?

Axe 2 : Améliorer la déclaration et la prise en compte évènements indésirables associés aux soins (EIAS)



Objectifs :

- Promouvoir la déclaration et l'analyse des EIAS au niveau local
- Valoriser le retour d'expérience, mettre en place des solutions de sécurité.
- Intégrer les analyses d'EIG dans les dispositifs existants.

→ 6 actions HAS (dont des actions pour la médecine de ville)

- **Action 24** : promouvoir des méthodes et outils de déclaration et d'analyse des EIAS
- **Action 25** : former à ces méthodes et outils
- **Action 30** : participer à l'organisation du circuit de transmission des EIG
- **Action 31** : organiser le REX national sur les EIG
- **Actions 33 et 34** : prendre en compte ces démarches dans l'accréditation et la certification



Développement professionnel continu

Méthodes et modalités de DPC

Décembre 2012

Ce document présente :
 - la liste des méthodes et des modalités de DPC ;
 - les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective des professionnels à un programme de DPC.

Ce document a été validé par la HAS (19 décembre 2012) après avis des commissions scientifiques indépendantes (CSI) des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes et de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales (CSHCPP).

N.B. : l'avis de la CSI des médecins sera recueilli dès que celle-ci aura été installée.
 Pour les médecins, cette liste a été élaborée avec le concours d'un organisme composé de conseils nationaux professionnels de spécialité d'exercice selon des modalités définies par une convention conclue entre cet organisme et l'Etat (art. R. 4133-4 du décret 2011-2116 relatif au DPC des médecins).

Ce document est destiné aux organismes de DPC qui mettent en œuvre des programmes de DPC.

MÉTHODE ET PROGRAMME DE DPC

Le professionnel de santé satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il participe, au cours de chaque an-

Méthodes et outils		Accréditation des médecins	
GRILLE ALARM			
Facteurs contributifs par catégorie			
1. Facteurs liés au patient	1.1 Antécédents 1.2 Etat de santé (pathologies, co-morbidités) 1.3 Traitements 1.4 Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux 1.5 Relations conflictuelles	PC ;	s de la commission sciences et modalités précises participant ou en tant que ment par la CSI corres-
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir	2.1 Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés) 2.2 Résultats d'examen complémentaires (non disponibles ou non pertinents) 2.3 Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations) 2.4 Définition des tâches 2.5 Programmation, planification		1215 du 30 décembre 2011 relatif (2011-2117 du 30 décembre 2011 commission scientifique du HCSP la (évaluation) est déléguée, le et de son obligation de DPC.
3. Facteurs liés à l'individu (soignant)	3.1 Qualifications, compétences 3.2 Facteurs de stress physique ou psychologique		
4. Facteurs liés à l'équipe	4.1 Communication entre professionnels 4.2 Communication vers le patient et son entourage 4.3 Informations écrites (dossier patient, etc.) 4.4 Transmissions et alertes 4.5 Répartition des tâches 4.6 Encadrement, supervision 4.7 Demande de soutien ou comportement face aux incidents		
5. Facteurs liés à l'environnement de travail	5.1 Administration 5.2 Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.) 5.3 Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites 5.4 Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux) 5.5 Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance) 5.6 Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences) 5.7 Charge de travail, temps de travail 5.8 Retards, délais		
6. Facteurs liés à l'organisation et au management	6.1 Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels) 6.2 Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant 6.3 Politique de formation continue 6.4 Gestion de la sous-traitance 6.5 Politique d'achat 6.6 Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement 6.7 Ressources financières		
7. Facteurs liés au contexte institutionnel	7.1 Politique de santé publique nationale 7.2 Politique de santé publique régionale 7.3 Systèmes de signalement		

Axe 3 : formation, culture de sécurité, appui



Objectifs :

- développement d'une culture de la sécurité et de la qualité
- S'appuyer sur l'équipe de soins pour ancrer la culture sécurité
- Impliquer le management sur les enjeux de sécurité

→ 11 actions HAS (dont des actions pour la médecine de ville)

- Actions 35, 39 et 43 : développement des démarches en équipe
- Action 38 : RMM en ville
- Action 40 : tutorat et méthode de DPC
- Action 44 : implication management pilotage démarches Q et sécurité
- Action 46 : auto-évaluation de la culture de sécurité
- Action 55 : définition objectifs pédagogiques en gestion des risques
- Action 57 : outils pertinence
- Actions 61 et 62 : développement de la simulation et de scénarii

« Jamais la première fois sur le patient ! »

Axe 4 : Innovation et recherche

Objectifs :

- développer la recherche sur la sécurité du patient au cours des soins et sur l'identification et le traitement des risques,
- renforcement de la formation des investigateurs et à propos de la Loi Jardé.

→ 1 action HAS

Action 75 : Mieux définir et encadrer l'évaluation clinique post-CE des DM, en recherche comme en soins.
(DGOS - ANSM - HAS)



**un exemple intégrateur d'actions du PNSP
(axes 1, 2 et 3) :**

→ LE TRAVAIL EN ÉQUIPE



Pourquoi s'intéresser à l'équipe?

Evènements indésirables associés aux soins (EIAS) = un problème de santé publique

- **IOM (1999)** « To err is human » (IOM)
EIAS 8^{ème} cause décès, avant accident de la voie publique, cancer du sein
- **De Vries (2008)** : EIAS chez 9% des patients hospitalisés. *Incidence and nature of in-hospital adverse events : a systematic review. Qual. Saf. Health Care.*
- **Enquête ENEIS (2005 et 2009)**
1EIG* / 5jours / 30 lits → 4,5% séjours causés par EIG
- **Rapport IRDES (2011)** → cout EIG* 700 millions euros en 2007

*EIG : évènements indésirables graves associés aux soins

Le travail en équipe retrouvé comme cause fréquente EIAS dans la littérature

« There was poor teamwork and this had implications for performance and outcome. »

« Learning from Bristol » 2001 : rapport Parlement UK

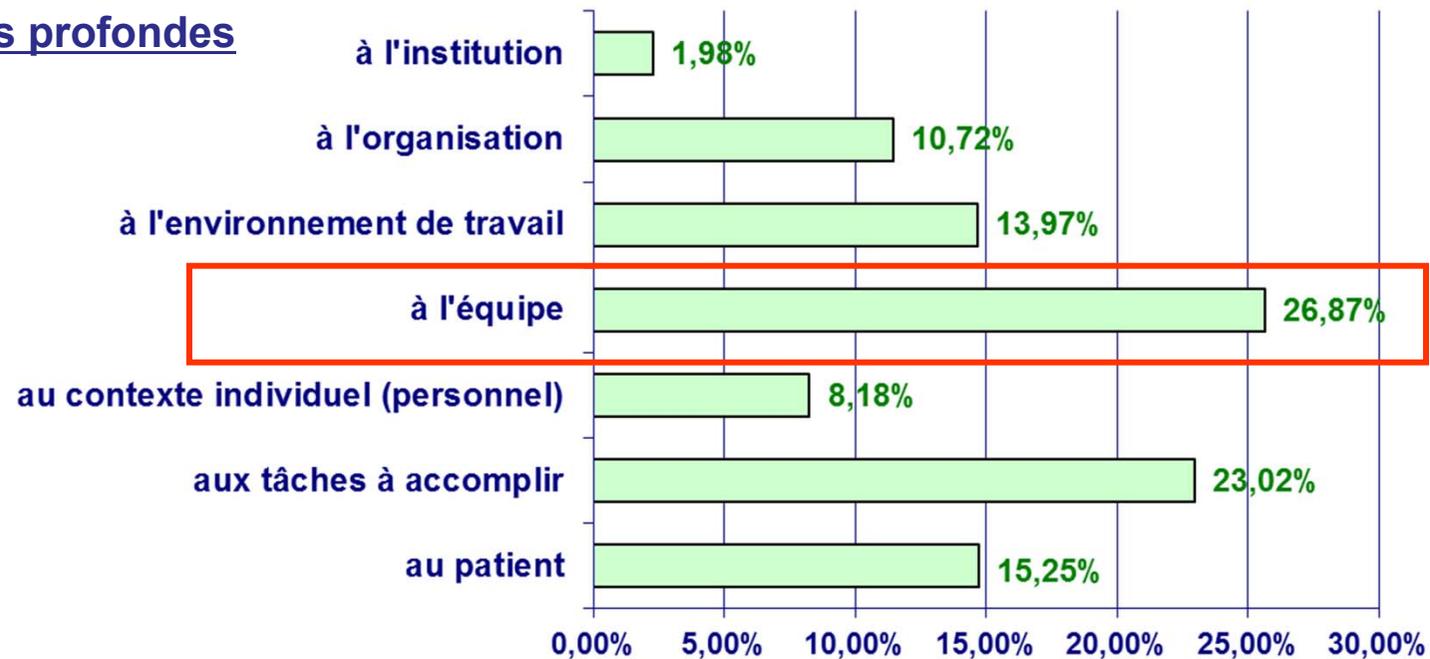
« Communication failures »

- Gawande 2003 (in Surgery) : 43% des causes / 146 cas
- NCPS database (Dunn 2007) : 75% des causes racines / 7000 cas
- JCAHO sentinel events database : 2010 : 82%, 2011 : 61%, 2012 : 59%

Données issues de la Base REX de l'Accréditation

Accréditation des médecins : Répartition **des causes profondes** sur 28705* événements déclarés entre 2011 et 2013 selon les 7 catégories de la grille **ALARM**

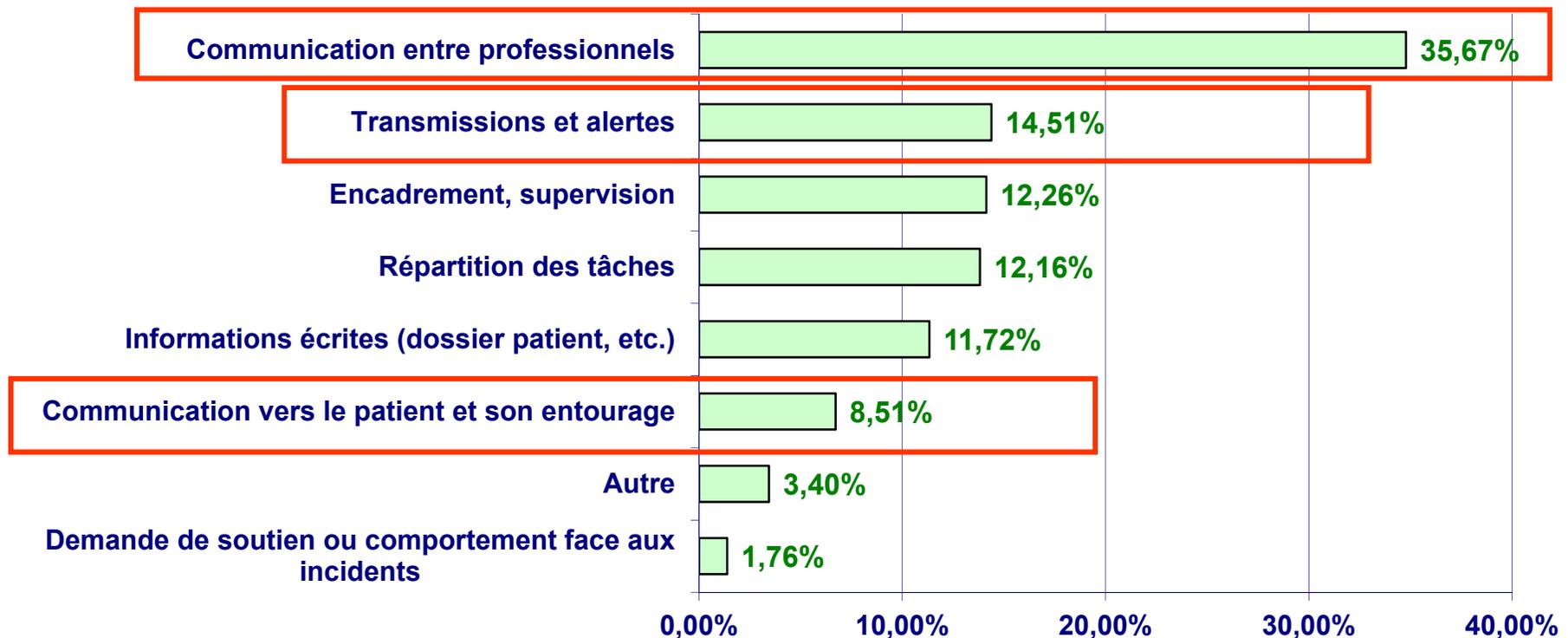
Causes profondes liées :



* Chiffres au 1 juillet 2013

Base REX : Causes profondes liées à « équipe »

Accréditation des médecins: Répartition des causes profondes dans la catégorie « **Causes liées à l'équipe** »



Les avantages attendus du travail en équipe



- Réduction des conflits
- Augmentation des communications
- Augmentation des performances



Equipe = un sujet fédérateur

Le développement de l'approche « équipe » dans la certification (V2014)

□ Orientation générale

- Promouvoir, évaluer et valoriser les dynamiques et le travail d'équipe

□ Bénéfices recherchés

- Faire progresser la sécurité du patient en agissant sur l'un de ses principaux déterminants
- Mettre en place des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité pertinentes pour les professionnels
- Prendre en compte les enjeux de prise en charge du patient et le point de vue du patient
- Améliorer la qualité de vie au travail des professionnels

Le développement de l'approche « équipe » dans la certification (V2014)

□ Deux voies complémentaires

- L'approche équipe dans la certification d'établissement
 - Concerne toutes les équipes
 - Rencontre de quelques équipes dès les visites V2014
 - Approche pilote
 - Regard sur le pilotage de la qualité et de la sécurité dans le secteur d'activité sur la base des exigences du manuel
 - Trame en cours d'élaboration (outils de visite)
- L'implication d'équipes volontaires
 - Reconnaissance en tant que pratique remarquable



Les différents travaux sur les équipes volontaires

- ❑ **Gestion des risques en équipe : expérimentée en réanimation et en obstétrique en 2012 → clôture de l'expérimentation le 07 novembre 2013**
 - Une fiche de gestion des risques en équipe comme méthode de DPC (fin d'année 2013)
- ❑ **Accréditation médicale en équipe : une modalité toute suite possible à mettre en œuvre → une équipe en test afin la fin de l'année 2013**
- ❑ **Une nouvelle expérimentation : PACTE (programme d'amélioration continu du travail en équipe) → projet sur 3 ans**



❑ 1) contact

→ B.A.L. pour écrire à la mission : contact.msp@has-sante.fr

❑ 2) nouveau site et

→ rubrique sécurité du patient

❑ 3) Nouvelle lettre HAS Sécurité du Patient & Pratiques

❑ 4) se mobiliser

→ semaine de sécurité du patient (25 au 29 novembre 2013)



Découvrez la nouvelle version
du site de la HAS
<http://www.has-sante.fr>



Webzine de la HAS

Tapez ici votre recherche | Thématiques | Abonnez-vous

ACCUEIL | INFOS HAS | VOTRE PRATIQUE | DOSSIERS SPÉCIAUX | DPC | CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS | SÉCURITÉ DU PATIENT

Vous êtes ici : Accueil

SÉCURITÉ DU PATIENT & PRATIQUES

VOUS CONSULTEZ LA LETTRE : SÉCURITÉ DU PATIENT & PRATIQUES - N° 30 - SEPT.-OCT. 2013

SÉCURITÉ DU PATIENT & PRATIQUES - N° 30 - Sept.-oct. 2013

Directeur de la publication : Pr Jean-Luc Housseau - Comité éditorial : René Malberti, Bruno Bally, Jean Brami, Philippe Chevalier, Arielle Fontaine, Frédérique Haniquaut, Thomas Le Ludec, Dominique Maigne, Laëtitia Maye, Michelangelo, Christiane Rossatto, Jean-Philippe Thébaud - Conception électronique : Anne Fabbretti-Hily - N° 30 - en cours

SOMMAIRE

EDITORIAL

Editorial - Pr J.L. Housseau
La sécurité du patient est une préoccupation au quotidien car aucun excès de confiance n'est permis. Pour accompagner les professionnels de santé dans cette action, la mission sécurité du patient propose une lettre électronique bimestrielle : « Sécurité du Patient & Pratiques »...