



Auteur: JCH

Version :1

Validé par : AWI le 13.02.2020

Date entrée en vigueur : 13.02.2020

Monitoring d'événements et d'erreur

M.Q_8.1.2

Publication Swissrescue



Ambulances du Val-de-Travers

Monitoring d'événements et d'erreur

Systeme de déclaration et d'apprentissage (CIRS)

Figure 1: Incident management [Illustration], stargate Rasa (c)2015, tiré de l'URL <http://yancao.info/yancao-images.html>, consulté le 12.01.2020



Auteur: JCH

Version :1

Validé par : AWI le 13.02.2020

Date entrée en vigueur : 13.02.2020

Monitoring d'événements et d'erreur

M.Q_8.1.2

Publication Swissrescue

Introduction

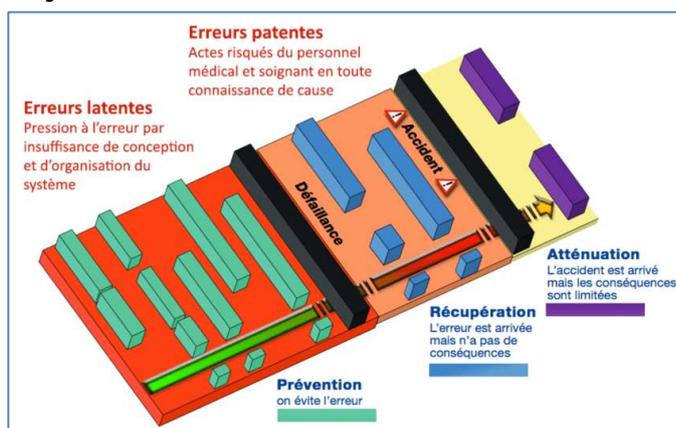
Dans un souci d'amélioration continue, notre service dispose d'une filière qualité comprenant un système permettant à chacun de proposer des améliorations ou de relever d'éventuels dysfonctionnements. Un document nommé RACQ (Rapport d'amélioration continue de la qualité) a été créé en 2015 et est disponible sur notre plateforme en ligne. Sa forme permet de garantir l'anonymat à ses utilisateurs s'ils le désirent. Le service des ambulances a la volonté d'être proactif dans le domaine de la qualité et de la gestion de l'erreur.

Le management de la qualité est la mesure régulière et systématique - à l'aide d'indicateurs définis - des différences entre ce que l'on souhaite et les résultats obtenus. L'identification des causes de différences permet de prendre les mesures correctives qui s'imposent.

Historique de la démarche de monitoring d'événements et d'erreurs

Lors de la mise en place de la filière qualité, le chef de service en gérait chaque étape. Il recevait directement les rapports d'amélioration continue, les analysait puis apportait les modifications nécessaires pour améliorer le fonctionnement du service. Après analyse et par souci de différencier la voie hiérarchique de la filière qualité, le chef de service a décidé de confier le recueil, la gestion et le classement des rapports d'amélioration continue à un collaborateur reconnu par l'équipe. En effet, la fonction de chef de service est difficilement compatible avec la gestion des rapports d'amélioration continue. Particulièrement lorsque ces rapports concernent directement la hiérarchie, le traitement de ces informations devient ambigu. De plus, il est probable que certains collaborateurs, malgré l'assurance de l'anonymat, aient été retenus par cette superposition de fonctions. C'est ainsi qu'est apparu le poste de RQ (Responsable de la Qualité) au « Valtra ».

Objectif du CIRS



L'objectif visé par le service d'ambulances du Val-de-Travers au travers de l'installation et de l'exploitation de ce système de déclaration est d'optimiser la qualité des soins, des structures et des processus de l'entreprise, mais aussi et surtout d'optimiser la sécurité des patients en installant les mesures systémiques de gestion des risques adéquates selon le modèle de Reason.

Figure 2 : Modèle de Reason [Diagramme], (C) 2014 Geoffrey Stobbe, selon Reason, tiré de l'URL https://www.researchgate.net/figure/Diagramme-de-Reason-38_fig9_330348876, consulté le 13.02.2020



Auteur: JCH

Version :1

Validé par : AWI le 13.02.2020

Date entrée en vigueur : 13.02.2020

Monitoring d'événements et d'erreur

M.Q_8.1.2

Publication Swissrescue

Champs d'application des RACQ

Eléments liés à la sécurité des soins

Les formulaires RACQ sont à la disposition des collaborateurs pour déclarer les éléments liés à la sécurité des patients et de leur entourage ou de l'activité de soins.

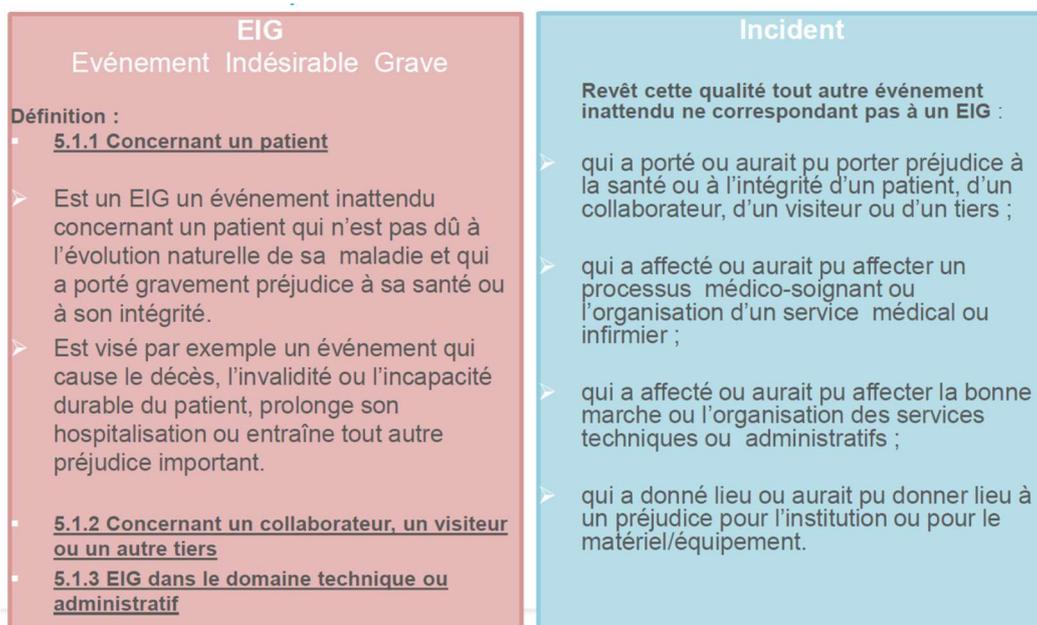
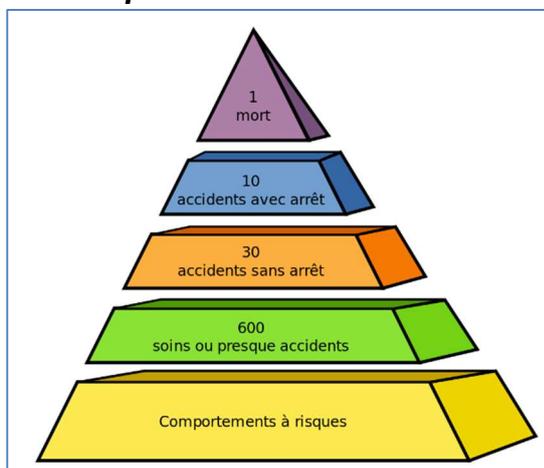


Figure 3 : EIG vs Incident [tableau], (C)HUG 2019, tiré du PPT « Comment mettre en place un système de déclaration des « problèmes » concernant la sécurité des soins », Ourahmoune, avril 2019

➔ Presqu'incident ou Near missed



Les incidents n'ayant pas eu lieu, mais ayant failli se produire doivent également être déclarés et les collaborateurs sont formés et sensibilisés dans ce sens. L'analyse de ces « presqu-incidents » permet d'ajouter des barrières (modèle de REASON) au système actuel permettant d'éviter une occurrence future du risque. L'analyse des presqu'incident augmente, elle aussi, la sécurité des patients.

Figure 4 : Pyramide des risques [Schéma], (C)2010 Psychoslave, inspiré de Bird. Tiré de l'URL

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Pyramide_des_risques.svg, consulté le 13.02.2020



Auteur: JCH

Version :1

Validé par : AWI le 13.02.2020

Date entrée en vigueur : 13.02.2020

Monitoring d'événements et d'erreur

M.Q_8.1.2

-
Publication Swissrescue

Eléments liés à la sécurité des collaborateurs et partenaires

Tout incident ou événement indésirable mettant en évidence un risque pour les collaborateurs du service au sens large (Premiers répondants sanitaires inclus) ou pour nos partenaires durant notre activité doit être signalée par ce biais également.

Propositions d'amélioration sans problématique liée à la sécurité

Les RACQ sont également à disposition de l'équipe pour émettre anonymement ou non toute proposition d'amélioration concernant les processus de l'entreprise, les infrastructures ou encore les interfaces avec nos partenaires.



Auteur: JCH

Version :1

Validé par : AWI le 13.02.2020

Date entrée en vigueur : 13.02.2020

Monitoring d'événements et d'erreur

M.Q_8.1.2

Publication Swissrescue

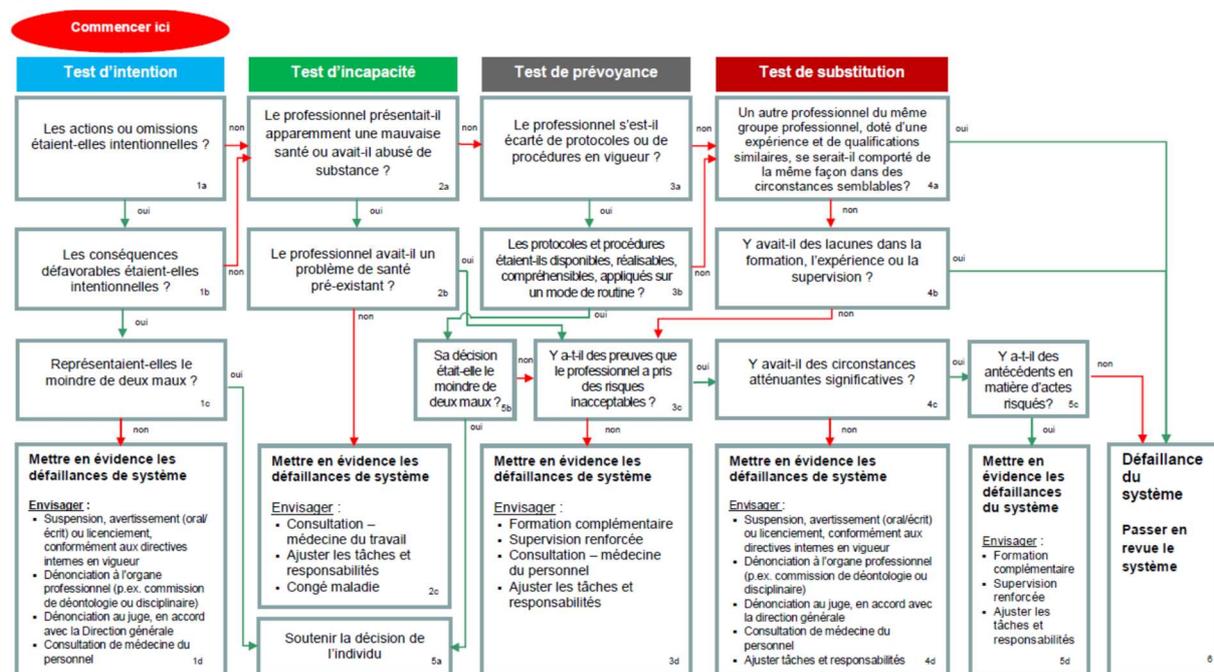
Anonymat : Limites en cas de situations particulièrement graves

La direction du service a souhaité mettre en place un système de déclaration et d'apprentissage (Critical Incident Reporting System, CIRS) dans le but d'optimiser la sécurité des patients. Elle entend ainsi favoriser l'identification et la prévention des erreurs et développer la culture de la sécurité. Le signalement des erreurs et des événements critiques selon une approche ouverte, anonyme et systématique permet en effet d'atteindre ces objectifs.

Le CIRS a pour objectif d'améliorer la sécurité et de préserver l'intégrité des patients (et des collaborateurs). Il n'est pas question de rechercher des « coupables » ni de condamner qui que ce soit. (Sécurité des patients suisse, 2016)

Just culture

Le service d'ambulances du Val-de-Travers est largement opposé dans sa pratique au modèle du « héros solitaire ». Toutefois, la responsabilité individuelle sera évaluée dans tous les cas afin de définir si une correction du système est nécessaire. Cette évaluation ne débouchera pas sur une quelconque « punition » étant donné que la déclaration reste anonyme sauf pour les cas particuliers abordés plus bas. Toutefois, il convient systématiquement d'évaluer si des mesures organisationnelles sont nécessaires ou si une cause individuelle est mise en évidence.



Selon REASON, repris par (Ourahmoune, 2019)



Auteur: JCH

Version :1

Validé par : AWI le 13.02.2020

Date entrée en vigueur : 13.02.2020

Monitoring d'événements et d'erreur

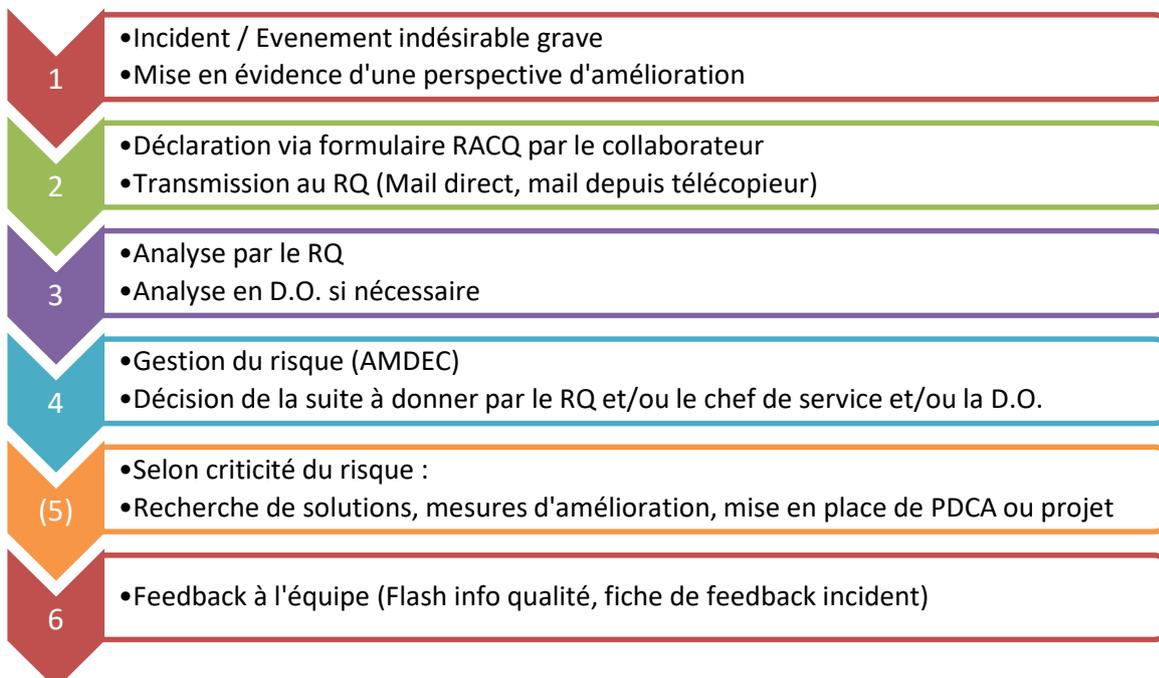
M.Q_8.1.2

Publication Swissrescue

Situation particulièrement graves (Evénements indésirables graves décrits plus haut)

Toutefois, et au vu de la législation actuelle en la matière, la direction a validé le fait que l'anonymat des rapports d'amélioration continue n'était plus garanti dès le moment où plainte est déposée et/ou dès qu'il s'agit d'une infraction poursuivie d'office. En effet, dès cet instant, la hiérarchie est obligée d'intervenir pour établir la réponse institutionnelle, civile ou pénale, en collaboration avec l'autorité judiciaire. Par contre, dans ces cas particulièrement graves, la **deuxième victime** (Soignant ayant provoqué l'événement) sera prise en charge par son employeur. Les mesures de soutien émotionnel, de coaching, de médiation seront alors également au centre des préoccupations de l'employeur (Ourahmoune, 2019). L'ensemble du personnel ambulancier a été informé de cette décision en date du 10 janvier 2016 par la diffusion du présent descriptif qui est consultable en tout temps sur notre plateforme documentaire.

Procédure de déclaration et d'analyse des RACQ



Analyse, gestion du risque et décision de la suite à donner

Les rapports d'amélioration continue sont réceptionnés, anonymisés et catégorisés par le responsable qualité.



Auteur: JCH

Version :1

Validé par : AWI le 13.02.2020

Date entrée en vigueur : 13.02.2020

Monitoring d'événements et d'erreur

M.Q_8.1.2

Publication Swissrescue

→ Incidents liés à la sécurité des patient, des collaborateurs ou de la démarche de soins

Ces cas sont rapidement analysés par le RQ afin de déterminer si une action urgente est nécessaire. Si tel est le cas, une intervention urgente sera coordonnée entre le RQ, la direction du service et le directeur médical. Dans les cas moins urgents, et pour le reste de l'analyse de l'incident, une analyse en direction opérationnelle sera systématique pour les déclarations liées à la sécurité des patients. Cette analyse sera réalisée selon le modèle du London protocole (Vincent et al., 2002) et documentée (Cf 8.1.2 – Modèle analyse des incidents). L'enjeu consistera alors à analyser le risque et sa criticité et à définir s'il y a ou non nécessité d'installer des mesures d'amélioration. Dans le cas où des mesures s'avèrent nécessaires, une recherche des causes racines sera réalisée et des un projet d'amélioration mis en place.

→ Événements indésirables graves

Dans le cas d'un événement indésirable grave, la hiérarchie sera immédiatement informée par le RQ. Les mesures d'urgence seront engagées par la direction du service, des mesures de soutien seront mises en place pour les collaborateurs concernés selon la procédure en vigueur (CF 7.3.15), et les démarches institutionnelles, civiles et/ou pénales seront engagées hors filière qualité. En parallèle, l'événement sera analysé de la même façon qu'un autre incident afin d'éviter une nouvelle occurrence.

Références

Merci aux personnes et/ou institutions qui ont servi d'exemple à la mise en place de ces bonnes pratiques dans notre entreprise.

« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite » - H. Ford

Ourahmoune, D. A. (2019). Responsabilité individuelle et sanctions au sein d'une organisation. HUG - CAS M4 Sécurité des patients.

Ourahmoune, D. A. (2019). *Comment mettre en place un système de déclaration des "problèmes" concernant la sécurité des soins.* HUG.

Sécurité des patients suisse. (2016). *Mise en place et gestion efficace d'un système de déclaration et d'apprentissage (CIRS) - Recommandations à l'intention des institutions de santé hospitalières.* Aktionbündnis Patientensicherheit.

Vincent et al. (2002). *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.* Elsevier SAS.

Fournier S. (2019). Introduction à la sécurité patient. Comprendre l'erreur médicale et la sécurité patient. ES-ASUR