



Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine

Bulletin d'information du CCECQA

n° 22
10/2008

CCECQA • Hôpital Xavier Arnoz • 33604 Pessac cedex
Tél. 05 57 65 61 35 • Fax. 05 57 65 61 36
E-mail : secretariat@ccecqa.asso.fr • <http://www.ccecqa.asso.fr>

Editorial

« La gauche ou la droite ? »

Il y a quelques années, une journaliste s'est présentée à l'accueil de ma clinique et a demandé à me rencontrer. Je l'ai reçue et après avoir annoncé qu'elle travaillait pour une importante télévision généraliste, elle m'a informé qu'elle cherchait « le chirurgien qui s'est trompé de jambe »...

Après avoir maîtrisé mon étonnement, nous nous sommes assis dans mon bureau et elle m'a longuement expliqué qu'elle enquêtait sur un événement indésirable survenu dans cette clinique, pendant le séjour d'un enfant ayant une jambe trop courte. Ce chirurgien devait l'opérer pour allonger cette jambe mais, suite à une erreur de latéralisation, il aurait rallongé ...la mauvaise jambe.

« Vous imaginez le résultat ! » me dit cette journaliste, « je veux rencontrer le chirurgien pour l'interviewer ».

J'ai fait patienter mon interlocutrice pour me renseigner sur le champ : en fait, l'acte datait de 3 ans, le chirurgien devait opérer successivement les deux jambes mais n'aurait pas annoncé le bon ordre aux parents qui s'en sont émus. En l'absence de preuve matérielle, les parties ne se sont pas conciliées. S'en est suivie une plainte déposée par les parents : en pratique, le côté à opérer était bien identifié par une jolie fleur dessinée à même la peau par le chirurgien lui-même. Il n'y avait pas eu erreur médicale mais un potentiel défaut d'information. Les investigations ont révélé que les deux jambes avaient bien été opérées avec succès et en l'absence d'élément probant, le dossier a été classé.

Les parents mécontents de cette issue, s'en sont ouverts à cette journaliste rattachée à une chaîne friande de sensationnel.

J'ai alors fait le point avec elle et lui ai indiqué que le dossier avait été classé par la justice, que le chirurgien refusait de la recevoir (« qu'elle contacte mon avocat ! ») et qu'en conséquence je lui interdisais de citer le nom de la clinique ou celui du chirurgien.

L'émission a pourtant eu lieu et le sujet a bien été traité, sans nom (une clinique de Bordeaux, un chirurgien pédiatrique...) illustrée par des images volées en caméra cachée sur lesquelles j'ai reconnu le chirurgien, la clinique et moi-même... en flouté, voix déformée. Et chacun sur le plateau d'y aller de son commentaire sur l'erreur médicale scandaleuse : « Vous vous rendez compte, ils ont rallongé la jambe la plus longue ! »

Quelles leçons tirer de cet événement ? Son analyse a permis d'identifier la cause immédiate : l'épisode a souligné le défaut d'attention porté à l'information précise délivrée aux patients ou aux parents. Des actions ont été menées pour éviter que ce problème ne se reproduise : aujourd'hui, les fleurs sont toujours dessinées sur les bonnes jambes mais l'information donnée au patient et à la famille est tracée dans le dossier... Avons-nous tiré tous les enseignements de cette histoire ? Nous en saurons plus à l'issue de la Journée scientifique du 17 Octobre 2008 « L'Erreur en scène, l'Erreur enseigne ».

Yves NOEL

Directeur Général
Groupe Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine

Le CCECQA, organisme agréé par la Haute Autorité de Santé pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles individuelle et collective des médecins (EPP InCESA)

10^{ème} journée régionale du CCECQA :
« L'erreur en scène, l'erreur enseigne »
Comment apprendre collectivement de nos erreurs ?
Organisée avec le Centre Hospitalier et la Clinique d'Arcachon
Le 17 octobre 2008 à Arcachon au théâtre Olympia

Retrouvez toute l'actualité du CCECQA
www.ccecqa.asso.fr
Télécharger rapports, outils d'évaluation, programme de formations et des ateliers

Deux projets prochainement proposés aux établissements de santé adhérents
Projet PERILS (Prévention des erreurs d'identité liés aux soins)

Ce projet a pour objectifs d'étudier les barrières mises en place contre les risques d'erreur d'identité et d'aider les établissements à définir des actions d'amélioration. Appel à participation fin septembre 2008.

Projet sur la culture de sécurité des soins

Les objectifs de ce projet sont de mesurer la culture de sécurité des soins dans les services cliniques et de tester une stratégie d'amélioration de cette culture basée sur l'analyse de scénarii cliniques. Sollicitation des établissements de santé tirés au sort en octobre 2008.

Pré-annonce
Organisation par la HAS d'une journée inter-régionale à Bordeaux le 6 février 2009 portant sur la certification V2010, l'EPP et la place des indicateurs dans le pilotage interne

Les systèmes de signalement des événements indésirables sont-ils utiles ? Présentation des résultats du projet TYP-MESS

Dossier réalisé par Jean-Luc Quenon

Ont collaboré à ce projet :

R. Amalberti, Y. Auroy, H. Hoareau, B. Hubert, T. Kosciolk, P. Michel,
P. Occelli, P. Parneix, M-L. Pouchadon, R. Salmi, M. Sibé.

Certitudes et incertitudes sur les systèmes de signalement des événements

Les systèmes de signalement en médecine se multiplient depuis 20 ans. Le dispositif de certification des établissements de santé, faisant suite à la publication d'un guide méthodologique sur l'évaluation des risques et du référentiel d'accréditation engage les établissements à mettre en place un recueil d'événements indésirables, recueil sur lequel les actions d'amélioration, notamment des pratiques professionnelles, seraient fondées.

Les questions de l'efficacité et de l'efficience de ces systèmes sont une préoccupation des professionnels de santé et des gestionnaires. Si leur place dans la gestion des risques en établissements de santé n'est pas contestée, ces systèmes mobilisent des ressources importantes dont l'efficience a rarement été mesurée, faute de méthode.

TYP-MESS, un projet régional d'évaluation de ces SSEI

TYP-MESS (Typologie et méthode d'évaluation des systèmes de signalement des accidents médicaux et des événements indésirables) a été développé pour répondre à ces questions dans le but d'améliorer ces systèmes, en s'appuyant sur les recommandations de l'OMS concernant les systèmes de signalement des événements indésirables [1]. Le projet TYP-MESS avait pour objectifs de développer et de tester une méthode d'évaluation de ces systèmes afin de répondre à ces questions. Cette méthode a été élaborée par le CCECQA et ses partenaires : le Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales du Sud-Ouest (CCLIN, Bordeaux), l'Hôpital d'instruction des armées de Percy, l'Institut de médecine aérospatiale du service de santé des armées (IMASSA, Brétigny sur Orge), l'Institut de santé publique d'épidémiologie et de développement (ISPED, Bordeaux), le Laboratoire des problèmes sociaux et de l'action collective (LAPSAC, Bordeaux).

Une méthode d'évaluation multidimensionnelle

La méthode d'évaluation développée était qualitative, explorant plusieurs dimensions du SSEI : les objectifs, les structures impliquées, le processus et les résultats du SSEI d'un établissement de santé. Le construit de cette évaluation reposait sur les

Encadré 1 – Extrait de la grille d'évaluation préliminaire qui comprenait 15 questions

- Quels sont les objectifs actuels du SSEI ?
- Quelles sont les structures (pilotage, management, opérationnelle) impliquées ?
- Quels sont les EI à signaler ?
- Comment est assurée la confidentialité des informations transmises par le déclarant ?
- Quelles sont les principales décisions prises l'année précédente grâce au SSEI ?
- Quels sont les coûts du SSEI pour l'année précédente ?

bases conceptuelles développées par A. Donabedian [2].

Cette évaluation est réalisée avec plusieurs outils : une grille d'évaluation préliminaire de toutes les dimensions (Encadré 1), pouvant être complétée par des grilles d'évaluation pour chaque dimension.

L'outil d'évaluation devait être utilisé comme un outil d'auto-évaluation par les personnes qui pilotaient, coordonnaient et animaient le SSEI dans l'établissement. L'équipe chargée de l'évaluation devait être composée si possible d'un représentant du comité de pilotage qualité et/ou gestion des risques (si cette structure existait), d'un manager (Directeur ou Directeur qualité), d'un ou deux représentants de la cellule opérationnelle (responsable qualité, coordinateur des vigilances ou un vigilant), d'un ou deux référents d'une unité de soins (médecin, cadre de santé). Le responsable du projet dans l'établissement était chargé de la coordination de l'équipe chargée de l'évaluation.

Les instructions données pour la collecte des données étaient les suivantes :

- Mener cette évaluation collectivement, avec discussion entre les membres de l'équipe d'évaluation, en notant les différences d'appréciation et en essayant d'en comprendre les raisons, et de voir si l'on peut atteindre un consensus sur chaque dimension étudiée.
- Utiliser les grilles d'évaluation comme des grilles d'entretien semi directif.
- Débuter l'évaluation en utilisant la grille d'évaluation préliminaire.

En fonction des réponses à cette première grille, il peut être pertinent d'approfondir certaines dimensions du système de signalement (objectifs, structures, processus ou résultats) en utilisant les grilles d'évaluation complémentaires. Celles-ci sont à utiliser en particulier en cas de désaccord entre les

membres de l'équipe d'évaluation sur certaines questions lors de l'évaluation préliminaire, en cas de difficultés à répondre à certaines questions qui apparaissent trop générales ou synthétiques, en cas de doute sur un point fort ou un point d'amélioration identifié.

Un plan d'analyse des données était proposé à chaque établissement de santé. Il permettait en utilisant les données recueillies avec les grilles d'évaluation préliminaire et complémentaires,

- d'une part de présenter les principaux résultats pour chaque dimension,
- d'autre part d'identifier les points à améliorer et les points forts observés pour chaque recommandation de l'OMS concernant les systèmes de signalement des événements indésirables.

Les résultats de chaque établissement étaient ensuite validés par le CCECQA.

Résultats obtenus dans 5 établissements de santé

La méthode a été testée en novembre 2007 dans 5 établissements volontaires, sélectionnés de façon à être représentatifs de la typologie des établissements de santé en termes de statut, de taille et d'activité. Ils devaient avoir un SSEI fonctionnant depuis plus de 12 mois sur l'ensemble de la structure et être situés en Aquitaine afin de faciliter la réalisation de cette étude.

Principales caractéristiques des 5 SSEI étudiés

Dimension OBJECTIFS

- Le SSEI a surtout été mis en place dans le cadre de la préparation à l'accréditation/certification de santé (n=3) ou de la mise en place d'une démarche globale et coordonnée des risques (n=2).
- Les objectifs du SSEI étaient surtout ciblés sur l'identification des événements

Recommandations de l'OMS	Points à améliorer	Points forts
1. Le système de signalement des événements indésirables devrait avoir comme principal objectif l'amélioration de la sécurité des patients à travers l'identification des erreurs et des risques qui pourraient survenir, puis leur analyse dans le but d'identifier les défaillances systémiques sous-jacentes	BE	ABC
2. Les responsables de ce système devraient avoir clairement définis : <ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs de ce système • Les personnes qui devraient signaler • Les événements indésirables à signaler • Les modalités de réception et de traitement des données • Les experts et les ressources financières adéquates pour l'analyse • Les réponses au signalement • Les méthodes pour classer et donner du sens aux événements signalés • Les moyens de communication des résultats • L'infrastructure technique et la sécurité des données 	AE ABCDE ABCE D ABD AC	ABCDE ABCDE ABCDE BCD D ABCE CE BDE
3. Les professionnels de santé doivent être encouragés à signaler des événements et des informations sur la sécurité	ABC	DE
4. Les professionnels de santé qui signalent des événements indésirables, des presque accidents et d'autres éléments en rapport avec la sécurité ne devraient pas être punis à la suite d'un signalement		ABCDE
5. Le système de signalement devrait être indépendant d'une autorité ayant le pouvoir de punir le déclarant		ABCDE
6. L'identité des personnes signalant ne devrait pas être communiquée à des tiers	E	ABCD
7. Les événements indésirables signalés devraient être analysés rapidement	A	BCDE
8. Les événements indésirables devraient être analysés par des experts qui comprennent les circonstances cliniques et les processus de soins concernés et qui sont formés à la recherche des causes profondes systémiques	ADE	BC
9. La structure qui reçoit les signalements devrait être capable de faire des recommandations et de les diffuser. Les autres structures impliquées devraient donner leur accord pour la mise en œuvre de ces recommandations lorsque c'est possible.	A	BCDE
10. Les recommandations pour des actions de prévention devraient être rapidement diffusées, en particulier lorsque des risques graves ont été identifiés.	AC	BDE

Tableau 1 - Points forts et points à améliorer des 5 établissements de santé par rapport aux recommandations de l'OMS. Chaque lettre (A, B, C, D, E) représente un des 5 établissements.

indésirables et leur prévention (n=3) mais aussi d'amélioration de la qualité (n=2).

Dimension STRUCTURES

- Les structures impliquées dans ce dispositif étaient surtout celles de la démarche Qualité (Comité de pilotage qualité, Direction qualité, cellule qualité).
- Les médecins étaient peu impliqués dans les structures concernées.
- Le SSEI ne disposait pas d'un budget spécifique.

Dimension PROCESSUS

- Le processus spécifique était bien défini dans les 5 établissements de santé.
- La définition retenue pour qualifier un événement d'événement indésirable variait d'un établissement à l'autre. Elle évoquait le plus souvent des dysfonctionnements de l'établissement.
- Le SSEI permettait de déclarer des EI de nature variée, il n'était pas ciblé sur certains EI ou certains événements sentinelles.

- La sécurité des données, la confidentialité étaient plus ou moins assurées.
- Peu d'EI faisait l'objet d'une analyse approfondie des causes et souvent sans méthodologie adaptée.
- Le SSEI était relativement réactif. Les solutions proposées pour éviter la répétition des EI étaient le plus souvent des solutions immédiates, qui agissaient plutôt sur les causes immédiates que sur les causes profondes.
- L'analyse agrégée des EI n'était souvent pas satisfaisante, ne permettant pas de classer de façon pertinente les EI et de donner du sens aux événements signalés.
- Il existait un retour d'information au déclarant et un suivi des actions entreprises.

Dimension RESULTATS

- Plusieurs dizaines d'EI ont été déclarés en 2006 dans chaque établissement (de 152 à 807 EI). Le SSEI a permis d'identifier des risques liés aux soins mais leur fréquence relative par rapport à l'ensemble des EI était

dans les 5 établissements de 3 %, 27%, 30%, 67% et 74%.

- Il n'était pas possible d'évaluer l'impact du SSEI sur la culture de sécurité des professionnels, sur la sécurité des soins, sur le coût global des risques.

Points forts par rapport aux recommandations de l'OMS

Pour les 18 critères d'évaluation par rapport à ces recommandations, le nombre de points forts variait de 8 à 14 selon les établissements (Tableau 2). Les principaux points forts concernaient une définition claire des principaux éléments du processus, l'approche non punitive lors de la survenue d'erreurs, la confidentialité, la réactivité pour l'analyse et l'élaboration et la diffusion de recommandations.

Les enseignements de ces évaluations

Les résultats des autoévaluations réalisées dans 5 établissements de santé aquitains sont cohérents avec les données de la littérature.



Ils montrent une sous-déclaration des événements indésirables liés aux soins. Seulement une partie des EI déclarés concernait la sécurité des soins (moins du tiers des EI pour 3 des 5 établissements). Nous retrouvons les principales raisons de cette sous-déclaration soulignées dans la littérature scientifique [3] :

- une définition trop floue des événements indésirables : les définitions proposées sont peu explicites (par exemple « un EI traduit la survenue d'un événement évitable qui a conduit ou aurait pu conduire à un résultat non désiré ») ; le champ des EI à signaler est très large et donc non ciblé sur certains EI importants pour améliorer la sécurité des soins.
- une protection incertaine vis-à-vis d'éventuelles sanctions. Les professionnels sont inquiets sur la possibilité d'une réponse punitive lors de la survenue d'erreurs au cours des soins alors que les professionnels ne sont pas punis à la suite d'un signalement, le SSEI est indépendant d'une autorité ayant le pouvoir de punir et l'identité des personnes signalant n'est pas communiquée à des tiers.
- un niveau de culture de sécurité des soins qui semble peu développé.
- une mauvaise ergonomie des systèmes de signalement liée à l'absence d'outils et d'expertise pour une analyse approfondie des événements indésirables (les 5 établissements étudiés), aux réponses mal définies aux signalements (4 établissements), à une sous-utilisation des informations produites par le SSEI pour construire un système apprenant (3 établissements).

Malgré ces faiblesses, on reconnaît l'avantage à ces SSEI de contribuer à installer une culture de sécurité. En l'absence de mesure de cette culture avant la mise en place de ces SSEI, il est difficile de connaître l'impact du SSEI sur cette culture.

Les correspondants des établissements de santé ayant participé à ce projet considèrent la démarche méthodologique proposée pertinente car

- elle répond à un besoin de faire le point sur la performance du SSEI après plusieurs années de fonctionnement,
- elle propose des outils permettant une analyse en deux temps (préliminaire, puis approfondie si nécessaire pour certaines dimensions),
- elle implique les principaux acteurs du SSEI et crée un espace de discussion,
- elle identifie des axes d'amélioration possibles.

La faisabilité de ce type d'évaluation (3 journées hors restitution des résultats), l'acceptabilité des résultats et les retombées opérationnelles en termes d'amélioration du système ont pu être appréciées lors des séances de restitution des résultats (en face à face). En ce qui concerne la faisabilité, toutes les grilles d'évaluation ont pu être remplies sans difficulté et exploitées afin d'en faire une

synthèse et d'identifier les points forts et les points à améliorer.

Une des limites de cette méthode est que les résultats de l'autoévaluation reflètent plutôt le point de vue des décideurs, des professionnels chargés du pilotage, de la coordination et de l'animation du SSEI, que de l'ensemble des professionnels.

Conclusion

Le projet TYP-MESS a permis d'élaborer une méthode d'évaluation des SSEI. Les évaluations dans cinq établissements ont montré que la méthode était opérationnelle pour mieux comprendre le SSEI mis en place et l'améliorer. Les résultats montrent que ces systèmes sont utiles car ils permettent de

repérer des risques non identifiés par les autres sources d'informations (Encadré 2), d'attirer l'attention sur certains dysfonctionnements récurrents non pris en compte, d'accélérer la recherche de solutions, de mieux communiquer sur les risques et la sécurité et peut-être d'avoir un impact sur la culture de sécurité. Les résultats montrent aussi qu'il existe un important potentiel d'amélioration de ces SSEI, ce qui justifie le déploiement de cette méthodologie afin de rendre plus performants ces systèmes et d'entraîner une réflexion collective sur l'importance à donner à ce dispositif dans le management global des risques d'un établissement de santé.

Encadré 2 – Exemple d'événement signalé dans un établissement

L'erreur en scène

- Signalement d'une erreur d'identité survenue au bloc opératoire suite à une modification du planning opératoire, récupérée avant le début de l'acte chirurgical.
- Ce signalement a déclenché la mise en place d'une procédure d'identification par un bracelet de tous les patients se rendant au bloc opératoire et l'achat de bracelets d'identification.

L'erreur enseigne ?

- Ce signalement a attiré l'attention sur un problème important et déclenché la mise en place de mesures préventives.
- Cependant en l'absence d'analyse approfondie structurée des causes, toutes les défaillances en particulier systémiques n'ont probablement pas été identifiées et traitées.
- Ce signalement n'a pas permis une remise en cause plus globale de l'identification des patients dans tout l'établissement et l'élaboration de recommandations destinées à tous les services confrontées à cette problématique.

Pour en savoir plus

1 - (World Health Organization 2005, World alliance for patient safety. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf)

2. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA 1988; 260: 1743-1748.

3. Amalberti R., Gremion C., Auroy Y., Michel P., Salmi R., Parneix P., Pouchadon M.L., Hoarau H., Ocelli P., Quenon J.-L., Hubert B. Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. Etudes et Résultats, 2007;584:1-7.

Ce projet a été financé par le Ministère de la Santé (Mission Recherche, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques).

Nous remercions les correspondants projet et tous les professionnels des établissements qui ont participé à ce projet régional.

Les dernières publications et communications

Publications

- Hubert B, Ausset S, Auroy Y, Billiard-Decre C, Tricaud-Vialle S, Djihoud A. Indicateur de tenue du dossier anesthésique dans les établissements de santé d'Aquitaine. AFAR - Mars 2008 ; 27 : 197-288.
- Degos L, Romaneix F, Michel P, Bacou J. Can France keep its patients happy? BMJ 2008 336: 254-257.
- Michel P. Evénements indésirables graves liés aux soins. Hôpitaux Magazine 2008 ; 6 : 38-41.

- Michel P, Amalberti R, Baudouin D, Quenon JL. Flou et Flop en endoscopie. Risques et Qualité 2008 ; 1 : 42-45.
- Ocelli P, Roué V, Domecq S, Brandy J, Saillour-Glénisson F. Création d'une banque de thématiques d'évaluation des pratiques professionnelles en Aquitaine. Risques et Qualité 2008 ; 1 : 24-30.
- Saillour-Glénisson F, Domecq S, Pouchadon ML, Jacques B, Sibé M. Analyse qualitative et quantitative des déterminants à l'application de

Recommandations Professionnelles (RP) par les médecins. Rev Epidemiol Sante Publique 2008 ; 56S : S207-19.

• Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM. A French national survey of inpatient's adverse events prospectively assessed with ward staff. Qual Saf Health Care 2007;16:369-77.

• Saillour-Glénisson F, Préaubert N, Rumeau-Pichon C, Michel P. Le coût de la non qualité dans les établissements de santé. Les Tribunes de la Santé 2008 in Press.

Communications

• Ocelli P, Quenon J-L., Hubert B., Hoareau H, Pouchadon M-L., Amalberti R., Auroy Y., Michel P., Salmi R., Sibé M., Pameix P. Culture de sécurité. 4ème rendez-vous d'Arcachon du C.CLIN Sud-Ouest, Arcachon, septembre 2008.

• Ocelli P, Quenon J-L., Hubert B., Hoareau H, Pouchadon M-L., Amalberti R., Auroy Y., Michel P., Salmi R., Sibé M., Pameix P. Mesure de la culture de sécurité des soins dans six établissements de santé de la région Aquitaine. Congrès international d'épidémiologie ADEL-EPITER, Paris, septembre 2008

• Dumond J-P, Michel H, Saillour F, Briand S, Halgand N, Sibé M. The cultural basis of questionnaires on organizational culture. EGOS (European Group of Organizational Studies). Amsterdam, 10-12 juillet 2008.

• Quenon J-L. L'identification des patients à l'hôpital. 26e MAPAR (mises au point en anesthésie réanimation), Paris, juin 2008.

• Ocelli P, Quenon J-L., Hubert B., Hoareau H, Pouchadon M-L., Amalberti R., Auroy Y., Michel P., Salmi R., Sibé M., Pameix P. La culture de sécurité des soins, un levier pour l'action en gestion des risques infectieux. XIXe Congrès National de la

Société Française d'Hygiène Hospitalière et XIXe Journées Nationales SIIHHF, Paris, juin 2008.

• Quenon J-L. L'identification des patients à l'hôpital. 26e MAPAR (mises au point en anesthésie réanimation), Paris, juin 2008.

• Bréchet M-P., Faraggi L. Le risque médicamenteux : Programme de gestion du risque médicamenteux « PRISME ». Journée organisée par l'ARH-OMEDIT Aquitaine, Bordeaux, mai 2008.

• Harston S, Laksir H, Mme Joris, Mme Lillet, Mme Perrocheau, Mme Stayan, Domecq S, Petit C. EPP « Prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée poly pathologique » : première et seconde mesures à l'EHPAD de Lormont, CHU de Bordeaux. Rencontres Thématiques de la HAS consacrée à l'Amélioration de la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé. Paris, 28 mai 2008.

• Quenon J-L. Améliorer l'identification des patients en milieu hospitalier. XIIème Journée d'actualisation des connaissances en pratique transfusionnelle, Bordeaux, mai 2008.

• Quenon J-L. La culture de sécurité des soins. Gestion des risques et culture de sécurité dans les

établissements de santé. Journée organisée par l'ARH-OMEDIT Aquitaine, Bordeaux, mai 2008.

• Saillour-Glénisson F. Observation des pratiques et évaluation des pratiques professionnelles : enjeux et opportunités. Journée régionale de l'OMEDIT Aquitaine. Pessac, 15 avril 2008

• Saillour-Glénisson F. Quels enseignements tirer des expériences du CCECQA et des autres dispositifs régionaux. Journée ARH – Coordination des vigilances gestion des risques dans les établissements de santé. Saint Brieu, 23 mai 2008.

• Saillour-Glénisson F. Cout de la qualité et de la non qualité en établissement de santé. Symposium GIP Requass. Limoges, 27 mai 2008.

• Saillour-Glénisson F. Présentation des méthodologies EPP les plus adaptées à la pratique des médecins du travail pour le personnel hospitalier. Réunion MPTH (Médecin du Travail pour le Personnel Hospitalier) – Réseau Aquitaine. Pessac, 25 septembre 2008.

• Tricaud-Vialle S, Pambrun E. De l'indicateur au palmarès : utilisation pertinente des représentations graphiques. Congrès conjoint de la Société statistique du Canada et de la Société française de statistique. Ottawa Canada, 25-29 mai 2008.

LES ACTIVITÉS DE FORMATION

▪ Les prochains ateliers

- Indicateurs de qualité des soins en établissement de santé : cohérence des démarches internes et externes - 9 décembre
ANNULE car recouvre le programme de la Journée HAS en région Aquitaine prévue le 6 février 2009.
- Programme 2009 en cours de définition

▪ Les prochaines formations-actions 2008

- M6 a, b et c : Méthodes et outils de l'évaluation des pratiques professionnelles – Approfondissement - 18 et 25 septembre
- M7 : Améliorer la sécurité du circuit du médicament dans un établissement de santé - 13 novembre
- M1 : Elaborer un outil de recueil et analyser les données – 30 octobre et 6 novembre
- M2 : Comment communiquer sur un projet d'évaluation en santé ? - 4 et 11 décembre

▪ Les prochaines formations-actions 2009

- Indicateurs – les 13 février et 20 mars 2009
- Evaluation des systèmes de signalement – les 10 et 24 septembre 2009
- Evaluation des pratiques professionnelles :
 - EPP1 : Approche quantitative – le 12 février 2009
 - EPP2 : Gestion et conduite d'un projet EPP - le 5 mars 2009
 - EPP3 : Approche par problème – le 19 mars 2009
 - EPP4 : Approche par processus – le 25 juin 2009
 - EPP5 : Approche par échanges – le 19 novembre 2009

Programmes, tarifs et bulletin d'inscriptions sont disponibles sur www.ccecqa.asso.fr

Les projets en cours

Axe « Evaluation des pratiques professionnelles »

2008 Plateforme informatique EPP

Le CCECQA met en place actuellement une plateforme informatique qui regroupera à terme l'ensemble des outils EPP du CCECQA. Cette plateforme permet aux établissements une saisie en ligne des données recueillies au cours des évaluations successives et une restitution automatisée des résultats. Les 27 outils élaborés et validés par les groupes de travail régionaux EPP-Aquitaine seront mis en ligne progressivement ; 11 d'entre eux sont actuellement disponibles. Les correspondants des établissements et les membres des groupes de travail régionaux sont tenus informés de l'avancée des travaux et notamment de la mise à disposition de chaque outil d'évaluation. Les protocoles et grilles d'évaluation des outils sont aussi disponibles sur notre site internet. Le programme de formation 2009 du CCECQA prévoit une journée gratuite de formation à l'utilisation de la plateforme.

Banque de thématiques EPP

La banque de thématique EPP est en ligne sur le site du CCECQA. Actuellement plus de 200 thématiques sont référencées. Vous pouvez vous y connecter avec vos identifiants établissement, ceux utilisés pour l'accès à notre site internet.

EPP-InCESA : organisme agréé

Le CCECQA propose un accompagnement individualisé à l'EPP, permettant la validation des EPP individuelles des médecins. Une vingtaine d'établissements adhérents au CCECQA ont été accompagnés ou sont en cours d'accompagnement. Le CCECQA peut aussi dans ce cadre se déplacer pour des conseils méthodologiques ou de choix de thématiques. Le règlement intérieur de l'organisme agréé et la charte de validation des EPP individuelles par EPP-InCESA sont disponibles sur le site du CCECQA.

2008 Théorem

Ce projet, qui bénéficie d'un financement de la HAS dans le cadre de l'appel à projet de recherche 2006, porte sur la problématique de l'identification des facteurs organisationnels et managériaux des services influant sur l'appropriation des recommandations professionnelles. Ce projet permettra d'élaborer et de valider un questionnaire d'analyse de la culture organisationnelle des services de médecine et d'étudier le lien entre organisation - management des services de médecine et appropriation des recommandations professionnelles. Cinq

régions françaises participent au projet. Les outils d'évaluation sont constitués et actuellement en phase de test. Les établissements de la région Aquitaine, tirés au sort, ont été sollicités pour participer au projet. Le recueil de données, qui cible les services de médecine polyvalente, est programmé à partir de novembre 2008. Les résultats du projet seront connus au cours du second trimestre 2009.

2008 Preidi

Ce projet, piloté par l'OMEDIT Aquitaine, a pour objectif de constituer une plateforme d'échanges entre les établissements de santé sur les pratiques de pose et d'achat de deux dispositifs médicaux implantables : les prothèses totales de hanche et les stents coronariens. Trois enquêtes ont été menées concomitamment dont les résultats alimenteront la plateforme :

- une enquête, auprès des présidents de Comedims des établissements de la région Aquitaine, les interrogeant sur le circuit et le prix d'achats de ces deux dispositifs ;
- deux enquêtes réalisées entre le 15 janvier et le 15 février 2008 interrogeant les praticiens orthopédistes d'une part, et angioplasticiens d'autre part, sur les indications de pose de ces deux dispositifs et sur le type de matériel posé.

Le CCECQA a la charge de l'accompagnement méthodologique du projet et de l'analyse des données recueillies lors de l'enquête sur les pratiques de pose. Les résultats seront diffusés à la fin de l'année 2008.

Validation d'une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur - EOC modifiée

L'Unité Soutien Douleur (USD) du CHU de Bordeaux et le CCECQA ont mené une enquête auprès des patients hospitalisés au CHU de Bordeaux. Cette enquête avait pour objectif de valider une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur pour les patients adultes non communicants, l'Echelle d'Observation Comportementale (EOC) proposée par François Boureau. Ce projet a bénéficié du soutien de l'Institut UPSA de la Douleur. Une trentaine de services se sont portés volontaires, le recueil s'est déroulé entre novembre 2007 et février 2008. L'analyse des données est terminée et les résultats seront prochainement diffusés.

Education Thérapeutique : Amélioration des Pratiques & Evaluation

ETAPE : Cf. dossier spécial N° 21 juin 2008

Le CCECQA a coordonné les travaux de mise en place de l'équipe d'accompagnement d'éducation thérapeutique et animé un groupe de travail régional. Au sein des 26 établissements de santé ayant eu des

financements publics (Mig, appel offre DHOS-DGS 2002, mission T2A 2006), il a encadré sur le plan méthodologique la réalisation des évaluations. Le dispositif d'évaluation s'articulait autour d'auto-évaluations et d'évaluations externes et permettait de répondre aux échéances fixées par la DHOS en lien avec la pérennisation des crédits régionaux. Ces travaux sont à poursuivre dans le but d'aider les équipes à développer des programmes de qualité, en cohérence avec les directives de la circulaire du 16 juillet 2008 relative au financement des Mig ETP et au recueil d'activité demandé aux établissements.

Axe « Gestion des risques »

Projet TYP-MESS

Ce projet est terminé. L'objectif général de ce projet était de développer et tester un cadre méthodologique pour l'évaluation des systèmes hospitaliers de signalement des événements indésirables. Une grille d'évaluation a été élaborée, pré testée dans deux établissements, puis appliquée dans cinq autres établissements en 2007. Une formation a été proposée en mars 2008, une autre sera proposée en 2009 pour aider les professionnels à utiliser la méthode et les outils développés dans le cadre de ce projet.

2008 Projet PERILS

Le CCECQA avec l'aide d'un groupe de travail régional élabore un projet sur les risques d'erreur d'identité et leur maîtrise. La méthode et les outils sont en cours d'élaboration. Les premiers outils viennent d'être testés dans quatre établissements. Un appel à participation sera lancé auprès des établissements adhérents fin septembre 2008.

2008 Projet EVISA

Le CCECQA est chargé de concevoir une étude épidémiologique régionale sur les hospitalisations liées à des événements indésirables graves liés aux soins extrahospitaliers. Cette étude, qui vient en complément des travaux antérieurs du CCECQA vise à mieux connaître les dysfonctionnements aux interfaces entre ville et hôpital, est réalisée avec un financement spécifique de la DRASS et de l'ARH d'Aquitaine. Les objectifs de cette étude sont les suivants : connaître les événements indésirables liés aux soins ambulatoires, estimer leur fréquence, leur gravité et évaluer leur évitabilité, connaître les contextes de survenue et les facteurs contributifs à la survenue de ces événements, estimer le coût de la prise en charge hospitalière de ces événements. Première étude en France focalisée sur ce segment de prise en charge, elle permettra de réunir des informations précises sur une étape

complexe de la prise en charge des patients, aux interfaces entre les secteurs de ville et hospitalier et devrait permettre d'identifier les mesures de prévention adaptées pour améliorer la sécurité des soins (information, formation, organisation des soins, accès aux spécialistes et aux soins hospitaliers, etc.). Dans un premier temps, l'étude a consisté à identifier les patients admis entre mai et juillet 2008 pour un événement indésirable lié à une prise en charge extrahospitalière dans un échantillon aléatoire d'établissements publics et privés de court séjour. Un contact a ensuite été pris avec les professionnels libéraux (médecin généraliste ou traitant, spécialiste, infirmière, kinésithérapeute, professionnel d'une maison de retraite...) qui avaient suivi ces patients par 7 médecins enquêteurs formés par le CCECQA à l'analyse approfondie des causes de survenue d'événements indésirables. Ces enquêteurs ont actuellement pour mission de se rendre auprès des professionnels libéraux impliqués et de s'entretenir avec chacun d'entre eux, lors d'un entretien structuré d'une demi-heure pour identifier les facteurs contributifs à la survenue des événements. Les résultats seront disponibles début 2009.

2008 **Projet sur l'évaluation et l'amélioration de la culture de sécurité**

Ce projet a été retenu dans le cadre de l'appel d'offre à projets de recherche sur la sécurité des soins lancé en 2007 par la HAS. Les objectifs de ce projet sont de mesurer la culture de sécurité des soins dans les services cliniques et de tester une stratégie d'amélioration de cette culture basée sur l'analyse de scénarii cliniques. La première réunion du groupe de travail (plusieurs équipes de recherche associées) s'est déroulée le 17 mars 2008. Plusieurs établissements de santé d'Aquitaine seront sollicités en octobre 2008 pour ce projet.

Projet Prisme

La commission « sécurisation/gestion des risques » de l'OMEDIT développe un programme régional de prévention du risque médicamenteux évitable pour les établissements de santé. Le CCECQA est la cheville ouvrière d'un groupe de travail régional. Les premiers outils seront diffusés par l'OMEDIT au cours du dernier trimestre 2008.

Axe « Ecoute des patients / usagers »

Mesure de la satisfaction des correspondants externes

Le manuel de certification de la HAS incite les établissements de santé à évaluer leurs relations avec leurs correspondants externes (CE), en

particulier par des enquêtes de satisfaction. Le CCECQA a conduit une recherche documentaire et une enquête auprès des professionnels pour identifier les attentes et expériences déjà conduites. Un questionnaire d'enquête a été élaboré et son protocole d'enquête vient d'être testé par 28 établissements de santé adhérant au CCECQA. Les résultats leur ont été transmis et l'analyse de validation de l'outil se termine prochainement. La version définitive du questionnaire sera ensuite plus largement diffusée. Ce questionnaire explore les thèmes suivants : l'accès aux soins, la qualité des soins, la continuité des soins et l'organisation des soins.

Axe « Systèmes de pilotage / indicateurs »

Projet PATH

Le projet PATH a pour objectif d'évaluer la performance des établissements au travers d'une approche multidimensionnelle innovante. Il se distingue par son caractère international, son pilotage national par une équipe de recherche nantaise et sa complémentarité avec les expériences régionales (GINQA, IPAQH, COMPAQH, SAPHORA,...). Au delà d'une simple comparaison entre établissements, l'idée est de susciter des démarches de benchmarking, afin de partager les meilleures pratiques.

Le projet a été lancé en France en octobre 2007 : 21 établissements aquitains participent à ce projet.

Le recueil dans les établissements d'Aquitaine a démarré en novembre et s'est poursuivi jusqu'en mai 2008, parallèlement au contrôle qualité des données. Les résultats individuels et comparatifs régionaux ont été envoyés aux établissements en juillet.

L'enquête de satisfaction a été lancée dans les établissements volontaires en mai ; la saisie et le traitement des données, réalisés par le centre de coordination de Nantes, sont en cours.

Une réunion de restitution des résultats aura lieu le 16 octobre 2008, à la clinique d'Arcachon.

2008 **Ginqa-Medina**

L'objectif de ce projet est d'élaborer un tableau de bord d'indicateurs de qualité des soins pour les établissements de santé de la région. Contrairement aux autres projets du CCECQA, celui-ci a un rôle de maîtrise d'œuvre, l'ARH étant le maître d'ouvrage et financeur. En 2008, ce tableau de bord sera alimenté par plusieurs sources d'indicateurs :

- Les 5 indicateurs dont le recueil sera généralisé par la HAS dans le cadre du projet IPAQH : conformité du dossier patient, tenue du dossier anesthésique, traçabilité de l'évaluation de la douleur, prise en charge hospitalière de

l'infarctus du myocarde après la phase aiguë,

- Les indicateurs du tableau de bord national sur les infections associées de la DHOS,

- Des indicateurs dont le recueil est spécifique à la région Aquitaine (lutte contre la iatrogénie médicamenteuse et sécurité du circuit du médicament, dépistage des troubles nutritionnels, prise en charge des AVC).

Le recueil fait l'objet d'un accompagnement par quatre Assistants de recherche clinique à visée pédagogique et de contrôle qualité du recueil.

La campagne de mesure dans les établissements SSR a été menée entre mai et juillet 2008 ; les données ont été saisies, le contrôle qualité réalisé et les résultats analysés en juillet-août ; les rapports ont été adressés aux établissements en septembre 2008 pour commentaires.

Le recueil dans les établissements MCO commence en octobre 2008 et se terminera fin janvier.

Les résultats dans ces deux secteurs d'activité seront présentés par l'ARH à la fin du premier semestre 2009. Diffusés sous une forme comparative et nominative, ils serviront au benchmarking entre établissements et, comme en 2006, seront pris en compte dans les Contrats d'Objectifs de Moyens.

Satisfaction des patients hospitalisés

Le CCECQA a développé et validé en 1999 le questionnaire Saphora-MCO depuis utilisé en dehors de la région Aquitaine dans le cadre de programmes de recherche (Compaqh et Path) et par des groupements d'établissements (CHU et CLCC). Cette large diffusion et utilisation lui ont permis d'évoluer dans son architecture lui permettant ainsi de mieux répondre aux attentes des différents acteurs (professionnels et patients) ainsi qu'aux évolutions législatives avec notamment la loi de 2004 relative à l'information du patient. Une nouvelle validation de l'outil était devenue nécessaire et vient d'être réalisée par le CCECQA sur un échantillon de plus de 15 000 patients permettant notamment de proposer de nouveaux indicateurs Saphora plus nombreux et prochainement disponibles. En parallèle, le CCECQA participe aux travaux nationaux conduits par le DREES et la DHOS sur la pré-généralisation de l'indicateur satisfaction des patients en 2009.

Documents et outils disponibles

Gestion des risques

- Typologie et Méthodes d'Évaluation des Systèmes de Signalement, Revue de question sur les systèmes de retour d'expérience, Rapport Contrat Mire DREES, décembre 2006
- ENEIS : rapport de l'enquête épidémiologique sur les événements indésirables graves liés aux soins. (accessible <http://www.sante.gouv.fr>).
- ENEIS : rapport de l'analyse approfondie de 45 événements indésirables graves liés aux soins. (accessible <http://www.sante.gouv.fr>).
- ENEIS : fiche pédagogique : 30 questions pour analyser et caractériser un événement indésirable lié aux soins.
- SECURIMED : guide de la visite de risques, décembre 2003.
- Traçabilité des Produits Sanguins Labiles : grille de recueil de données et rapport d'étude. 2003.
- Compte-rendu d'atelier : Développement de la pharmacie clinique en milieu hospitalier : opportunités et difficultés, juin 2007.
- Compte-rendu d'atelier : L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé, décembre 2006.
- Compte-rendu d'atelier : La gestion des alertes sanitaires dans les établissements de santé, juin 2005.
- Compte-rendu d'atelier : Traçabilité de l'information bénéfice-risque et du consentement du patient, septembre 2004..

Questionnaires de satisfaction

- Guide méthodologique SAPHORA de mise en place d'enquêtes de satisfaction.
- Questionnaires d'enquête SAPHORA-MCO et SAPHORA-PSY
- Questionnaires de sortie mini-SAPHORA-MCO et mini-SAPHORA-PSY
- Manuel d'utilisation des questionnaires SAPHORA-MCO
- Manuel d'utilisation des questionnaires SAPHORA-PSY
- Manuel d'utilisation des questionnaires SAPHORA-Job
- Logiciel d'enquête de satisfaction Sphinx-Sapho.
- Compte-rendu d'atelier : Les enquêtes de satisfaction : objectifs et utilisations pertinentes, mai 2003.

Ecoute patient et personnel

- Accès au dossier médical. Résultats de l'étude de faisabilité. Fiche de synthèse. 2004.
- Gestion de la Relation Patient. Résultats de l'enquête conduite par le CCECQA. 2002.
- Gestion Relation Patient. Dossier documentaire. 2002.
- L'information du patient : qualité et sécurité des soins. Compte-rendu de l'atelier. Décembre 2003.
- Satisfaction des correspondants externes des établissements de santé : revue de la littérature et état des lieux des pratiques. Septembre 2006

Evaluation des pratiques

- EPP : Outils et méthodes d'évaluation (27 thématiques)
- EPP : Note synthétique sur l'EPP
- EPP : Dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles en France – Diaporama
- EPP : Dispositif de formation médicale continue en France - Diaporama
- EPP-Aquitaine : lettres d'information (1 à 6)
- EPP-Aquitaine : rapport de première phase du projet (sélection des thèmes d'EPP).
- EPP-Aquitaine : liste des thématiques sélectionnées
- Coût de non qualité des soins dans les établissements de santé : méta-fiches outils, fiches outils appliquées aux thèmes suivants : les infections à bactéries multirésistantes, l'antibioprophylaxie inadaptée, les escarres et les radiographies inappropriées.
- Evaluation de la correspondance médicale : élaboration de recommandations et d'un outil d'évaluation. Rapport final.
- Analyse des facteurs associés à l'application de Recommandations de Pratiques Cliniques (RPC). Dossier documentaire.
- Compte-rendu d'atelier : Comment initier et animer une démarche d'audit interne dans son établissement, juin 2003.
- Application ECADO (calcul de taille d'échantillon par la technique LQAS).

Elaboration de recommandations

- Recommandations de prescription des enzymes myocardiques dans l'infarctus du myocarde.
- Recommandations de prescription du bilan thyroïdien chez l'adulte.
- Recommandations du bilan préopératoire (consensus régional).
- Recommandations régionales sur la tenue du dossier transfusionnel

Elaboration d'indicateurs

- Rapport de validation d'indicateurs douleur.
- Rapport de validation du questionnaire SAPHORA-Job.
- Rapport de validation d'indicateur de la qualité de la traçabilité des Produits Sanguins Labiles.
- Fiche descriptive d'un indicateur de performance des soins.
- Grille de lecture critique d'un indicateur de performance des soins.
- COMPAQH : rapport de décembre 2003 ; cahiers des charges des indicateurs retenus, grille d'analyse des indicateurs, rapport d'évaluation de cette grille.
- Bilan de l'étude GINQA. Généralisation d'indicateurs de qualité en Aquitaine, mars 2007