



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

# Bulletin d'information du CCECQA

n° 25  
05/2010

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](mailto:secretariat@ccecqa.asso.fr) • <http://www.ccecqa.asso.fr>

## Editorial

« Accroître son savoir pour mieux agir ensemble pour améliorer la sécurité du patient », c'est dans ce cadre que la DRASS d'Aquitaine a pris l'initiative d'une étude spécifiquement orientée sur le segment des soins ambulatoires, parce que la charge des événements iatrogènes dans les soins dispensés en dehors du milieu hospitalier était mal connue.

Ces travaux, réalisés par le CCECQA avec la participation de l'OMEDIT, viennent compléter les enseignements de l'étude nationale ENEIS qui avait, en 2004, montré que 4% des hospitalisations étaient dues à un événement iatrogène, dont environ la moitié avait été considérée évitable.

Précédent la loi HPST, cette étude s'inscrit dans un potentiel volontariste de réduction de la iatrogénie évitable tout au long du parcours de soins du patient, sans rupture attendue de la qualité entre la ville et l'hôpital. Elle acte un engagement participatif des médecins généralistes et une dynamique de contribution en faveur de l'amélioration de la sécurité de soins.

Elle confirme le rôle majeur des médicaments, en particulier les anticoagulants, les neuroleptiques, et donne des leçons innovantes concernant les spécificités des causes des événements indésirables en ville liés le plus souvent aux caractéristiques de l'offre de soins de premier recours. Ce savoir a vocation à concevoir des solutions efficaces et financièrement abordables qui pourront être adaptées aux différents contextes.

Ces chantiers, qui nécessitent la mobilisation de tous les acteurs, sont dès lors facilités par le nouveau paysage institutionnel et le développement de la culture de sécurité étendue au-delà des soins hospitaliers.

Ce savoir accru et partagé permet de privilégier les domaines et les mesures qui réduiront le plus efficacement la survenue d'événements indésirables pour la meilleure sécurité du patient, avec l'implication du patient et de son entourage, acteurs incontournables de la sécurité des soins.

**Bertrice Loulière**  
Coordonnatrice Omédit Aquitaine

Le CCECQA ouvre ses activités au secteur médico-social.

Un groupe de travail avec des représentants de ce secteur a été constitué pour étudier comment à court terme et de façon très opérationnelle le CCECQA pourrait apporter un accompagnement et un conseil méthodologique en l'évaluation des pratiques. Si vous souhaitez y participer, merci de nous le signaler au [secretariat@ccecqa.asso.fr](mailto:secretariat@ccecqa.asso.fr)

Le CCECQA ouvre ses activités à la médecine ambulatoire.

L'axe principal de travail pour 2010 sera l'élaboration et la mise en place du plan de lutte contre les maladies cardiovasculaires.

Un médecin généraliste chef de projet est en cours de recrutement

Prochains ateliers du CCECQA  
Inscription au secrétariat du CCECQA

11 mai 2010 : Education thérapeutique du patient en dehors de son hospitalisation : quelles pratiques développer ?

29 juin 2010 : Journée atelier CCECQA-HAS sur le thème de la préparation à la certification V 2010

Prochaine formation du CCECQA  
Inscription au secrétariat du CCECQA

EPP et approches par problèmes (RMM)  
17 juin 2010

Catalogue des formations 2010 du CCECQA, les nouveautés :

Pratiques Exigibles Prioritaires  
Prendre en compte les facteurs humains et organisationnels dans la gestion des risques  
Management du changement en établissement de santé

Retrouvez toute l'actualité du CCECQA  
[www.ccecqa.asso.fr](http://www.ccecqa.asso.fr)

Télécharger rapports, outils d'évaluation, programme de formations et des ateliers

### EPP OnLine

Un nouvel outil pour les professionnels de santé  
Autonomie dans la saisie, le traitement et l'analyse des données EPP  
Un service en ligne accessible depuis une simple connexion internet  
Modalités d'utilisation sur le site du CCECQA

### EPP InCESA

Le CCECQA, organisme agréé par la Haute Autorité de Santé pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles individuelle et collective des médecins  
Liste des programmes proposés sur le site du CCECQA

# Dossier spécial

## L'étude EVISA

### Quels sont les événements indésirables liés à la médecine ambulatoire<sup>1</sup> et conduisant à une hospitalisation ? Quelles sont leurs causes et leurs conséquences ?

Ce dossier spécial présente les résultats d'une étude régionale sur les risques liés aux soins de premier recours réalisée par le CCECQA en 2008-2009.

#### Un contexte favorable aux événements indésirables liés aux soins de premier recours

Les événements indésirables liés aux soins de premier recours sont moins connus que les événements générés en milieu hospitalier et vraisemblablement peu identifiés par les professionnels de terrain eux-mêmes. Les conditions de la pratique médicale en ville, et leur évolution récente, permettent cependant de penser qu'une prise de conscience par l'ensemble des acteurs des risques liés aux soins est urgente. Des patients de plus en plus âgés et fragiles, un nombre croissant d'acteurs,

des interrelations entre professionnels de plus en plus complexes, un contexte de démographie médicale et soignante déclinante, une organisation en mutation (permanence des soins, maisons médicales, etc.) et des soins de plus en plus techniques sont des facteurs favorables à la survenue d'événements indésirables liés à ces soins et les facteurs se potentialisent vraisemblablement.

#### EVISA, une opportunité pour la gestion des risques en médecine ambulatoire

L'analyse approfondie d'événements indésirables (EI) est une approche innovante

pour évaluer la performance du système de santé et notamment sa gouvernance. L'étude EVISA, réalisée par le CCECQA à l'initiative de la DRASS et de l'ARH Aquitaine, financée par le Ministère, a permis une analyse systématique d'événements survenus en médecine de ville et causant une hospitalisation.

Les objectifs principaux de l'étude étaient d'estimer leur fréquence, leur gravité et leur caractère évitable, d'étudier le contexte et les facteurs contributifs de leur survenue et d'estimer le coût de la prise en charge hospitalière de ces événements.

#### Méthode et échantillon d'étude

##### Des informations issues des établissements de santé publics et privés et des médecins généralistes

Cette étude était de nature quantitative pour la partie hospitalière et qualitative pour le versant extra-hospitalier. Le recueil hospitalier était longitudinal, prospectif, stratifié, d'incidence sur une population ouverte de patients admis dans des unités de médecine ou de chirurgie tirés au sort dans des établissements publics et privés de différentes tailles. Il a été réalisé avec les mêmes questionnaires que ceux de l'étude ENEIS. Le recueil a été réalisé par un médecin ou, plus rarement, le cadre de santé des unités d'hospitalisation avec l'aide d'un assistant de recherche clinique.

**2 946 patients ont été inclus** (1 798 hospitalisés en médecine et 1 178 en chirurgie) dans **22 unités d'hospitalisation de 7 établissements** (1 CHU, 3 CH et 3 cliniques). Au total 59 patients ont été identifiés dans les services hospitaliers comme ayant eu un événement indésirable évitable et cause d'hospitalisation.

Pour tous ces patients, une analyse approfondie des causes de ces événements a été proposée aux médecins traitants par des médecins enquêteurs spécifiquement formés. Cette analyse était réalisée au cabinet médical et n'était pas rémunérée. L'outil d'analyse approfondie de l'étude Eneis a été utilisé après adaptation pour une utilisation en médecine de ville. A l'issue de cette analyse approfondie, la nature évitable de l'événement a été confirmée ou infirmée par le médecin enquêteur.

#### Résultats en 3 temps

##### Fréquence d'hospitalisation pour événement indésirable liés à des soins de premier recours

Parmi les 2 496 patients inclus, 73 événements indésirables liés à des soins de premier recours et cause de l'hospitalisation ont été identifiés.

La prise en charge de ces EI concernait

davantage la médecine (68 EI) que la chirurgie (5 EI). Les EI se répartissent sur l'ensemble des unités de soins en médecine mais pas en chirurgie où ils ne concernent que 4 unités sur 10. Ce résultat est essentiellement lié à un défaut de représentativité des unités de chirurgie. C'est pourquoi nous ne présentons pas les résultats épidé-

miologiques pour l'activité de chirurgie. En médecine, dans l'ensemble des établissements, environ 3,9 % des admissions avaient pour cause un EI évitable ou non évitable. La fréquence est supérieure dans la strate CHU. Ces résultats sont similaires à ceux d'Eneis 2004.

Type d'établissement et d'activité	Séjours causés par au moins un EI								
	Total EI			EI évitables			EI non évitables		
	nb	%	IC à 95%	nb	%	IC à 95%	nb	%	IC à 95%
CHU	26	14,90	[9,3 ; 19,8]	22	11,8	[7,6 ; 17,4]	4	2,2	[0,6 ; 5,4]
CH-PSPH	27	2,8	[1,8 ; 4,0]	20	2,0	[1,3 ; 3,1]	7	0,7	[0,3 ; 1,5]
CLINIQUES	15	2,5	[1,4 ; 4,1]	6	1,0	[0,4 ; 2,2]	9	1,5	[0,7 ; 2,8]
Total médecine	68	3,9	[3,0 ; 4,9]	48	2,7	[2,0 ; 3,6]	20	1,1	[0,7 ; 1,7]

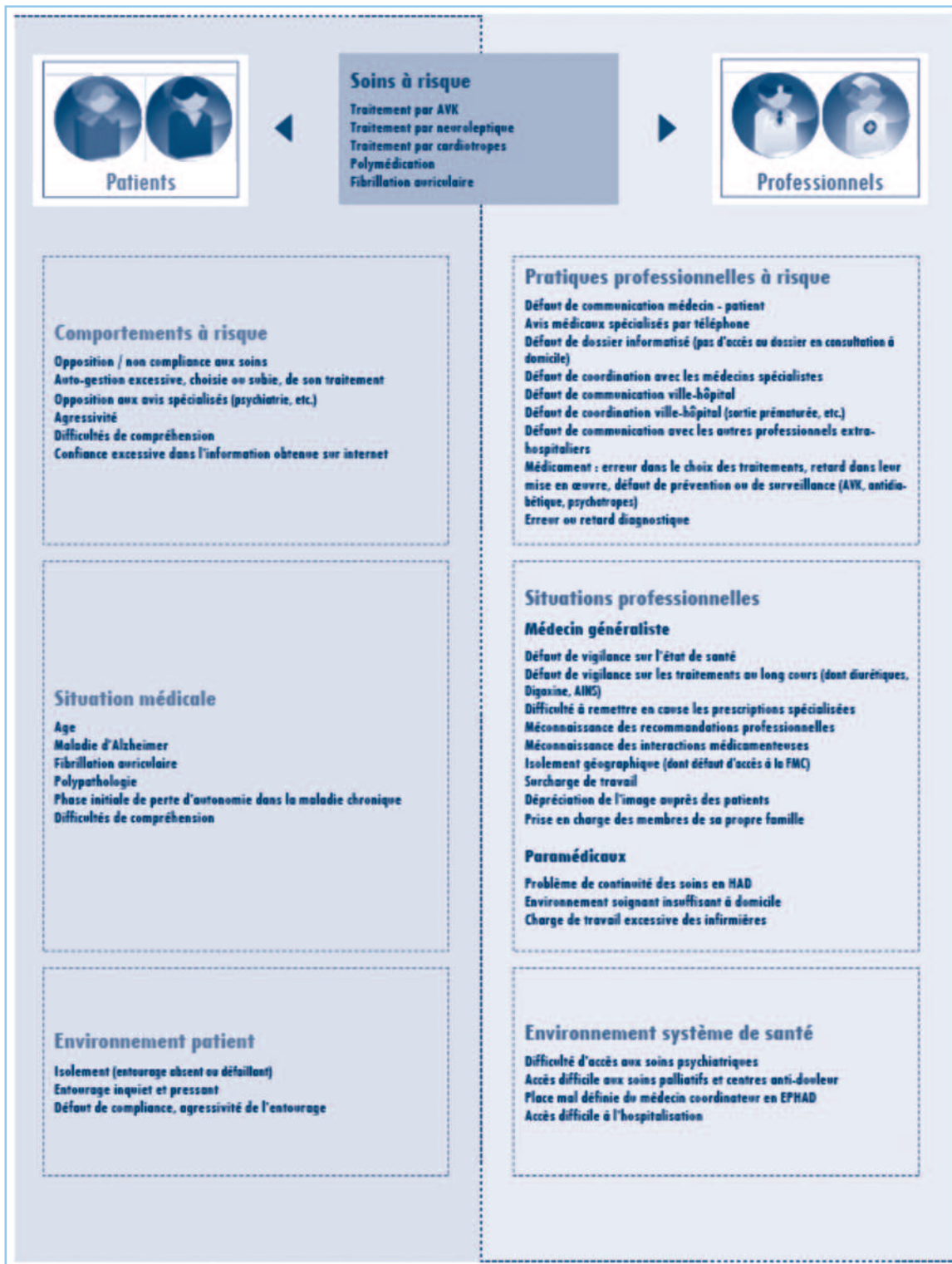
Tableau : Proportion de patients admis pour au moins un EI selon le type d'établissement en médecine (n=68)

<sup>1</sup> Le terme « médecine ambulatoire » est issu du texte de la loi HPST et correspond aux soins extra-hospitaliers. Il correspond à l'offre de soins de premier recours (« primary care » en anglais)

## Caractéristiques des patients ayant présentés des événements indésirables évitables

QUI ?	QUAND ? POURQUOI ?	OU ?	COMMENT ?	CONSÉQUENCES ?
<b>PATIENTS</b>	<b>SOINS</b>	<b>CONTEXTE</b>	<b>EXPOSITION OU MÉCANISME</b>	<b>GRAVITÉ</b>
Sexe	Etape	Lieu de survenue	77% Produits de santé	2% Décès
1,5 Ratio femmes/hommes	67% Thérapeutique	84% Domicile sans HAD ni SSAD	dont 71% Médicament	8% Incapacité + pronostic vital
Age	29% Prévention	4% Domicile avec HAD ou SSAD	4% Actes professionnels	23% Incapacité
0 <16 ans	4% Diagnostic	10% Maison de retraite	0,3% Actes invasifs	23% Pronostic vital
8% 16 à 65 ans	Défaillance des soins	0% Cabinet de ville		44% Cause d'hospitalisation uniquement
36% 66 à 80 ans	42% Erreur dans le choix de la prise en charge	2% Autres lieux		
56% >80 ans				
Sévérité de l'état de santé	17% Erreur dans la réalisation			<b>COÛT</b>
65% Situation clinique grave	6% Retard dans la mise en œuvre			2 000 - 3 500 € Coût moyen Et évitables
48% Complexe ou très complexe				100 000 € Coût maximal Et évitables
42% Urgente ou très urgente				0,5 - 9,5% Part de la valorisation T2A attribuable aux Et évitables
33% Aucune sévérité				

## Comportements, situations, pratiques et environnements à risque en médecine ambulatoire





## Discussion en 2 temps : Deux faits marquants

### La participation des médecins généralistes a été importante et contributive

Parmi les 59 médecins traitants contactés pour réaliser une analyse approfondie, seulement six (10%) ont refusé. Parmi les motivations à participer, une meilleure connaissance et reconnaissance des difficultés de leur exercice étaient explicitement attendues. Les médecins généralistes ont ainsi montré un intérêt en matière de sécurité des soins plus important que ce que les instances professionnelles n'avaient prévu avant le lancement de l'étude ; par ailleurs ils ont pour la quasi-totalité des cas été en mesure

d'identifier des actions d'amélioration et de prévention concrètes en ce qui concerne leur pratique mais aussi plus largement sur le système de soins. La faisabilité d'une telle étude est également démontrée, ce qui est important car à ce jour aucune étude similaire n'avait été réalisée en France ni, à notre connaissance, à l'étranger.

Alors que le médecin hospitalier avait considéré que l'événement était évitable, l'analyse approfondie a révélée dans 18 cas (38%) qu'il ne pouvait être considéré comme tel car la prise en charge avait été satisfaisante (démarche diagnostique et thérapeutique, mais également information, prévention et suivi). Ce pourcentage très élevé illustre

l'écart parfois très important de perception du médecin hospitalier, qui par exemple a considéré une complication thromboembolique liée à un INR trop bas comme systématiquement évitable alors qu'une analyse approfondie permet de mettre en évidence la surveillance n'a pas été déficiente notamment en matière d'information et d'éducation mais que le patient, ou son entourage (surtout lorsque le patient est isolé et a des troubles cognitifs) ne coopère pas voire est opposant aux soins.

Les médecins généralistes ont exprimé lors de l'étude leur demande de meilleure appréciation de la difficulté de leur exercice.

Par rapport à la médecine hospitalière, l'analyse de ces EI souligne quelques caractéristiques assez spécifiques de l'exercice extra-hospitalier qui, bien que connues, sont souvent sous-estimées par les médecins hospitaliers dans leur appréciation du caractère évitable des EI :

- la pratique extra-hospitalière doit tenir compte, plus que la prise en charge hospitalière, des préférences du patient et de son entourage du patient,
- l'exercice médical extra-hospitalier est souvent isolé, avec une faible collaboration avec les spécialistes,
- le patient a l'initiative des soins (il peut ne pas venir aux consultations programmées ni réaliser les prescriptions),
- le patient est peu proactif dans sa prise en charge, se reposant sur les professionnels de santé pour le suivi de son traitement (anticoagulants, etc.),
- l'aide insuffisante de l'informatique, notamment pour renforcer leur vigilance (rappels de rendez-vous, de suivi biologique ou de recommandations et interactions médicamenteuses),
- l'absence au domicile de soignants aux moments clés (prises médicamenteuses),
- l'observance des soins est très peu encadrée.

### Le rôle des médicaments est majeur

Le rôle des médicaments est majeur puisque dans 38 des 47 cas (81%) un médicament était directement associé à la survenue de

l'événement, en premier lieu les anticoagulants (12, dont 10 associés aux AVK), puis les médicaments à visée neurologique (8, dont 5 aux neuroleptiques),

les antihypertenseurs (6, dont 4 aux diurétiques) et autres cardiotropes (3 dont 2 à la Digoxine), les antalgiques (4) et l'insulinothérapie (2).

L'approche EVISA apporte des informations complémentaires par rapport aux études antérieures sur les AVK en termes de facteurs contributifs : liste des facteurs ayant contribué fortement à la survenue d'au moins un EI :

- les modifications de posologie faites à l'oral voire par téléphone par le médecin traitant,
- l'indisponibilité des informations lors des visites à domicile (pas de dossier à domicile),
- le défaut de connaissance des interactions entre AVK et autres médicaments,
- l'absence de recommandations ou de réflexions sur le rapport bénéfice-risque de leur prescription chez les patients âgés et polyopathologiques,
- le Previscan® est le médicament le plus contributeur à cause notamment de sa forme quadrisécable difficile à manipuler par les personnes âgées,
- la rareté de l'utilisation du carnet AVK distribué par l'AFSSAPS,
- l'auto-administration, même lorsqu'un environnement soignant a été mis en place,
- les situations d'isolement, de désocialisation et plus généralement de grand âge.

Ces traitements étaient associés à la prise en charge de maladies chroniques dont la fibrillation auriculaire (13), les démences (6), la douleur chronique (4), l'insuffisance cardiaque (3) et l'HTA (3). Deux dispositifs ont été associés à la survenue de l'EI, un pace maker et une sonde urinaire. Seules deux infections générées en médecine de ville ont été la cause d'hospitalisation (4% des EI).

### L'analyse des « terrains favorables », facteurs contributifs de la survenue des événements indésirables, cibles des analyses approfondies

#### Le patient et son entourage, des acteurs incontournables de la sécurité des soins

Cette étude a permis d'identifier des

éléments de vulnérabilité. La période entre une perte d'autonomie débutante et la mise en place d'un support (soutien paramédical à domicile ou institutionnalisation) ont été identifiées à six reprises (13% des patients). L'isolement, et pas uniquement celui de personnes âgées, a été souligné dans six cas. La polymédication, vulnérabilité mieux connue et très souvent présente, n'était fortement associée à la survenue d'EI que dans trois cas. La maladie d'Alzheimer, et notamment associée à une agressivité importante, a également été retrouvée à plusieurs reprises.

L'auto-gestion excessive des traitements a été, dans la moitié des cas, générée par le fait que l'environnement soignant à domicile n'était

pas présent pour administrer les traitements : La raison invoquée était que cet acte ne faisait pas l'objet d'une tarification spécifique et que donc les infirmiers, qui ont une charge de travail souvent importante, ne pouvaient revenir au domicile pas au moment de la prise médicamenteuse.

Dans 11 cas (23%), le comportement des patients ou de leur entourage, a été directement et exclusivement en lien avec la survenue des EI. Cette conclusion a été faite à l'issue de l'analyse approfondie lorsqu'un défaut de compliance ou une auto-gestion excessive ont été identifiés et qu'aucune défaillance n'a été repérée par le médecin enquêteur dans la prise en charge (information, éducation, prévention, diagnostic,

thérapeutique et suivi). La limite de ce résultat réside dans le fait que les patients n'ont pas été interrogés.

### Des facteurs favorisant fréquemment rapportés par les médecins généralistes

Parmi les facteurs contributifs associés aux médecins traitants, le défaut de vigilance vis-à-vis de l'état de santé (7) ou des traitements (4) a été mis en évidence. La raison invoquée par les médecins traitants est que, connaissant leurs patients depuis longtemps, ils ne le « voient pas vieillir » ou ils ne remarquent pas l'évolution de la maladie. Un regard neuf, parfois spécialisé, est alors vu comme utile. C'est le rôle de l'hospitalisation qui est parfois vécu comme le moyen de « faire le point », sans qu'il y ait nécessairement de fait clinique aigu ou nouveau ; dans certains cas, l'épisode d'hospitalisation n'a pas joué ce rôle attendu. Les erreurs de choix thérapeutiques par défaut de connaissance des recommandations sont également fréquentes (8). Elles étaient en lien, par exemple, avec l'utilisation de la Digoxine chez les patients insuffisants rénaux, des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer, les conditions d'arrêt des anticoagulants lors des actes invasifs.

### En conclusion, l'étude EVISA a apporté une vision inédite de la performance du système de soins de premier recours et plus largement de la gouvernance du système de santé.

Elle a permis de confirmer des faits :

- fréquence des événements liés aux médicaments et notamment des anticoagulants, des psychotropes et des diurétiques (voir exemple n°1),
- insuffisance de mise à disposition et de connaissance des recommandations professionnelles (voir exemple n°1),
- difficulté d'accès à certains types de soins, comme en psychiatrie (voir exemple n°3),
- problèmes liés à la mauvaise traçabilité des informations (voir exemple n°4).

En revanche elle n'a pas confirmé la fréquence de problèmes liés au diagnostic (retard ou erreur de diagnostic) souvent relevés dans la littérature, mais peut être estimée parce que notre étude avait un point de départ hospitalier et que ces défauts de diagnostic entraînent moins souvent que les autres problèmes une hospitalisation ?

Elle a mis en lumière :

- l'importance des spécificités de la prise en charge ambulatoire par rapport aux soins hospitaliers qui expliquent que la gestion des risques ne peut être abordée de la même façon qu'en établissements de santé (voir exemple n°2).
- le contraste saisissant entre la fréquence de ces événements et l'absence de système permettant de connaître et d'analyser les risques liés aux soins de premier recours : un système de signalement et d'apprentissage balbutiant (une expérimentation de faible échelle en Aquitaine et en Franche Comté en 2010), une absence de formation initiale et continue des professionnels de santé, une

absence d'incitatif aux professionnels à s'engager dans ce domaine pourtant au cœur de leurs pratiques.

La mise en place des ARS, et leur mission en matière de sécurité des soins, devrait être une occasion privilégiée d'impulsion d'initiatives régionales ou nationales associant hospitaliers et libéraux.

Chacun des cas a fait l'objet d'une analyse approfondie est restituée ad intégra dans le rapport EVISA : Synthèse des analyses ap-

profondies et leçons pour la gestion des risques liés aux soins de premier recours. Mai 2009. [www.cceccaq.asso.fr](http://www.cceccaq.asso.fr)

*Pour en savoir plus sur la sécurité des soins en médecine générale*

*Brami J, Amalberti R. Sécurité du patient en médecine générale. Paris, Springer-Verlag 2009.*

#### Exemple EIG N°1

**Événement** : accident ischémique transitoire (amaurose de l'œil gauche) chez un patient de 71 ans survenu le lendemain d'une intervention de chirurgie mandibulaire (greffe osseuse et implantologie). **La cause principale** est un arrêt de la prise d'aspirine 10 jours avant l'intervention. Cet arrêt, non conforme aux recommandations, avait été décidé par l'anesthésiste, sans information du médecin traitant. **Les suites** : le patient a regagné son domicile sans séquelle. **Les solutions identifiées avec le médecin traitant** : diffusion des recommandations relatives à la prise en charge des patients traités par antiagrégants en odontologie, auprès des professionnels de chirurgie dentaire ; information systématique du médecin traitant sur des modifications de traitement anticoagulant ; sensibilisation du patient au risque lié à l'arrêt de la prise des médicaments prescrits et à la nécessité d'informer son médecin généraliste de toute modification de traitement.

#### Exemple EIG N°2

**Événement** : hospitalisation causée par une aggravation progressive de l'insuffisance cardiaque (dyspnée avec œdème des membres inférieurs) chez une femme de 88 ans sans rectification du traitement diurétique et absence d'oxygénothérapie à la maison de retraite. **La cause principale** est le retard prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique. **Les suites** : la posologie du diurétique a été augmentée dans un premier temps en cardiologie, puis largement diminuée au retour de la patiente en maison de retraite en raison de la survenue d'une hyponatrémie importante. **Les solutions mises en œuvre dans l'établissement puis à la maison de retraite** : meilleure information de la patiente ; surveillance accrue de l'état clinique de la patiente. La famille a été rencontrée à plusieurs reprises par l'équipe médicale de la maison de retraite, mais reste toujours aussi demandeuse et inquiète.

#### Exemple EIG N°3

**Événement** : hospitalisation d'une patiente de 80 ans ayant un syndrome dépressif sévère avec altération de l'état général. Plusieurs chutes avec participation iatrogène en lien avec un lourd traitement psychotrope. **La cause** est une difficulté récurrente d'accès aux soins psychiatriques. **Les suites** : les chutes n'ont pas entraîné de traumatisme. Aucun avis psychiatrique n'a été donné pour cette patiente durant l'hospitalisation, pendant laquelle la dose d'antidépresseur a été diminuée par deux et un bilan psychométrique n'a pas révélé de déclin intellectuel. Elle a été confiée à un service de convalescence avec pour consigne d'assurer « un suivi psychologique ». Ce suivi n'a pas été réalisé dans l'établissement de soin de suite en raison de l'absence de personne ressource compétente. Elle n'a toujours pas vu de psychiatre. **Les solutions identifiées par le médecin traitant** : aucune car de façon générale, l'accès aux consultations de psychiatrie et l'organisation des consultations mémoire est notablement insuffisant. Aucune action n'a été mise en place, à l'exception de la diminution de la posologie.

#### Exemple EIG N°4

**Événement** : hospitalisation d'un patient de 81 ans, avec des antécédents de polypectomie, consulte le médecin traitant pour rectorragies. Les résultats biologiques des deux patients homonymes sont adressés par fax le même jour par le laboratoire d'analyse de biologie médicale. le médecin traitant décide lors de la consultation, d'hospitaliser le patient pour une anémie à 10 g d'Hémoglobine. Le bilan d'entrée du patient ne retrouve pas d'anémie. Coloscopie réalisée. **La cause** est une erreur d'identité : le résultat de biologie en ville concernait l'autre patient. **Les suites** : hospitalisation d'une journée. **Les solutions identifiées par le médecin traitant** : installation d'un logiciel entre le laboratoire d'analyses de biologie médicale et le cabinet permettant d'enrichir le dossier patient informatique des résultats biologiques initialement envoyés par fax. Ainsi, chaque résultat d'examen biologique sera rattaché au bon patient d'une manière sécurisée.

# Les projets en cours

## MANAGEMENT, ORGANISATION ET CULTURE

### IMGENI - Impact de la GENéralisation des Indicateurs

2009

Les objectifs sont de comprendre et de faciliter les modalités d'appropriation des indicateurs par les différents acteurs hospitaliers et institutionnels. Ce projet de recherche, financé par la HAS, est coordonné par le CCECQA et réalisé en Aquitaine car la région présente des particularités propices à la mise en œuvre d'une telle étude, la réalisation d'une première généralisation en 2006 en MCO et SRR, l'utilisation de ces indicateurs dans les contrats d'objectifs depuis 2006, une seconde mesure en 2008 avec diffusion nominative et comparative. Il est réalisé avec le Centre de sociologie des Organisations (CSO) à Sciences Po Paris, l'IFROSS à Lyon et le LAPSAC à l'université Victor Segalen Bordeaux 2. Il s'inscrit dans le prolongement des initiatives actuelles visant à renforcer l'usage des indicateurs (décret sur la publication des indicateurs par les établissements, élaboration par la HAS d'un guide méthodologique sur la diffusion publique des résultats d'indicateurs, mission IGAS sur l'information des usagers sur la qualité des soins dans les établissements de santé, inclusion des indicateurs dans le dispositif de certification).

Trois phases sont prévues. La première, pilotée par le CSO, est terminée. Elle avait pour objectif d'étudier le niveau d'appropriation des indicateurs dans les établissements MCO en Aquitaine et de rechercher des différences entre types de professionnels. L'appropriation a été étudiée en termes de connaissance des indicateurs, d'usages en interne et en externe et enfin en termes d'opinion au travers de monographies dans quatre établissements et d'une enquête par questionnaire auprès de 500 professionnels de santé.

Parmi les résultats, cette étude a clairement mis en évidence l'insuffisance d'usages des indicateurs imposés de l'extérieur (IPAQSS, tableau de bord des infections). Le renforcement de l'usage des indicateurs passera par une meilleure implication des professionnels de terrain dans des actions centrées autour des indicateurs.

C'est la raison pour laquelle la deuxième phase, appelée BELIEVE, apparaît particulièrement pertinente. Elle est décrite ci-dessous.

La troisième phase sera d'évaluer le dispositif d'inclusion des indicateurs dans la V2010.

### BELIEVE - BENCHMARKING, LIEN et Visites entre Etablissements de santé

2010

Les dispositifs de benchmarking ont été peu étudiés formellement dans le secteur de la santé. Au contraire, l'usage de ce terme a souvent été galvaudé en le restreignant à une simple comparaison de résultats ; rares sont les véritables dispositifs répondant à la définition, impliquant un échange de professionnels de

terrain sur leurs pratiques.

Le projet Believe vient de faire l'objet d'un appel à participation aux établissements adhérents au CCECQA. Il est fondé sur la mise en œuvre d'une démarche structurée de benchmarking concernant la prise en charge de la douleur en médecine et en chirurgie en MCO et en SSR. Il se déroulera jusqu'en début 2011.

Le CCECQA fera en parallèle une évaluation de ce dispositif de benchmarking en termes de faisabilité et d'acceptabilité. Il étudiera également l'évolution des trois caractéristiques de l'appropriation des indicateurs (connaissance, opinion, usages) avant et après la mise en œuvre du dispositif. Il étudiera enfin l'efficacité du dispositif, en tentant d'établir le meilleur rapport entre la charge de travail induite par deux modalités de partage des pratiques entre équipes de soins (réunions de travail centralisées et visites inter-établissements) et leur efficacité en terme d'identification d'actions d'amélioration.

### ThéORem - Théorie Organisation Recommandations Management

Projet initié en 2006 en réponse à un appel à projet de recherche de la HAS.

Son objectif est d'identifier les facteurs organisationnels et managériaux des services influant sur l'appropriation des recommandations professionnelles dans les services de médecine. L'organisation et le management des services est investigué au travers d'un questionnaire de culture organisationnelle et d'un questionnaire décrivant globalement le fonctionnement du service. La finalité du projet est d'identifier des profils d'organisations de service favorables à l'appropriation des recommandations professionnelles et de façon plus large à la performance clinique des services de médecine. Ce projet permettra de proposer aux équipes des questionnaires valides explorant le management d'un service et permettant de mieux caractériser leur organisation afin de l'améliorer.

Une première phase qui s'est échelonnée entre 2006 et 2008 a été consacrée à l'élaboration et aux tests de différents questionnaires nécessaires à l'évaluation et notamment la construction du questionnaire de culture, en partenariat avec plusieurs équipes de recherche en France sur la base d'une recherche approfondie de la littérature. La seconde phase débutée en janvier 2009 a consisté en l'administration des questionnaires et outils d'évaluation auprès de l'ensemble des professionnels de 10 services de médecine tirés au sort dans 5 régions en France (Aquitaine, Bretagne, Franche-Comté, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes). Au total, 37 services de 35 établissements de santé représentant tous les types d'établissements (CHU, CH de petite et grande taille, cliniques) ont été inclus dans ce recueil et 861 professionnels (de 35 services) ont été interrogés dans chacune des 5 régions (taux de réponse de 81%). Cette phase est terminée. Les résultats sont en cours de restitution. Sont dans un premier temps restitués les résultats d'appropriation des recommandations. Ceux relatifs aux profils organisationnels des services

seront un second temps. Un temps de restitution/formation régional sera proposé pour diffuser la globalité des résultats et analyser les besoins en accompagnement managérial des services. Les résultats de l'évaluation et les outils validés dans ce projet seront incontestablement utiles aux services dans leur préparation à la certification V 2010.

Documents disponibles :

- Protocole
- Questionnaires de culture organisationnelle (non validé)
- Questionnaire de fait organisationnels (non validé)
- Revue de la littérature sur la culture organisationnelle

### DECLICS - Développement de la Culture de sécurité Chez les Soignants

Ce projet sur l'évaluation et l'amélioration de la culture de sécurité 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 étaient de mesurer la culture de sécurité des soins dans les services cliniques et de tester un programme d'amélioration de cette culture basée sur l'analyse de scénarios cliniques d'événement indésirable lié aux soins.

Dix-huit services de médecine et de chirurgie de sept établissements de santé d'Aquitaine ont participé à ce projet. Dans la moitié de ces services, les professionnels ont analysé un scénario clinique toutes les 3 semaines de février à juin. Dans tous les services, la culture de sécurité a été mesurée à l'aide d'un questionnaire avant (janvier) puis après (juin) programme d'amélioration.

Tous les services avec intervention ont analysé les six scénarios prévus. La deuxième mesure de la culture a été réalisée au cours de l'été 2009. Les restitutions des résultats de cette deuxième mesure se sont déroulées en octobre et en novembre 2009. Une réunion de fin de projet est prévue en avril 2010.

## EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

### EPP-InCESA - Organisme agréé

Le CCECQA propose un accompagnement individualisé à l'EPP, permettant la validation des EPP-individuelles des médecins. Ces EPP accompagnées sont très souvent valorisées aussi dans le cadre de la certification. Vingt sept établissements ont été accompagnés ou sont en cours d'accompagnement. L'accompagnement est le plus souvent complet, comprenant l'apport de la méthodologie et l'animation des groupes de travail pour la réalisation des évaluations, l'aide au choix du plan d'action et les réévaluations. Les méthodes d'EPP mises en œuvre et proposées aux établissements sont diverses et comprennent des RMM, staff EPP, audits et revues de pertinence. Elles sont adaptées à l'objectif de chaque évaluation et à la situation locale. Le CCECQA peut aussi se déplacer pour des conseils méthodologiques ou de choix de thématiques. Le règlement intérieur

de l'organisme agréé, la charte de validation des EPP individuelles par EPP-InCESA et la liste des programmes EPP proposés par EPP-InCESA sont disponibles sur le site du CCECQA.

*Documents disponibles :*

- Charte de validation des EPP individuelles.
- Catalogue des programmes d'évaluation

## **ETAPE - Education Thérapeutique : Amélioration des Pratiques & Evaluation**

**2010**

Education Thérapeutique : Amélioration des Pratiques & Evaluation en Aquitaine

Le CCECQA coordonne l'activité de la cellule d'accompagnement régionale d'éducation thérapeutique mise en place en 2008 par l'ARH Aquitaine. Cette cellule composée de deux référents conduit les évaluations externes des programmes hospitaliers financés par une MIGAC-ETP et propose un accompagnement aux équipes à la mise en œuvre de leur programme. Ses activités seront incontestablement utiles aux établissements et aux équipes dans leur préparation à la certification V 2010 ou prochainement dans leur démarche d'auto-risation de leur programme auprès de l'ARS.

*Documents disponibles :*

- Grille d'auto-évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique d'un patient
- Fiche pédagogique Diagnostic éducatif
- Rapport d'activité 2008-2009

## **EPP-Réseaux**

Le CCECQA développe des partenariats avec les réseaux professionnels constitués autour de l'évaluation des pratiques professionnelles :

- Réseau des médecins du travail hospitalier. Des staffs EPP ont été réalisés en 2009 autour du thème de la conduite à tenir face à un cas de tuberculose. Des outils régionaux ont été constitués permettant de guider les médecins du travail pour mener les enquêtes nécessaires et suivre les personnes contacts. Ce thème est en cours de réévaluation avec l'identification d'indicateur de suivi. Un autre thème, autour du respect du calendrier vaccinal devrait être mené en 2010.
- Réseau Périnatal Aquitaine. La dynamique régionale d'EPP initiée en 2004 avec des obstétriciens est maintenant reprise en collaboration avec le Réseau Périnatal Aquitaine. L'objectif est de promouvoir l'évaluation des pratiques dans les maternités d'Aquitaine par des méthodes plus qualitatives et participatives que ne le permettent les recueils de données utilisés dans des audits. C'est dans la continuité des réunions de staffs cliniques qui ont pu être mises en place par le réseau Périnatal, que ce dernier projette de les structurer en analyses systémiques d'événements indésirables.
- Réseau de cancérologie d'Aquitaine. Deux thèmes d'évaluation seront développés en 2010 : l'évaluation du dispositif d'annonce et l'évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire. Deux groupes de travail régionaux ont été constitués, composés de responsables qualité et de coordonnateur de 3C de la région. Une première réunion a permis de définir les

objectifs des deux thèmes d'évaluation. La prochaine réunion (3 juin 2010) permettra de valider la méthode de ces deux projets qui pourront être proposés dans les établissements à partir de l'automne prochain. Le développement de ces deux thèmes entre en cohérence avec les exigences de la certification et les missions des 3C, en lien avec l'InCA.

- Réseau Aquitaine Douleur : cf. projet Believe.

## **GESTION DES RISQUES**

### **IMPULSIONS - Impact d'un outil d'aide à la structuration des plans d'actions pour la sécurité des soins**

**2010**

Il est important de développer une démarche d'analyse approfondie des causes des événements indésirables (EI) afin de proposer des actions d'amélioration visant à éviter la répétition de ces événements. Identifier les causes profondes d'un EI et structurer un plan d'action sont des missions difficiles pour les gestionnaires de risques. Afin d'aider les gestionnaires de risques dans ces missions, le projet IMPULSIONS a deux objectifs : un premier, pédagogique, en proposant aux gestionnaires de risques d'analyser les causes systémiques de deux scénarios d'EI ; un deuxième, scientifique, en évaluant l'efficacité d'un nouvel outil de structuration de plan d'actions fondé sur la pertinence des actions proposées par ces gestionnaires de risques à l'issue de l'analyse des deux scénarios.

Un appel à participation à ce projet a été fait auprès des gestionnaires de risques des établissements adhérents au CCECQA. Le projet se déroulera de mars à fin juin 2010.

*Document disponible : fiche de présentation du projet*

### **ENEIS 2 - Etude Nationale sur les Evénements Indésirables associés aux Soins**

**2009**

La réduction des événements indésirables graves (EIG) figure en effet parmi les objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Il y a cinq ans, pour répondre aux besoins exprimés par la DGS et la DHOS, une enquête pionnière - dite ENEIS - avait été réalisée.

En accord avec la DGS, la DHOS, l'InVS, l'Afssaps et la HAS, la DREES a souhaité rééditer l'étude ENEIS en 2009 selon les mêmes principes et avec la même méthode. Le CCECQA a été retenu comme maître d'œuvre. L'étude a pour objectifs d'estimer l'incidence des événements indésirables graves observés en milieu hospitalier et leur caractère évitable, décrire les causes immédiates de survenue de ces événements associés aux soins. Le recueil de données réalisé par des infirmiers et médecins expérimentés s'est déroulé au 2<sup>ème</sup> trimestre 2009 dans les établissements de santé publics et privés tirés au sort parmi les établissements MCO de la France métropolitaine. L'analyse des résultats est en cours. Les résultats de cette étude seront publiés par le Ministère en 2010.

Un projet complémentaire, Evol-Eneis, est mené avec l'objectif d'étudier les liens entre les changements des contextes institutionnel,

juridique et organisationnel survenus au niveau national entre 2004 et 2008 et les évolutions attendues entre Eneis 1 et Eneis 2. Cette étude, financée par la DREES, vise à affiner l'interprétation des résultats de la comparaison entre les deux études Eneis.

*Document disponible : protocole*

### **MALIS - Mesure de l'Acceptabilité des risques Liés aux Soins**

**2009**

Le management des risques liés aux soins (risques péri-opératoires, risque infectieux, risques liés aux produits de santé, etc.) vise à tendre vers la sécurité maximale et à rendre le risque résiduel acceptable. La connaissance de l'acceptabilité sociale des risques devrait donc être l'un des fondements de la définition de priorités en matière de sécurité des soins, à côté de mesures épidémiologiques de la fréquence de ces risques telle que l'explore l'étude ENEIS 2 actuellement en cours. Or, ceci n'a jamais fait l'objet d'une mesure dans le domaine des risques liés aux soins. L'objectif principal de ce projet de recherche est de connaître le niveau d'acceptabilité des principaux risques liés aux soins pour deux acteurs majeurs, le grand public et les médecins. Et de mieux comprendre les différences d'appréciation entre le grand public et les médecins.

Ce projet est financé dans le cadre d'un appel à projet de recherche de l'Institut de Recherche en Santé Publique par la HAS et par la DREES. Coordiné par le CCECQA, il est réalisé avec deux laboratoires de recherche en psychologie et en sociologie (EA 4139 « Santé et Qualité de Vie » et EA 495 Laboratoire d'analyse des problèmes sociaux et de l'action collective (LAPSAC) et l'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED) de l'Université Victor Segalen Bordeaux 2.

L'année 2009 a permis la construction d'un modèle conceptuel et d'un outil d'analyse de l'acceptabilité par une analyse de la littérature, des contacts d'experts et des focus groups de professionnels de santé et d'usagers. En 2010, une enquête sur trois échantillons constitués aléatoirement dans la population générale, chez les médecins généralistes et les spécialistes, sera réalisée.

*Document disponible : protocole, revue de la littérature.*

### **PERILS - Prévention de Erreurs d'Identité Liées aux Soins**

**2009**

Le CCECQA avec l'aide d'un groupe de travail régional a élaboré un projet sur les risques d'erreur d'identité et l'amélioration de leur maîtrise. Les différents outils ont été élaborés et testés dans quatre établissements. Dix huit établissements de santé participent actuellement à ce projet et sont dans l'étape de mise en œuvre d'un programme d'amélioration. Un nouvel appel à participation a été lancé et 21 autres établissements de santé participent à ce projet depuis décembre 2009 et sont dans l'étape d'évaluation des risques d'erreurs d'identité.

*Document disponible : fiche de présentation du projet*

## Événements Indésirables Graves associés aux soins : Expérimentation nationale d'un dispositif de déclaration en établissements de santé

**2009**

Dans le cadre de la politique d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, une expérimentation nationale portant sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins a été confiée à l'InVS (Institut national de Veille Sanitaire) pour une durée de 18 mois.

A terme, la faisabilité, la pertinence et l'efficacité de ce dispositif seront analysées ainsi que les conditions permettant sa généralisation.

La région Aquitaine est l'une des 4 régions (Ile de France, Franche Comté, Rhône Alpes) participant à cette expérimentation.

Le CCECQA accompagne les 14 établissements de santé Aquitain engagés dans ce projet grâce à la mise en place d'une Cellule Régionale d'Appui à la Gestion des Evénements indésirables (CRAGE).

Ses missions sont de :

- Contribuer à la mise en œuvre et au bon déroulement de l'expérimentation
- Conduire des actions de sensibilisation et de formation au signalement et à l'analyse des EI
- Apporter un appui méthodologique aux équipes de gestion des risques et aux équipes soignantes

Le but de cette expérimentation est avant tout pédagogique et doit permettre aux établissements d'améliorer la prise en charge des événements indésirables associés aux soins.

*Documents et outils disponibles pour les établissements expérimentateurs :*

- Protocole
- Fiche de déclaration des EIG liés aux soins
- Fiche d'aide à l'inclusion des EIG
- Supports de communication – présentation de CRAGE

## Événements Indésirables Graves associés aux soins : Expérimentation nationale d'un dispositif de déclaration

**2010**

L'expérimentation nationale portant sur l'analyse et la déclaration des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins confiée à l'InVS (Institut national de Veille Sanitaire) a débuté en janvier 2009 et se poursuit jusqu'à fin juin 2010.

A terme, la faisabilité, la pertinence et l'efficacité de ce dispositif seront analysées ainsi que les conditions permettant sa généralisation.

La région Aquitaine est l'une des 4 régions (Ile de France, Franche Comté, Rhône Alpes) participant à cette expérimentation.

Le CCECQA accompagne les 14 établissements de santé Aquitain engagés dans ce projet grâce à la mise en place d'une Cellule Régionale d'Appui à la Gestion des Evénements indésirables (CRAGE).

Cette cellule d'appui a conduit différentes actions au sein des établissements : sensibilisation et formation des professionnels à l'analyse approfondie, aide à l'analyse des EIG ainsi qu'à l'élaboration et au suivi des plans d'actions d'amélioration. Cet accompagnement doit permettre aux

établissements d'améliorer la prise en charge des événements indésirables associés aux soins grâce à la mise en place d'organisations pérennes.

*Documents et outils disponibles pour les établissements expérimentateurs :*

- Protocole
- Fiche de déclaration des EIG liés aux soins
- Fiche d'aide à l'inclusion des EIG
- Supports de communication – présentation de CRAGE
- Grille d'analyse
- Compte-rendu d'analyse et fiche de synthèse
- Recommandations de l'OMS pour les systèmes de signalement
- Les onze questions à se poser

## TYP-MESS - Typologie et Méthodes d'Évaluation des Systèmes de Signalement

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 a été proposée en 2009 pour aider les professionnels à utiliser la méthode et les outils développés dans le cadre de ce projet.

*Documents disponibles : Revue de question sur les systèmes de retour d'expérience, Rapport Contrat Mire DREES, décembre 2006 – Rapport final*

### 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. Ses premiers outils seront diffusés par l'OMEDIT. Le site internet permettant leur diffusion est en cours de réalisation.

## INTERFACE ETABLISSEMENT DE SANTE & MEDECINE DE VILLE

### Plan pour la santé cardio-vasculaire

**2010** En Aquitaine comme en France, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de décès, le premier motif d'admission en ALD et le troisième motif d'hospitalisation. Sous le pilotage de l'ARS, le CCECQA a la maîtrise d'ouvrage déléguée d'un plan à décliner sur 5 ans en région Aquitaine. Il vise à associer l'ensemble des acteurs (sanitaires ou non sanitaires) et comporte 4 volets :

1. La mise en place d'une politique régionale de promotion et d'éducation pour la santé,
2. L'amélioration de la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire,
3. L'amélioration de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires tout au long du parcours de soins,
4. L'évaluation des résultats.

Le contenu du Plan a été présenté à la Directrice Générale de l'ARS le 12 avril 2010.

### Projet de réduction du risque lié aux antivitamine K

Depuis une dizaine d'années, différentes études épidémiologiques sur la iatrogénie

médicamenteuse montrent que les accidents hémorragiques liés aux AVK arrivent au premier rang des événements indésirables liés aux soins. Le CCECQA développe un projet régional en partenariat avec l'OMEDIT Aquitaine sur la réduction du risque lié aux antivitamine K. Ce projet est basé sur le principe de la mise en place d'actions de réduction du risque, avec une évaluation de leur impact. Le parcours du patient dans son ensemble est considéré : sanitaire, ville et médico-social. Les différents professionnels concernés par ce projet sont les médecins, infirmiers, pharmaciens et biologistes. Ce projet comporte trois portes d'entrées : la prescription thérapeutique, l'éducation thérapeutique, et la transmission des informations du patient aux différents professionnels.

Calendrier : le début de mise en œuvre de ce projet régional se situe au 3ème trimestre 2010, avec un appel à participation au mois de septembre 2010.

Ce projet s'intégrera dans le volet 3 du programme régional de prévention des maladies cardio-vasculaires dont le CCECQA a la maîtrise d'ouvrage déléguée.

## OUTILS INFORMATIQUES

### EPP OnLine - plateforme informatique EPP

**2009** Le CCECQA a mis en place sa plateforme EPP OnLine qui regroupera bientôt la totalité des outils EPP élaborés dans le cadre du projet EPP-Aquitaine.

La plateforme EPP OnLine propose à l'ensemble des établissements adhérents, un accès direct aux outils de saisie, traitement et d'analyse des données d'EPP. Ces opérations deviennent réalisables en ligne (après avoir obtenu un compte utilisateur) en vous connectant sur EPP OnLine depuis tout ordinateur disposant d'une connexion internet. Vous disposez ainsi d'un outil simple, vous offrant une large autonomie dans la réalisation des dernières étapes d'une EPP. Seules la définition et le paramétrage des EPP et la gestion des utilisateurs restent à la charge du CCECQA.

Les 27 outils élaborés et validés par les groupes de travail régionaux EPP-Aquitaine seront mis en ligne progressivement. Déjà 23 d'entre eux sont disponibles.

Les correspondants des établissements et les membres des groupes de travail régionaux sont tenus informés de l'avancée des mises à jour sur la plateforme et notamment de chaque dépose d'un nouvel outil d'évaluation. Les protocoles et grilles d'évaluation des outils sont également disponibles sur notre site internet. Par ailleurs, une journée gratuite de formation à l'utilisation de la plateforme EPP OnLine est prévue au programme de formation 2009 du CCECQA. L'équipe du CCECQA reste à votre écoute afin de répondre à vos questions et accompagner vos premiers pas sur cette plateforme.

Si vous avez participé au projet EPP Aquitaine et que vous allez prochainement procéder à la seconde mesure d'une ou plusieurs EPP, nous vous invitons à nous contacter dès maintenant afin que nous procédions au paramétrage de votre compte utilisateur qui vous permettra d'utiliser cette plateforme.

*Documents et outil disponibles :*

- Plaquette de présentation et fonctionnalités
- Vidéos de démonstration

# Les dernières publications

## Publications 2009-2010

Trouvé P, Saillour-Glénisson F, Puig PL, Laboute E, Savalli L. Bilan à un an de la mise en œuvre d'un chemin clinique informatisé sur la rééducation des plasties du ligament croisé antérieur du genou. Risques et Qualité 2010 ; 1 : 17-24.

Saillour-Glénisson F, Michel P. Le pilotage régional de la qualité et de la sécurité des soins : leçons issues d'une expérience aquitaine. Prat Organ Soins 2009;40:297-308

Articles issus de la journée régionale du CCECQA du 9 octobre 2009

Degos L. Innovation et organisation des soins. Risques et Qualité. In Press

Amalberti R. Qualité, Sécurité et Innovation technologique. Risques et Qualité. In Press.

Bertrand Bara J, Saillour-Glénisson F, Quiévy A, Rongère J, Cahoreau C. La mise en œuvre de l'innovation technologique dans les établissements de

santé. Le cas particulier des dispositifs médicaux. Problèmes rencontrés et éléments de réponse. Risques et Qualité. In Press

Moret L, Bourcy V, Tricaud-Vialle S, Giraud-Roufast A, Anthoine E, Yordanov Y, et al. Le projet européen PATH (Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals). Risques et qualité 2009;VI(1):41-48.

Pourin C, Daugareil C, Tastet-Dominguez S, Crespel I, Baratchart B-A, Fernandez L et al, pour le groupe de travail ETAPE. ETAPE en Aquitaine : mise en place régionale d'une équipe d'accompagnement et d'évaluation en éducation thérapeutique. Prat Organ Soins 2009;40(1):1-8.

Tricaud-Vialle S, Michel P. Restitution comparative de résultats d'indicateurs de qualité des soins : utilisation pertinente des représentations graphiques. Risques et qualité 2009;VI(1):9-18

Quenon JL, Perret F, Faraggi L, De Sarasqueta AM. Sécurité du circuit du médicament : état des lieux dans 21 pharmacies à usage intérieur en Aquitaine (Projet SECURIMED). Thérapie, 2009 Sep-Oct;64(5):303-11.

Delaperche F, Quenon JL, Herrera MP, Roger I. Une erreur d'identité sang pour sang évitable. Risques et Qualité, 2009;6(4):246-250.

Quenon JL. Approche coordonnée des risques sanitaires hospitaliers : expérience et travaux du CCECQA. La gazette de la transfusion, 2009;215:V-VIII.

Samson L, Delaperche F, Quenon JL. Rôle et attitude du management en gestion des risques. Risques et Qualité, 2009;6(3):176-180.

## LES ACTIVITÉS DE FORMATION

### Ateliers

#### Les derniers compte-rendus des ateliers du CCECQA disponibles sur le site [WWW.ccecqa.asso.fr](http://www.ccecqa.asso.fr)

- Education thérapeutique du patient : 19 mai 2009
- Rôle et attitude du management en gestion des risques : 10 mars 2009

#### Le prochain atelier 2009

- 7 avril : Communiquer avec le patient et ses proches en cas d'évènement indésirable grave
- 11 mai : Education thérapeutique du patient en dehors de son hospitalisation : quelles pratiques développer ?
- 28 septembre :

### Formations

#### Une nouvelle orientation

Les questions de management et de facteur humain sont au centre des problématiques de gestion des risques et de la qualité. C'est la raison pour laquelle la certification V2010 renforce les exigences relatives à la mise en place d'un système de management de la sécurité et au développement d'une culture de la sécurité.

Elles constituent un des axes de travail du CCECQA. L'atelier du 10 mars 2009 sur le rôle et l'attitude du management en gestion des risques et la journée OMEDIT du 8 avril 2009 ont permis de jeter les premières bases de la réflexion sur ces sujets d'actualité.

Le CCECQA met maintenant en place des formations dont vous trouverez le détail ci-dessous. Elles peuvent être réalisées au CCECQA voire, spécifiquement sur ces thèmes, in situ dans votre établissement.

#### Les prochaines formations-actions 2010

- Comment mieux utiliser les indicateurs et les tableaux de bord : 12 et 19 février 2010
- EPP1 : Approches quantitatives : 18 février 2010
- EPP1 : Gestion et conduite d'un projet EPP en lien avec la plateforme EPP Online du CCECQA : 15 avril 2010
- EPP1 : Approche par échanges entre pairs (réunions de concertation pluridisciplinaire) : 19 novembre 2010
- EPP2 : Approche par problème (analyse approfondie des causes, revue de mortalité morbidité RMM) : 18 mars et 17 juin 2010
- Pratiques Exigibles Prioritaires :



- o Prise en charge de la douleur : ½ journée - 23 septembre 2010 (matin)
- o Maîtrise du risque infectieux : ½ journée - 23 septembre 2010 (après-midi)
- o Prise en charge et droit des patients en fin de vie : ½ journée - 24 septembre 2010 (matin)

- Elaborer et mettre en œuvre un programme de gestion des risques : ½ journée : 18 juin 2010 (matin)
- Gestion de crise et retour d'expérience : 18 juin 2010 (après-midi)
- Cartographie des risques : 14 et 15 octobre 2010
- Prendre en compte les facteurs humains et organisationnels dans la gestion des risques : 28 et 29 janvier 2010
- Management du changement en établissement de santé : 11 et 12 mars 2010
- CRAGE : Offre réservée aux établissements engagés dans l'expérimentation nationale InVS sur la déclaration et l'analyse des EIG. 'Evènement indésirable lié aux soins... : et si on en parlait ? Analyse approfondie des causes d'un évènement indésirable lié aux soins
- Prendre en compte les facteurs humains et organisationnels dans la gestion des risques : 28 et 29 janvier 2010
- Management du changement en établissement de santé : 11 et 12 mars 2010

Programmes, tarifs et bulletin d'inscriptions sont disponibles sur [www.ccecqa.asso.fr](http://www.ccecqa.asso.fr)