



Structure d'appui Qualité, Risques, Evaluation
Etablissements sanitaires et médico-sociaux
Loire-Atlantique et Vendée

Evaluation de la structuration des CREX / RMM *Etablissement de santé Loire Atlantique / Vendée*

Restitution des résultats



Vendredi 23 mai 2014

«Pour l'amélioration de la qualité, la gestion des risques et l'évaluation
en Loire Atlantique et Vendée»



Contexte (1)

Dans le monde...

- **Début des années 70**
 - Place centrale de la sécurité des usagers et des professionnels de santé
- **IOM (1999)**
 - 44000 à 98 000 décès liés à des « erreurs médicales »
- **OMS (2010)**
 - Classification internationale pour la sécurité des patients (sécurité des patients, évènement indésirable, etc)

Contexte (2)

En France...

- **1996** : priorité sécurité inscrite dans le Haut Conseil de la Santé Publique
- **2004 – 2009** : première étude (ENEIS)
 - 6.2 EIG pour 1000 journées d'hospitalisation dont 42 % « évitables »
 - Soit 1 EIG tous les 5 jours dans un service de médecine de 30 lits
- **2010** : décret relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- **2012** : publication du guide HAS sur la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé
- **2012** : circulaire relative à l'organisation de REX dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé
- **2013** : publication du Programme Nationale pour la Sécurité des Patients (CREX et RMM – axe 2 et 3)

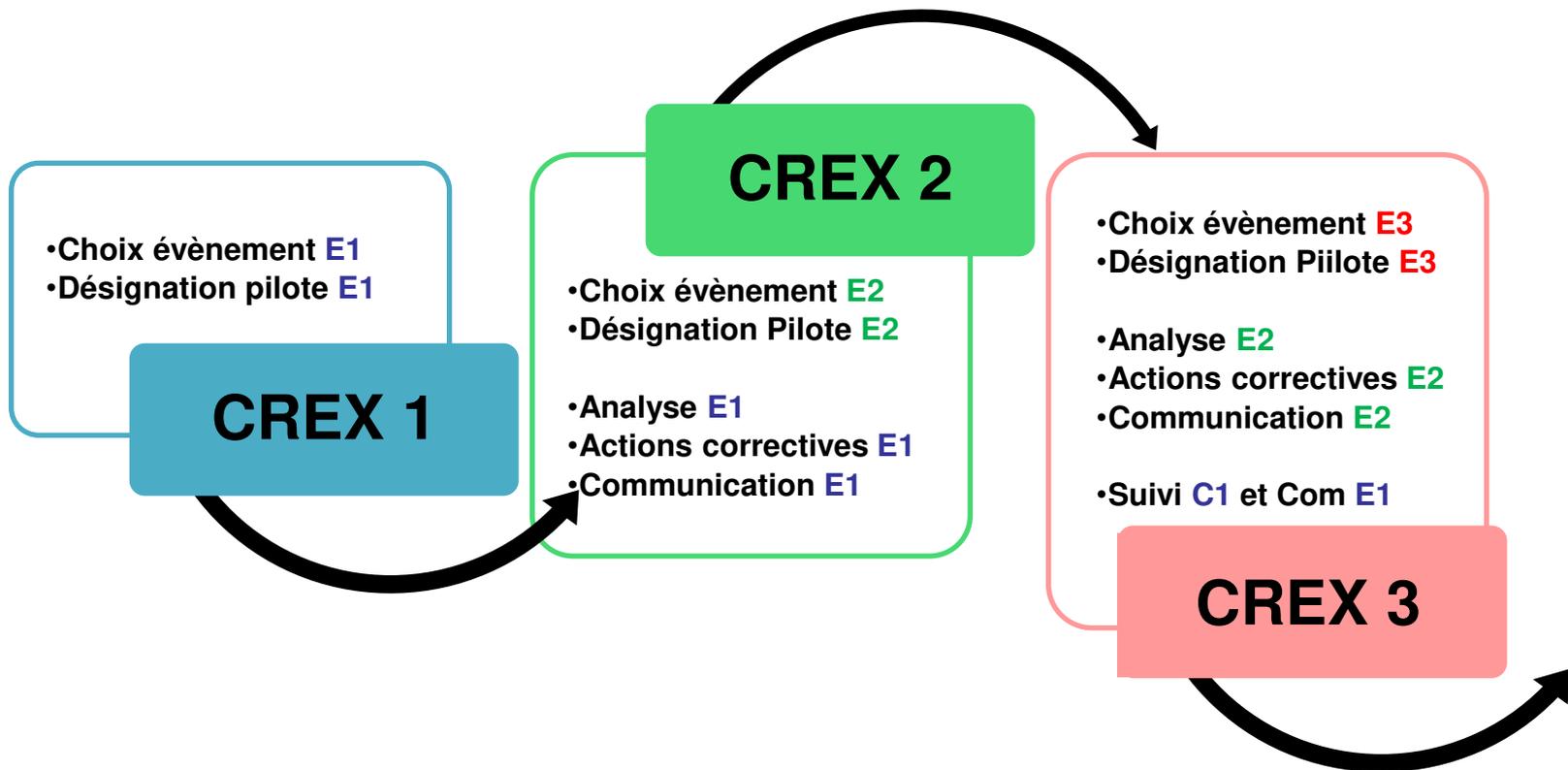
CREX, de quoi parle-t-on ? (2)

- **Méthode basée sur les principes de sécurité du secteur de l'aérien :**
 - ✓ Exploitation systématique d'évènements précurseurs ou « retour d'expériences » ;
 - ✓ Tester et renforcer la sécurité d'une organisation
- **Expérimenté par la MEAH auprès de centres de radiothérapie**
- **Puis transfert sur les autres secteurs d'activité (ex : médicaments, escarres)**

Principe

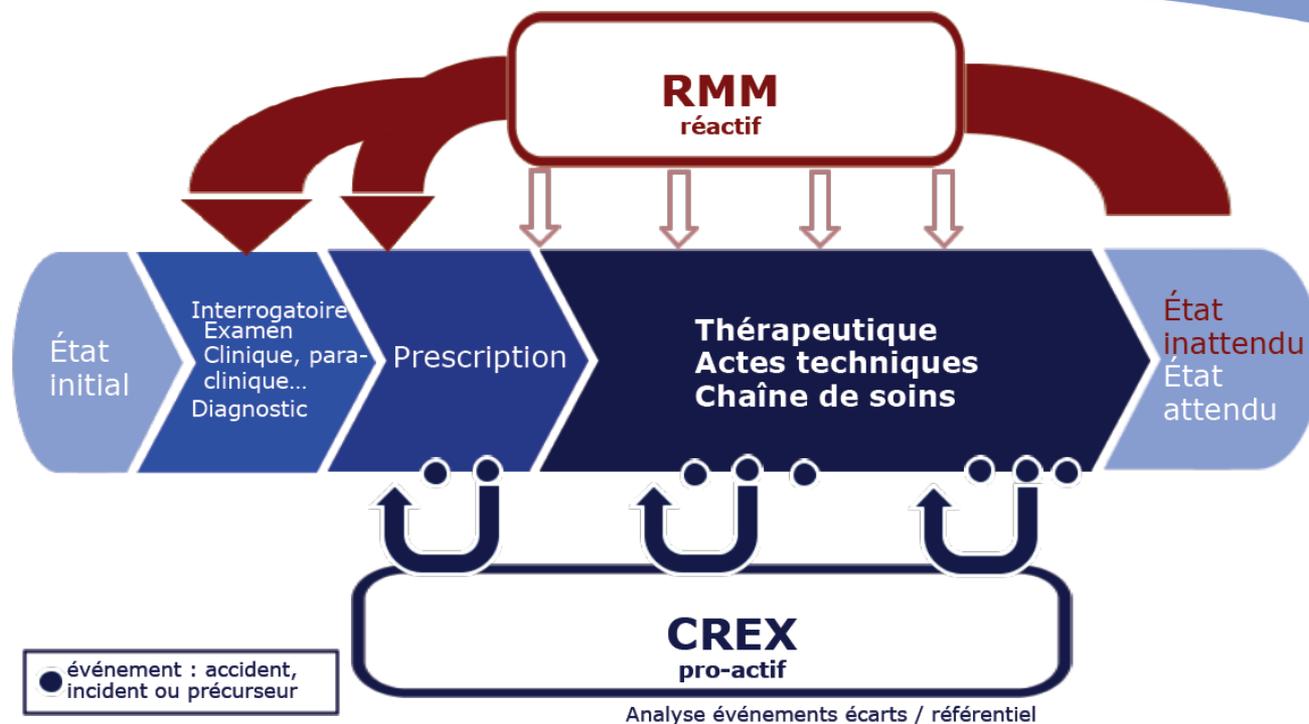
Analyse **collective** (pluri-professionnelle), **rétrospective** et **systémique** de cas marqués par la survenue d'un **EIG** ou d'un **évènement qui aurait pu causer un dommage au patient.**

CREX, de quoi parle-t-on ? (3)



CREX/RMM : Quid ?

Deux démarches de retour d'expérience



CREX/RMM : Quid ? (2)

Revue Morbi-Mortalité	Comité de Retour d'Expérience
Faire émerger des pistes d'amélioration à partir d'un événement indésirable grave lié aux soins	Faire émerger des pistes d'amélioration sur des problématiques récurrentes (médicales ou organisationnelles) ayant ou pouvant entraîner la survenue d'un événement indésirable.

CREX/RMM : Quid ? (2)

Revue Morbi-Mortalité	Comité de Retour d'Expérience
<p>Culture positive de l'erreur « Comprendre et non rechercher un coupable » Apprendre « Ensemble »</p>	
<p>Personnel médical (junior et senior) Ouverture à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient</p>	<p>Personnel médical, paramédical, administratif Ouverture à l'ensemble des professionnels impliqués dans l'organisation concernée</p>
<p><u>Critères de sélection des cas</u> Consensus : tous les décès Complications prédéfinies ou non Presque accidents Signalement</p>	<p><u>Critères de sélection des cas</u> Fiches de signalement des événements indésirables Revue de l'ensemble des FEI Sélection d'1 ou plusieurs FEI à analyser</p>
<p>Traçabilité et formalisation (charte de fonctionnement, résumé, synthèse, PAM, émargement, rapport annuel)</p>	
<p>Transparence, confiance et confidentialité</p>	

Accompagnement sur la structuration des CREX / RMM (1)

Depuis 2006 :

- **235** professionnels formés à la structuration des CREX / RMM (établissements de santé Loire Atlantique / Vendée)

Une mission spécifique 2013-2014 :

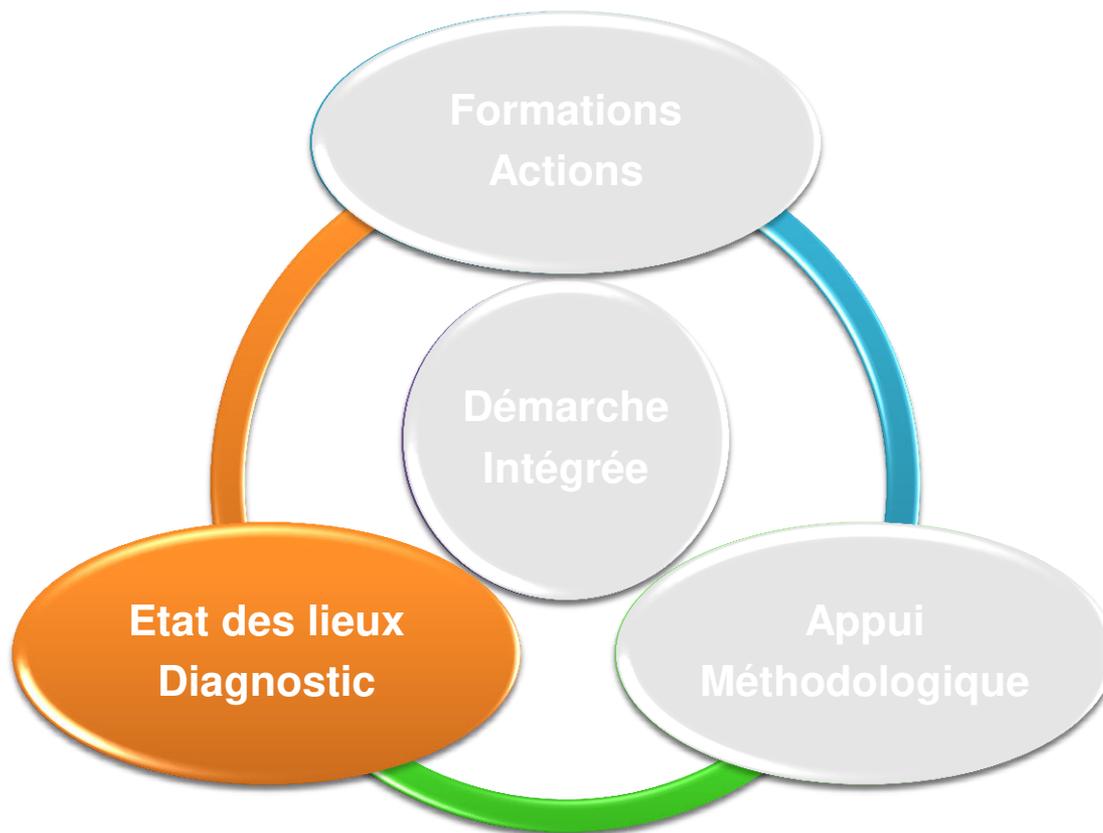
- Renforcement de l'accompagnement et de la formation des professionnels des établissements de santé de Loire Atlantique et Vendée

Décret du 12 novembre 2010
relatif à la lutte contre les EIAS
dans les ES

Programme National pour la
Sécurité des Patients
Axe 2 « améliorer la déclaration
et la prise en compte des EIAS »

Circulaire 28 septembre 2012
relative à l'organisation de REX
dans le cadre de la GDRAS et de
la sécurisation de la prise en
charge Médicamenteuse en ES

Accompagnement sur la structuration des CREX / RMM (2)



Objectifs et retombées attendues

Objectifs

- Estimer le niveau de maturité de la structuration et l'opérationnalité des « Réunions d'analyse et de retour d'expérience des événements indésirables » au sein des établissements de santé volontaires de Loire-Atlantique et de Vendée ;
- Identifier des facteurs de réussite et d'échec dans la structuration et mise en place de ces réunions.

Retombées attendues

Pour les établissements :

- Identification de pistes d'amélioration pour structurer efficacement les réunions d'analyse des événements indésirables et du retour d'expériences.

Pour le Réseau QualiSanté :

- Identification des besoins en accompagnement des établissements pour améliorer la structuration des réunions d'analyse des événements indésirables.

Méthode de mise en oeuvre

Etat des
lieux
Diagnostic

- Enquête en ligne
- Diffusée à l'ensemble des établissements de santé de LA / Vendée
- Sélection des réunions d'analyse par l'établissement
- Novembre-décembre 2013
- **Grille de 47 items :**
 - Identification de l'établissement
 - Structuration du CREX
 - Déroulement du CREX
 - Communication REX
 - Apports et difficultés
 - Valorisation

Evaluation volontaire : non représentatif de l'ensemble des établissements de santé.

Sélection des réunions d'analyse évaluées à la discrétion de chaque établissement : non exhaustivité des réunions d'analyse au sein d'un même établissement.

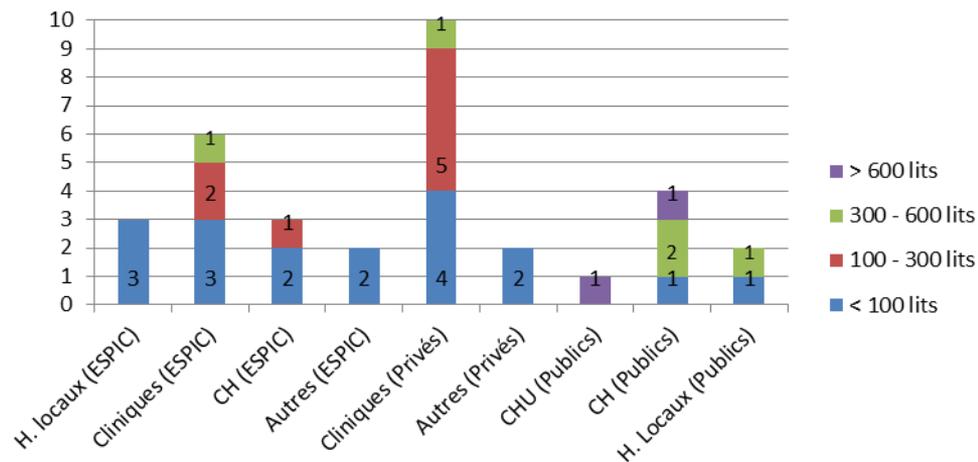
Résultats

Type d'établissement participant

33 établissements de santé (Loire – Atlantique / Vendée)

(Taux de participation : **47,1 %**)

- **7 établissements Publics**
- **12 établissements Privés**
- **14 établissement Espic**



Périmètre évalué – Echelle des réunions d'analyse (1)

Champ d'application de 3 types :

- Echelle « Etablissement » : 54% (n=25)
- Echelle « Spécialité » : 31% (n=14)
- Echelle « Thématique » : 15% (n=7)

Réunions d'analyses « Thématiques » (N=7)

Périmètre	Nb
Chimiothérapie	1
Dialyse	1
Médecine nucléaire	2
Plateau technique	1
<u>Identito-vigilance</u>	1
Radiothérapie	1

Tableau 1. Répartition des réunions d'analyse « Thématiques ».

Réunions d'analyse « Spécialités » (N=14)

Périmètre	Nb
Gynéco - Obstétrique	2
Psychiatrie	1
Anesthésie - Chirurgie - Médecine	1
Anesthésie - Réanimation	1
Chirurgie	4
Chirurgie et unité de soins continus	1
Médecine	3
SSR	1

Tableau 2. Répartition des réunions d'analyse « Spécialités ».

Périmètre évalué – Echelle des réunions d'analyse (2)

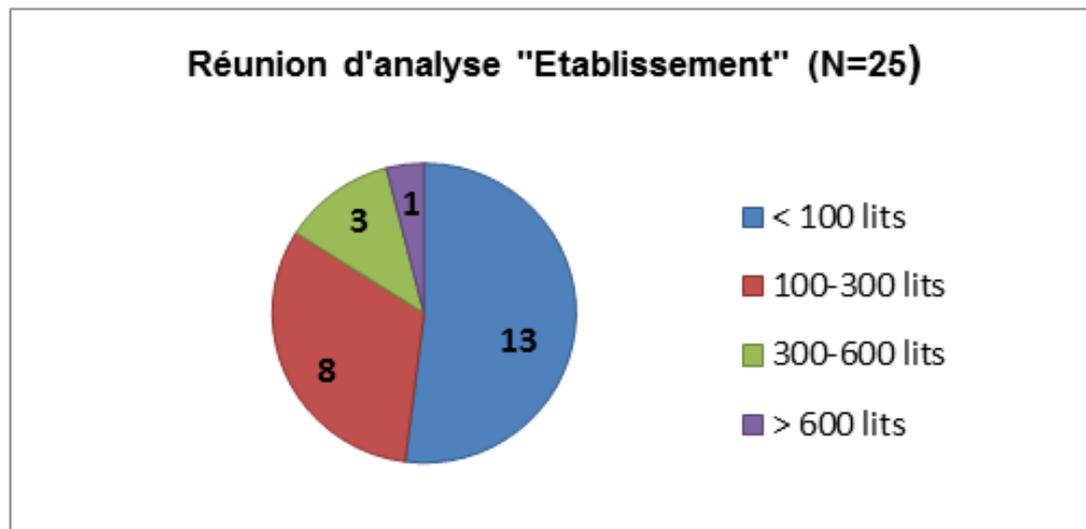


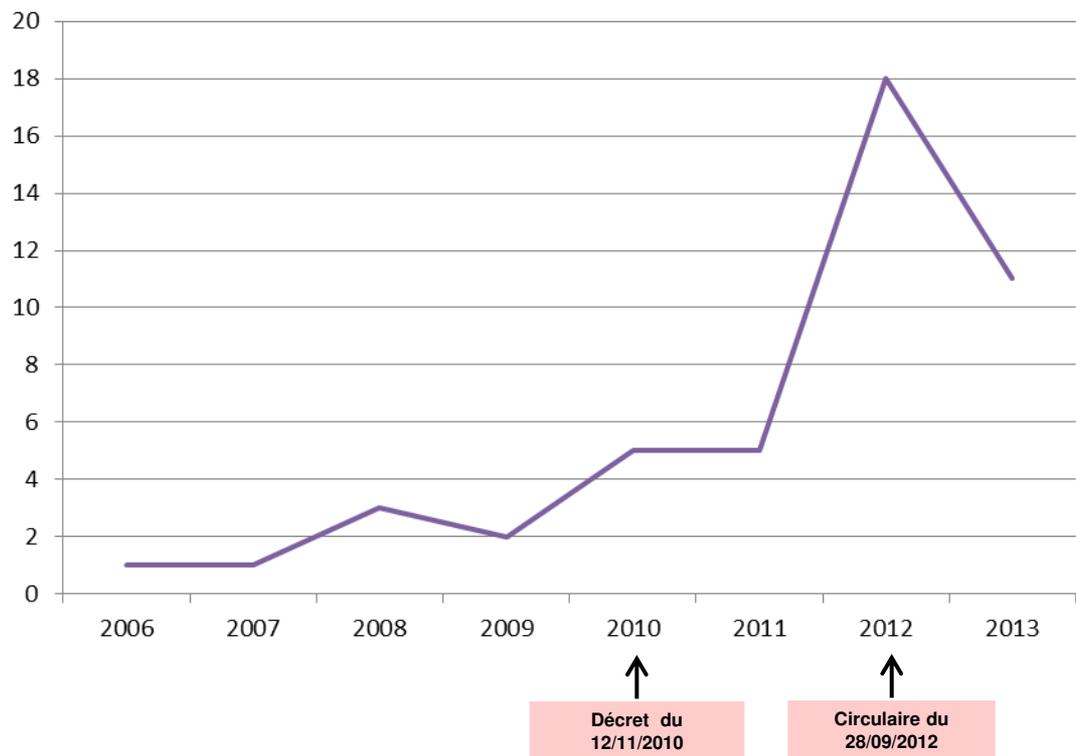
Fig.2. Répartition des réunions d'analyse « Etablissement » par nombre de lits

Dénomination des réunions d'analyse

	RMM (n=10)		CREX (n=18)		Staff EPP (n=2)		Cellule d'analyse des événements indésirables (n=16)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Réunion d'analyse Spécialité	9	90%	0	0%	0	0%	5	31%
Réunion d'analyse Thématique	0	0%	6	33%	0	0%	1	6%
Réunion d'analyse Etablissement	1	10%	12	67%	2	100%	10	63%

Tableau 3. Nomination des réunions d'analyse en fonction de leur échelle (n=46)

Année du début de la démarche



Points clés

- Le panel d'établissements participants à l'évaluation montre une bonne représentation des établissements quelque-soit leur statut ou leur nombre de lits (fig. 1).
- Sur les 46 réunions d'analyse évaluées, plus de la moitié (n=25) ont un champ d'application à l'échelle de l'établissement et ceci quel que soit le nombre de lits (fig.2).
- Parmi les 14 réunions d'analyse dites « Spécialités », 9 sont des Revues Morbi-Mortalité (tab. 4).
- La période de mise en œuvre des réunions d'analyse au sein des établissements est **fortement corrélée aux évolutions réglementaires** (Enquête ENEIS – 2009 - ; Décret du 12 novembre 2012 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins ; circulaire du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse). (fig. 3)

Eléments de structuration des réunions d'analyse

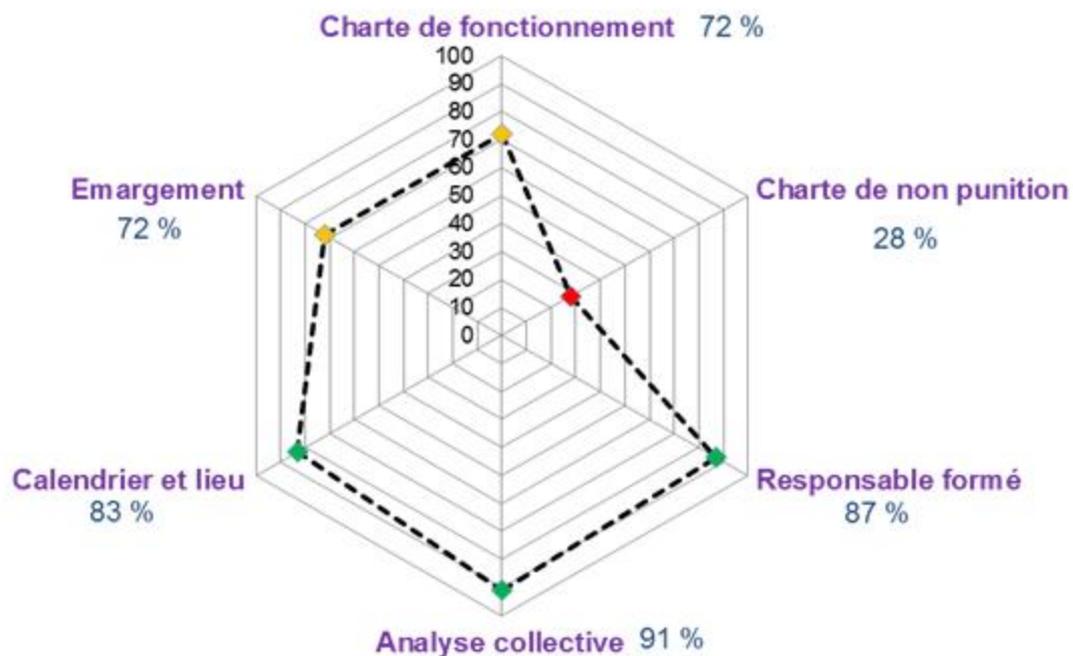


Fig.4. Présence des éléments de structuration des réunions d'analyse parmi les établissements participants (n=46).

Eléments de structuration des réunions d'analyse (2)

Responsables formés (nb =41)

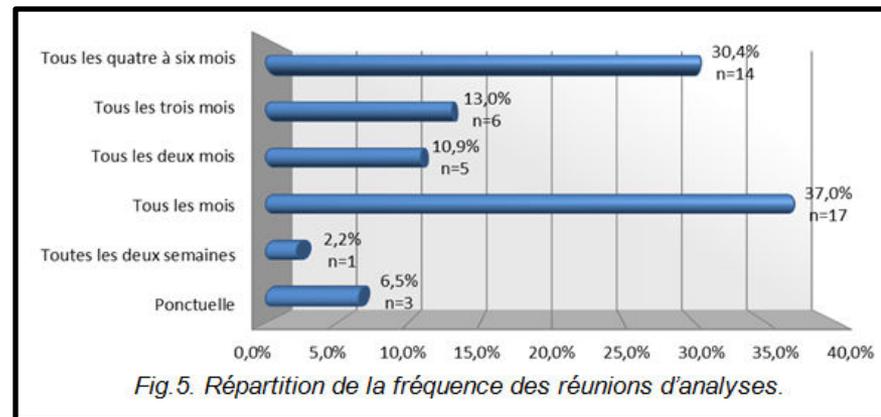
- 14 professionnels médicaux,
- 14 professionnels paramédicaux,
- 10 professionnels de la qualité-gestion des risques,
- 2 professionnels administratifs,
- 1 pharmacien.

Durée des réunions

1 h (44%, n=20) et 2 h (54%, n=25).

Nombre de cas analysés par réunion

- 75 % des établissements : maximum 3 cas
- 25 % analysent plus de 3 cas
- 11% analysent plus de 10 cas



Eléments de structuration des réunions d'analyse (3)

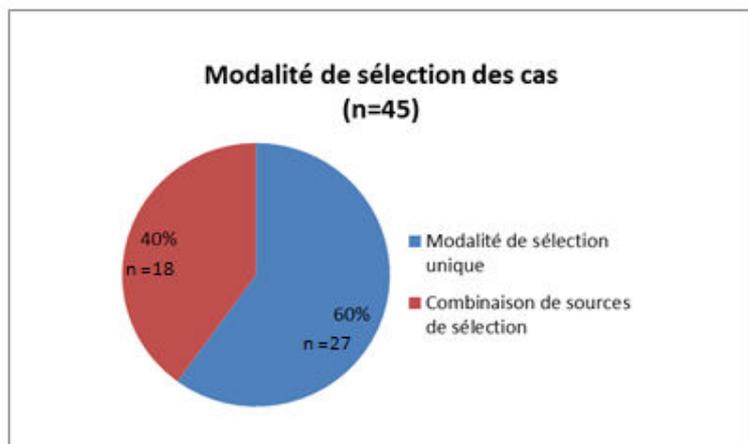


Fig.6. Répartition des modalités de sélection des cas selon les établissements participants.

	N	% sur le nombre d'établissements répondants
FEI	44	96%
Vigilances	9	20%
Plaintes	13	28%
Revue de dossier	11	24%
Registre de cas	5	11%
Incidents relevés dans le logiciel de prescription CHIMIO	1	2%

Tableau 5. Fréquence d'utilisation des différentes sources (n = 46)

Points clés

- Les éléments de formalisation des réunions d'analyse sont globalement mis en œuvre (fig.4).
- La charte d'incitation à la déclaration des évènements indésirables est peu utilisée alors que la littérature (9) décrit la peur de la sanction comme un des freins à la déclaration des évènements indésirables (fig.4).
- La nomination des responsables des réunions d'analyse est fortement liée à leur champ d'application. Les professionnels médicaux piloteront les réunions d'analyse de type RMM, les professionnels paramédicaux, les réunions d'analyse de type CREX Thématique et les professionnels de la qualité et la gestion des risques, les réunions d'analyse à l'échelle de l'établissement.
- La périodicité de rencontre est très variable d'une réunion à l'autre même si les rencontres mensuelles sont les plus fréquemment mises en œuvre (37%) (fig.5).
- La sélection des cas via la déclaration des évènements indésirables est la plus fréquemment utilisée (92%) et est systématiquement utilisée en combinaison de sources utilisées (100%) (fig.6 ; tableau 5).
- Le nombre de cas analysés est de l'ordre de 2 à 3 par réunion (tableau 6). Cette donnée est conforme aux préconisations pour l'efficacité du déroulement des réunions d'analyse.

Conduite des différentes étapes du déroulement des réunions d'analyse

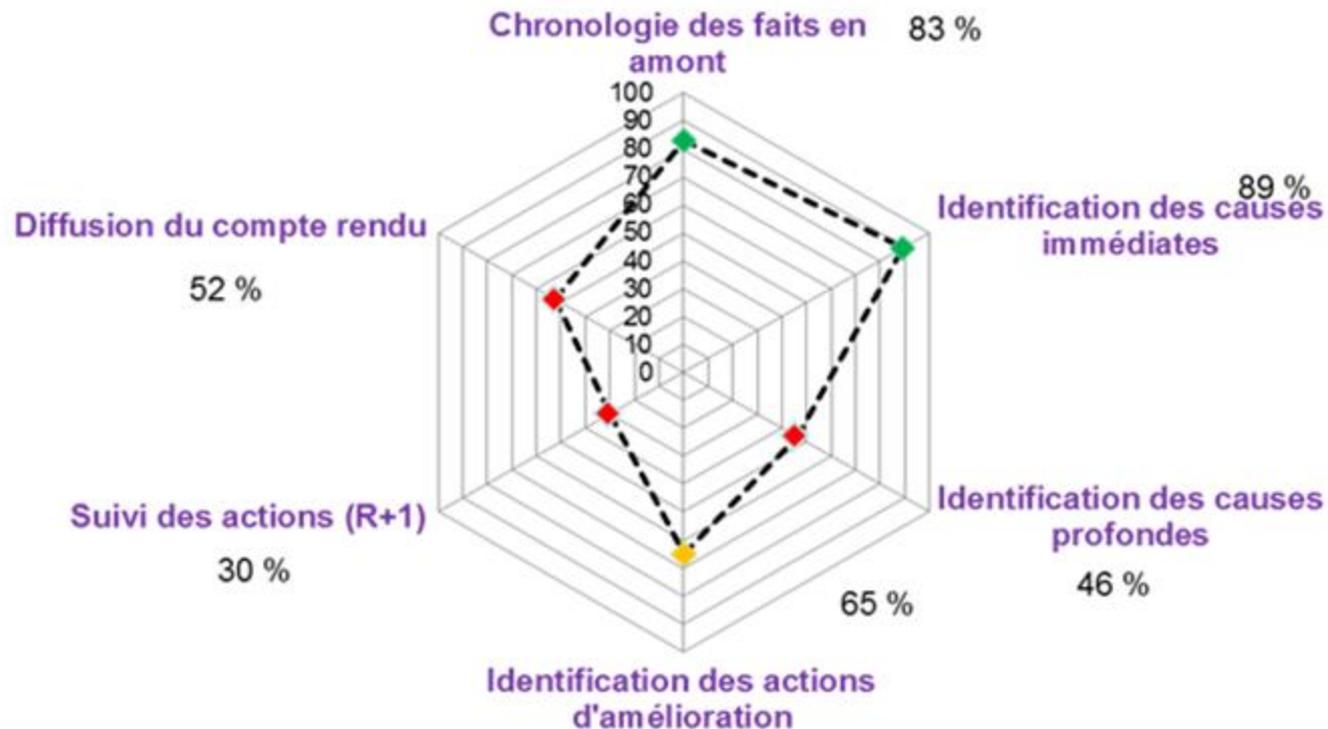


Fig.7. Réalisation effective des différentes étapes du déroulement des réunions d'analyse (n=46).

Conduite des différentes étapes du déroulement des réunions d'analyse (2)

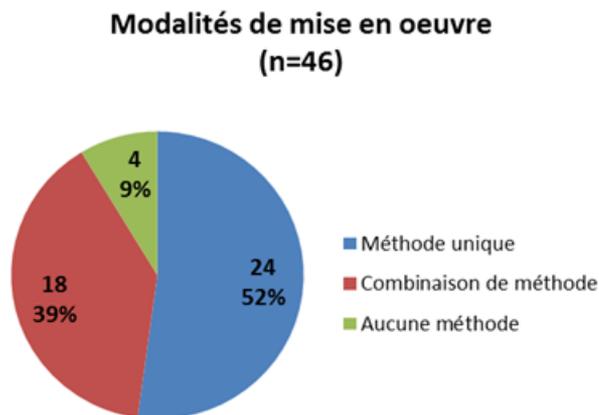


Fig. 7. Répartition des modalités de mise en oeuvre des méthodes d'analyse

	N	% sur le nombre d'établissements répondants (n=46)
ALARM	27	59%
Arbre des causes	10	22%
Diagramme d'Ishikawa	12	26%
QQOQCP	16	35%
ORION	4	9%
Aucune méthode formelle	7	15%

Tableau 9. Répartition de l'utilisation des différentes méthodes d'analyse

	Réunion d'analyse Spécialité (n=14)		Réunion d'analyse Thématique (n=7)		Réunion d'analyse Etablissement (n=25)	
	N	%	N	%	N	%
Aucune méthode formelle (n=4)	0	0%	0	0%	4	16%
Combinaison de méthodes (n=18)	2	14%	4	57%	12	48%
Méthode unique (n=24)	12	86%	3	43%	9	36%

Tableau 10. Utilisation des méthodes d'analyse en fonction de l'échelle de la réunion d'analyse

Conduite des différentes étapes du déroulement des réunions d'analyse (3)

	ALARM (n=27)		Arbre des causes (n=10)	
Chronologie des faits réalisée en amont	24	88,9%	10	100,0%
Identification des causes immédiates	24	88,9%	10	100,0%
Identification des causes profondes	12	44,4%	9	90,0%
Identification des actions d'amélioration	20	74,1%	7	70,0%
Suivi des actions	8	29,6%	3	30,0%
Diffusion du compte rendu	13	48,1%	8	80,0%

	ISHIKAWA (n=12)		QQOQCP (n=16)		ORION (n=4)	
Chronologie des faits réalisée en amont	11	91,7%	15	93,8%	4	100,0%
Identification des causes immédiates	11	91,7%	16	100,0%	4	100,0%
Identification des causes profondes	7	58,3%	8	50,0%	3	75,0%
Identification des actions d'amélioration	9	75,0%	11	68,8%	3	75,0%
Suivi des actions	2	16,7%	5	31,3%	4	100,0%
Diffusion du compte rendu	5	41,7%	9	56,3%	3	75,0%

Tableau 11. Réalisation effective des étapes des réunions d'analyse en fonction de la méthode utilisée.

Points clés

- Les étapes de chronologie des faits et d'identification des causes immédiates sont globalement réalisées alors que les étapes d'identification des causes profondes jusqu'à la diffusion du compte rendu montrent plus de difficultés de mise en œuvre.
- La quasi-totalité des réunions sont conduites au travers d'une ou plusieurs méthodes.
- Les méthodes les plus utilisées sont la méthode Alarm et l'arbre des causes conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (20).
- Les résultats de l'évaluation ne permettent pas d'identifier la méthode ayant le plus d'impact sur la mise en œuvre des différentes étapes. Une enquête qualitative pourrait être menée afin d'identifier la qualité et l'efficacité de mise en œuvre des différentes méthodes.

Modalités de mise en œuvre du Retour d'EXpériences

89% (n = 41) des entités évaluées rédigent toujours (n=37) ou parfois (n=4) un **compte-rendu** de ces réunions d'analyse.

Seuls 56% (n = 23) le diffusent à l'ensemble du personnel de l'entité évaluée.

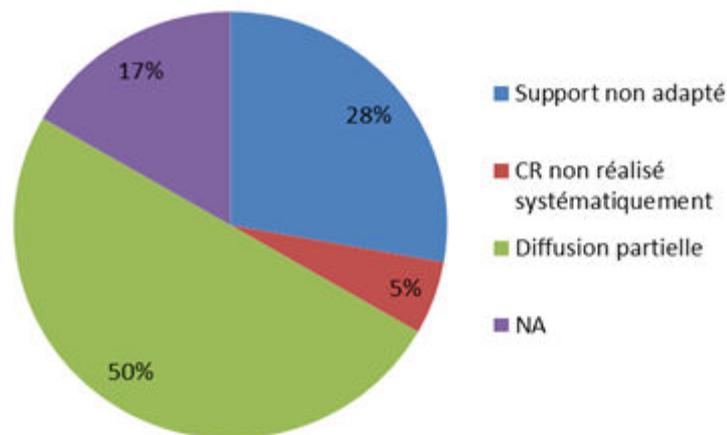
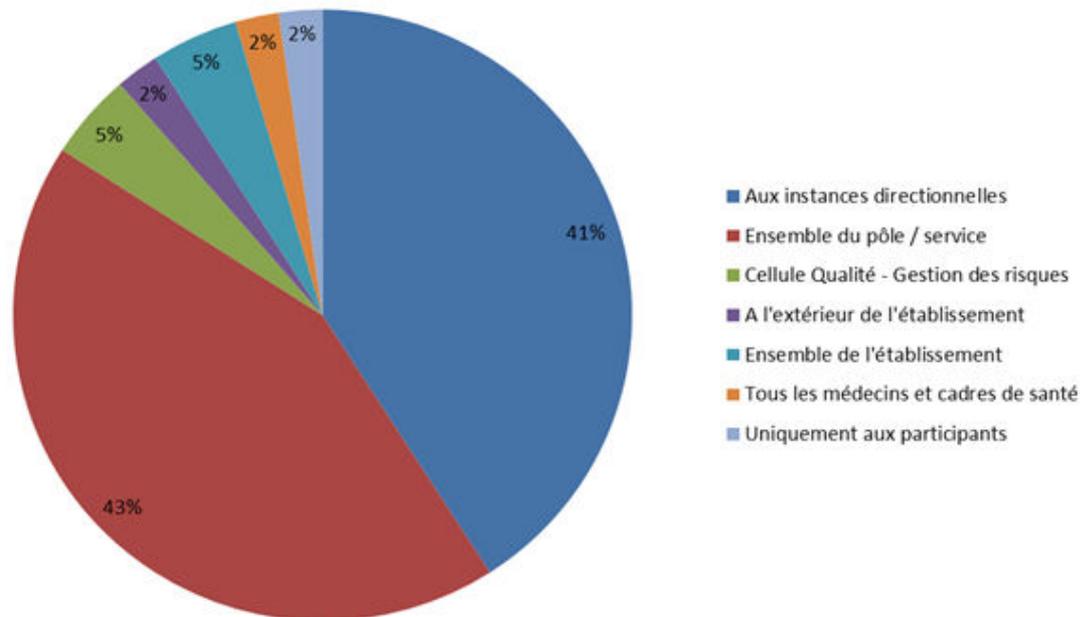


Fig.8. Raisons de non-diffusion des comptes-rendus des réunions d'analyse.

Modalités de mise en œuvre du Retour d'Expériences (2)

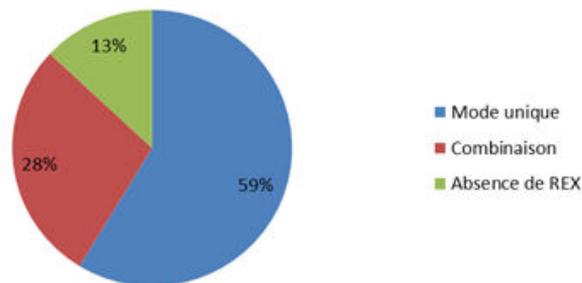
61% (n=28) des entités évaluées rédigent un **rapport annuel**.



Ce rapport est majoritairement rédigé par le responsable de la cellule Qualité-Gestion des Risques (56%, n = 15) ou par le responsable des réunions d'analyse (30%, n = 8).

Modalités de mise en œuvre du Retour d'Expériences (3)

Modalités des REX (n=46)



Parmi les réunions d'analyses évaluées, 87% effectue un retour d'expérience des cas analysés.

	N	% sur le nombre d'établissements répondeurs
Staff du service	25	54%
Journal interne	9	20%
Retour via l'Intranet	5	11%
Interventions régulières	13	28%
Gestion documentaire	1	2%
Retour à la Cellule Qualité	1	2%
Retour ponctuel aux instances	4	9%

Tableau 12. Fréquence d'utilisation des différents modes de REX

Points clés

- **Même si dans une grande majorité des cas, les modalités de retours d'expérience sont définies, le périmètre des destinataires ne permet pas le partage avec les autres secteurs d'activité ; élément indispensable pour favoriser l'enseignement partagé des évènements indésirables.**
- **La diffusion du compte-rendu à l'ensemble des professionnels n'est pas systématique pour 44% des réunions. Les raisons évoquées sont principalement liées au périmètre ciblé restreint et au support non adapté (fig. 8).**
- **61% des réunions font l'objet d'un rapport annuel mais ce dernier est principalement diffusé auprès des instances de l'établissement et au Pôle/service concerné (fig.9)**
- **Le retour d'expérience aux professionnels est principalement réalisé via les staffs de service et seulement 11% des établissements utilisent plusieurs modes de communication (fig.10 - tableau 12).**

Difficultés recensées pour la mise en œuvre et la pérennité des démarches

Difficultés organisationnelles	N = 78
Manque de temps	37
Charge de travail trop importante	22
Difficulté d'organisation	16
Manque de moyens	3
Difficultés culturelles	N = 57
Absence d'implication des professionnels dans la démarche	20
Peur des sanctions	16
Absence de sensibilisation	13
Climat de délation	5
Pas de confiance dans l'équipe	2
Peur du changement	1
Difficultés managériales	N = 30
Manque de formation	20
Méconnaissance des méthodes pour l'animation des réunions	6
Manque de soutien des instances	4
Difficultés méthodologiques	N = 27
Absence de diffusion des décisions issues du CREX/RMM	13
Absence de méthode pour l'analyse	9
Absence de déclaration des événements indésirables	5

Tableau 13. Difficultés rencontrées dans la mise en place et la pérennisation des réunions d'analyse.

Points clés

- Parmi les difficultés recensées, les difficultés organisationnelles sont les plus citées (nb=78) liées principalement au manque de temps et à la charge de travail trop importante. Ces difficultés perçues par les répondants semblent contradictoires avec les résultats de l'évaluation indiquant que les éléments de structuration des réunions d'analyse sont globalement bien mis en œuvre (chapitre 2.3)
- Les difficultés culturelles représentent la deuxième catégorie la plus citée notamment l'absence d'implication des professionnels dans la démarche et la crainte de la sanction. Malgré des éléments de structuration plutôt bien organisés, la mise en place d'une charte d'incitation à la déclaration est peu utilisée (chapitre 2.3) et le retour d'expérience à l'ensemble des professionnels de terrain peu mis en œuvre (chapitre 2.5)
- Les difficultés managériales mettent en exergue les besoins en formation dans la mise en œuvre des CREX/RMM.
- Les difficultés méthodologiques sont les moins citées alors que les résultats de cette évaluation mettent en évidence des axes d'amélioration dans la conduite des réunions d'analyse (chapitre 2.4)

Enseignements (1)

- 33 établissements volontaires : près de 50 % des établissements sanitaires Loire Atlantique / Vendée. → Intérêt pour optimisation du dispositif
- Question de la sémantique CREX / RMM. → Points clés communs :
 1. Démarche systématique, collective, organisée
 2. Analyse systémique d'une sélection d'évènements indésirables ou précurseurs ayant ou pouvant avoir un impact sur le patient
 3. Identification de solutions adaptées pour rétablir des barrières de prévention, récupération, atténuation
 4. Communication auprès de l'ensemble des professionnels sur les enseignements.

Enseignements (2)

- Structuration des réunions d'analyse : appui sur 4 dimensions essentielles à la sécurité des soins
- Vision intégrée de l'ensemble des dimensions :

Stratégique

Culturelle

Structurelle

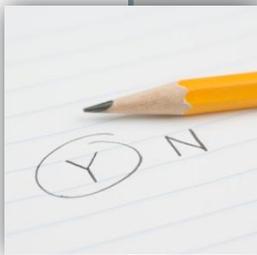
Technique

D'après Shortell et all.

Enseignements (3)

Stratégique

Inscription au sein de la politique de l'établissement déclinée en objectifs clairs portés par les managers (directeurs – cadres de proximité) et partagée par tous.



- **91%** ont un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- **100%** des démarches de structuration des réunions d'analyse soutenues par les managers de l'établissement.



Panel d'établissement volontaires soucieux des enjeux de la qualité et des risques en établissement de santé ?

Enseignements (4)

Culturelle

Compréhension partagée du sens et des objectifs des méthodes de la démarche. Culture partagée de l'erreur essentielle pour adhésion des professionnels (freins liés à la peur de la sanction / manque de REX)



- Sous utilisation de la charte d'incitation à la déclaration (28%)
- Retour d'expériences partiellement mis en œuvre auprès des professionnels de terrain (56% de diffusion totale)



- Charte d'incitation à la déclaration proposée par la MEAH, préconisée par la Haute Autorité de Santé : vecteur pour rassurer les professionnels de terrain
- REX sur les enseignements tirés des EI : levier pour compréhension des objectifs de la démarche. Nécessité de travailler sur plan de communication (ex : compte rendu totalement anonyme y compris pour les participants)

Enseignements (5)

Structurelle

*Volet organisationnel et utilisation des ressources
Identifié comme éléments administratifs et chronophage
Formalisation nécessaire pour inscription dans les organisations.*



- Majoritairement mis en œuvre par les établissements
- Identifiés comme difficultés rencontrées dans l'organisation des réunions (chronophage, surcharge de travail)



Au-delà de la formalisation : points de repères et temps dédiés :

- Objectifs
- Contributeurs
- Éléments calendaires
- Conduite de projet, etc

Enseignements (6)

Technique

= Méthodes et outils

Réunions d'analyse efficaces = conduite de projet sur la sélection, l'analyse, l'identification de solutions

Importance du choix, de la formation et de l'animation de la méthode

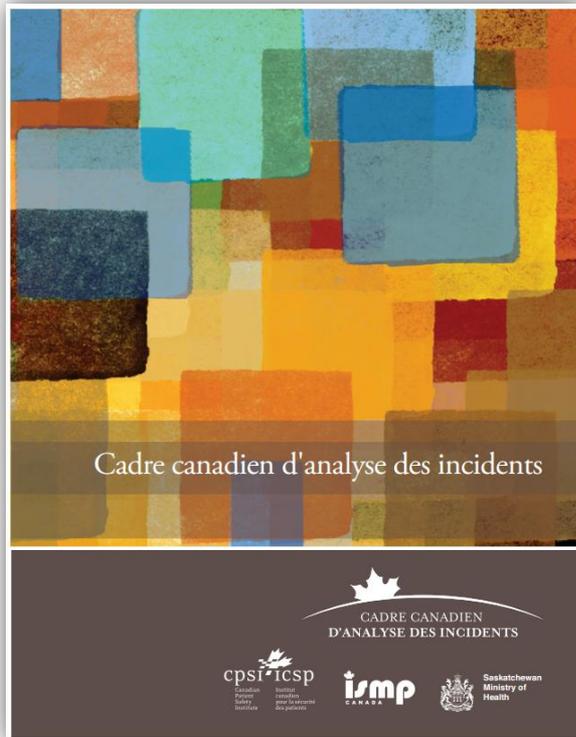


- Chronologie des faits et identification des causes immédiates globalement réalisées;
- Difficultés de l'identification des causes profondes jusqu'à la diffusion des décisions.



- Evaluation ≠ volet qualitatif de l'utilisation des méthodes et outils.
- Expérience étrangère = émergence d'une variété de méthodes pour analyser les incidents dans le milieu des soins.
- Importance de l'éventail des méthodes et du choix d'utilisation d'une méthode adaptée à l'établissement, au contexte, aux compétences, aux ressources et aux types d'incidents.

Enseignements (7)



- Méthodes «alternatives » d'analyse – constellation-
- Liste de vérification de la gestion d'équipe
- Défis et stratégies utiles au cours du processus d'analyse
- Composition, rôles et responsabilités de l'équipe d'analyse
- Exemple de mise sur pied d'une équipe
- Entente de confidentialité
- Etc.

Enseignements (8)

A. LISTE DE VÉRIFICATION DE LA GESTION D'ÉQUIPE

LISTE DE VÉRIFICATION DE LA GESTION D'ÉQUIPE	
PLANIFICATION	
<input type="checkbox"/>	Membres de l'équipe identifiés et confirmés
<input type="checkbox"/>	Salle réservée
<input type="checkbox"/>	Rafraichissements commandés
PRÉPARATION	
<input type="checkbox"/>	Entente de confidentialité
<input type="checkbox"/>	Charte de projet
<input type="checkbox"/>	Dossier médical
<input type="checkbox"/>	Politiques et procédures connexes
<input type="checkbox"/>	Chronologie de l'incident (copies numérotées 1/10, 2/10, etc.)
<input type="checkbox"/>	Tableaux de papier, feuillets autoadhésifs, marqueurs
<input type="checkbox"/>	Ordre du jour et objectifs; documents à lire avant la réunion au besoin
<input type="checkbox"/>	Règles de base
SUIVI	
<input type="checkbox"/>	Prochaines réunions prévues : _____
<input type="checkbox"/>	Rédaction du compte rendu con_____
<input type="checkbox"/>	Documents recueillis _____

C. COMPOSITION ET RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE D'ANALYSE

Chef de l'équipe d'analyse : personne qui possède une bonne connaissance du type d'incident à analyser et l'autorité requise pour enclencher le processus.

Compétences requises :

- Possède des compétences cliniques et une solide capacité d'analyse dans ce domaine en particulier.

Responsabilités :

- Garder l'équipe centrée sur l'incident
- Offrir le soutien nécessaire au changement de culture
- Soutenir les membres de l'équipe dans leur analyse
- Éliminer tout obstacle rencontré par les membres de l'équipe

Facilitateur : spécialiste de la qualité ou gestionnaire de risques ayant la compétence et l'assurance nécessaires pour mener à bien le processus.

Compétences requises :

- Expert des méthodes et techniques d'analyse
- Compétences en dynamique de groupe
- Compétences en délégation
- Compétences en recherche de consensus

Responsabilités :

- Coordonner les réunions d'équipe
- Garder l'équipe centrée sur l'incident
- Encourager un dialogue constructif
- Respecter les échéances
- S'assurer du respect du processus d'analyse selon les directives de l'établissement
- Peut être appelé à compléter le rapport final

Personnes compétentes dans le domaine

Ces personnes varieront selon le type d'incident. L'apport des membres du personnel clinique et non clinique, y compris ceux concernés par l'incident et plusieurs qui ne le sont pas, est précieux. Par exemple, l'analyse d'un suicide peut nécessiter la participation du personnel de divers services, dont les installations matérielles ou l'entretien du bâtiment, l'entretien ménager, les soins infirmiers, la sécurité, etc. L'analyse des incidents médicamenteux peut nécessiter l'apport de pharmaciens, d'ingénieurs biomédicaux, de spécialistes en technologies de l'information, de médecins, d'infirmières, de commis d'unité, d'assistants techniques en pharmacie, etc. Les équipes de chutes peuvent faire appel aux infirmières, aux physiothérapeutes, au personnel de réadaptation, aux aides infirmières, aux infirmières auxiliaires, etc.

Compétences requises :

- Connaissance approfondie du domaine
- Crédibilité au sein de l'établissement
- Capacité d'analyse, ouverture d'esprit
- Intérêt pour la démarche

DÉFIS/OBSTACLES	STRATÉGIES
Absence de politique/directives organisationnelles en matière d'analyse	Élaborer et mettre en œuvre des directives d'analyse à l'échelle de l'établissement. Utiliser des exemples de pratiques exemplaires pour stimuler et faciliter le processus.
Expertise en analyse insuffisante au sein de l'établissement	Offrir de la formation en analyse aux personnes responsables de la gestion de risque et de l'amélioration de la qualité de l'établissement et du soutien pour les inciter à mener un processus d'analyse. De nombreux cours et ateliers se donnent au Canada et aux États-Unis. Avoir recours à un spécialiste externe de l'analyse pour établir une solide base de connaissances et de compétences.
Manque de connaissance et de compréhension du processus d'analyse	Élaborer et mettre en œuvre un programme de formation sur la politique et le processus d'analyse. Prévoir plusieurs séances pour les médecins, les représentants du personnel, ainsi que pour les supérieurs et les membres du conseil d'ad_____

_____ d'équipe	Fournir à tous les membres de l'équipe, à la première réunion, une copie de la politique concernant le déroulement d'une analyse
_____ (discussion)	Veiller à ce que le facilitateur, le chef d'équipe et les collègues experts soient disponibles pour répondre aux questions ou les préoccupations.
_____ nantes	Réitérer les règles de base. Ne jamais utiliser un langage culpabilisant et ne permettre à personne de dominer la discussion.
_____ bation	Respecter le fait que la participation soit volontaire. Une fois le processus bien établi, le taux de participation augmentera.
_____ ar les solutions ou les porter	Guider l'équipe et l'amener à explorer des solutions de rechange qui pourraient être documentées dans l'analyse documentaire.
_____ améliorations ou à apporter au système	Utiliser des exemples comme ceux présentés dans le document pour illustrer le processus. Encourager la créativité et les idées novatrices.

D. EXEMPLE DE MISE SUR PIED D'UNE ÉQUIPE

Date :

De :

Objet : Mémo concernant la constitution d'une équipe en vue d'une analyse

À :

1. Le présent mémo confirme qu'une équipe d'analyse sera réunie pour déterminer les facteurs ayant contribué à l'incident lié à la sécurité des patients ou ceux ayant été cernés dans le cadre d'une analyse typologique ou globale brièvement décrite ci-dessous.

Date de l'incident ___/___/___ Date du signalement ou de la déclaration de l'incident ___/___/___
Cette méthode d'analyse est (cocher une seule réponse) : une analyse exhaustive ___
concise ___ à incidents multiples ___

2. Dans le cadre du processus, l'équipe sera responsable de rédiger un rapport final et des recommandations fondées sur son analyse éclairée. Toutes les analyses s'inscrivent dans le processus d'assurance de la qualité et d'examen ciblé, et les résultats obtenus par l'équipe (p. ex. les notes d'entrevues, les rapports préliminaires et finaux, etc.) sont confidentiels, privilégiés et protégés en vertu de la Loi XYZ.

Note : Si, en cours d'analyse, il s'avère que les incidents liés à la sécurité des patients étudiés sont le résultat d'actes non sécuritaires intentionnels, l'équipe communiquera avec la personne compétente pour déterminer si un processus d'examen administratif ou autre devrait s'enclencher. Voir la Section 3.2 pour en savoir plus

3. Liste des disciplines ou des services qui devraient prendre part à l'analyse :

4. Liste des experts internes de l'établissement (p. ex., d'une installation) et des experts ou des consultants externes possibles :

5. Liste des ressources mises à la disposition de l'équipe (p. ex., numéro de salle, tableaux de papier, ordinateur portable, etc.)

6. Date de remise du rapport final de l'équipe : ___/___/___

Perspectives ?

- **Mise à disposition d'un outil d'auto-diagnostic (Excel ®) : maturité de la structuration des réunions d'analyse**
- **Poursuite de la démarche de formation-action / accompagnement méthodologique personnalisé**
- **Mise en place d'un groupe d'échanges thématique à destination des professionnels animateurs des réunions d'analyse**
- **Constitution d'une boîte à outils : modèle de charte de fonctionnement, checklist, compte rendu, plan de communication, etc.**
- **Mise en œuvre d'une étude observationnelle sur un échantillon de séances d'analyses : application effective de la conduite de projet sur le terrain**
- **Seconde vague d'évaluation à 12 mois**

Merci de votre attention !

www.reseauqualisante.fr

reseauqualisante@chu-nantes.fr

02 40 84 69 30

