

# all teach, all learn\*

\* inspired by IHI

# # 3



## 3 PATIENTS SUR 25 VICTIMES D'UN INCIDENT

Page 4

Alors on danse ... En sécurité !

Page 2

La qualité vue par le gestionnaire biomédical, Christophe Zambon

Page 3

La sécurité, une priorité pour le Centre Hospitalier Jean Titeca

Page 8

Est-ce possible chez vous ?

Page 10

Veille documentaire

Page 11



Le Magazine de la PAQS est une publication de la PAQS ASBL  
Clos Chapelle-aux-Champs,  
30 bte 1.30.30  
1200 Bruxelles

Editeur responsable  
Denis Herbaux

Conception et réalisation  
Audrey Mattelet

Nous remercions toutes les personnes ayant collaboré à ce numéro : Christophe Happe, Gilles Thésin, Andrei Tieleman, Ana van Innis, Christophe Zambon.

Nous remercions l'IHI de nous permettre l'utilisation de leur mantra sur notre couverture.

Impression  
Media Process  
Rue de la consolation 103,  
1030 Bruxelles

Les articles publiés n'engagent la responsabilité que de leurs auteurs.

Toute reproduction, même partielle, des articles de la publication du Magazine de la PAQS doit faire l'objet d'une autorisation préalable de la PAQS ASBL.



## ALORS ON DANSE ... EN SÉCURITÉ !

Avez-vous déjà réalisé que le festival auquel vous avez assisté cet été a demandé une grande préparation ? Cette structure temporaire est pensée plusieurs mois à l'avance en termes de logistique, de programmation, de communication, ... Mais également de sécurité ! Un rassemblement important de personnes n'est pas sans risque. C'est pourquoi une analyse en amont de ceux-ci est nécessaire. CARESC, présente notamment sur des grands événements de la capitale et de la Wallonie, est l'une des sociétés spécialisées dans cette gestion. Andrei Tieleman, Managing Director, et Gilles Thésin, coordinateur du pôle médical lors d'événements, ont accepté de partager leur expérience.

L'analyse de risques d'un festival repose sur un contexte général et sur les besoins spécifiques des corps de métiers présents (la nature de l'événement, l'endroit et sa topographie, son public, le nombre de personnes rassemblées, les accès, le temps de montage, la livraison du matériel, etc.). Sur base de ces éléments déterminants, CARESC réalise un plan de sécurité et développe des procédures de gestion d'incidents.

Pour Andrei Tieleman, la gestion des risques consiste à **anticiper les incidents prévisibles**. Les équipes utilisent notamment des check-lists pour la réalisation d'inventaires de risques. L'usage de ce type d'outil permet, de manière générale, que toutes les dimensions auxquelles nous devons penser soient prises en compte. Dans le secteur événementiel, les expériences précédentes représentent également une base importante dans l'anticipation. Un incident qui se serait produit sera analysé, partagé avec le secteur et les enseignements sont rapidement intégrés aux analyses de risques suivantes à l'instar du milieu hospitalier qui utilise les événements indésirables comme source d'apprentissage.

Sur place, les nouvelles technologies sont des moyens qui peuvent être utilisés pour aider à prévenir un incident. Citons par exemple, des micros qui détectent des cris suivant le débit sonore ou encore des

caméras qui décèlent si un nombre trop grand de personnes sont présentes à un même endroit.

Andrei Tieleman ajoute : « le risque zéro n'existe pas mais l'idée est d'anticiper sa gestion. » Les équipes sont **formées à réagir à l'imprévu et des procédures sont préparées en amont**. Ainsi, lors d'une perturbation, le Poste de Coordination, présent sur place et assurant la sécurité, se réfère à des *fiches réflex*. Ces dernières, basées pour la plupart sur des expériences précédentes, énoncent les étapes à suivre. Chaque professionnel connaît dès lors les actions à entreprendre, les personnes qu'il doit contacter selon la nature et la gravité de l'incident ainsi que le moyen de communication à utiliser. Les procédures ont un rôle capital puisqu'elles donnent les lignes directrices à l'ensemble de l'équipe en situation de crise.



Andrei Tieleman est Managing Director de C.A.R.E. Services & Consulting (CARESC). Présente entre autres sur le festival Esperanzah, l'entreprise propose des services de Risk & Safety Management dans le secteur événementiel. Andrei Tieleman et Gilles Thésin sont associés pour la société Extra Hospital Services (EHS). Gilles Thésin est présent lors des événements pour le pôle médical. Plus d'informations sur CARESC : [www.caresc.be](http://www.caresc.be)

## LE GESTIONNAIRE BIOMÉDICAL, CHRISTOPHE ZAMBON

*Le Centre Hospitalier Chrétien (CHC) sous-traite la maintenance des équipements biomédicaux à la société TBS Be.*

Issu du milieu de la recherche scientifique et basé à Trieste en Italie, TBS Group a été créé à la fin des années 1980. Aujourd'hui leader européen et présent dans plus de 1000 établissements, TBS Group fournit des services d'ingénierie biomédicale grâce à des contrats personnalisés qui répondent aux attentes des institutions hospitalières.

La filiale belge - TBS Be - réalise et organise à travers les compétences de TBS Group la maintenance d'équipements biomédicaux, d'endoscopie souple et rigide, d'imagerie biomédicale et de sondes échographiques. Son personnel qualifié et formé assure des missions de service biomédical à travers des prestations de maintenances curatives et préventives, d'aide à la gestion du patrimoine biomédical et d'assistance en ingénierie.

TBS Be en quelques chiffres clés : 1,5 millions d'euros de CA en 2016, 6 workshops sur site, près de 5 500 réparations de dispositifs médicaux par an.

TBS Be est certifiée ISO 9001 et ISO 13485 depuis près de 15 ans et s'engage quotidiennement par ses prestations dans la démarche d'amélioration continue de ses clients.

Les équipements médicaux sont de plus en plus nombreux, de plus en plus complexes et fondamentaux pour assurer le diagnostic et le traitement des patients. Leur suivi et entretien deviennent donc un enjeu majeur pour les établissements de santé. Au-delà des notions de coûts de maintenance, les questions se posent donc en termes de co-activité, règles d'hygiène, de tenue de l'inventaire, d'entretien, de formations, d'évènements indésirables, de matériovigilance, etc.

La qualité des soins est intrinsèquement corrélée avec la disponibilité et le bon fonctionnement des dispositifs médicaux. Ces derniers peuvent mettre en danger la santé des patients, des utilisateurs et des tiers par un défaut de suivi, d'entretien ou encore d'utilisation. La mise en place d'un service biomédical performant au sein des établissements de santé a un impact positif en terme d'amélioration continue par la tenue de l'inventaire, l'organisation des maintenances, la traçabilité des entretiens, la disponibilité des équipements, le suivi de la matériovigilance, etc.

Mon équipe, consciente de ces risques, réalise chaque année près de 2500 maintenances préventives sur les dispositifs médicaux du CHC. Les techniciens qui assurent ces entretiens disposent de formations, de fiches de contrôle et de testeurs spécifiques. Ils organisent les opérations en planifiant la disponibilité du matériel avec les utilisateurs. Cette maintenance permet de détecter une éventuelle dérive des paramètres et de contrôler leur état pour réduire les risques d'évènements indésirables.

Cependant, le socle sur lequel se base toute l'activité biomédicale est le recensement des dispositifs. Il est donc essentiel que cette tâche soit correctement réalisée dans un objectif d'exhaustivité et d'homogénéité. Chaque équipement doit être identifié par une dénomination unique permettant d'associer les informations liées aux maintenances, aux matériovigilances et aux obsolescences. Ne pas inventorier un appareil comporte le risque qu'il soit utilisé, des années durant, sans qu'aucun contrôle des performances ne soit effectué... Avec, en cas de dérive, les conséquences que cela peut occasionner sur patient !

Dans le cadre de cette problématique, nous participons actuellement avec le service qualité & sécurité patient du CHC à la création d'une procédure visant à réglementer l'entrée et la sortie du matériel médical au sein de l'institution. Tâche ardue et complexe dans le sens où de multiples acteurs tels que médecins, service des achats, logistique, fournisseurs d'équipements, services de maintenances, etc. sont parties prenantes.

Cet exemple de collaboration démontre à quel point **il est essentiel que le service biomédical soit impliqué dans une démarche qualité et, a fortiori, dans la maîtrise des risques.**

Intermédiaire entre la technologie et le milieu médical ainsi qu'entre la direction et les unités de soins, le service biomédical est sans aucun doute un acteur clé dans la gestion des risques en lien avec les dispositifs médicaux.

### ÉCHANGES SUR L'ACCREDITATION

## LA GESTION DES RISQUES : 3 PATIENTS SUR 25 VICTIMES D'UN INCIDENT

Une démarche institutionnelle de prévention qui vise l'anticipation et la gestion des risques s'avère essentielle mais est souvent encore méconnue ou sous-estimée dans le secteur des soins de santé.

La deuxième séance des Échanges sur l'Accréditation s'est déroulée le 11 mai 2017 et la thématique retenue était : *Gestion et Évaluation des Risques*.

Lors de cette journée, Gilbert Mounier, Président de la Société française de gestion des risques en établissement de santé (SoFGRES) et de la Fédération Française des Associations en Qualité Sécurité en Santé (FAQSS), a présenté les principes de base et les connaissances opérationnelles de la gestion des risques en milieu hospitalier, des méthodes et des outils qui soutiennent la gestion intégrée des risques (cartographie des risques priori/posteriori, suivi des systèmes d'évènements indésirables, analyse processus, audits, patient traceur) ainsi que des exemples pratiques de démarches réalisées en France.

La présentation de Gilbert Mounier a permis de comprendre le caractère indispensable d'une démarche institutionnelle de prévention des risques. L'hôpital, structure très complexe, est par nature une fourmilière à risques. Il est estimé que 8 à 12 patients hospitalisés sur 100<sup>1</sup> seront victimes d'un incident et que dans 50% des cas ceux-ci sont évitables<sup>2</sup>. Une démarche institutionnelle de prévention qui vise l'anticipation et la gestion des risques s'avère essentielle mais est souvent encore méconnue ou sous-estimée dans le secteur des soins de santé.

La PAQS a initié en 2017 un nouveau projet intitulé *Échanges sur l'Accréditation*. Celui-ci a pour but d'organiser des séances didactiques et participatives avec les institutions hospitalières afin de soutenir leurs démarches en matière de Qualité et Sécurité. Chaque séance aborde une thématique particulière de l'amélioration continue et est divisée en une partie *Expertise* et une partie *Partage d'expériences entre les institutions*. Par ailleurs, pour chaque séance, il est demandé aux hôpitaux de répondre à un questionnaire d'auto-évaluation qui permet de faire un état des lieux de l'institution sur chaque thématique traitée. Le groupe est actuellement composé d'un panel multidisciplinaire de 25 personnes provenant de 20 institutions hospitalières.

L'incident est évitable dans 50% des cas

3 patients sur 25 sont victimes d'un incident



<sup>1</sup> Conklin A, Vilamovska A, de Vries H, Hatzianreou E. Improving patient safety in the EU : assessing the expected effects of three policy areas for future action. Cambridge: RAND Corporation; 2008

<sup>2</sup> Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD Publishing; 2017.

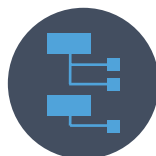
## Résultats des questionnaires d'auto-évaluation

### Politique et Programme d'actions



La plupart des institutions disposent d'une politique de gestion des risques. Celle-ci couvre en règle générale les risques associés directement aux soins, aux activités de soutien ainsi que les risques liés aux infrastructures et l'environnement. Plus de  $\frac{3}{4}$  des institutions possèdent une structure (comité, cellule, équipe etc.) qui assure le pilotage, la coordination et le traitement des risques au niveau institutionnel. La moitié des hôpitaux catégorise les risques à travers la fréquence et la gravité de ceux-ci et, au travers de cette catégorisation, ont établi un programme d'actions selon les risques spécifiques de l'établissement.

### Approche utilisée pour l'analyse des risques



Concernant le type d'approche utilisée pour l'analyse des risques, les hôpitaux utilisent majoritairement une approche complémentaire, c'est à dire une analyse prospective couplée à une analyse rétrospective des risques. La majorité des hôpitaux réalisent au moins une fois par an une analyse rétrospective des risques, mais, seulement la moitié des hôpitaux réalisent au moins une fois par an une analyse prospective des risques. Les outils les plus utilisés pour l'analyse à priori sont **l'analyse de processus, l'AMDEC, les indicateurs de qualité et la cartographie de risques**. Pour l'analyse à posteriori les outils les plus utilisés sont **la méthode PRISMA, l'Arbre de causes et la méthode QQQCP**. Moins de la moitié des professionnels concernés reçoivent une formation sur l'utilisation de ces méthodes et outils.

### Système de notification d'incidents et presque incidents



Tous les hôpitaux disposent d'un système de déclaration d'incidents, pour la plupart créé en interne. Les infirmiers, suivis des médecins ainsi que des collaborateurs de pharmacie, des laboratoires et des examens techniques, sont les groupes de professionnels qui ont principalement accès au système de déclaration d'incidents. La grande majorité des hôpitaux passe en revue tous les incidents et presque incidents qui sont déclarés et plus de la moitié de ceux-ci ont une procédure pour l'analyse approfondie des causes pour les incidents qui le requièrent. À contrario, un peu moins de la moitié des participants affirment analyser les causes profondes de tous les événements sentinelles qui ont eu lieu au sein de leur institution et évaluer l'efficacité des plans d'actions d'amélioration mis en place suite à un incident.

Les résultats des auto-évaluations sont globalement positifs. Néanmoins, ils mettent en exergue la nécessité d'améliorer encore certains aspects en ce qui concerne la gestion des risques des hôpitaux participants, notamment l'analyse rétrospective des risques, la formation des professionnels et l'évaluation des plans d'actions d'amélioration. Ces résultats proposent des éclairages intéressants pour mieux connaître la situation actuelle et déterminer ainsi les voies d'actions futures.

### ALORS ON DANSE ... MAAR WEL VEILIG !

Bij de organisatie van grootschalige evenementen (zoals bijvoorbeeld festivals) vormt het risicobeheer een belangrijk element. Andrei Tieleman, Managing Director van CARESC (bedrijf dat *Risk & Safety Management*-diensten verleent aan de evenementensector), legt uit dat risico's beheren zoveel betekent als anticiperen op te voorzien incidenten. Aan de hand van checklists en eerdere ervaringen wordt een risicoanalyse opgesteld. Omdat het nu eenmaal onmogelijk is om elk risico voor 100% uit te sluiten, moet geanticipeerd worden op hoe een incident zal aangepakt worden: teams worden bijvoorbeeld gevormd in geval van onvoorzien situaties, en worden er op voorhand procedures uitgeschreven met richtlijnen die in een crisissituatie moeten gevolgd worden.

---

### KWALITEIT IN DE OGEN VAN DE MEDISCHE HULPMIDDELEN BEHEERDER, CHRISTOPHE ZAMBON

Het aantal medische hulpmiddelen blijft toenemen. Bovendien worden deze steeds complexer en belangrijker om patiënten een correcte diagnose en behandeling te kunnen garanderen. Primordiaal voor hun goede werking zijn een degelijke opvolging en een regelmatig onderhoud. De kwaliteit van de zorgverlening hangt er namelijk van af. Tussen de technologie en de medische wereld enerzijds en tussen de directie en de verzorgingseenheden anderzijds, speelt de dienst met toezicht op de medische hulpmiddelen zonder enige twijfel een sleutelrol bij het beheer van de risico's die eraan verbonden zijn.

---

### UITWISSELINGEN OVER ACCREDITATIE - RISICOBEEHER: 1 OP 25 PATIËNTEN SLACHTOFFER VAN EEN INCIDENT

Het PAQS startte in 2017 een nieuw project '*Uitwisselingen over de Accreditatie*'. Het wil via dit project een aantal didactische en participatieve sessies met ziekenhuisinstellingen organiseren om hun initiatieven op het vlak van kwaliteit en veiligheid te ondersteunen. De tweede sessie vond plaats op 11 mei 2017 en was gewijd aan het thema '*Risicobeheer en -evaluatie*'. Gilbert Mounier belichtte de basisprincipes en de operationele kennis op het vlak van risicobeheer in een ziekenhuisomgeving. Als voorbereiding op elke sessie vullen de ziekenhuizen een zelfevaluatie in. Op basis daarvan kan worden bepaald waar de instellingen zich precies bevinden op het betreffende domein. Uit de resultaten van de vragenlijst bleek dat het merendeel van de deelnemende ziekenhuizen op institutioneel niveau reeds maatregelen voor risicobeheer had genomen. De resultaten onderstrepen echter de noodzaak om bepaalde aspecten verder te verbeteren en vormen een interessant uitgangspunt voor het uitwerken van toekomstige actiepunten.

---

### VEILIGHEID, EEN PRIORITEIT VOOR HET CENTRE HOSPITALIER JEAN TITECA

Na een voorval in januari 2016 versnelde het *Centre Hospitalier Jean Titeca* zijn denkoefening over veiligheid en nam concrete maatregelen om de risico's voor de patiënten maar ook voor het personeel te beperken. Deze maatregelen werden gebundeld in het Veiligheidsplan van de instelling dat op acht pijlers rust. Diverse thema's komen hierin aan bod: personeelsmiddelen, de opleiding, de controle van de toegangen, het gebruik van nieuwe technologieën en het beheer van incidenten en bijna-incidenten.

---

### EEN KIND OP DE OPERATIETAFEL: DRIEDUBBELE WAAKZAAMHEID

Op 23 februari onderging de 2-jarige Maxime een chirurgische ingreep wegens een navelbreuk. De jongen had geen medische voorgeschiedenis maar hoestte zwaar vóór de ingreep. De operatie verliep zonder incidenten. Bij de overbrenging van de patiënt ontwikkelde deze echter tegen alle verwachtingen in een acuut longoedeem. Terwijl deze complicatie werd behandeld, deed zich een tweede incident voor. Bij de toediening van de medicatie was de snelheid van het infuus slecht afgesteld, wat tot een ernstige volumeoverbelasting, hyperglycemie en een zware melkzuurvergiftiging leidde. Uit de analyse van het verslag over dit incident kwamen drie aandachtspunten naar voren: het belang van een goede verzorging van de luchtwegen bij kinderen, de communicatie binnen het team tijdens crisissituaties, en de afstemming van omgeving en materiaal op de specifieke context (pediatrie).

---

### DRAAGT DE HUIDIGE BENADERING VAN DE ROOT CAUSE ANALYSIS BIJ TOT HET ONVERMOGEN OM DE PATIËNTENVEILIGHEID TE VERHOGEN?

RCA of *Root Cause Analysis* is één van de meest gebruikte methoden waarmee zorginstellingen incidenten analyseren. Verscheidene studies wijzen uit dat de RCA's die in de sector van de gezondheidszorg worden uitgevoerd, zwakke punten vertonen. Vooral met de verbeteracties die worden voorgesteld, loopt het wel eens mis. Eén studie onderzocht 302 RCA's en ging na hoe doeltreffend de oplossingen waren die na een incident werden aangereikt. Uit de studie blijkt dat verbeteracties die een verandering op het niveau van de instelling of op technisch niveau inhouden, efficiënter en duurzamer zijn dan oplossingen die een verandering op individueel niveau inhouden.

---

### PRECHIRURGISCHE EVALUATIE VAN HET RISICO EN DE FRAGILITEIT VAN DE PATIËNT

We worden vandaag de dag geconfronteerd met een voortschrijdende vergrijzing van de bevolking en bijgevolg ook met een grote vraag naar chirurgische ingrepen. Oudere patiënten vormen echter een groep met een hoog chirurgisch risico en een hoog risico op postoperatieve morbiditeit en mortaliteit. Met behulp van een schaal om het risico en de fragiliteit van de patiënt vóór een chirurgische ingreep te beoordelen, slaagden Amerikaanse auteurs erin om de waakzaamheid van professionals te verhogen ten aanzien van de risico's en complicaties die zich naar aanleiding van een chirurgische ingreep kunnen voordoen. Dankzij deze eenvoudige evaluatie daalde de postchirurgische mortaliteit significant.



**LET'S DANCE... SAFELY !**

Risk management is an important aspect of organising large-scale events such as festivals. Andrei Tieleman, Managing Director of CARESC (a company providing risk and safety management services for the events sector), explains that risk management is all about anticipating foreseeable adverse events. Risk analysis preparation is based mainly on checklists and past experience. There is no such thing as zero risk, a plan is needed for managing adverse events by, for example, training teams to deal with the unexpected and preparing procedures in advance, setting out the guidelines to be followed in the event of a crisis.

**A BIOMEDICAL MANAGER'S VIEW OF QUALITY, CHRISTOPHE ZAMBON**

There is an ever-expanding array of medical equipment, which is increasingly complex and crucial to patient diagnosis and treatment. Monitoring and maintaining this equipment is vital to its proper functioning, and therefore to the quality of care delivered. As an intermediary between technology and the medical community and between management and healthcare units, the biomedical service is undoubtedly a key player in managing the risks associated with medical devices.

**EXCHANGES ON ACCREDITATION - RISK MANAGEMENT: ADVERSE EVENTS AFFECT 1 IN 25 PATIENTS**

This year, PAQS has launched a new project entitled 'Exchanges on Accreditation'. The aim is to organise educational and participatory sessions with hospitals to support their quality and safety initiatives. The second session took place on 11 May 2017 on the theme of *Risk Management and Assessment*. During the session, Gilbert Mounier presented the basic principles and operational knowledge relating to hospital risk management. In preparation for each session, the hospitals complete a self-assessment questionnaire giving an overview of their progress on each topic addressed. From the results of the questionnaires, we found that most of the participating hospitals have already implemented an institutional approach to risk management. However, the results underline the need for further improvement in some areas and offer interesting insights that will enable us to better determine the course of future action.

**SAFETY AND SECURITY - A PRIORITY FOR CENTRE HOSPITALIER JEAN TITECA**

Following an incident in January 2016, *Centre Hospitalier Jean Titeca* has accelerated its discussions on safety and security and the implementation of concrete measures to minimise risks to patients and staff. These measures are set out in the hospital's Safety and Security Plan, which focuses on eight priority areas. The plan addresses a range of issues including nursing staff levels, training, access control, the use of new technologies and dealing with adverse events.

**A CHILD ON THE OPERATING TABLE: TRIPLING OUR VIGILANCE**

On 23 February, two-year-old Maxime underwent surgery for an umbilical hernia. He had no pre-existing medical conditions but was suffering from a severe cough prior to the operation. The operation went smoothly, but during transfer the patient unexpectedly developed acute pulmonary oedema. During the management of this complication, the team is confronted with a second adverse event: while medication was being administered, the rate of infusion was set wrongly, which resulted in severe fluid overload, hyperglycaemia and major lactic acidosis. A review of this adverse event highlighted three strands of analysis: the importance of airway management in children; team communication in crisis situations; and adapting the environment and materials to the specific context (paediatrics).

**IS THE CURRENT APPROACH TO ROOT CAUSE ANALYSIS CONTRIBUTING TO OUR INABILITY TO IMPROVE PATIENT SAFETY?**

Root cause analysis (RCA) is one of the most common methods of incident analysis used by healthcare institutions. A number of studies have identified flaws in the RCAs carried out in the healthcare sector, linked in particular to the type of improvement actions proposed. In one study, 302 RCAs were analysed to assess the effectiveness of the solutions provided in response to incidents. It found that solutions involving changes at the institutional and technical level were more effective and longer-lasting than those entailing changes at the individual level.

**PRE-OPERATIVE ASSESSMENT OF RISK AND PATIENT FRAILITY**

The world's steadily ageing population is creating a high level of demand for surgery. Elderly patients represent a high-risk group for surgery, with an elevated risk of post-operative morbidity and mortality. By developing a scale for pre-operative assessment of risk and patient frailty, a group of American authors have made professionals more vigilant in dealing with the risks and complications arising from surgery. Thanks to this simple assessment, the post-operative mortality rate has fallen significantly.

## LA SÉCURITÉ, UNE PRIORITÉ POUR LE CENTRE HOSPITALIER JEAN TITECA

Vous vous réveillez tous les matins pensant que la journée sera la même que la précédente. Pourtant, vous travaillez dans une institution de soins. Que vous soyez infirmière aux urgences ou médecin dans une unité gériatrique, le contexte changeant peut vous apporter des événements inattendus au quotidien. Ces derniers peuvent représenter des risques, c'est pourquoi une politique de gestion de ceux-ci est primordiale pour la sécurité de l'ensemble de l'institution. Que faites-vous si un événement indésirable survient ? Comment prévenir la chute d'un patient à laquelle vous venez d'assister ? Comment réagir face à un patient agressif ? Que feriez-vous si un patient entrainé dans votre institution avec un couteau ? Comment réagir à court et à long terme ? Quelles mesures mettre en place ? Le Centre Hospitalier Jean Titeca nous partage son vécu.

« Le travail en institution de soins, et notamment en psychiatrie, nécessite une vigilance quotidienne. »

Cette piqûre de rappel de Christophe Happe, Directeur Général du Centre Hospitalier Jean Titeca (CHJT), fait suite à l'incident du 25 janvier 2016. Les réflexions sur la sécurité qui avaient déjà été engagées avant l'évènement se sont accélérées au cours de l'année pour aboutir à des mesures concrètes permettant de minimiser les risques

### RETOUR SUR LES FAITS

Le 25 janvier 2016, un patient du CHJT rentre de sortie autorisée en retard. Il a un couteau dissimulé sur lui et sonne à la porte d'une unité de soins. Le soignant qui lui ouvre sera directement agressé. Malgré l'alerte donnée et l'intervention des équipes, le patient menacera et attaquera toutes les personnes qu'il croisera dans l'institution jusqu'à ce qu'il parvienne à sortir. Il sera arrêté chez ses parents quelques heures plus tard. Il y aura sept blessés graves dont un patient, quatorze chocs psychologiques et des dégâts matériels.

pour les patients ainsi que pour le personnel.

L'évènement de janvier nous fait prendre conscience que la gestion des risques est complexe dû au caractère multifactoriel de ceux-ci. Le risque ne se cantonne pas à un aspect, à une catégorie, à une case. Pour l'appréhender, il est nécessaire de prendre en compte notamment les patients, les soignants, le personnel administratif, l'environnement de travail, le contexte institutionnel, etc.

Cette caractéristique multifacette rend la prévision de certains événements difficiles. Néanmoins, le CHJT a remis à plat ses fondamentaux pour renforcer sa stratégie sécurité en partant d'une question : *Quels sont les risques majeurs auxquels nous sommes confrontés ?*

Trois risques majeurs ont été identifiés (Violence/agressivité, urgence somatique et incendie/explosion) et trois niveaux d'alertes ont été mis en place. Pour chaque niveau sont précisés les contacts hiérarchiques à informer si un incident survient. Une cellule de crise a été formalisée et une salle de

gestion de crise définie.

Au travers de son Plan sécurité 2016, le CHJT met en avant la nécessité d'avoir un personnel impliqué dans une vision à long terme. Les effectifs doivent être en adéquation avec la taille des unités. Un manque de soignants qualifiés peut entraîner une perte de motivation, une accumulation de fatigue et un temps restreint pour la réalisation de tâches.

La formation continue constitue également un élément central. Les gestes de premiers secours sont-ils connus de l'ensemble du personnel ? Un plan de formation pour le rappel de ces gestes est-il prévu ?

Qu'en est-il des points d'accès ? Ils représentent un aspect critique de la gestion des risques. Quand vous vous rendez au concert de votre groupe fétiche, vous vous soumettez à un contrôle avant d'entrer dans la salle de concert. Un hôpital, une institution psychiatrique ou une maison de repos peut rassembler un nombre comparable de personnes. Qui entre dans l'institution ? Existe-t-il un protocole de contrôle ? Le CHJT





## LE CENTRE HOSPITALIER JEAN TITECA (CHJT)

Le CHJT est un hôpital psychiatrique bruxellois de 243 lits. 90% sont des séjours de psychiatrie médico-légale. La vision de l'institution est d'être un hôpital de référence dans la prise en charge de patients psychiatriques, spécialisé en psychiatrie médico-légale, innovant et attentif à ses collaborateurs.

[www.chjt.be](http://www.chjt.be)

voit dans le déploiement de nouvelles technologies un élément de réponse. L'institution s'attelle actuellement au développement d'accès par badges pour les zones cliniques ainsi qu'à la mise en place de caméras et de nouveaux téléphones portables, permettant notamment de déclencher une alerte et de la caractériser.

Le patient pouvant lui-même représenter un danger, le CHJT va déployer des échelles de risque dans le Dossier Patient Informatisé (DPI).

Par ailleurs, la déclaration des événements indésirables et la diffusion des actions d'amélioration qui en découlent sont devenues un fondement des plans de développement de l'institution.

À toutes ces interrogations et ces points d'attention mis en avant par le plan du CHJT s'ajoute la limite de la prévision du risque. Il revient à chaque institution d'évaluer les risques et de mettre en place le plan le plus optimal pour son contexte offrant un équilibre entre soins et sécurité.

Incident  
25/01/2016

### BILAN

- 7 blessés graves dont 1 patient
- 14 chocs psychologiques
- Dégâts matériels

### MESURES IMMÉDIATES

- Prise en charge des blessés
- Constitution d'une cellule de crise composée du comité de direction et des cadres présents
  - Suivi de l'état de santé des blessés (de minute en minute)
  - Soutien psychologique immédiat
  - Réorganisation afin d'assurer la continuité des soins
  - Collaboration étroite avec le parquet
  - Gestion de l'information
  - Interventions techniques

### LES JOURS SUIVANTS

- Suivi de l'état de santé des blessés
- Organisation du soutien psychologique
- Suivi de la communication
- Contacts avec les autorités
- Débriefing avec la police
- Rencontre avec la délégation syndicale
- Finalisation et diffusion d'une note politique de sécurité
- Définition d'un plan d'actions à court, moyen et long termes

### ANALYSE DES FACTEURS

- Liés au patient
- Liés à l'équipe
- Liés aux tâches à réaliser
- Liés à l'environnement de travail
- Liés à l'organisation de travail
- Liés au contexte institutionnel

+

### ATTENTES DU TERRAIN

## PLAN SÉCURITÉ 2016

1 OBJECTIF

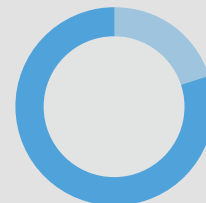
8 AXES

60 ACTIONS

La mise en place de mesures pour offrir aux patients une prise en charge de qualité en toute sécurité ainsi qu'un environnement de travail sécuritaire pour tout le personnel.

- Encadrement en personnel soignant
- Le projet thérapeutique institutionnel
- Un plan de formation adapté
- Le contrôle des accès
- Les technologies d'information et de communication
- Des infrastructures adaptées
- Gestion des accidents
- Évaluation de la politique « sécurité »

80% des actions ont été mises en place jusqu'à présent. Les 20% qui restent sont actuellement en cours d'implémentation.



## UN ENFANT SUR LA TABLE D'OPÉRATION : TRIPLONS DE VIGILANCE

L'HISTOIRE

Le 18 février, Maxime, un petit garçon de 2 ans, arrive en consultation pédiatrique accompagné de sa mère. Depuis quelques temps, Maxime présente une masse ombilicale accompagnée d'une douleur abdominale. Après quelques examens, le pédiatre diagnostique une hernie ombilicale. Celui-ci affirme qu'il faut réagir rapidement et prévoit donc une intervention chirurgicale dans les prochains jours. Le 20 février, le petit garçon a rendez-vous chez le chirurgien et le 21 février chez l'anesthésiste. Après une anamnèse détaillée, il est constaté que le patient ne présente aucun antécédent médical. Cependant celui-ci souffre d'une toux importante.

L'intervention est programmée pour le 23 février en hospitalisation de jour.

Le 23 février, Maxime se présente dans le service de pédiatrie où il est préparé pour l'intervention. Avant d'initier l'intervention, la check-list pré-opératoire de l'OMS est réalisée en collaboration avec toute l'équipe. L'intervention se passe sans incident et la plaie est refermée.

Cependant et contre toute attente, au moment

du transfert du patient vers la salle de réveil, celui-ci se met à désaturer. Après examen, il est mis en évidence que Maxime présente un Œdème Aigu du Poumon (OAP). Le stress s'installe et la tension augmente au sein de l'équipe. Un appel à l'aide est réalisé afin de gérer la situation. Un deuxième anesthésiste ainsi qu'un intensiviste arrivent en renfort.

Il est décidé de réendormir l'enfant. À travers le régulateur de débit de perfusion, il est administré un anesthésiant, un diurétique et un antibiotique (dilués dans une solution plasmalyte glucosé). Le petit garçon est tout de suite amené en salle de réveil. Une échographie cardiaque est réalisée afin d'exclure une malformation cardiaque non détectée. Les résultats de l'examen sont normaux.

En analysant plus en profondeur la situation, il s'avère que Maxime a développé un laryngospasme (fermeture glottique due à une contraction réflexe des muscles laryngés). Ceci a provoqué l'obstruction des voies et en conséquence un OAP.

Par ailleurs, pendant la gestion de la

situation, un autre incident se produit. Lors de l'administration des médicaments, le régulateur de débit de perfusion a été ouvert complètement pour permettre l'administration rapide de ceux-ci. Cependant, le régulateur n'a pas été réglé par la suite. Le plasmalyte glucosé a coulé rapidement provoquant une surcharge volémique sévère, une hyperglycémie et une acidose lactique importante dans un contexte de choc vasoplégique. Il est décidé de placer une voie artérielle sous échographie pour mesurer la gazométrie et une sonde vésicale pour mesurer le débit urinaire. Toutefois, la sonde vésicale pédiatrique n'était pas disponible au bloc opératoire sous prétexte qu'il n'y avait pas eu d'incident majeur nécessitant ce type de matériel. Il a fallu chercher une sonde en pédiatrie ce qui a engendré des retards au niveau de la gestion de la situation.

Finalement, après rétablissement de la situation le patient a été transféré vers l'unité de soins intensifs pédiatrique. Après quelques jours de surveillance, le patient récupère et l'extubation est réalisée. Vu son évolution favorable, le patient quitte l'hôpital le 28 février.

L'ANALYSE

À la suite de la lecture de cet évènement indésirable, trois points d'analyse peuvent être mis en avant.

### Gestion des voies aériennes de l'enfant

La gestion des voies aériennes supérieures est une des étapes les plus importantes dans la prise en charge anesthésique. Elle est d'autant plus importante chez l'enfant en raison de ces particularités anatomiques et physiologiques qui l'expose à un risque accru de désaturation per-anesthésique. Il est estimé que ¼ des arrêts cardiaques per-anesthésiques de l'enfant sont le résultat de complications respiratoires, le laryngospasme étant au premier rang (Bhananker et al, 2007).

D'autre part, les enfants qui présentent des symptômes d'infections des voies respiratoires supérieures (toux, encombrement, rhinorrhée, sibilances, dyspnée) ont dix fois plus de risques de développer un laryngospasme péri-anesthésique, une fois que leurs voies aériennes sont plus irritables (Rampersad S, Elwood T, 2009). Une étude réalisée sur 2051 enfants, recherchant des critères prédictifs de complications respiratoires per-anesthésiques, a retrouvé comme facteurs pertinents : symptômes de grippe, le ronflement, le tabagisme passif, une toux productive et une congestion nasale (Parnis et al, 2001). Au cours d'une anesthésie incluant une intubation trachéale, le risque de laryngospasme tend à augmenter.

Lors de la consultation pré-anesthésique, un examen clinique attentif de l'enfant est essentiel en cas de suspicion d'infection des VAS (ex : radiographie thoracique). La toux, l'encombrement, la rhinorrhée, et la dyspnée peuvent constituer les premiers signes d'une infection plus sévère qui est en cours de constitution et le risque de morbi-mortalité est alors plus important. En cas de risque, ces patients doivent être surveillés attentivement

et des précautions doivent être envisagées afin de minimiser ces risques. Dans certains cas, la décision de reporter l'intervention chirurgicale peut être nécessaire.

### Communiquer dans une situation de « crise »

La défaillance humaine est inévitable. Afin de minimiser l'impact de ces erreurs humaines sur la sécurité des patients, les compétences non-techniques semblent avoir un rôle indispensable. Celles-ci sont définies comme « une combinaison de savoir cognitifs, sociaux et des ressources personnelles complémentaires des savoir-faire procéduraux qui contribuent à une performance efficiente et sûre » (Flin et al, 2008). Ces compétences regroupent la communication, le travail en équipe, la perception de la situation clinique, la gestion de tâches, la prise de décision, etc. Dans une situation dite de *crise* nous retrouvons aussi un groupe de compétences non techniques (communément appelées compétences Crisis Risk Management-CRM). Les objectifs du CRM ciblent les problèmes liés au travail en équipe pendant des situations de crise et permettent de mettre en place des stratégies d'amélioration comme la communication, la prise de décision en situation de stress, le travail en équipe et coordination, le leadership, l'appel à l'aide précoce et la gestion du stress (Petrosoniak A, Hicks CM, 2013). Cette approche réduit la probabilité d'erreurs, permet leur repérage et limite donc leur impact.

Dans notre exemple, la désignation d'un leader, la gestion du stress, une communication structurée ainsi qu'une coordination du travail en équipe sont des éléments qui auraient pu aider à éviter l'erreur qui s'est produite lors de l'administration de la perfusion.

### Environnement et matériaux adaptés aux besoins

L'anatomie particulière de l'enfant exige que le matériel pédiatrique soit spécifique et adapté (ex : sondes vésicales). Le matériel spécifique est prévu et mis à disposition lors de toute intervention chirurgicale afin de minimiser les retards d'assistance ainsi que l'impact des complications. Un des items de la check-list de l'OMS permet de confirmer que le matériel d'assistance, les médicaments et les dispositifs nécessaires sont disponibles et fonctionnels avant de débiter l'intervention chirurgicale. Comme pour tout médicament, les erreurs de réalisation des perfusions intraveineuses sont fréquentes, notamment des erreurs de réglage des dispositifs de perfusion. Pour les interventions pédiatriques, un perfuseur de précision (par exemple : « maitrisettes ») peut être utilisé. Ce type de perfuseur permet de contrôler de façon stricte la perfusion et donc de gérer de façon sécuritaire les apports liquidiens chez l'enfant. Par ailleurs, un document avec les dosages spécifiques des médicaments en pédiatrie peut servir d'aide et de rappel aux professionnels.

### Ressources consultées :

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Précautions d'emploi et recommandations d'utilisation concernant les pompes à perfusion et les pousse-seringues en pédiatrie et en néonatalogie. Saint-Denis : AFSSAPS ; 2009  
 Petrosoniak A, Hicks CM. Beyond crisis resource management: new frontiers in human factors training for acute care medicine. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2013 Dec;26(6):699-706  
 Bhananker SM, Ramamoorthy C, Geiduschek JM, Posner KL, Domino KB, Haberkern cm, et al. Anesthesia-related cardiac arrest in children : update from the Pediatric Perioperative Cardiac Arrest Registry. *Anesth Analg* 2007 ; 105 : 344-50.  
 Flin R, O'Connor P, Crichton M. Safety at the Sharp End: A Guide to non-technical skills. Ashgate Publishing, Ltd, Aderslot 2008  
 Parnis SJ, Barker DS, Van Der Walt JH. Clinical predictors of anaesthetic complications in children with respiratory tract infections. *Paediatr Anaesth* 2001 ; 11 : 29-40.  
 Rampersad S, Elwood T. Risk factors for laryngospasm. *Paediatr Anaesth* 2009 ; 19 : 59-60.

## L'APPROCHE ACTUELLE DE L'ANALYSE DES CAUSES RACINES : CONTRIBUE-T-ELLE À NOTRE INCAPACITÉ À AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ?

L'Analyse de Causes Racines (ARC, en anglais Root Cause Analysis), compte parmi les méthodes les plus utilisées dans les institutions de soins pour l'analyse d'incidents ou presque-incidents. La méthode permet d'analyser chaque étape du processus afin d'identifier les causes profondes d'un événement. À travers l'identification des causes racines, des actions d'amélioration permettent la réduction du risque de répétition de ces incidents.

Cette approche est utilisée dans de nombreux secteurs industriels de haute technologie, notamment l'aéronautique. Plusieurs études provenant de ces secteurs **soulignent que les actions d'amélioration qui comportent des changements au niveau du système** (automatisations, changement de culture, etc.) **sont plus efficaces pour**

**minimiser les risques que celles qui comportent des changements au niveau individuel/comportemental** (formations correctrices, renforcement de politiques/procédures, utilisation d'avertissements, etc.). L'erreur est humaine. La solution passe donc par la réorganisation du système afin de prévenir le risque de commettre ces erreurs.

Afin d'évaluer l'efficacité des solutions proposées par les ARC, des auteurs américains ont évalué 302 analyses ARC réalisées sur une période de huit ans dans un hôpital académique. De ces 302 analyses, 106 ont donné lieu à 731 propositions de solutions d'amélioration. Parmi les solutions, 20% étaient des formations, 19,6% des modifications de procédures et 15,2% des renforcements de règles. Les auteurs constatent que plusieurs incidents se sont répétés

malgré la mise en place d'actions d'amélioration. Par ailleurs, l'étude montre que les solutions qui proposent des changements au niveau institutionnel et/ou au niveau technique ont été plus efficaces et durables dans le temps.

Au niveau du secteur des soins de santé, il semblerait que les ARC ne permettent pas d'obtenir des gains réels au niveau de la sécurité des patients car les actions d'amélioration proposées sont souvent centrées sur des changements au niveau du comportement individuel plutôt que des changements au niveau du système. Les auteurs concluent que la méthode n'est pas en cause mais soulignent la nécessité d'améliorer les analyses de causes racines et de créer des recommandations pour l'implémentation d'actions d'amélioration.

**Pour en savoir plus :** Kellogg K. M., Hettinger Z., Shah M., Wears R., Sellers C., Squires M., Fairbanks R. Our Current Approach to Root Cause Analysis: Is It Contributing to Our Failure to Improve Patient Safety? *BMJ Qual Saf*, February 2, 2017, bmjqs-2016-005991.

## ÉVALUATION PRÉ-CHIRURGICALE DU RISQUE ET DE LA FRAGILITÉ DU PATIENT

Le monde est aujourd'hui confronté au vieillissement progressif de la population et par conséquent à une demande chirurgicale très importante. L'avancée en âge augmente considérablement le risque de ces interventions. Pour certains, la chirurgie offre des avantages considérables, notamment l'augmentation de l'espérance de vie et l'amélioration de la qualité de vie. Pour d'autres, la chirurgie comporte un risque de morbi-mortalité très important.

Des données récentes montrent que la fragilité d'un patient peut donner une indication sur son risque de mortalité et morbidité. Ceci représente ainsi une opportunité pour identifier les patients considérés à risque élevé et mettre en

place des interventions de prévention du risque.

Des auteurs américains ont testé une intervention qui comporte **une échelle d'évaluation du risque et de la fragilité du patient** (*Frailty Screening Initiative*) avant d'être soumis à une chirurgie. L'évaluation est faite au travers d'un questionnaire qui comporte quatorze items et permet de générer des scores qui vont de 0 à 81. Tous les patients qui présentent un score supérieur à 21 bénéficient d'une révision et d'une adaptation du plan chirurgical si nécessaire (critères d'inclusion chirurgicaux particuliers, adaptation du type de chirurgie, révision du plan d'anesthésie et suivi post-opératoire renforcé).

L'étude a comparé un total de 9153 patients opérés avant 2011 (sans utilisation de la grille) et entre 2011 à 2014 (avec utilisation de la grille). Les résultats montrent une réduction de 1,6% à 0,7% du taux de la mortalité globale 30 jours après l'intervention. Cette réduction est encore plus importante pour les patients considérés fragiles, dont les taux de mortalité ont baissé de 12,2% à 3,8%. Les résultats positifs se poursuivent également 6 mois et 1 an après l'intervention. Le taux de mortalité passe de 23,9% à 7,7% 6 mois après l'intervention et de 34,5% à 11,7% 1 an après l'intervention.

**Pour en savoir plus :** Hall D. Arya S., Schmid K., Carlson M., Lavedan P., Bailey T et al. Association of a Frailty Screening Initiative with Postoperative Survival at 30, 180, and 365 Days *JAMA Surg*. 2017;152(3):233-240

## ACTUALITÉS

### 5 ans pour sauver des vies : 19 institutions participantes !

19 ! C'est le nombre d'institutions qui se lancent dans le projet *5 ans pour sauver des vies* de la PAQS ! Elles se rassemblent autour d'un objectif commun : **améliorer la sécurité des patients**. Les participants travailleront sur des domaines identifiés par l'OMS comme améliorables dans les soins de santé.

La première réunion qui s'est tenue au mois de mai a permis une mise en contact des participants et la fixation des premiers jalons des 5 années à venir !



### JIQHS 2017 - Appel à communication affichée

La thématique de cette 19<sup>ème</sup> édition des Journées Internationales de la Qualité Hospitalière et en Santé (JIQHS), est *Les nouveaux territoires de la qualité et de la gestion des risques en santé*. Comme pour les éditions précédentes, un appel à communication affichée est lancé et vous avez jusqu'au **16 octobre 2017** pour envoyer votre dossier.

Informations supplémentaires sur le site du congrès: [www.sphconseil.eu/jiqhs](http://www.sphconseil.eu/jiqhs)

### How safe is our care ? Measurement and monitoring of safety framework e-guide

Quatre organisations du Royaume-Uni (AQuA, Haelo, Healthcare Improvement Scotland and Yorkshire et Humber Improvement Academy) soutenues par The Health Foundation ont développé un **e-guide sur l'application d'un cadre de mesures et de suivi de la sécurité** (Measurement and Monitoring of Safety Framework e-guide).

Ce e-guide est disponible en anglais sur le site : [www.howsafeisourcare.com](http://www.howsafeisourcare.com)



## PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Pense-bête pour votre calendrier qualité et sécurité !

### Du 1 au 4 octobre 2017

ISQUA - International conference

[www.isqua.org](http://www.isqua.org)

### 23 novembre 2017

Lancement du projet-pilote Leadership

Organisé par la PAQS

### 16 octobre 2017

La qualité en MR/MRS : accessoire, indispensable ou obligatoire ?

Organisé par la PAQS - [www.paqs.be](http://www.paqs.be)

### 30 novembre au 1<sup>er</sup> décembre 2017

Congrès CIPIQ-S

[www.cipiqs.org](http://www.cipiqs.org)

### 13 au 17 novembre 2017

Formation : Professionnels de l'accréditation dans les soins de santé

Organisée par la PAQS - [www.paqs.be](http://www.paqs.be)

### 4 au 5 décembre 2017

19<sup>ème</sup> édition des Journées Internationales de la Qualité Hospitalière & en Santé

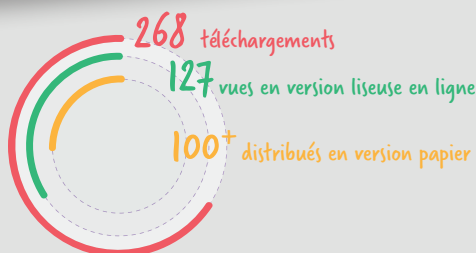
[sphconseil.eu/jiqhs/](http://sphconseil.eu/jiqhs/)



all teach,  
all learn

Magazine #1 de la PAQS  
mars 2017

IMPACT



Vous avez une bonne pratique que vous souhaitez partager avec vos pairs dans un prochain numéro du magazine ? Vous avez une actualité ?

Contactez Audrey Mattelet !  
[audrey.mattelet@paqs.be](mailto:audrey.mattelet@paqs.be)

Donnez votre avis sur le Magazine de la PAQS !  
#allteachalllearn



PAQS ASBL

Clos Chapelle-aux-Champs, 30 (6th floor) box 1.30.30  
1200 Brussels  
Belgium  
T : +32.2.880.62.77

Together for HEALTHCARE improvement

[www.paqs.be](http://www.paqs.be)  
[contact@paqs.be](mailto:contact@paqs.be)

RPM Bruxelles 0555.785.551  
IBAN BE76 3631 3755 1595  
BIC BBRUBEBB