

PROMOUVOIR LA SÉCURITÉ EN HÉMODIALYSE

La sécurité dans les soins est un enjeu de santé publique, qui nous engage en tant que professionnel de santé. Nous nous trouvons dans un contexte sanitaire et social en constante évolution.

Les évolutions techniques, la diffusion incessante de nouvelles recommandations (ne laissant pas toujours le temps d'assimiler et de s'approprier ces évolutions), le flot d'information et la façon de communiquer, l'aspect financier avec des notions de rentabilité et performance, sont des paramètres à prendre en compte.

Les progrès médicaux et les évolutions technologiques laissent à penser que l'on pourrait maîtriser sa « destinée »¹ et donc les risques. Les techniques et technologies évoluent et les avancées actuelles modifient la perception de la santé et du « devoir de guérison ». Cette réalité est à prendre en considération et peut expliquer l'inacceptabilité de la mort et la notion de performance.

Si le risque zéro n'existe pas, il a toutefois des conséquences importantes dans le domaine de la santé avec parfois des atteintes physiques, psychologiques, provisoires ou définitives, voire fatales, entraînant le décès. Cela peut induire aussi une augmentation de la durée d'hospitalisation et un impact financier important. La personne victime est touchée dans son existence, son histoire de vie, son expérience singulière de la maladie et sa confiance dans la prise en charge de la santé.

Nous avons un devoir de prévention, d'identification des risques et

de leurs conséquences, et d'analyse. Les patients attendent la sécurité dans les soins, ce qui est tout à fait légitime. L'approche professionnelle individuelle et collective sera prégnante.

Penser ses pratiques professionnelles est primordial pour assurer des soins de qualité et de sécurité

Dans le cadre de l'hémodialyse, les patients viennent au centre trois fois par semaine et sont « connus ». De plus, certains gestes sont fréquents mais ne doivent pas occulter ou banaliser la spécificité de l'hémodialyse et l'utilisation d'une CEC (Circulation Extra Corporelle).

Nous verrons, dans le cadre de cette réflexion, l'importance du rôle et de la responsabilité de chacun : cadre de santé, I.D.E, A.S, médecins, mais aussi l'équipe au « sens large » et le patient, acteur de sa sécurité.

Il ne faut pas perdre de vue que les différents scandales sanitaires (sang contaminé, médiateur, prothèses mammaires etc.) ont eu une influence négative sur la **confiance des usagers**. L'importance du **partenariat soignant/soigné** est à inscrire dans ce contexte de doute et questionnements sur les intérêts et la transparence des données fou-



Patrice DUPUY, Infirmier et Elisabeth ERDOCIAIN, Cadre de santé, ST JEAN DE VERGES (FOIX)

nies par les organismes de santé et industries pharmaceutiques, notamment.

En tant que cadre de santé, la sécurité des soins ainsi que la sécurité des soignants est une priorité.

Nous poserons tout d'abord le cadre conceptuel lié à la sécurité des soins. Par la suite, nous présenterons les différents outils ou méthodes ressources puis les actions menées, dont les vidéos « **questions pour un champion de la sécurité** ». (Projet d'unité)

Avant de conclure, nous proposerons des pistes d'améliorations et de réflexions pour toujours progresser et donner du sens à nos pratiques professionnelles.

CADRE CONCEPTUEL

Dans le cadre conceptuel, nous aborderons l'aspect réglementaire. Nous préciserons ce que sont la gestion des risques, les événements indésirables et les vigilances. Nous pourrions par la suite aborder la no-

tion de culture de sécurité. Nous concluons avec un concept essentiel : le facteur humain et le rôle de chacun dans la sécurité.

L'aspect réglementaire

Nous aborderons dans cette approche réglementaire et de façon succincte, la certification et le nouveau programme national pour la sécurité des patients. Nous citerons l'action mise en place depuis 3 ans qui est « la semaine de la sécurité ».

► **La certification**

Tous les établissements de santé sont engagés dans une procédure de certification. Le manuel de la V2010 possède plusieurs références sur la sécurité des soins.

Référence 8 : concerne le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

- Critère 8.a Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (37)
- Critère 8.b Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins (38)
- Critère 8.c Obligations légales et réglementaires (38)
- Critère 8.d Évaluation des risques (39)
- Critère 8.e Gestion de crise (40)
- Critère 8.f Gestion des événements indésirables (40)
- Critère 8.g Maîtrise du risque infectieux (41)
- Critère 8.h Bon usage des antibiotiques (42)
- Critère 8.i Vigilances et veille sanitaire (43)
- Critère 8.j Maîtrise du risque transfusionnel (43)
- Critère 8.k Gestion des équipements biomédicaux (44)

Il est aussi précisé la notion d'**annonce d'un dommage**. L'HAS a créé un guide sur ce sujet destiné aux professionnels de santé.

Programme National pour la Sécurité des Patients (P.N.S.P) 2013-2017 piloté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ².

Le lancement de ce programme PNSP est une étape essentielle dans la politique de la qualité et sécurité des soins. C'est un engagement. De ce fait, le programme s'adresse aux professionnels de santé et aux patients **car l'idée est notamment de renforcer le partenariat soignant/soigné**. Le programme met en exergue également le rôle du patient acteur, nécessitant une information claire. L'information doit être adaptée à ses besoins. De plus, la qualité de la communication doit prendre en compte : l'âge, les données sociales et culturelles, la situation de vulnérabilité liée à la

situation de soin et l'histoire de vie, le stress lié à l'inconnu ou le devenir parfois incertain, l'impact sur la vie quotidienne et le bouleversement occasionné, le sens et l'intérêt pour le patient etc.

Les actions du programme sont liées à différentes démarches comme la certification des établissements de santé, les indicateurs qualité, le développement professionnel continu (DPC), l'accréditation des médecins dans les secteurs à risque, la structuration et qualité de l'information des usagers, l'optimisation des parcours de soins etc.

Le programme propose 4 axes principaux qui sont déclinés en objectifs globaux et opérationnels :

AXE I : Information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité

Cet axe vise à renforcer le partenariat dans la relation soignant soigné et mieux informer le patient. (Dans ce cadre, le rôle des représentants des usagers est important et ils sont présents dans différentes commissions).

Dans le cadre de la semaine de la sécurité (2 013), nous avons été faire sur les marchés une information sur la sécurité dans les soins. L'accueil du public a été assez positif et l'expérience sera sûrement renouvelée.

AXE II : Améliorer la déclaration et la prise en compte des événements indésirables associés aux soins (avec l'importance des retours d'expériences, analyses des causes systémiques).

AXE III : Formation, culture de la sécurité, appui

Cet axe met en exergue **l'importance du retour d'expérience, la culture de la sécurité** (que nous décrivons dans un second temps) **et l'importance de « l'ÉQUIPE »**. Le cadre de santé a un rôle et une mission essentielle en tant que garant de la sécurité. C'est aussi « Renforcer la place de la sécurité des soins et la formation des professionnels ». La notion de sécurité est présente dans la formation initiale et doit être aussi un thème central du DPC (notion d'obligation pour chaque professionnel de poursuivre l'acquisition de connaissances et de compétences pour assurer des soins de qualité et de sécurité).

L'objectif opérationnel précise l'importance de la simulation en santé sous différentes formes (vidéos, reconstitution de faits, jeux de rôles, annonce d'un dommage etc.)

Dans cet axe, on évoque le thème de **la simulation en**

santé, en référence au texte n°DGOS/PF2/2 013/383 du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé³.

« **La simulation en santé est une méthode pédagogique innovante qui doit devenir accessible à tous les professionnels et étudiants en santé. Elle facilite l'acquisition de connaissances, de compétences, de comportements adaptés pour une « mise en situation », elle permet que la pratique d'un geste technique ou invasif ne soit plus jamais « apprise » sur un patient »** (cela correspond au principe « jamais la première fois » sur un patient). « Elle associe **formation procédurale** aux gestes et aux situations techniques et **évaluations des pratiques professionnelles et des synergies d'équipe** ».

Cette méthode est validée par l'HAS dans le cadre du DPC.

AXE IV : Innovation, Recherche :

Il existe deux thèmes différents :

- **La sécurité du patient au cours des soins** (Les incidents iatrogènes sont un enjeu de santé publique. En effet, il est précisé « en cours d'hospitalisation, on estime à 6,2 le nombre des accidents iatrogènes graves pour 1 000 journées soit un Événement Indésirable Grave (EIG) tous les 5 jours dans un service de 30 lits dont plus de 40 % seraient évitables).
- **La recherche de la sécurité des patients lors d'essais cliniques.** (Identifier et traiter les risques pour la sécurité des patients volontaires pris en charge dans les essais cliniques : cela passe par la formation des investigateurs et porteurs de projets.

La loi de référence est celle du 5 mars 2012 dite loi JARDE, relative aux recherches impliquant la personne humaine.)

En synthèse, le programme national pour la sécurité des patients met en exergue l'importance du partenariat soignant soigné, la place du patient cofacteur avec l'importance de l'information, l'importance des déclarations d'EI, leurs analyses et le retour d'expérience. La formation et le DPC ont une place importante dans ce programme. De plus, une réflexion sur la simulation en santé est à prendre en compte et à intégrer dans les pratiques professionnelles.

En tant que professionnels, le cadre d'actions est défini par le référentiel et les champs de compétences. Agir en tant que professionnel signifie également mettre en application les recommandations de bonnes pratiques.

Depuis 3 ans, le ministère des affaires sociales et de la santé organise **la semaine de la sécurité au niveau natio-**

nal⁴. Cette année, la mobilisation a été très importante. Les 3 thèmes principaux étaient : bien utiliser les médicaments, **favoriser la communication et apprendre de ses erreurs**, bien préparer la sortie du patient hospitalisé. Le bilan de cette 3^e édition est très positif.

De nombreux flyers sur ces thèmes étaient disponibles. Pour notre part, la rencontre avec le public sur ce thème s'est faite sur 4 marchés ariégeois recevant un bon accueil du public.

Gestion des risques : GDR

Dans les établissements de santé, il existe une organisation pour la gestion des risques.

L'arrêté du 02/11/2010 a créé la mission de coordonnateur de la gestion des risques qui a un rôle déterminant en lien avec le directeur et le président de CME dans la politique de sécurité des soins.

La gestion des risques est un dispositif permettant d'identifier, d'évaluer et de réduire les risques encourus par les patients, les visiteurs et le personnel.

L'objectif est de :

- Prévenir la survenue d'événements indésirables pour la sécurité et pour la qualité des soins.
- Réduire la fréquence et la gravité des événements indésirables.

EI (Événements Indésirables) : Tout événement survenant au sein de l'établissement de santé et qui peut avoir des conséquences néfastes sur le patient, les professionnels de santé, les visiteurs ou les biens.

EI liés aux soins : Tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement (décret n° 2010-1 408 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé) ⁵.

Le manuel de certification met en avant les attentes relatives à ce thème avec plusieurs critères à remplir.

L'établissement a **réalisé une charte d'incitation au signalement des risques**. Le signalement est important pour identifier l'enchaînement des causes, les barrières (manquantes ou non appliquées), proposer des actions d'améliorations et les évaluer.

La gestion des risques agit également en lien avec le COCQ (Comité d'Orientation et de Coordination Qualité) et la commission EPP/RMM/DPC.

Pour aller plus loin, le CHIVA a choisi d'associer les médecins de ville au signalement des EI « détectés » en post-hospitalisation et de participer à des retours d'expérience en commission ville/hôpital.

Dans cette dynamique et organisation, il existe également des COVIR (Comités des Vigilances et des Risques). En midi Pyrénées au sein de l'ARS, il existe une **Commission de Coordination des Risques Et des Vigilances (CCREVI)**.

Les EIG : événements indésirables graves

Le pôle santé sécurité des soins, du médiateur de la république, dans le chapitre « les événements indésirables liés aux soins », donne la définition suivante des EIG :

« Un événement indésirable lié aux soins peut être défini comme un événement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention ou de réhabilitation plutôt qu'à l'évolution naturelle de la maladie.

Un événement indésirable est considéré comme « grave » à partir du moment où il est susceptible d'entraîner une prolongation de l'hospitalisation, s'il peut être à l'origine d'un handicap ou d'une incapacité à la fin de l'hospitalisation ou, s'il est associé à une menace vitale ou à un décès.

A été considéré comme « évitable », un événement indésirable qui ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de cet événement. »

La notion de gravité correspond notamment à l'atteinte physique ou psychologique **réversible** ou **irréversible**.

La DREES (Direction des Recherches Études et Évaluations des Statistiques), dans son numéro 17 de 2010, apporte des précisions sur les chiffres et sur les caractéristiques des IEG dans le cadre de l'Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins (ENEIS) en 2009.

L'objectif principal était d'estimer la fréquence et la part d'évitabilité des événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé et d'observer les évolutions par rapport à l'enquête de 2004.

En 2009, 374 EIG ont été identifiés au cours de l'enquête, dont 214 sont survenus au cours de l'hospitalisation et 160 sont à l'origine d'une hospitalisation. Parmi les EIG survenus en cours d'hospitalisation, dont le nombre est évalué en moyenne à **6,2 pour 1000 journées d'hospitalisation, 87 ont été identifiés comme « évitables », soit 2,6 pour 1000 journées.**

Les vigilances

Il existe des vigilances réglementaires. La plus ancienne l'hémovigilance (1993) qui concerne les produits sanguins labiles (signalement d'incidents par exemple post-transfusion). Prochainement, nous aurons des correspondants dans chaque unité pour ce domaine. Il peut exister un risque viral, parasitaire, bactérien transfusionnel. Tout incident doit être signalé (exemple : frissons, hyperthermie etc.) il peut exister un risque immunologique et de surcharge.

L'administration de culot globulaire en hémodialyse se fait de façon différente des unités de soins (un culot globulaire fait augmenter le taux de potassium).

L'infectiovigilance concerne les infections. La lutte contre les infections nosocomiales est très structurée au niveau national, régional puis local avec notamment l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH). Nous avons notamment un correspondant par unité et celui d'hémodialyse, Pascal, est particulièrement actif, créatif et efficace. Il a créé un journal de l'hygiène et fait des affiches « choc », protection des AES (Accident Exposition au Sang) « avant je ne mettais pas les lunettes de protection mais ça, c'était avant ». Il participe au CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales).

La matériovigilance : dans un secteur comme la dialyse, les déclarations sont assez nombreuses du fait du matériel utilisé. Les retours après un signalement indésirable sont souvent décevants mais il faut continuer à déclarer. La matériovigilance concerne les dispositifs médicaux.

L'identitovigilance : concerne l'identification du patient. **Assurer l'identité exacte est la première action pour la qualité des soins.** Vérifier l'identité du patient à toutes les étapes de son parcours est indispensable. Le bracelet d'identification est « une barrière » pour éviter les erreurs mais ne suffit pas. Les analyses d'événements indésirables en lien avec l'identité montre qu'il peut y avoir plusieurs intervenants (ou « barrières ») mais que certains contrôles ne sont pas faits (il faut rester vigilant car parfois le patient peut ne pas avoir entendu ou compris et répondre « oui à un nom qui n'est pas le sien »).

En hémodialyse, les patients sont « connus » mais un risque d'erreur d'identité est possible (exemple au laboratoire avec un homonyme ou erreur d'écriture de nom à la première séance). La prudence est nécessaire.

La pharmacovigilance : ensemble des activités ayant pour objet la détection, l'évaluation, la compréhension, la minimisation du risque, l'information des professionnels de santé et patients du **RISQUE MÉDICAMENTEUX**. C'est l'étude scientifique du risque médicamenteux (concerne tous les médicaments y compris ceux dérivés du sang).

Vigilance, vient de « vigilanti » : prêter une attention particulière et pharmaco de « pharmakon » qui signifie remède et poison. La pharmacovigilance a pour objet la surveillance du risque d'effets indésirables résultant de l'utilisation d'un médicament.

Ce n'est pas la même chose que le circuit du médicament qui traite notamment du stockage, de la préparation et de l'administration. Respecter les étapes du circuit du médicament est essentiel pour réduire le risque d'erreur. La phrase suivante résume les points fondamentaux :

Les 5B : Bon médicament, Bon patient, Bonne dose, Bon moment et Bonne voie.

Tout professionnel de santé a l'obligation de déclarer :

- un **effet indésirable GRAVE** : effet entraînant ou prolongeant une hospitalisation, une invalidité ou incapacité importante ou durable, une anomalie ou malformation congénitale, mettant en danger la vie du patient et entraînant la mort.
- ou un effet « **INATTENDU** » même s'il n'est pas le prescripteur. « Inattendu » signifie non répertorié dans les caractéristiques du produit.

Chaque région a un centre de pharmacovigilance qui peut apporter des réponses aux questions sur les médicaments et permettre de faire la déclaration (en ligne). Face à certaines réactions, il faut se questionner « et si c'était le médicament ? ».

Ce thème est sensible dans le contexte actuel de doutes face à des affaires médiatiques comme le médiateur®. Le médicament qui doit être bénéfique peut devenir « poison » (une méfiance existe chez les usagers).

L'effet indésirable est une réaction nocive ou non voulue.

Dans le cadre du master éthique de la décision et gestion des risques relatifs aux vivants en 2013, le Professeur J-L. Monstastruc, directeur de la Pharmacovigilance et Informations sur le Médicament, du Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) nous a précisé les mécanismes des effets indésirables qui sont :

- « Augmenté », c'est une exagération de la réponse pharmaceutique, dépendant de la dose (par ex. surdosage), cela est assez fréquent mais les conséquences ne sont pas graves. Il faut alors modifier le dosage.
- « Bizarre », c'est un effet non expliqué, indépendant des doses. Les conséquences sont graves voire mortelles. Il s'agit essentiellement de phénomènes immuno-allergiques (entraînant parfois un angio œdème). Il faut alors arrêter le traitement et surtout ne jamais le réintroduire.

D'autres vigilances existent comme la réactovigilance, la toxicovigilance la biovigilance, la radiovigilance mais elles nous concernent moins.

Gestion de crise

De nombreux plans existent pour faire face à des situations de crises comme le plan blanc et le plan rouge. Des simulations par les urgentistes de plans catastrophes sont faites sur le terrain pour savoir réagir en situation.

Culture de la sécurité

L'HAS précise une définition proposée par la Société Européenne pour la Qualité des Soins (European Society for Quality in Health Care) :

« La culture de sécurité désigne un **ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins** ».

Par « ensemble cohérent et intégré de comportements », **il est fait référence à des façons d'agir, des pratiques communes, mais aussi à des façons de ressentir et de penser, partagées en matière de sécurité des soins**.⁶

Cela touche la façon de faire le travail, agit sur les actions, décisions, comportements individuels et collectifs. Cela fait appel aux **aspects psychologiques « ce que les gens ressentent »** puis les **aspects comportementaux « ce que les gens font »** et pour finir les **aspects organisationnels « ce que l'organisation a »**.

C'est chercher continuellement à réduire les dommages aux patients et les façons partagées d'agir, de penser et de ressentir en matière de sécurité des soins

Dans quel but ?

Pour construire dans les unités de soins un plan d'action pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et pour développer une culture de sécurité nécessaire pour diminuer la survenue d'événements indésirables graves.

L'utilisation de l'outil suivant permet de connaître les perceptions soignantes sur les 10 items et notamment le travail en équipe, la communication autour des erreurs et problèmes, l'apprentissage par les erreurs, la réponse hiérarchique, le soutien et les pratiques du management.

Le CCECQA (Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) présente un outil de mesure proposé et issu du questionnaire Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC) développé sous l'égide de l'Agency for Healthcare Research and Quality (<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetymculture>)⁷.

Il a été traduit de l'anglais en français par un groupe de chercheurs participant à un projet de recherche du CCECQA sur les systèmes de signalements des événements indésirables liés aux soins. La version française qui vous est proposée a été testée et validée par le CCECQA⁸.

Le questionnaire permet d'explorer les perceptions des professionnels enquêtés sur la sécurité des soins, dans leur unité de travail.

Nous nous **sommes portés volontaire pour participer à cette enquête** afin de connaître les perceptions puis secondairement réaliser un plan d'actions. Les questionnaires étaient anonymes et posés dans une urne ; l'analyse a été faite par une étudiante à la gestion des risques.

Les 10 items :

► 1. Perception globale de la sécurité

La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important, le fonctionnement et les procédures du service permettent de prévenir la survenue d'erreurs et il y a peu de problèmes relatifs à la sécurité des soins dans le service.

► 2. Fréquence de signalement des événements indésirables

Les erreurs suivantes sont signalées :

1) les erreurs détectées et corrigées avant d'avoir affecté le patient,

2) les erreurs qui n'ont pas le potentiel de nuire au patient,

3) les erreurs qui peuvent nuire au patient, mais qui restent finalement sans effet.

► 3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins

Les supérieurs hiérarchiques félicitent le personnel quand le travail est réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins, prennent en considération les suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins, ne négligent pas la sécurité lorsqu'il faut travailler plus rapidement, et ne négligent pas les problèmes récurrents de sécurité des soins.

► 4. Organisation apprenante et amélioration continue

Dans le service, le personnel est informé des erreurs survenues, reçoit un retour d'information sur les actions mises en place et discute des moyens possibles pour prévenir les erreurs. Les erreurs conduisent à des changements positifs et l'efficacité de ces changements est évaluée.

► 5. Travail d'équipe dans le service

Dans le service, les personnes se soutiennent mutuellement, se traitent avec respect et travaillent en équipe. Ensemble, elles améliorent leurs pratiques de sécurité des soins.

► 6. Liberté d'expression

Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose qui peut nuire à un patient. Il n'hésite pas à questionner la hiérarchie.

► 7. Réponse non punitive à l'erreur

Le personnel n'a pas l'impression que ses erreurs et ses signalements sont retenus contre lui, ni que ses erreurs sont notées dans les dossiers administratifs.

► 8. Ressources humaines

Il y a suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail, le nombre d'heures travaillées est adapté à une qualité optimale des soins et le personnel n'essaie pas de faire trop de choses trop rapidement.

► 9. Soutien du management pour la sécurité des soins

La direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins, elle ne s'intéresse pas à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit, et ses actions montrent que la sécurité des soins est la première des priorités. Les services de l'établissement travaillent

ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins.

► 10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement

Les services de l'établissement coopèrent et se coordonnent afin de fournir aux patients des soins de qualité. Il est rarement déplaisant de travailler avec le personnel des autres services. Il y a rarement des problèmes lorsque d'importantes informations concernant les soins des patients sont transmises entre les services et au cours des changements d'équipe.

Ces 10 dimensions sont mesurées au travers de 40 items.

Les résultats de l'audit sont sensiblement les mêmes que dans les deux autres unités auditées.

13 participants soit 68 % dont 1 médecin.

Résultats positifs :

- Signalements faits : +
- Attentes et actions du supérieur hiérarchique satisfaisantes à 83 % : ++
- Travail en équipe oui (mais parfois respect ?)
- Liberté d'expression ++

Dimensions à améliorer :

- Perception de la sécurité (lié aux locaux)
- Réponse non punitive
- Soutien de l'établissement
- Moyens et ressources humaines

Certains éléments sont liés à la perception et au ressenti lié au fonctionnement de la structure. Les ressources humaines sont liées au ressenti par rapport à la charge de travail.

En hémodialyse, nous sommes soumis aux textes et n'avons pas d'outils de charge de travail.

Toutefois, en lien avec les ressources humaines, nous pouvons agir ou du moins signaler pour anticiper tout départ à la retraite (ou autre).

Dans ces dimensions à améliorer, celle concernant la réponse non punitive peut bénéficier d'actions adaptées.



Les dimensions à développer apparaissent en orange et celles développées en vert

L'approche humaine

Le facteur humain est à prendre en compte dans l'erreur même si elle n'est jamais volontaire (les analyses montreront également les différentes interactions qui conduisent à un incident ou accident ainsi que le rôle des « barrières »).

Redéfinir le rôle de chacun et l'importance également du collectif et

de l'équipe est une étape importante dans la sécurité des soins.

Rôle des soignants pour la sécurité

- Évaluer les risques à l'accueil du patient (risque de chute par exemple), durant la séance (risques de baisse de tension artérielle, risque hémorragique au retrait des aiguilles etc..) ou durant l'hospitalisation.

• Rester vigilant à l'identité précise des patients même lorsqu'ils viennent depuis des années (homonyme etc..), puis appliquer les bonnes pratiques et recommandations.

• Savoir évoluer et s'approprier les changements (nouveau protocole par exemple, nouvelle vigilance et attente réglementaire).

• Signaler les événements indésirables et situations complexes ou à risques (deux médicaments qui se ressemblent et pourraient causer une erreur d'administration) pour mener une réflexion en équipe sur le sujet.

Dans cet esprit, nous avons fait retirer de notre armoire à pharmacie les ampoules de

chlorure de potassium (non utilisées) pour plus de sécurité.

- Réfléchir aux habitudes, certes rassurantes et donnant certains réflexes mais penser aux risques et à la nécessité de se questionner.

L'individu a des facultés pour « rattraper » les erreurs.

La notion d'individu et collectif est prégnante. Les valeurs communes sont importantes.

Toutefois, un comportement individualiste au sein d'une équipe peut avoir des conséquences (manque de transmissions importantes pour la continuité des soins et la sécurité/le manque de transfert de compétences pour la ponction est dommage et ne permet pas d'échanges porteurs ou conseils pour progresser).

Le DPC concerne les soignants : L'article 59 de la loi de juillet 2009 ayant posé le principe selon lequel « *le développement professionnel continu a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins* », ⁹ C'est une démarche au service des patients qui a pour but de « *réunir dans un concept commun les notions de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques.* »

La notion d'équipe est abordée dans le questionnaire « culture de la sécurité » car c'est une force, un soutien nécessaire. Le respect de chacun et la reconnaissance des compétences sont essentiels.

Un travail commun est nécessaire pour la sécurité des soins.

Sécurité des soignants

Nous évoquons les risques pour les patients mais il est important de penser et d'évaluer également les risques pour les soignants. Dans le cadre du « document unique », il est recensé l'ensemble des risques relatifs au poste de travail et ses spécificités (risque biologique par exemple).

Les éléments sont côtés selon une méthodologie spécifique.

En hémodialyse, les accidents d'exposition au sang sont un risque important du fait de la circulation extracorporelle, des gestes de ponction avec des aiguilles creuses et du risque de projections (ce risque concerne les patients et les soignants).

Le risque a réellement diminué du fait de la vaccination hépatite B, de l'évolution du matériel et de l'application des protocoles de précautions standards (lunettes, surblouse, gant).

Il existe une affiche pour la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang, remise à jour selon les évolutions. Sa connaissance est évaluée régulièrement. Cette conduite à tenir et la localisation du « kit » AES en cas d'exposition doivent être connues de tous.

De nombreux matériels, comme les seringues préemballées, ont un système de sécurité (retrait de l'aiguille, rétractation interne). Les aiguilles de ponction sont également protégées et il faut cependant les jeter immédiatement dans le container adapté (boîte à aiguilles).

Dans chaque établissement, une instance est chargée de

la **protection du personnel**. C'est le comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT). Son but, défendre les intérêts de tous les membres du personnel en matière de **qualité, d'hygiène** et de **sécurité** des conditions de travail.

Rôle du cadre de santé

Maîtriser les risques associés aux soins fait partie de la mission du cadre de santé.

Le cadre de santé est à l'interface de plusieurs logiques : administratives, économiques, humaines, éthiques et organisationnelles. Son rôle est :

- D'accompagner les équipes dans les changements et évolutions, les sensibiliser à la déclaration des EI. En staff, utiliser le retour d'expériences.
- Réaliser en équipe la cartographie des risques car le quotidien peut parfois atténuer la perception du risque (ex : circulation extracorporelle).
- Identifier les besoins de formation individuels et collectifs.
- Observer les fonctionnements en équipe et la synergie très différente d'un jour à l'autre (répartition des tâches, individualisme, esprit collectif etc).

Toutefois, il faut être attentif à accompagner les équipes pour toujours analyser les situations de soins car les personnes accueillies sont des patients chroniques « connus ».

Les habitudes peuvent devenir un risque. Certains gestes pourraient être banalisés, malgré le risque encouru d'accident d'exposition au sang pour le soignant.

La préoccupation majeure des soignants reste le patient. L'équipe soignante est également composée d'experts, travaillant pour la plupart depuis plusieurs années.

Nous avons la chance de ne pas avoir de turn-over qui pourrait être aussi une situation à risques.

Il faut aussi :

- Appréhender la dimension humaine et observer les comportements des soignants et médecins.
- Connaître le « poids » du collectif et son influence au quotidien et la notion d'appartenance et identité professionnelle.
- Comprendre l'influence de l'effet groupe avec la difficulté pour une personne d'agir différemment des autres.
- Identifier les aspects psychologiques, organisationnels et comportementaux et leurs interférences.
- Promouvoir l'erreur humaine « positive » en mettant en exergue le risque, le déroulé pour éviter la récurrence. L'erreur est utilisée pour progresser.
- Accueillir des étudiants pour bénéficier d'un regard « neuf » et favoriser des questionnements ou analyse de situations.

- Identifier les besoins en formation et compétences à développer pour pouvoir réagir et agir en situation.
- Réaliser un accompagnement personnalisé si besoin dans l'apprentissage de nouvelles compétences.
- Former une autre IDE en hémodialyse pour faire face à un absentéisme et pouvoir assurer la prise en charge efficace des patients (formation spécifique en hémodialyse, le temps de formation varie selon les établissements).
- Anticiper les départs à la retraite (3 entre 2014 et 2015)
- Participer à des audits de pratiques professionnelles.
- Réaliser des soirées d'informations et plaquettes informatives pour faciliter la prise en charge et réduire les risques de complications potentielles chez les personnes hémodialysées lors d'hospitalisation (document réalisé et soirée faite auprès de professionnels de santé et de médecins traitants).
- Utiliser un caméscope pour observer les pratiques professionnelles et discuter autour d'une thématique (branchement en stérile par exemple).
- Favoriser le bien-être au travail. La sérénité agit aussi sur la sécurité.
- Motiver les équipes par le biais de réalisation de projets d'équipe. Cela nécessite aussi la motivation du cadre lui-même¹⁰.

« La motivation est une attitude, un état d'esprit, une manière d'être, fondée sur l'intérêt que l'on porte à ce que l'on fait »

- Évaluer la culture du risque grâce au questionnaire : mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier (outil proposé par le CCECQA).
- Analyser l'organisation et ses limites.
- Identifier et signaler les risques identifiés.
- Identifier les risques et en faire part au niveau hiérarchique et institutionnel pour alerter sur les complications potentielles.
- Accompagner le changement et favoriser l'implication des soignants.
- Sensibiliser les équipes à la réalisation de signalement de risque et l'intérêt de ces signalements. Le faire également pour les défauts de matériel à l'AFFSAPS. Il faut ensuite faire un retour. Toutefois, cela est assez frustrant, les réponses sont souvent générales et peu constructives concernant les laboratoires et l'AFFSAPS.
- Responsabiliser tout en faisant attention à ne pas mettre en difficulté ou isoler l'agent concerné.
- Mettre en valeur le travail des référents et leur légitimité : Référent hygiène, Référent suivi sérologies

vaccinations, hémovigilance, suivie voie d'abord.

- Réaliser un tableau de bord ; chute, infection, hématome, nombre d'événements indésirables, combien d'évitables, etc.
- Réunion pluri annuelle de suivi de l'infection, collaboration avec l'équipe hygiène.
- Participer à la Revue Morbi-Mortalité (RMM).
- Réunion de l'équipe pour donner des informations (cohérence et lisibilité) susciter la réflexion et le questionnement, donner des résultats en lien avec des signalements.
- Augmenter la consommation de SHA (Solution Hydro Alcoolique) pour arriver aux chiffres attendus.

Réaliser des analyses de situations par une approche méthodologique :

- **Méthode QQOCP** : c'est une méthode qui permet d'analyser une situation en posant les points suivants : Quand, Qui, Quoi, Où, Comment, Pourquoi.
- **Méthode des 5 M : Ishikawa**
- **Roue de Deming** : il s'agit d'un outil pour avancer selon différentes étapes.



Source¹¹ :

- **PLAN** : prévoir ce qu'il faut faire.
- **DO** : faire tout ce qui est prévu.
- **CHECK** : vérifier ce qui a été fait.
- **ACT** : agir, traiter les résultats et les écarts, puis, recommencer en améliorant le processus.

Retour d'expériences, échanges entre professionnels.

Mesurer les résultats et renforcer l'information des professionnels et des usagers.

Rôle des usagers

Le patient a un rôle important car il se connaît. Il doit intégrer dans sa vie le traitement de suppléance et développer des compétences de sécurité. Il est co-acteur de sa santé. Il faut tenir compte de ses besoins et de sa réalité pour mieux identifier les risques. Le programme national de sécurité insiste sur la notion de partenariat.

Le patient est en mesure de signaler une anomalie et doit être entendu par les soignants. La notion de partenariat suivant l'expérience professionnelle nécessite une information et formation pour reposer cette notion.

Il est proposé au patient de signaler ce qui lui semble important pour son suivi dans son dossier médical. Pour sa sécurité, il est important qu'il participe à la vérification de son identité dans son parcours (questions, port du bracelet d'identification etc.)

Rôles des représentants des usagers et de la CRUQPC (la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge).

Au sein des établissements de santé, la CRUQPC a une double mission :

- Veiller au respect des droits des usagers ;
- Contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches¹².

Les Représentants des Usagers (RU) exercent au sein de plusieurs commissions et notamment à la CRUQPC.

L'HAS précise le rôle des RU dans la sécurité¹³.

« Pour que le RU soit un acteur de la sécurité de soins, il est indispensable qu'il dispose du même niveau d'information que le professionnel. Son apport sera intéressant car il n'aura pas forcément la même grille de lecture que le professionnel. Il n'a pas à être « technicien » mais à connaître les objectifs poursuivis. Le comment faire appartient aux professionnels mais le pourquoi c'est fait, doit être partagé ».

LES ACTIONS

Dans le rôle du cadre plusieurs actions ont été présentées, en lien avec ses différentes missions.

Dans ce chapitre, nous allons tenter de préciser l'analyse des risques selon deux approches : a priori et a posteriori. Nous présenterons ensuite le projet vidéo que nous avons réalisé.

Risque a priori :

Il s'agit d'une démarche **préventive, « pro active » qui permet « d'imaginer les risques »**

Il est possible de réaliser un état des lieux qui identifiera les risques. On peut utiliser également des outils d'analyse comme l'**APR (Analyse Préliminaire du Risque) (plus utilisée dans l'industrie)** et l'**AMDEC (Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et Criticité)**.

La fiche 26 du guide de l'HAS « mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, du concept à la pratique, partie V (fiches techniques) ».

Celle-ci va analyser les défaillances potentielles, les causes (organisationnelles, humaines, management), les conséquences, les barrières existantes ou manquantes.

Une cotation est faite en lien avec la criticité (une méthode similaire existe appelée AMDE mais sans la mesure de la criticité).

Dans cette situation, on se référera aux recommandations, référentiels, normes et expertises diverses.

Risques en hémodialyse :



Nous citerons de façon succincte quelques risques principaux.

► Hygiène et risque infectieux¹⁴

Cette réflexion s'inspire du travail réalisé par le groupe de travail régional des Pays de la Loire qui a pour thématique la gestion des risques en hémodialyse.

En centre d'hémodialyse, trois problématiques majeures apparaissent, elles concernent : l'eau, le générateur et le patient.

L'eau en hémodialyse est considérée comme un médicament, sous la responsabilité du pharmacien. L'absence d'eau ou une contamination serait dramatique. Il existe un système de secours pour faire face à l'urgence. Les générateurs peuvent être contaminés par l'eau, le patient ou par les soignants. Le patient peut être contaminé par le générateur, le soignant ou voire par un autre patient.

L'hémodialyse nécessite **un accès vasculaire itératif**, soit une fistule artérioveineuse native ou prothétique, soit un cathéter veineux central. Cela comporte un risque de contamination, surtout au niveau du cathéter mais aussi un risque de saignement ou d'hémorragie et parfois d'hématome ou de douleurs pour les fistules.

Toute séance d'hémodialyse comporte le risque de transmission d'un micro-organisme pathogène en lien avec les éléments suivants : eau de dialyse, solutions concentrées, générateur, lignes et accès vasculaires.

L'utilisation de la circulation extracorporelle explique le risque direct et réel d'accident d'exposition au sang et le risque hémorragique également.

Le générateur est désinfecté après chaque séance selon les recommandations constructeur et normes en vigueur. Les prélèvements des générateurs sont organisés de façon formalisée. Les lignes sont montées après vérification de la date de péremption et vérification de l'aspect conforme du matériel et emballage afin d'évi-



ter tout risque de contamination. Tout le matériel est à usage unique. Nous devons être vigilants car **nous sommes les seuls sur l'établissement à utiliser ce type de matériel, il faut toujours anticiper pour éviter le risque d'absence de matériel** qui signifierait l'impossibilité de dialyser. Le branchement se fait selon les protocoles ainsi que les débranchements pour éviter des risques infectieux.

Les patients viennent pour la plupart du domicile et utilisent donc un transport sanitaire (les ambulanciers doivent appliquer des précautions standards également puisque plusieurs patients sont pris en charge dans leur véhicule de façon rapprochée).

À leur arrivée, ils sont accueillis, ils doivent se laver les bras s'ils sont porteurs d'une voie d'abord type « fistule ou pontage », ils se lavent également les mains toujours dans l'objectif de diminuer le risque de contamination manuportée. (Utilisation de SHA : solution hydro alcoolique).

Lorsqu'une personne présente un risque de contamination (aérienne, manuportée), des précautions sont appliquées selon le protocole et les prescriptions. Les infections peuvent être bactériennes ou virales.

► Infections virales :

- Hépatite B : les patients sont vaccinés, certains ne développent pas d'anticorps ou le taux des anticorps baisse et il faut revacciner

- Hépatite C et HIV : ce risque est important (il n'existe pas de vaccin) mais en appliquant les précautions standards et la désinfection des générateurs, cela est efficace. La vigilance est la clé.

Afin d'éviter une contamination ou le risque d'accident d'exposition au sang, la compression avec gants est faite par le patient lui-même (s'il peut) pour se protéger et protéger les autres car il pourrait avoir du sang sur les mains et toucher la poignée de porte ou d'autres supports.

Risques d'incidents pendant la séance et traçabilité de ces événements

Les risques infectieux ont été précisés ci-dessus. D'autres risques non exhaustifs sont possibles.

► Risque hémorragique

Il peut exister une fuite dans le circuit, un retrait des aiguilles (volontaire ou pas, des patients menacent et le font très rarement).

Les soignants sont très réactifs et sensibilisés à ce risque qui peut avoir des conséquences vitales. Ainsi, les gestes sont vérifiés et la présence de plusieurs soignants à tour de rôle pour un même patient permet d'accroître la surveillance et la vigilance.

► **Crampes**, chute de TA, déconnexion, malaise, douleur, chute etc.

► **Risque** concernant l'erreur d'identité.

► **Risque d'erreur médicamenteuse** (réflexion circuit médicament).

► **Risque de panne électrique** : réflexion et vérification du circuit et du système relai (tests montrant la sécurité du système).

Un travail important avait été amorcé en 2005 sur les risques en hémodialyse et devra être repensé avec les méthodes actuelles pour une mise à jour.

Les méthodes ou outils a priori

EPR (Événement Porteur de Risque) Événement n'ayant pas engendré de conséquence grave pour le patient (« presque accident »), dont l'analyse méthodique favorisera la compréhension des causes de survenue, mais aussi celles des modalités de la récupération ayant permis à temps sa détection et son traitement¹⁵.

Modèle de Reason : il existe des barrages mais aussi des « failles » (trous du fromage) pouvant conduire à l'accident. Il est appelé aussi modèle du fromage suisse, ou plaques.

C'est un modèle des typologies de défaillances.



En fait, il existe trois types de plaques :

Erreurs latentes : les erreurs n'ont pas de conséquences directement sur le patient car les acteurs ne sont pas en contact direct avec les patients. Il s'agit d'éléments liés à l'organisation, au mangement, à la conception. Toutefois, ils peuvent induire une erreur pour ceux qui sont auprès des patients.

Erreurs patentes : les acteurs sont les médecins, soignants, sage-femme. les erreurs ont une incidence directement sur le patient.

Barrières de sécurité : c'est le système qui peut bloquer ou récupérer les erreurs patentes (ex. check liste au bloc).

Trois types de barrières : prévention/récupération de l'erreur (l'erreur est arrivée mais pas d'accident) puis atténuation des effets (l'accident est arrivé mais effets limités ou accidents constitués : annonce du dommage à faire).



HAS : l'enjeu des barrières¹⁶

Pyramide de BIRD

Cet outil nous apprend que statistiquement, pour 600 incidents mineurs, on peut s'attendre à un accident majeur (décès, pathologie grave ou irréversible...).

Le principe de la pyramide de Bird exprime le fait que la probabilité de la survenue d'un accident grave augmente avec le nombre de « presque accidents » et d'incidents.

On peut alors analyser la prévention de 2 façons : soit on s'acharne à étêter la pyramide en prévenant l'accident majeur, soit on dépense son énergie à lutter contre la base de la pyramide, représentée par les incidents, afin qu'ils deviennent plus rares.

Leur diminution entraînant de façon mécanique la baisse du risque d'accident majeur, qui n'arrivera plus ou beaucoup moins souvent. La pyramide de Bird met également en relief la notion de « presque accident ».

Pyramide de BIRD



Réaliser une cartographie des processus **pour analyser, comprendre, mesurer** :

L'exemple du bloc : l'analyse portera sur l'accueil au bloc, l'induction, la chirurgie, le postopératoire. Une analyse des dangers spécifiques durant ces étapes concernera le risque biologique, chimique, électrique/physique et technique puis l'aspect management et facteur humain, organisationnel.

Notre objectif est de réaliser prochainement la cartographie des risques en hémodialyse selon la méthode AMDEC pour préciser les phases du processus, les modes de défaillances, les effets, les causes, les mesures de prévention, les mesures de surveillance et les mesures d'atténuation avec limitation des conséquences.

Les risques a posteriori

C'est une démarche **réactive** après la survenue d'un événement. Il faut analyser les causes, ce qui s'est passé, les interactions. C'est une réflexion sur le parcours patient et non des actes isolés.

Les organisations :

RMM (Revue Morbi-Mortalité - étude de situations passées)

Nous en faisons deux à trois par an en hémodialyse grâce à l'aide précieuse de la coordonnatrice de la gestion des risques et l'implication médicale. Le guide de l'HAS déjà cité (p 153, fiche 22) précise qu'il s'agit d'une analyse collective, rétrospective et systémique (liée à un décès, une complication ou événement qui aurait pu causer un dommage). C'est une analyse globale qui prend en compte les organisations, facteurs humains et techniques.

CREX (Comité Retour Expérience)

Le retour d'expérience est toujours utile et est aussi à utiliser en préventif. Une expérience professionnelle est transférable dans d'autres unités notamment en lien avec le circuit du médicament et les erreurs d'identité.

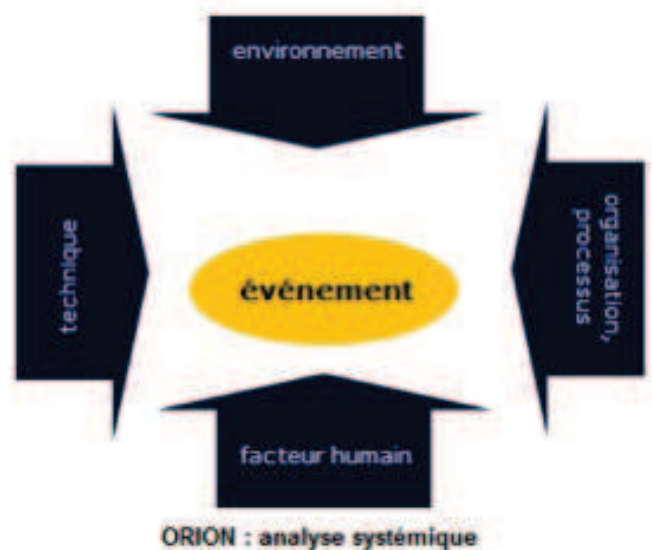
Il existe sur l'établissement plusieurs CREX en cours (identitovigilance, CLIN, antibiotique et médicament) qui seront suivis par des CREX bloc, endoscopie et urgences (Futures formations des référents).

Il s'agit de réunir un groupe de professionnels régulièrement pour analyser a posteriori les événements indésirables (EI) liés aux soins, détectés et signalés (à la cellule de GDR) en vue de les gérer. Une personne pilote recherche des éléments liés à l'EI (différent de la RMM : réflexion et analyse en direct). On utilise en CREX la méthode ORION. Des actions sont ensuite proposées puis communiquées. Il s'agit d'une instance de décision.

Des fiches REX (Retour d'expériences) seront faites mettant en exergue le cas, les causes (immédiates et profondes), les modalités de récupération, l'enseignement et des propositions d'actions.

Les méthodes

Méthode choisie par l'ARS : ORION®



Source : diaporama Mme Canouet février 2014.

Arbre des causes : outil qui permet de poser les éléments ou les barrières qui n'ont pas fonctionné. Par exemple : examen radiologique avec injection de produit de contraste qui pourrait être réalisé par erreur à un patient. Comment pourrait-on arriver à ce type de situation ? Absence de bracelet d'identification, impossibilité pour la personne de décliner son identité ou personne malentendante n'osant pas demander de répéter, erreur sur un bon etc.. plusieurs éléments peuvent se combiner et conduire à un risque d'erreur. Cette simulation de « cas » pourrait aussi avoir pour conséquence une réaction allergique puisque pas de préparation commencée du fait de l'examen non prévu. Cela pourrait également, selon l'âge et les antécédents, majorer une insuffisance rénale modérée.

La présentation de cette méthode sur un sujet choisi est assez visuelle et assez pratique pour un retour en équipe.

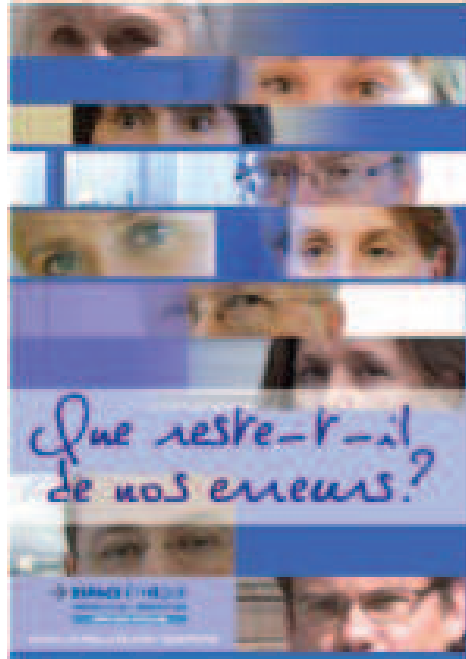
Méthode ALARM

Cette méthode s'appuie sur le modèle de Reason (présenté ci-dessus) puis associé à l'analyse d'événements associés aux soins et un modèle de questionnement. Ce questionnement recherche les éléments liés aux patients (antécédents, traitement etc.), aux tâches, aux soignants (compétences, stress) à l'équipe, à l'environnement du travail, à l'organisation, au management et aux facteurs institutionnels.

Méthode ORION, utilisée pour les CREX

► L'erreur apprenante

Les retours d'expériences et les échanges sont essentiels.



« Que reste-t-il de nos erreurs ? »

(Titre d'un DVD fait en pédiatrie en France)¹⁷

Un travail sur l'erreur « apprenante » est indispensable pour éviter des récurrences ou corriger un problème humain et/ou organisationnel. La formation est importante pour faire face à des nouveautés ou réactualiser les connaissances et les compétences. Dans ce cadre-là, le DPC sera un atout car il implique les professionnels en termes d'obligation et de responsabilité de maintenir et poursuivre l'acquisition de compétences.

Cela induit une réflexion à partir des témoignages et du vécu de chacun (patient, proches et soignants). Le sujet est encore tabou et révèle différentes vulnérabilités (le patient, sa famille et les soignants).

Travailler sur « l'erreur » permet aussi d'améliorer les pratiques.

Les projets d'unité :

Nous avons réalisé deux vidéos pour aborder des thèmes principaux autour de la sécurité.

« Question pour un champion de la sécurité » et une version « spé-

cialie hémodialyse ».

Nous avons réalisé le scénario, donné des noms aux candidats et présentateurs en faisant des jeux de mots (Claudia LYSE, Paule HISSONNE, Inès SPERE etc.).

Nous avons créé le décor et les buzzer grâce aux flacons de SHA (Solution Hydro Alcoolique) de 300 ml.

Les questions traitées sont : le circuit du médicament, les médicaments thermosensibles, le bracelet d'identification, la SHA, l'antisepsie, la transfusion de culots globulaires.

Les soignants réactifs et créatifs ont participé activement.

La deuxième vidéo représente des patients co-acteurs de leur sécurité (thèmes : hyperkaliémie, la voie d'abord vasculaire, la surveillance, les complications et l'importance, au-delà du traitement, d'être écouté et entendu !) les vidéos ont été présentées sur l'intranet de l'établissement et lors d'un atelier « sécurité » pour la 3^e journée de la dialyse le 1^{er} décembre 2013.

Sécurité et qualité en dialyse



Bonsoir et bienvenue dans notre nouveau décor de « Questions pour un champion de la sécurité ». Et sans plus attendre découvrons nos sympathiques candidats.



1. CIRCUIT DU MÉDICAMENT :

Que sont les 5B ?

Marielle

→ Bon médicament, bonne dose, bonne voie, bon moment, bon patient.

2. IDENTITOVIGILANCE

Qui suis-je ? « on me pose lors de mon arrivée quand je suis hospitalisée, je dois être vérifiée avant tout examen, traitement ou transfert, il me permet d'éviter un risque d'erreur d'identité, il me permet d'assurer mon identité tout au long du parcours de soins, je suis, je suis... »

Patrice

→ Bracelet d'identification
(car je suis une « very important person !! »)

3. HYGIÈNE

Qui suis-je ? « Je suis une action simple rapide et très efficace avec une très bonne tolérance. En 7 temps et 30 secondes je suis capable de protéger un patient. Je peux, je dois même, être aussi utilisé par les patients et les visiteurs, je suis, je suis... ».

Élisabeth

→ La solution hydro alcoolique (SHA)

Bonsoir et bienvenue dans notre nouveau décor de « Questions pour un champion de la sécurité ».

« Spécial hémodialyse »

Et sans plus attendre découvrons nos sympathiques candidats qui sont **co-acteurs de leur sécurité** *

(* personnes bénéficiant d'un traitement de suppléance par hémodialyse)

1. VOIE D'ABORD :

Qui suis-je ? « Je suis précieuse et essentielle pour ma survie, je suis utile pour la dialyse, il faut me protéger, ne pas mettre de brassard à tension de ce côté, ni voie veineuse, il faut m'écouter, je ronronne comme un « petit chat »

Corinne

→ La fistule artérioveineuse

2. VOIE D'ABORD :

« En cas de saignement comment réagir ? »

→ Je comprime durant 10 mn, si besoin, pansement hémostatique, si saignement, refaire 10 mn de compression, appeler le centre.

Si besoin utiliser le magnet avec numéro utile du centre et numéro standard et urgence pour ne pas avoir à chercher (avons créé un magnet avec les numéros utiles).

3. DIÉTÉTIQUE

« Citez trois aliments riches en K »

→ Bananes, cerises, pruneaux,
fruits secs (raisins, abricots, dattes)
Légumes secs : haricots, pois chiches, pois cassés,
Légumes : pommes de terre frites, chips, artichauts,
champignons, fenouil.

Commentaires : rencontrer la diététicienne (suivi régulier), se faire plaisir et jongler pour équilibrer
Penser à consommer dans la première heure des éléments riches en potassium car seront éliminés, valoriser l'idée d'échanger sur ce sujet qui est un lien social et familial.

Idée : apprendre à réaliser ses menus pour continuer à se faire plaisir et savoir agir et réagir.

4. SÉCURITÉ

« Que faire en cas de fourmillement et jambes qui flageolent ? »

VOUS POUVEZ RÉPÉTER LA QUESTION ?.....

→ Appeler le néphrologue et le centre, agir rapidement.

Commentaires :

Prendre un traitement par résine, car ce sont les signes d'une hyperkaliémie, (taux de potassium élevé) pour lequel il faut savoir identifier les signes pour réagir. le traitement par résine est une possibilité en première intention, il faut prévenir le centre, le médecin, une dialyse en urgence sera réalisée, si les signes sont présents le matin, ne pas attendre l'après-midi pour la séance et prévenir le néphrologue qui donnera la conduite à tenir.

5. De façon générale, qu'est ce qui est important pour ma santé et sécurité ?

→ Les séances d'hémodialyse, les règles hygiéno-diététiques, protéger ma voie d'abord vasculaire.
Être écouté, entendu, pouvoir exprimer mes doutes et ressenti à l'équipe et entourage, avoir les informations nécessaires, pouvoir partir en vacances.

Bravo à tous,

Pour vous remercier de votre participation et pour votre sécurité, notre production vous offre une application de solution hydro alcoolique : « SHA appliquée, bactéries terrassées et patients protégés ».

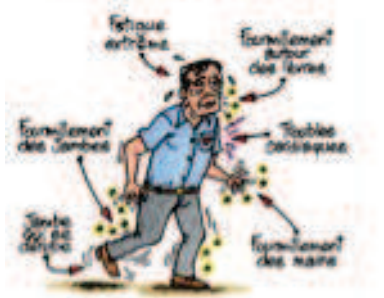
Un atelier sécurité (nouveau) pour la journée de la dialyse

Lors de la 3^{ème} journée de la dialyse, nous avons intégré un nouvel atelier autour de la sécurité avec des petites affiches sur les complications majeures et conduite à tenir : hyperkaliémie, OAP et péritonite pour la dialyse péritonéale. Nous avons reprécisé la conduite à tenir en cas de saignement et « offert » un kit anti hémorragie. Les magnets avec téléphone du centre ont été redistribués.

Pascal, IDE, a créé également un livre interactif sur les voies d'abord : il permet de tester les connaissances et les situations de vie pour savoir agir, réagir. La version quizz papier pour les 3 types de voies d'abord a été testée par les patients et leurs proches.



Les signes de l'hyperkaliémie* et conduite à tenir.



* à attendre sans le prévenir, appelez nous !
 Centre de référence de néphrologie du Centre de santé de la Région de la Capitale
 Du lundi au vendredi de 08h00 à 18h00
 En dehors de ces horaires, contactez le régulateur
 par le numéro de secours au 05 62 02 02 02
 Selon la situation, se rendre aux urgences
 ou appeler le SAMU 15
 Une équipe d'hémodialyse pourra être réalisée en urgence.

Les signes de la péritonite* et conduite à tenir.



* à attendre sans le prévenir, appelez nous !
 Centre de référence de la dialyse péritonéale au
 05 62 02 02 02
 Ou contactez le régulateur au 05 62 02 02 02
 Centre de référence
 Centre de référence
 Centre de référence

Au niveau institutionnel, pour limiter les risques pour les patients hémodialysés :

- Présentation **aux urgentistes**, à leur demande, des points fondamentaux sur la prise en charge des personnes hémodialysées (Conduite à tenir, les risques, ce qui est important « pour nous »).
- Présentation au nouveau service **de néphrologie**, des spécificités de la prise en charge en hémodialyse.
- **Projet de devenir formateur dans le cadre du DPC (un IDE et Cadre de santé)** pour former les collègues sur l'hémodialyse et la prise en charge spécifique. (Protection de la voie d'abord, signes de complication, etc.).
- Utilisation du livre interactif (voies d'abord) pour les professionnels de santé (présenté en commission EPP/RMM/DPC).

Pistes d'améliorations :

- Poursuite des vidéos
- Réaliser la cartographie des risques avec une méthode reconnue permettant une cotation (ex cartographie des risques faites aux endoscopies

en 2013)

- Travailler dans le cadre de la simulation en santé (fiche technique méthode HAS)¹⁸.

La simulation en santé correspond à « l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient dit « standardisé » pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décisions par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels ».

C'est une méthode pédagogique basée sur l'analyse réflexive et l'apprentissage expérientiel.

Ne possédant pas de formation sur la méthode, nous pouvons toutefois amorcer le travail par la réalisation de scénarii avec des objectifs pédagogiques. L'intérêt est lié notamment à l'environnement réaliste.

CONCLUSION

Participer à des groupes de travail comme celui sur le développement personnel dans le cadre du projet social ou celui sur les évaluations pratiques professionnelles EPP/RMM/

DPC au niveau institutionnel puis au sein de l'unité et participer à la semaine de la sécurité en Novembre (2012-2013) sont des atouts et ressources pour prendre de la distance et favoriser une réflexion sur la sécurité.

L'apport, dans le cadre d'un master « éthique de la décision et gestion des risques relatifs aux vivants », d'un module gestion des risques est aidant. En effet, en tant que cadre de santé, la sécurité fait partie de nos missions mais les nombreuses évolutions nécessitent une formation ou un temps pour se les approprier.

Accompagner les équipes dans ce changement et cet engagement professionnel est une mission de tous les jours. De plus, dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu) la sécurité est pregnante et le développement des connaissances et compétences ainsi que l'analyse et l'évaluation des pratiques professionnelles sont attendus.

De nouveaux éléments seront à prendre en compte et à s'approprier comme « le compte qualité et le patient traceur » avec la notion de « parcours » (cf. HAS).

La réalisation des deux vidéos a permis de resensibiliser l'équipe et reprendre certains points comme l'identitovigilance et le circuit du médicament.

Il nous faut prendre conscience de la responsabilité engagée, du risque d'erreur, de l'importance de la déclaration et du devoir d'information de l'utilisateur de soin pour progresser. Anticiper et prévenir sont essentiels. Agir et réagir induit une responsabilité individuelle, et collective. Il apparaît clairement la responsabilité et l'obligation d'une réflexion sur la sécurité des soins et le rôle important de chacun d'entre nous. La place du patient a également évolué et le programme na-

tional pour la sécurité des patients met l'accent sur l'importance du partenariat.

Remerciements

Merci à l'équipe soignante pour sa participation et pour sa créativité.

Merci aussi aux personnes ressources et à leurs compétences technologiques audio visuelles : Pascal et Laurent.

Un grand merci à Sandrine Canouet (coordonnateur de la gestion des risques, également ressource pour la mise en place des RMM et suivi des infections etc.) pour sa relecture, ses conseils avisés et le dynamisme et la qualité du travail réalisé au sein de l'établissement.

Lexique :

AMDEC : Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et Criticité.

CREX : Comité Retour Expérience

COVIR : Comité des Vigilances et des Risques

CCREVI : Commission de Coordination des Risques Et des Vigilances

COQ : Comité d'Orientation Qualité

CRUQPC : la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

DPC : Développement Professionnel Continu

EIG : Évènements Indésirables Graves

GDR : Gestion Des Risques

P.N.S.P : Programme National pour la Sécurité des Patients

RU : Représentants Usagers

Références

1. L'hospitalité, une éthique du soin. E.HIRSCH .Décembre 2011 in www.fondapol.org (le8/04/12)

2. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf le 3/03/2014

3. Développement de la simulation en santé /http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Instruction_DGOS_383_191113.pdf en ligne le 3/03/2014

4. <http://www.sante.gouv.fr/semaine-de-la-securite-des-patients-2013-une-mobilisation-collective-sans-precedent.html> le 04/03/2014.

5. La lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023086417&dateTexte&categorieLien=id> en ligne le 22/03/14

6. La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique .HAS . Dr Pauline OCCELLI. Décembre 2010

7. Mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier. Guide d'utilisation de l'outil de mesure. Version mai 2010

8. COMITE DE COORDINATION DE L'EVALUATION CLINIQUE ET DE LA QUALITE EN AQUITAINE
Hôpital Xavier Arnoz - 33604 Pessac Cedex

9. DPC.<http://www.sante.gouv.fr/le-developpement-professionnel-continu-dpc-une-demarche-innovante-au-service-des-patients.html> en ligne le 09/04/2014

10. Prévention des risques dans l'unité de soins. Collection encadrer à l'hôpital G. GABA et al. Edition MASSON. Paris, 2003 ; p51

11. <http://www.google.fr/imgres?q=roue+de+d%C3%A9veloppement&hl=fr&sa=X&biw=1600&bih=731&tbn=isch&prmd=imvns&tbnid=4qweJqJhstDtOM:&imgrefurl=http://testtt.centerblog.net/2-qf-vae-fehbgv&docid=YCEGAsvM-uRWCM&imgurl=http://testtt.t.e.pic.centerblog.net/5f0b23bc.gif&w=420>

&h=269&ei=5WYBT8viLoXPhAeh9f3PBw&zoom=1&iact=hc&vpx=337&vpy=437&dur=3648&hovh=180&hovw=281&tx=184&ty=134&sig=109345977440646569356&page=1&tbnh=103&tbnw=161&start=0&ndsp=32&ved=1t:429,r:25,s:0,i:119

12. <http://www.sante.gouv.fr/le-respect-des-droits-dans-les-etablissements-de-sante-la-commission-des-relations-avec-les-usagers-cru.html> en ligne le 5/03/2014

13. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1648007/fr/participation-des-representants-d-usagers-dans-la-politique-d-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins-dans-les-etablissements-affichage-ou-realite-la-certification-contribue-t-elle-a-favoriser-ce-partenariat en ligne le 5/03/2014

14. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Hemodialyse_gestion_des_risques_infectieux_autour_du_patient_autour_de_la_machine.pdf en ligne le 5/03/2014

15. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages65a220.pdf en ligne le 22/03/14

16. L'enjeu des barrières, gestion des risques : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/image/jpeg/2011-08/illustr_lettre_instit_28_gestion_risques2.jpg le 4/03/2014

17. DVD que reste-t-il de nos erreurs : <http://initiative-ethique.fr/2012/11/28/que-reste-t-il-de-nos-erreurs/> le 5/03/2014 ou » <http://www.sante.gouv.fr/que-reste-t-il-de-nos-erreurs.html> le 14/03/14

18. Simulation en santé : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/simulation_en_sante_fiche_tech-nique.pdf En ligne Le 22/03/14