



**Journée régionale 2010
Qualité et Sécurité des soins
en Rhône-Alpes**

Résumés des interventions



**Journée régionale 2010
Qualité et Sécurité des soins
en Rhône-Alpes**

**Session 1 : Indicateurs de qualité des soins (prises en charge et
pratiques cliniques) :
Optimiser leurs exploitations et développer leurs usages**

**Analyse et diffusion publique d'indicateurs de qualité généralisés
au terme des deux premières années de recueil avec un zoom sur la région Rhône-Alpes**

Christine Gardel
Haute Autorité de Santé
c. gardel@has-sante.fr

Tous les pays tentent de mettre en place une approche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cette approche s'appuie notamment sur le suivi d'indicateurs avec des données comparatives utilisés à des fins de pilotage institutionnel, d'évaluation externe, de management interne et de diffusion publique.

Dans ce contexte, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont décidé dès 2006 de mettre en œuvre un recueil généralisé d'indicateurs afin de disposer, pour l'ensemble des établissements de santé (ES), de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins.

Les indicateurs HAS et leur diffusion ont été mis en place en 2008 dans la perspective de l'appropriation des résultats par les équipes des ES afin qu'elles engagent des actions d'amélioration de la qualité. L'enjeu est moins de caractériser la performance des ES que de repérer les progrès que les ES peuvent accomplir.

Chacun des ES participant au recueil a reçu une information structurée et comparative qui lui permet de se positionner par rapport aux politiques qualité conduites ou à engager. La production des résultats individuels indique les voies d'amélioration et permet aux ES de valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre. La base QUALHAS permet également aux ES de se comparer et ainsi d'apprécier les domaines où des progrès sont possibles pour améliorer la qualité de leurs activités.

Afin de favoriser l'usage des indicateurs par les professionnels, la HAS soutient des projets de recherche visant à analyser les processus d'appropriation et les formes de pilotage interne autour de la généralisation des indicateurs de qualité (projets IMGENI¹ et COMPAQ hpst)

¹ Etude sur l'Impact de la GENéralisation des Indicateurs en aquitaine menée par le CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité an Aquitaine)

La loi HPST renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé et marque une évolution pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins.

La HAS s'est engagée à formaliser, en partenariat avec les usagers et les professionnels, un guide méthodologique des bonnes pratiques de diffusion publique.

Fin 2009, la HAS a coordonné la nouvelle campagne de généralisation des 5² indicateurs du dossier patient et des 8 indicateurs³ du thème infarctus à la sortie impliquant les 1200 ES ayant une activité MCO et les 320 ES prenant en charge des IDM.

Conformément à l'arrêté du 30 décembre 2009, les résultats des indicateurs du dossier patient ont été diffusés publiquement sur le site PLATINES du Ministère et intégreront les tableaux de bord ou des plateformes d'information des établissements de santé à destination du public et des professionnels.

Par ailleurs, la HAS a également mis en œuvre la première généralisation de 5 indicateurs⁴ du dossier patient pour les 1150 ES ayant une activité de Soins de Suite et Réadaptation (SSR).

La présentation sur le thème « analyse et diffusion publique d'indicateurs de qualité généralisés au terme des deux premières années de recueil » s'articulera autour de plusieurs points :

- L'analyse consolidée des résultats 2009 pour MCO et SSR avec les données descriptives agrégées au niveau national, régional et par catégorie d'établissements et une analyse des facteurs associés à la variabilité observée ;
- Des données d'évolutions pour les résultats MCO ;
- L'analyse de la variabilité des résultats des établissements de santé par rapport à l'objectif qualité à atteindre en 2011,
- La présentation des tableaux de bord construits à partir du système d'information QUALHAS, destinés aux ARS et pour la certification ;
- Les perspectives de développement de scores composites pour les indicateurs de pratique clinique.

2 Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD), dépistage des troubles nutritionnel (DTN), délai d'envoi des courriers (DEC), dossier anesthésique (DAN), tenue du dossier du patient (TDP)

3 prescription appropriée d'aspirine et de clopidrogel, prescription appropriée de bêtabloquant, mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche, prescription appropriée d'inhibiteur d'enzyme de conversion (IEC), Bêtabloquant après infarctus, IEC après infarctus, prescription appropriée de statine après infarctus, suivant du bilan lipidique à distance, sensibilisation aux règles hygiéno-diététique, statut du patient vis à vis du tabac, délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac.

4 TDP, DEC, TRD, DTN, traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE)

**Mutualiser et communiquer les indicateurs de qualité et de sécurité des soins
au sein d'un Groupement de Coopération Sanitaire de petits établissements**

Marc Moulaire

GCS HELPAM

Centre hospitalier Claude Déjean, 07170 Villeneuve de Berg,

moulaire@orange.fr

Objectifs, Contexte

Développer la culture de l'évaluation et des comparaisons entre établissements de petite taille et communiquer les résultats en interne et à destination des usagers.

Méthode

Cinq établissements du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) HELPAM ont participé à l'expérimentation IPAQSS pour les (ex) hôpitaux locaux ainsi que deux SSR. Ils ont comparé leurs résultats entre eux et avec l'échantillon national des volontaires (30 établissements, dont 11 en Rhône-Alpes).

Parallèlement, le GCS HELPAM a élaboré un tableau de bord de 28 indicateurs de gestion des risques, 22 indicateurs de qualité et 18 indicateurs de développement durable qu'il renseigne régulièrement sur ses 7 établissements.

Enfin la communication en interne et à destination des usagers est mise en œuvre selon les modalités définies dans la dernière instruction N°D GOS/PF/192/2010/du 9 juin 2010.

Résultats

- Résultats de l'échantillon national de l'expérimentation IPAQSS des (ex) hôpitaux locaux
- Tableaux de bord comparatifs entre les établissements du GCS
- Modèles et modalités de communication interne et externes.

Discussion

Le pilotage par indicateurs est encore balbutiant, il s'agit d'une nouvelle culture. Un travail pédagogique important doit les accompagner. Des indicateurs trop rigides et formatés pour des établissements plus importants ne reflètent pas toujours les performances des plus petits.

Conclusion

L'indicateur n'est pas une fin, mais plutôt un outil qu'il faut apprendre à manier avec précaution.

**Prise en charge de la douleur en préhospitalier,
à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde**

Magali Bischoff¹, Elodie Flocard², Nicolas Eydoux², Alexandra Peiretti², Carlos El Khoury^{1,2}

1- RESUVal (**RE**seau des **U**rgences de la **V**allée du Rhône), CH de Vienne

2- RESCUe (**RE**seau **C**ardiologie **U**rgence), CH de Vienne

Contact : m.bischoff@ch-vienne.fr

Le réseau RESCUe a mis en place depuis février 2008 un registre observationnel pour l'évaluation de la prise en charge de l'infarctus du myocarde (IDM) à la phase aiguë, sur un bassin de 2.5 millions d'habitants allant de Mâcon à Montélimar.

Nous avons recueilli des indicateurs en rapport avec la phase préhospitalière jusqu'à un an post-infarctus. 850 patients ont été inclus entre février 2008 et décembre 2009 par les 18 SMUR du réseau. Nous avons analysé les données en rapport avec la prise en charge de la douleur :

- 48 % des patients ont bénéficié de l'administration d'un antalgique ;
- 72 % des patients traités ont reçu un morphinique ;
- 28 % ont reçu un antalgique de classe I ;
- 19 % ont reçu les deux ;
- 40 % des patients traités ont exprimé une diminution de la douleur.

Par un test de chi² ou student d'homogénéité, nous avons démontré que la prescription d'un antalgique à la phase aiguë de l'IDM n'était pas influencée par les caractéristiques des patients (âge, sexe, facteurs de risque), les délais de prise en charge, ni la localisation de l'infarctus. Cette prescription dépend des pratiques des équipes locales : le taux de patients ayant bénéficié de l'administration d'antalgiques varie entre 29 et 80 % d'une équipe SMUR à une autre.

La mise en place d'un registre a permis d'évaluer la prise en charge de la douleur à la phase aiguë de l'IDM. Ces résultats nous ont permis de mettre en place des actions d'amélioration des pratiques locales : (i) sensibilisation des praticiens par un retour régulier d'information sur leurs pratiques (*benchmarking*), (ii) mise en place d'un groupe de travail pour la rédaction d'un référentiel spécifique à la prise en charge de la douleur de l'IDM et formation des soignants à son application, (iii) intégration du recueil de la valeur de l'EVA (échelle visuelle analogique)

dans la nouvelle version du registre mise en place en juin 2010. Une évaluation de l'impact de ces actions est prévue en 2011.

DEAUP : un outil d'évaluation du déroulement des séances d'hémodialyse

Roula Galland, Monique Pachot, Agnès Caillette-Beaudoin
Calydial, GHM Les Portes du Sud, Vénissieux
Contact : agnes.caillettebeaudoin@calydial.org

La séance de dialyse est un soin complexe, dont l'évaluation est rarement systématisée. Le développement de nouvelles modalités d'hémodialyse sans présence médicale permanente oblige à l'optimisation des transmissions entre l'infirmière et le médecin. Nous proposons une grille d'évaluation des séances, permettant de sécuriser les dialyses hors centres.

Méthode

Un indicateur d'évaluation des séances DEAUP a été créé avec 5 paramètres :

- **D** : Douleur ;
- **E** : Epuration (durée séance, restitution, Kt, Delta Poids fin / au poids sec, temps prescrit / temps réalisé) ;
- **A** : Abord vasculaire (débit sang / prescrit, pressions art. et veine, la ponction et le temps de coagulation.) ;
- **U** : Ultrafiltration (UF horaire, PA début et fin séance) ;
- **P** : problèmes autres (crampes, etc..).

Chaque paramètre est coté 0, 1, ou 2 (0 pas d'incident, 1 : incident avec action sur protocole, 2 : appel médecin). Le DEAUP est coté en fin de séance. La cotation de la séance est enregistrée sur la feuille de dialyse puis saisie dans le dossier médical informatisé. Les résultats sont exportés vers un tableau EXCEL pour l'analyse mensuelle.

Résultats

1442 séances ont été analysées pour 38 patients sur trois mois (Tableau I).

Tableau I. Récapitulatif des résultats des cotations 0, 1 ou 2 pour tous les paramètres en nombre et en % de séances.

Paramètre Cotation	E Epuraton	A Abord vasculaire	U Ultrafiltration	P Problèmes autres
0	1003 (69,6%)	1097 (76,1%)	781 (54,2%)	1090 (75,6%)
1	153 (10,6%)	68 (4,7%)	340 (23,6%)	59 (4,1%)
2	18 (1,2%)	9 (0,6%)	73 (5,1%)	18 (1,2%)

Le nombre de cotation 0 pour tous les paramètres était de 3971, ce qui représente 84 % des séances, pour la cotation 1 de 620, soit 13 % et pour la cotation 2 de 118 soit 3 %.

On constate peu de problème d'abord vasculaire (paramètre A). Seulement 5,3% des séances sont cotées 1 ou 2. Pour le paramètre U, les cotations 1 et 2 sont plus importantes (28,6 %) (certains patients n'atteignent pas leur poids sec) ; elles ont conduit à des mesures comme la correction du poids sec prescrit, la programmation de séances d'éducation thérapeutique afin de contrôler les apports en liquide et ou en sel, l'allongement du temps ou de la fréquence des séances.

Discussion

Toutes les infirmières ont adhéré à cette pratique d'évaluation, 98 % des séances réalisées ont été cotées. Elle a permis à l'infirmière de mieux s'impliquer dans l'analyse de la séance, et d'entrer ainsi dans une démarche d'évaluation systématisée de pratique. L'analyse mensuelle de cet indicateur DEAUP rend compte de la qualité des dialyses et permet de quantifier la charge de travail infirmier. Chaque mois, les résultats sont analysés par le médecin et discutés avec les équipes. Les séances cotées 2 font l'objet d'une analyse plus approfondie. En dehors des urgences (séances cotés 2) qui nécessitent l'appel du médecin, la répétition de cotations 1 et 2 chez le même patient entraînent un ajustement de la prescription.

Conclusion

Cette démarche permet à l'infirmière une réflexion sur le déroulement de la séance. Le DEAUP informe sur le déroulement de la séance. Cet indicateur est devenu pour notre équipe un outil de prévention des risques en hémodialyse, de sécurisation des séances en UDM et un indicateur de sécurité pour la prise en charge en dialyse hors centre. Il permet de quantifier la lourdeur de la prise en charge infirmière, d'ajuster la « dose médecin » en fonction des besoins et, à plus long terme, d'entrer dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles.



**Journée régionale 2010
Qualité et Sécurité des soins
en Rhône-Alpes**

Session 2 : Bienveillance : promouvoir le bien-être de l'utilisateur et lutter contre le risque de maltraitance

**Bientraitance/Maltraitance dans les établissements de santé :
position et attentes de la Haute Autorité de Santé**

Anne Depaigne-Loth
Haute Autorité de Santé
a.depaigneloth@has-sante.fr

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a profondément changé les pratiques des professionnels et les relations avec les usagers. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) puis la Haute Autorité de Santé (HAS) ont contribué à la mise en œuvre de ces droits, notamment au travers de la certification des établissements de santé. Cependant, malgré les progrès accomplis, certaines plaintes d'usagers des établissements de santé laissent transparaître un ressenti d'abandon, un manque d'écoute, de considération ou d'information. Les travaux conduits dans le secteur médico-social montrent l'intérêt d'une démarche de promotion de la bientraitance pour lutter contre cette forme de maltraitance, celle que l'on qualifie tantôt de « passive », « institutionnelle » ou « ordinaire », c'est à dire peu visible, banalisée et issue d'un fonctionnement collectif plutôt que de volontés individuelles.

Progressivement, cette préoccupation s'ancre aussi dans le domaine sanitaire.

La HAS prend toute sa part dans cette évolution :

- en introduisant dans la certification des exigences sur la mise en place d'une démarche de promotion de la bientraitance dans les établissements de santé ;
- en pilotant l'élaboration et publiant le rapport sur la maltraitance « ordinaire » ;
- en renforçant les exigences de la certification des établissements de santé sur la mise en place d'un système de gestion des plaintes et des réclamations, sur la mise en œuvre des droits des patients en fin de vie et les soins palliatifs, et sur la prise en charge de la douleur.

La bientraitance repose sur :

- un engagement du management et des instances de l'établissement, en particulier de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRU) pour promouvoir la bientraitance ;
- la formation et sensibilisation des professionnels ;
- les actions de prévention de la maltraitance ;
- mais aussi des actions concrètes et diverses centrées sur l'expérience quotidienne des usagers visant l'amélioration de l'accueil, la mise en œuvre effective des droits et la réponse aux besoins des personnes.

Les acteurs en région ainsi que les pouvoirs publics se sont saisis de cette question. Ainsi :

- la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires confie une mission de développement de la bientraitance dans les établissements de santé et médico-sociaux aux Agences régionales de Santé (ARS) ;
- les Structures Régionales d'Évaluation se mobilisent sur cette question : plusieurs journées de partage d'expérience ont eu lieu, contribuant à montrer que de multiples expériences exemplaires et innovantes existent dans le secteur sanitaire. Des outils d'accompagnement des démarches de bientraitance dans les établissements de santé sont en cours de construction dans un groupe de travail piloté par la Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé (FORAP) en lien avec la Haute Autorité de Santé ;
- enfin, une mission nationale sur la bientraitance se met en place dans le cadre de « l'année du patient » lancée par la Ministre Roselyne Bachelot.

Développer la bientraitance dans un établissement de court séjour.

Retour d'expérience

Annie Perrier, Alain Gaudillère

Clinique Lyon-Nord, Rillieux

Contact : a.perrier@polyclinique-rillieux.fr

La démarche de lutte contre la maltraitance de la clinique de Rillieux Lyon-Nord a débuté en 2006 par une réflexion pour définir et repérer la maltraitance. Une première autoévaluation a été conduite auprès de l'ensemble du personnel, avec des items forts dans le but qu'il s'interroge sur ces pratiques. L'ensemble de ces travaux a abouti à l'élaboration d'un livret "Ensemble contre la maltraitance", tel un guide de bonnes pratiques pour nos équipes. En 2010, la promotion de la bientraitance, portée par le référentiel de certification V2010, nous a amené à nous engager avec le CEPPRAL afin de conduire une nouvelle démarche pour identifier les risques de maltraitance et promouvoir les actions de bientraitance.

La notion de bientraitance est inscrite dans le projet d'établissement et est déclinée dans l'approche managériale, avec désignation d'un référent par service d'hospitalisation. Une nouvelle autoévaluation du personnel a été lancée au sein de l'établissement. En parallèle des enquêtes sont menées auprès des patients un jour donné pour évaluer leur perception de la prise en charge et du respect de leurs droits. L'analyse des plaintes des patients permet également une réflexion sur les pratiques. Le groupe des référents a pour mission de définir un plan d'actions dans le but d'adapter nos pratiques pour mieux accueillir, écouter les patients et leur entourage et faire vivre leur droit. Une charte de bientraitance a été élaborée dans ce sens.

D'une démarche de prévention de la maltraitance à la promotion de la bienveillance

Pour le groupe de travail : Christine Gayte

Hôpital Elisée Charra, Lamastre

Contact : dssi@hopital-lamastre.fr

L'hôpital de Lamastre est un établissement public de santé de 151 lits et 38 places de SSIAD implanté en zone rurale. L'établissement accrédité en 2003 a été certifié en 2007. Lors de cette dernière démarche a émergé au niveau de l'équipe de direction une volonté de mettre en place une sensibilisation du personnel à la prévention de la maltraitance par le biais de la formation.

La promotion de la bienveillance sur l'ensemble de la structure est inscrite dans le projet d'établissement 2007-2012. Le plan de formation prévoit dans ses actions une formation action destinée à tous les agents de soins pour la mise en place de mesures de prévention de la maltraitance. Un cahier des charges est établi, le projet a été pris en charge dans le cadre des actions de l'ANFH.

Méthode

Description de l'action : formation action

En 2007-2008, 32 agents des services de soins AS – ASH – IDE, ergothérapeutes, cadres de soignants des différents services : médecine, SSR, EHPAD, SSIAD, ont bénéficié de la formation, soit environ 20 % de l'effectif global de l'établissement.

Suite à ces deux sessions, deux groupes de travail ont émergé : l'un consacré à la communication sur le thème et l'information sur l'ensemble de l'établissement et l'autre à la mise en place d'une charte et aux modalités de mise en place du signalement.

Mise en œuvre

- Mise en place d'un protocole de prévention et gestion des situations de maltraitance validé par la CRUQPEC qui comprend une fiche de signalement ;
- Convention de l'établissement avec la DDASS (déclaration) ;
- Création et affichage dans les services de soins d'une charte de la bienveillance ;
- Mise en place d'un calendrier de la bienveillance avec affichage trimestriel (changement de thème).

- Création et diffusion aux agents d'un livret de la bienveillance (référentiel de bonnes pratiques), ce dernier est remis à tout nouvel agent et tout stagiaire

Eléments de suivi

- Signalements ;
- Information par les membres du groupe à l'ensemble du personnel : power point + grille d'auto contrôle ;
- Poursuite de la formation sur ce thème afin que tous les agents en aient bénéficié ;
- Suivi des fiches d'événements indésirables ;
- Bilan annuel en CRUCPEQ.

Résultats

Structuration du signalement

Implication des soignants dans la démarche : groupe de travail

Démarche globale de tous les services de soins

Sensibilisation continue : calendrier, livret référentiel de bonnes pratiques

Evoluer vers une démarche éthique plus large.

Discussion

Développement : obstacles et atouts, difficultés de suivi

Perspectives : évolution vers une démarche éthique et mise en place d'un Comité éthique sur l'établissement

Limites : entre signalement et dénonciation ? lever et comprendre la culpabilité, épuisement professionnel, personnel.

Conclusion

Promouvoir la bienveillance dans nos prises en charge implique une démarche collective de la direction à l'agent de service. Le gage de réussite d'une telle démarche est l'implication concrète des personnels mais aussi suppose que les actions de formation soient réellement tournées vers l'aide concrète pour créer des outils de suivi au quotidien.

La promotion de la bientraitance dans un établissement de santé est à la fois un moyen pour garantir la sécurité des soins et un indicateur pour mesurer la qualité des soins.

Développement d'une « Culture de bientraitance » en service de maternité

Catherine Sauvage¹, Cyrille Mennessier²

1- Clinique Vauban, 93190 Livry-Gargan.

2- DidactiLab, 38000 Grenoble

Contact : cyrille.mennessier@gmail.com

A l'occasion de son entrée dans la certification v2010, la Clinique Vauban a choisi d'aborder la thématique de la bientraitance dans chaque service, sous l'angle du « changement culturel », selon ses trois dimensions en sociologie :

les représentations : compréhension des besoins des patients tout au long de leur prise en charge, vision du risque de maltraitance...

les valeurs adoptées : attitudes concernant la prise en compte des besoins des patients au quotidien ;

les productions : référentiels, chartes...

Afin de (re)placer le patient au coeur des préoccupations, il est apparu important au comité de pilotage (cadres de service de soins, directions de la qualité et de la communication, psychologue), de travailler également sur les besoins propres des équipes.

Le service de maternité a constitué le site pilote. En effet, la volonté y est forte d'assurer une prise en charge chaleureuse et bienveillante. Bien que les résultats des questionnaires de satisfaction soient positifs, certains mentionnent des comportements « froids », « inattentionnés ». En parallèle, les soignants ressentent parfois un certain désarroi, voire de la colère face à l'attitude des familles. Comment comprendre les besoins, les attentes et les craintes de la maman, du bébé mais aussi du papa, tout au long du séjour, et y répondre de façon adaptée ? Comment aboutir naturellement à une promesse de douceur ?

Méthode

Maternité de 31 lits, de type I, 1700 accouchements/an, 35 soignants (auxiliaires, sage-femmes, infirmières,...) et 15 praticiens. Patientèle multiculturelle, de condition plutôt modeste et maîtrisant de façon variable le français.

Deux groupes de travail de 10 soignants et praticiens mobilisés de Juin à Septembre 2010.

Représentations

Questionnement des visions de l'équipe concernant la nature des besoins de la triade, de ses besoins propres et des causes de la maltraitance « ordinaire »...

Méthode : Etudes de cas interactives, discussion « Post-it », analyse causale des situations de maltraitance « ordinaire ». Suivi : synoptique des besoins de la triade, cartographie des risques de maltraitance.

Valeurs adoptées

Evaluation des attitudes des membres de l'équipe vis-à-vis de bonnes pratiques partagées.

Méthode : jeux de rôle, construction d'un référentiel de compétences individuelles et de bonnes pratiques collectives. Suivi : observations, résultats des évaluations.

Productions

Matérialisation de l'engagement de l'équipe. Méthode : analyse des questionnaires de satisfaction, conception participative des référentiels, d'affiches de communication. Eléments de suivi : questionnaires de satisfaction.

Résultats

Participation effective de 20 soignants et 4 praticiens à ce jour (poursuite du projet sur 2010-2011).

- Cartographie de plus de 30 besoins affichée dans le service et enrichie régulièrement : sécurité, confiance en ses compétences parentales, repos...
- Arbre des causes des situations « à risque » regroupées par thèmes, notamment :
 - + organisation : rythme des soins, affluence dans la salle de linge...
 - + psychologie : non compréhension des besoins, sentiment d'impuissance ...
 - + encadrement : reconnaissance par hiérarchie et médecins, conflits...
 - + familles : situation de demande, fragilisées; difficulté de compréhension...
- 15 situations caractéristiques d'une réponse inadaptée. Propositions de réponse adaptée, élaborée par l'équipe.
- Cartographie des compétences comportementales des soignants.
- 6 affiches constituant la « charte de bientraitance » de l'équipe, retravaillées avec le service communication.

Discussion

L'émulation créée dans l'équipe est devenu le moteur de la démarche et a débouché sur dix propositions d'évolution organisationnelle pour le projet de service : accueil de la maman par l'équipe, bains en chambres, groupes de parole... En étant à l'écoute des besoins propres de nos équipes et à travers une réflexion participative et sincère sur les limites de la prise en charge actuelle, nous pouvons donner de l'espace à l'empathie naturelle de chacun.

La Bienveillance en milieu médicotéchnique
Méthodologie d'une démarche. A propos de trois années d'expérience.

Michel Schmitt, Magali Vizzari, Anne Macherich, Stella Vidal
Département d'Imagerie Médicale, Hôpital Albert Schweitzer
Groupe Hospitalier du Centre Alsace, 68003 Colmar
Contact : michel.schmitt@ghca.fr

La maltraitance, liée à de multiples facteurs dont la perte de sens ressentie par bien des soignants, est consubstantielle de toute activité de soin. La promotion de la Bienveillance redonne sens à l'engagement des soignants et permet, grâce à une prise de conscience, de limiter les risques de maltraitance en améliorant la qualité de prise en charge des personnes soignées. Une méthodologie reproductible par tous les services de soin a été définie.

Méthode

Constitution puis pérennisation d'un groupe de travail réunissant, à parité, représentants des usagers et professionnels du soin. Fédération de l'équipe autour d'un thème éthique qui touche au cœur du métier. Nomination d'un délégué « bienveillance/maltraitance » au comité institutionnel des vigilances. Communications intra et extra établissement entraînant la valorisation et la dynamisation de l'équipe.

Résultats

Réflexion sur le soin et les valeurs fondamentales du soignant. Définition des conduites inacceptables. Elaboration d'une Charte Qualité « Bienveillance ». Rédaction de fiches techniques applicables par tous afin de dépasser le stade du conceptuel pour entrer dans l'opérationnel (Communication en salle d'attente, attente des hospitalisés, annonces de diagnostic, communication lors d'examens lourds ou invasifs, amélioration des prestations et de l'efficacité médicale, actions transversales : diététique, brancardiers, ...). Adaptation continue à l'évolution des activités hospitalières.

Discussion et conclusion

Une action de promotion de la Bienveillance nécessite une prise de conscience des soignants du risque permanent de dérive : la maltraitance, phénomène connexe mais non contraire, n'est pas que le fait de l'autre ; tout service, même de très court séjour telles les unités médicotéchniques, est concerné. La personne accueillie doit être respectée dans sa dignité, sa singularité, ses valeurs et ses croyances. Elle doit être, avec son entourage, associée aux démarches de l'équipe soignante.

Sur la base de nos trois années d'expérience en milieu MCO, nous proposons une démarche « Promotion de la Bienveillance, Prévention de la maltraitance » en constante évolution, reproductible par les équipes soignantes.

**Comment les Hospices civils de Lyon mobilisent tout leur personnel
autour de la bientraitance en 2010 ?**

Dominique Frering, Alain Chalochet
Hospices Civils de Lyon
Contact : alain.chalochet@chu-lyon.fr

Les Hospices Civils de Lyon (HCL) ont débuté il y a environ un an un travail visant à « combattre la maltraitance et promouvoir la bientraitance ». En effet, depuis plusieurs années, certains services avaient développé de leur propre initiative de nombreuses actions sur ce thème, mais sans réelle impulsion de la part de l'institution.

En inscrivant cet axe de travail dans le Programme Qualité, Gestion des Risques institutionnel, les HCL souhaitent aujourd'hui un engagement concret de l'ensemble des professionnels ; engagement sollicité et soutenu grâce à une politique volontariste définie de manière harmonisée au niveau de l'institution. Pour mener à bien ce projet de grande envergure, un groupe de travail multi-disciplinaires et multi-sites a été constitué en juin 2009 afin de proposer des actions pouvant être déclinées sur l'ensemble des six Groupements Hospitaliers.

Ce groupe a élaboré plusieurs documents constituant un « kit bientraitance » qui sera mis à disposition de chaque cadre de santé, afin de les aider à impulser et conduire une réflexion avec leur équipe. Ces outils ont en effet pour but de permettre aux professionnels de s'interroger sur leurs pratiques et de fournir des réponses concrètes face à leurs constats.

L'objectif est de les amener à s'interroger notamment sur une forme spécifique de maltraitance : celle qui s'insinue dans le quotidien...cette maltraitance définie comme « ordinaire » par Claire Compagnon et Véronique Ghadi dans leur étude⁵ et que le groupe de travail a parfois appelé « douce violence »....

La grille d'auto-évaluation des pratiques (composant ce kit) a été testée, en début d'année, auprès des services volontaires pour évaluer son accueil par les professionnels et vérifier son impact sur la prise de conscience et le changement de pratiques. Le travail d'élaboration de

l'ensemble des documents composant le kit étant terminé, le dernier trimestre 2010 sera consacré au déploiement effectif de ce travail.

Pour réaffirmer l'engagement de l'institution dans ce projet, la diffusion de ces outils sera portée par la Direction de chaque Groupement en lien avec la Direction des Soins.

Cette grande campagne permettra d'enclencher une réflexion autour de chaque service pour la mise en place d'actions concrètes pour promouvoir la bientraitance, actions qui seront valorisées lors d'un colloque qui sera organisé par les HCL en début d'année prochaine afin de favoriser le retour d'expérience. Ce colloque sera l'aboutissement de cette année de travail.

1 La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé - Étude de Claire
COMPAGNON et Véronique GHADI



**Journée régionale 2010
Qualité et Sécurité des soins
en Rhône-Alpes**

**Session 3 : Sécurité des soins : implanter de nouveaux outils
d'amélioration**

Qualité et sécurité des soins : état des projets nationaux

Michèle Perrin

Bureau Qualité et Sécurité des soins (PF2)

Ministère de la santé et des sports – DGOS

michele.perrin@sante.gouv.fr

La qualité et la sécurité des soins sont des thèmes que la loi Hôpital, patient, santé et territoires du 21 juillet 2009 permet de faire progresser de manière déterminante.

De nombreux textes d'application de la loi sont déjà en place relatifs à la gouvernance ou portant sur des thématiques phares (diffusion des indicateurs, politique du médicament), dont ceux qui impactent le plus directement la qualité. D'autres sont en instance de parution parmi lesquels le décret relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé et l'arrêté sur la qualité du management de la prise en charge médicamenteuse.

En cohérence avec toutes les données disponibles (résultats de l'étude ENEIS 1, de l'étude EMIR, de l'enquête de la DGOS sur la mise en place de la circulaire relative à l'élaboration de programmes de gestion des risques en établissement de santé, etc), les communautés médicales sont désormais investies, à travers la loi HPST et ses textes d'application, d'un rôle majeur dans l'élaboration et le suivi des politiques de qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé.

La parution du décret sur la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dont les infections nosocomiales, apportera aux établissements un premier levier à valeur forte, puisque opposable.

Les deux mesures majeures prévues dans le projet de décret sont d'une part l'élaboration d'un programme d'actions unique pour la qualité et la sécurité des soins, s'appuyant notamment sur les enseignements et mesures tirés de l'analyse des événements indésirables, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, de la certification, du contrat de bon usage et du rapport annuel de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et, d'autre part, l'instauration d'un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

La loi et la nouvelle réglementation qui l'accompagne instaurent de nouveaux modes de régulation : pilotage par objectifs, évaluation des résultats, diffusion de l'information.

Un accompagnement des établissements est prévu pour aider à la construction des démarches de gestion des risques et faciliter une progression aussi homogène que possible de tous les établissements : circulaire d'accompagnement, guides opérationnels, formations pour un très large public.

Des priorités d'intervention seront définies en cohérence avec les résultats de l'étude ENEIS 2 et déclinées dans un programme national, à l'instar de ce qui existe pour la lutte contre les infections nosocomiales.

Les fondamentaux sont posés pour que la qualité et la sécurité des soins deviennent l'un des axes forts du management des établissements de santé.

**Check-list au bloc opératoire :
mise en place, évaluation de la mise en œuvre et de l'impact**

Hugues Labrosse, Sylvie Haga, Isabelle Rozé-Nief
Infirmierie Protestante, Caluire et Cuire
Contact : isabelle.roze-nief@infirmierie-protestante.com

La mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2010. Dans le cadre de la certification v2010 que l'établissement a passé en avril, et en conformité avec les recommandations de la HAS, la check-list a été mise en place à l'Infirmierie Protestante dès septembre 2009.

Méthode

En 2009, l'établissement a mené une démarche de cartographie des risques au bloc opératoire, à l'issue de laquelle il a été décidé de retravailler l'ensemble des supports de traçabilité au bloc opératoire, de manière à les rendre plus cohérents et plus simples d'utilisation.

Dès le début de la démarche, la check-list a été intégrée au document global « traçabilité d'une intervention au bloc opératoire ».

Ce document, sous forme de livret, a été conçu durant l'été 2009, et mis en œuvre à partir de septembre 2009. La check-list HAS est en première page.

Plusieurs évaluations ont été conduites suite à cette mise en œuvre :

- audit du remplissage de la check-list en février 2010 ;
- identification des situations de « no go » par le système de signalement des événements indésirables et analyse, le cas échéant en CREX bloc opératoire.

Résultats

Le premier audit, réalisé en février 2010 a permis de faire le point sur la manière dont les items de la check-list étaient compris et remplis.

Des actions correctives ont été menées :

- modification de la charte de bloc pour préciser les responsabilités, et notamment identifier officiellement le coordonnateur de la check-list ;
- information dans le service (utilisation de la vidéo de la HAS).

Deux événements porteurs de risques ont été détectés grâce à la check-list depuis sa mise en œuvre. L'un d'entre eux a été analysé en CREX : il portait sur un manque de matériel constaté grâce à la check-list, conduisant à un report de l'intervention.

L'analyse menée en CREX a permis la mise en œuvre d'actions correctives :

- mise en place d'un dépôt de matériel permanent pour l'intervention concernée, afin de permettre de poursuivre une intervention, même en cas de manque constaté au moment de la check-list (éviter le report) ;
- mise en place d'une procédure de commande et de réception du matériel en collaboration avec les cadres de bloc et de stérilisation, de manière à garantir la présence en salle de tout le matériel nécessaire à l'intervention.

L'autre EPR (découverte d'une allergie au latex au moment de l'interrogatoire du patient en salle) est en cours d'analyse.

Discussion

Développement, Perspectives

Une nouvelle évaluation du remplissage de la check-list est envisagée en août 2010 pour évaluer l'impact des actions correctives mises en place suite au premier audit.

Sur la base du questionnaire transmis par la HAS aux médecins engagés dans l'accréditation, l'établissement souhaite réaliser une enquête auprès de l'ensemble du personnel du bloc (soignants, chirurgiens, anesthésistes), sur leur perception de la mise en œuvre de la check-list.

La poursuite de la tenue régulière des CREX permettra d'exploiter les EPR détectés au moment de la check-list, pour en tirer des actions correctives.

Limites

Pour être pleinement efficace, la réalisation de la check-list doit être faite avec la participation active de l'ensemble de l'équipe.

Conclusion

La mise en place de la check-list constitue l'un des maillons de la démarche qualité au bloc opératoire. Concomitante avec la mise en place de CREX pour l'analyse des situations de no-go, elle permet de faire progresser la sécurité.

Le patient acteur de sa santé : Projet High 5's

Dr Irène Philip

Centre régional de lutte contre le cancer Léon Bérard, Lyon.

PHILIP@lyon.fnclcc.fr

Ces dernières années, de nombreux travaux sur la sécurité en chirurgie ont montré la fréquence d'anomalies graves mettant en jeu la sécurité, voire la vie, des patients opérés.

La réflexion internationale a été suivie en France de demande par la HAS de la généralisation rapide d'une check-list préopératoire adaptée au contexte français, avec pour but de réduire la morbi-mortalité péri-opératoire, l'utilisation de cette check-list étant devenu obligatoire au 1^{er} janvier 2010.

La survenue d'une erreur de côté lors d'une intervention chirurgicale en février 2009 a été le point de départ d'une forte mobilisation des équipes de notre établissement pour la mise en place sans délais d'actions préventives et correctives. Celles-ci ont porté en particulier sur la mise en place précoce de la check-list HAS et la participation au projet international High5's* : « *Performance of Correct Procedure at Correct Body Sites* », prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie.

Ce protocole à l'étude est initié par l'OMS et relayé au niveau national par la HAS et le CEPPRAL : une check-list complémentaire à celle de la HAS est mise en place depuis la première consultation de chirurgie ; elle est remise en mains propres au patient qui participe d'autant plus à sa sécurité qu'il reçoit l'information des diverses vérifications qui seront réalisées tout au long de son parcours d'opéré.

Cette démarche chirurgicale répond à la politique qualité plus globale du Centre Léon-Bérard.

*HIGH-5s : Le projet *Performance of Correct Procedure at Correct Body Sites* fait partie d'un ensemble de cinq protocoles internationaux pour la sécurité des patients pris en charge en milieu hospitalier. En plus du protocole de sécurité chirurgicale, il implique pour d'autres équipes réparties dans le monde :

- la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins ;
- la sécurité des médicaments concentrés injectables ;
- les erreurs de communication au cours du transfert des patients ;
- la lutte contre les infections associées aux soins.

Pour plus d'information consulter : <https://www.high5s.org>

**Prise en charge des hémorragies graves du post partum dans six réseaux de périnatalité:
mise en œuvre et impact d'un audit clinique**

C. Dupont¹, C. Deneux-Tharoux², S. Touzet³, C. Colin³, J. Lansac⁴, S. Baumard⁴, T. Harvey⁵, V. Tessier⁵, C. Chauleur⁶, G. Pennehouat⁷, X. Morin⁸, S. Gariod⁸, M.-P. Fernandez⁹, M.-H. Bouvier-Colle², R.-C. Rudigoz¹, et le groupe Pithagore 6

¹ Réseau périnatal Aurore – Hôpital de la Croix Rouse, Université Lyon 1, Lyon, France

² Inserm U953 Recherche épidémiologique en Santé périnatale Santé des femmes et des enfants, Paris

³ Hospices Civils de Lyon, Pole IMER ; Université Lyon 1, Lyon, France.

⁴ Réseau périnatal de la région Centre, Tours

⁵ Réseau périnatal de Port Royal St Vincent de Paul, Paris

⁶ Réseau périnatal Loire Nord Ardèche, CHU de Saint Etienne

⁷ Réseau périnatal des 2 Savoie, CH de Chambéry

⁸ Réseau périnatal Alpes Isère, CHU de Grenoble

⁹ Réseau périnatal Aurore, Hôpital de Valence, France

Contact : corinne.dupont@chu-lyon.fr

Les résultats acquis suggèrent que la prise en charge des hémorragies du post partum (HPP) graves est actuellement non optimale et améliorable. Cependant, la simple diffusion de recommandations de pratiques (RPC) est insuffisante pour modifier les pratiques. En particulier, la prise en compte du contexte local des soins et l'implication directe des équipes semblent des éléments déterminants. Dans un objectif de prévention de l'HPP grave, l'audit clinique conduit avec les acteurs constitue un outil potentiellement efficace pour définir les axes d'amélioration dans le contexte spécifique de chaque maternité.

Objectifs

Evaluer la qualité des soins dispensés, identifier les écarts aux RPC, et les raisons de ces écarts, estimer l'impact clinique dans deux maternités.

Méthodes

Un audit clinique a été conduit dans 54 maternités tirées au sort de six réseaux de périnatalité. Toutes les HPP graves survenues au cours des 4 mois d'étude étaient examinées au cours de séances d'audit animées dans chaque maternité par un trinôme extérieur-obstétricien, anesthésiste, sage femme, avec participation active des équipes. Au total, cet audit a concerné 94 HPP graves. Les principaux éléments utilisés pour juger la qualité de la prise en charge étaient la réalisation en temps voulu de la révision utérine, de l'administration de sulprostone et du bilan biologique.

Deux maternités de type 2 et 3 ont poursuivi cet audit clinique trimestriellement entre 2006 et 2008 et mesuré l'évolution du taux d'HPP grave au cours de cette période.

Résultats

La prise en charge a été classée comme non optimale dans 38 % des cas après césarienne (CS), et dans 66% des cas après un accouchement voie basse (AVB). Les raisons principales évoquées étaient le retard au soin (40 %), le retard au diagnostic (22 %) et la sous-estimation de la quantité de sang perdu (18 %).

La révision utérine a été réalisée au-delà de 15 minutes dans 38 % des cas après AVB (26/68). En cas d'atonie utérine, la sulprostone n'avait pas été administrée dans 30 % des cas (17/56) ; son délai d'administration était supérieur à 30 minutes dans 61 % des cas après AVB *versus* 10 % des cas après CS. Le premier bilan biologique a été effectué après 30 minutes suivant le diagnostic dans 57 % des cas après un AVB et 40 % après CS.

Une réduction significative du taux d'HPP grave entre 2005 et 2008 a été observée dans les deux maternités qui ont poursuivi régulièrement cet audit clinique, de 1,54 % à 0,96 % dans la maternité de type 3 ($p = 0,04$), et de 0,74 % à 0,26 % dans la maternité de type 2 ($p = 0,04$). Les principales actions mises en œuvre ont été l'utilisation de sac collecteur et la suture sans délai des plaies vaginales.

Discussion

Les dysfonctionnements identifiés relèvent plus de la pratique médicale que de l'organisation des soins. La force de ces audits interdisciplinaires est d'inciter les équipes qui ont été impliquées à discuter ensemble de la prise en charge des cas sévères d'HPP et de définir les axes d'amélioration pour en éviter la répétition. La qualité d'une équipe réside en la capacité de

chacun, à interagir ensemble dans des situations d'extrême urgence. Les équipes ne devraient pas attendre des situations dramatiques mais s'efforcer d'être proactif plutôt que réactif pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Les RPC sont une base de discussion mais sont insuffisantes pour changer les pratiques cliniques. Cette expérience encourageante mais limitée à deux contextes différents doit être étendue dans d'autres contextes et d'autres spécialités.

Conclusion La réalisation régulière d'un audit conduit avec les acteurs dans deux contextes différents a été associée à une réduction significative du taux d'HPP graves.

Revue de morbidité-mortalité en médecine de ville

Dr Charles Rodolphe

Département de Médecine Générale de Saint Etienne

rodolphe.charles@wanadoo.fr

Les revues de morbi-mortalité (RMM) analysent des accidents rares et de gravité variable compliquant des situations à prévalence élevée. Elles identifient donc les risques *a posteriori* et leur but est d'évaluer les pratiques professionnelles et de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. Initialement conçu pour l'accréditation hospitalière, le concept semble transposable en soins primaires. Pour le vérifier, une RMM adaptée à la médecine générale sur le thème de la crise suicidaire a été proposée à deux groupes d'analyse de pratiques implantés à Saint-Etienne depuis plusieurs années.

Un suivi prospectif qualitatif de type observation participante a été assuré par une interne du département de médecine générale de Saint Etienne pendant 5 mois. Lors des deux séances précédant la RMM, les groupes reçoivent de brèves explications écrites et orales sur la méthode et une série d'articles sur la crise suicidaire. Un mois après la RMM, les médecins sont interrogés sur leur ressenti.

En phase préparatoire, les médecins se montrent curieux et pressés, inquiets surtout pour la sélection des cas. Lors de la RMM, la gestion du temps est difficile, notamment par le manque d'expérience des médecins à synthétiser des articles longs et pourrait conduire à faire plusieurs séances sur le même thème. L'analyse systémique des cas a pris en compte les aspects médicaux mais aussi relationnels et organisationnels et a suscité l'idée de faire appel à d'autres professionnels pour leur expertise ou pour mieux définir les « chemins cliniques ». *A posteriori*, cette séance a été globalement perçue comme bénéfique par l'ensemble des médecins qui ont affirmé avoir déjà ou vouloir modifier leur pratique. Une ambiance d'écoute et de partage a favorisé l'analyse des cas dans une optique préventive. Certains ont même proposé de nouveaux thèmes pour de prochaines séances !

Les RMM sont donc transposables aux thématiques accidentelles de soins primaires et contribuent à l'évaluation des pratiques et à l'amélioration de la qualité des soins.

Déclaration et analyse d'événements indésirables en Médecine Générale
Présentation pratique d'un système intégré utilisant internet

Julien Duteil¹, Marc Chanelière²

1- 1, cours d'Herbouville 69001 Lyon

2- ECA Université Lyon 1, et 28 Rue de la Camille 69600 Oullins

Contact : chaneliere.marc@wanadoo.fr

Quel que soit le système de santé considéré, les événements indésirables (EI) au cours des soins génèrent des coûts humains et financiers importants. A l'exception notable des études ENEIS, il n'existe encore que peu de travaux en France, particulièrement en Soins Primaires.

Il est pourtant indispensable de disposer de données spécifiques, notamment de cas issus de la pratique quotidienne des professionnels. A ce titre, la mise en place d'outils de collecte et d'analyse dédiés aux médecins généralistes, participe à une amélioration de la qualité des soins et à une diffusion de la culture de sécurité en ambulatoire. L'objectif principal de ce projet est de créer un système intégré de recueil et d'analyse d'événements indésirables utilisant internet, dédié aux médecins généralistes.

Méthodologie

Dans un premier temps, nous avons réalisé une revue de la littérature médicale et de la doctrine afin de déterminer les caractéristiques fondamentales d'un système de rapport d'erreurs (limitant la sous-déclaration), les principes légaux applicables (respect de l'anonymat et gestion du risque médico-légal), les outils méthodologiques à mettre en œuvre (classifications notamment) et enfin les modalités techniques inhérentes à l'utilisation d'internet.

Dans un second temps, nous avons implémenté le système au sein d'un logiciel, en évaluant régulièrement l'outil et son ergonomie auprès d'un petit échantillon de médecins généralistes. La dernière phase est le déploiement de l'outil auprès d'un échantillon de plus grande taille, représenté par les enseignants cliniciens ambulatoires (ECA) de l'interrégion Rhône-Alpes (Lyon, Grenoble, Saint-Etienne).

Résultat

Démonstration du fonctionnement du système avec une procédure allant de la déclaration à l'analyse. Les deux premières phases du projet sont terminées, ce qui permet de présenter le système tel qu'il sera utilisé. Ses caractéristiques suivent les recommandations de l'OMS. Il s'inscrit ainsi dans une démarche volontaire d'amélioration de la sécurité des soins (non punitif), respecte l'anonymat des déclarants, comme des patients mais permet un dialogue anonyme entre déclarant et experts via une messagerie interne sécurisée. L'organisation centralisée du système permet un traitement rapide des déclarations (réactivité), par un nombre restreint de personnes expertes ; l'analyse des événements est systémique, et en ce sens la classification de l'OMS pour la sécurité des patients a été retenue.

Concernant l'implémentation logicielle, le choix s'est tourné vers l'utilisation de composants opensources pérennes, garantissant des évolutions futures. Le travail de programmation a consisté à faire le lien entre ces différents composants, à créer une modularité du logiciel (vers d'autres professionnels notamment) et enfin à proposer une bonne ergonomie (déclaration non chronophage et intuitive). L'outil dans sa forme actuelle a été testé auprès d'un échantillon d'une dizaine de médecins généralistes.

Discussion

Face à un système de vigilances sanitaires multiples, il n'existe que très peu d'initiatives similaires en France, à l'exception de ce que propose une revue médicale professionnelle à ses abonnés (Prescrire « Eviter l'évitable »). L'ampleur de la problématique sous-jacente justifie à elle seule l'absence de concurrence entre ces initiatives, et les systèmes officiels.

Concernant l'aspect médico-légal, la déclaration d'un événement indésirable est confidentielle et son contenu anonymisé le cas échéant - préalablement à tout traitement de données. Le site est conforme aux principes édictés par la loi Informatique et Liberté.

Le retour d'information est un facteur clef ; nous avons donc tenu à mettre en place un système réactif, permettant un dialogue entre déclarant et analyste, tout en respectant la confidentialité.

D'autres utilisations du système sont envisagées, compte tenu de sa modularité ; il sera notamment utilisé pour tester la reproductibilité de la classification de l'OMS sur plusieurs cas concrets.

Conclusion

Au-delà de l'obligation légale théorique à déclarer tout événement indésirable grave pour les professionnels de santé (art. 1314-13 du CSP), de tels systèmes bien qu'imparfaits (sous-déclaration endémique) sont indispensables pour collecter des données non chiffrées sur la

iatrogénie en ville, et être des vecteurs de diffusion de la culture de sécurité auprès des professionnels de premiers recours.