

## édito

Le numéro 14 de **Briques** ne déroge pas à la règle que s'est fixée le comité éditorial : proposer à ses lecteurs des articles susceptibles de les intéresser dans le cadre de la qualité et de la sécurité des soins.

Vous trouverez dans ces pages un panel éclectique de publications couvrant l'ensemble des domaines de la santé : médecine hospitalière, soins ambulatoires, prise en charge médicosociale. Au choix : partage d'expériences au bloc opératoire, qualité de vie au travail en milieu médico-social, développement de la simulation pour sensibiliser les acteurs à la gestion des événements indésirables graves, principe de non-punition des erreurs, personne de confiance en secteur médicosocial, informations sur certaines actualités régionales et nationales...

Faites-nous part de votre opinion et de vos attentes par [mail](#) !

*Le comité éditorial*



## Partages d'expériences

Créée en 2016, la plateforme [Anesthesia Safety Network](#) (ASN) est dédiée au partage d'expériences vécues au bloc opératoire. Elle a pour objet d'y promouvoir la déclaration et l'analyse des événements indésirables et d'améliorer la culture de sécurité des soignants par une meilleure prise en compte des facteurs organisationnels et humains. Comme elle le rappelle :

*« Ne pas rapporter un événement, c'est priver les autres soignants de cette expérience et de l'analyse qui en découle. C'est exposer un autre soignant et un autre patient à un événement semblable pouvant conduire à des dommages. »*

Son fondateur, le Dr Frédéric Martin, est médecin anesthésiste. Il est formateur en simulation en santé et en gestion des risques associés aux soins. Il participe au groupe [Facteurs humains en santé](#) (FHS), présenté dans le n° 13 de Briques.

Avec François Jaulin, président de FHS, ils ont élaboré un *serious game* ayant pour thème la check-list « [sécurité du patient au bloc opératoire](#) ». Mis en ligne le 20 mai 2019, [Safe Team Academy](#) plonge le professionnel – infirmière de bloc opératoire (IBODE), infirmière anesthésiste (IADE), chirurgien ou médecin anesthésiste – dans la réalité d'un bloc opératoire afin de participer à une chirurgie de routine. Ce jeu est un excellent moyen pour fédérer les équipes autour d'un projet commun : réduire le fardeau des erreurs pour les patients, les soignants et la société.

Ils ont aussi créé une carte de la taille d'une carte de visite, remise au patient, qui l'incite à oser dire ce qu'il attend, ce qu'il n'a pas compris... Elle rappelle aussi l'importance des documents nécessaires à la sécurité des soins : prescriptions, analyses, compte rendus, etc.

N'hésitez pas à consulter le site et à en parler à vos équipes !

*Nathalie Robinson, PRAGE*

☞ Pour en savoir plus : [fmartin@anesthesiasafetynetwork.com](mailto:fmartin@anesthesiasafetynetwork.com)





## Non-punition des erreurs

A l'occasion d'une courte vidéo publiée sur la [chaîne des Enfants du facteur](#), Christian Morel, sociologue des organisations, connu notamment pour avoir publié « Les décisions absurdes » (3 tomes) et membre du groupe [Facteurs humains en santé](#) (FHS), revient de façon très claire sur le sujet de [la non-punition des erreurs](#). En voici un bref résumé.

Les erreurs sont d'origine systémique : c'est l'accumulation de dysfonctionnements dans la chaîne de prise en charge qui fait le lit de l'accident. Le retour d'expérience (REX) est fondamental pour savoir ce qu'il s'est réellement passé et où se situent les défaillances à corriger. Il est donc aberrant de sanctionner un individu lorsque c'est le système qui est défaillant.

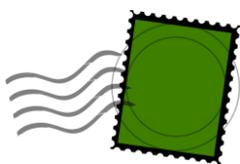
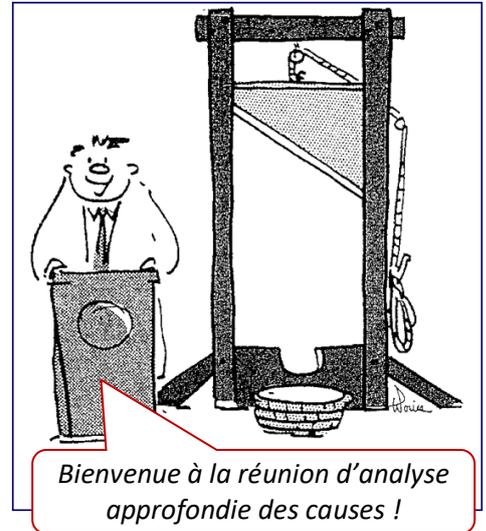
La notion de faute ne peut être retenue lorsque l'erreur n'est pas intentionnelle ou lorsqu'elle est signalée en toute transparence. Il faut qu'il y ait intention de nuire ou répétition de l'erreur faute d'avoir pris les mesures adaptées lors d'une précédente occurrence.

Quant à la punition, elle ne se résume pas uniquement à la sanction pouvant être prise contre l'agent jugé responsable de l'erreur. Elle se cache aussi dans les reproches des collègues ou de la hiérarchie, dans les actes d'intimidation visant à dissuader un professionnel de remonter les problèmes rencontrés...

Les résistances au principe de non-punition sont encore nombreuses, notamment de la part :

- des victimes, qui ont besoin d'un coupable pour faire le deuil de l'erreur commise (bien qu'il soit montré qu'une information complète et loyale est souvent suffisante pour éviter la judiciarisation) ;
- des collègues qui sont parfois prompts à exprimer des reproches ou leur mécontentement ;
- de la justice pénale qui peut souhaiter lever l'anonymat des retours d'expériences (REX) malgré les effets pervers de cette pratique sur la qualité des analyses et la transparence des rapports...

Pour mémoire, ce sujet a déjà été évoqué dans l'article *Pour une culture de l'équité* (Briques n° 10) et dans le [Document d'aide à l'élaboration de la charte de confiance](#) (Briques n° 13).



## Les structures régionales du RREVA-NA communiquent

- Les *Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV)* néo-aquitains proposent le [bilan de pharmacovigilance d'Entresto®](#), utilisé dans le traitement de l'insuffisance cardiaque.
- Le *Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS NA)* et l'*Agence régionale de santé (ARS)* de Nouvelle-Aquitaine présentent les résultats de l'enquête régionale sur la [prévention du risque infectieux dans le secteur médico-social](#).
- Les *Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance et l'addictovigilance (CEIP-A)* alertent sur l'abus et le mésusage de *prégabaline* dans le [11ème bulletin de l'Association des centres d'addictovigilance](#).
- La *Cellule régionale d'identovigilance (CRIV)* de Nouvelle-Aquitaine signale que les premiers raccords au [serveur de rapprochement d'identités](#) (SRI) régional sont effectifs depuis le mois de septembre, ouvrant la porte aux échanges sécurisés de données au sein des applications d'e-santé régionales.
- Le *Comité de coordination de l'évaluation clinique & de la qualité en Nouvelle-Aquitaine (CCECQA)* organise le 21 novembre à l'IMS de l'hôpital Xavier Arnoz (33 Pessac) un atelier sur [La gestion de crise en établissements de santé et médico-sociaux ou Comment dépasser ses croyances...](#)
- Nouveaux *Mires* ([Message d'information régional sur les événements sanitaires indésirables](#)) prêts à paraître : mésusage des sirops à base de codéine ; douleur thoracique ; éclampsie du post-partum.
- La journée régionale de l'*Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique de Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe (OMEDIT)* aura lieu le 4 décembre 2019. Pour en savoir plus, voir son nouveau site : <http://www.omedit-nag.fr/>.



## Quiz : Personne de confiance en secteur médicosocial

- 1. Qui peut désigner une personne de confiance en ESMS ?**
  - a. Une personne mineure ; b. Le représentant légal d'une personne mineure ; c. Une personne majeure ; d. Une personne qui fait l'objet d'une mesure de tutelle.
- 2. Qui pouvez-vous désigner comme personne de confiance ?**
  - a. Votre conjoint ; b. Un de vos proches ; c. Un.e ami.e ; d. Votre médecin traitant ; e. Un.e voisin.e
- 3. A quel moment désigner une personne de confiance ?**
  - a. Avant la prise en charge sociale ou médicosociale ; b. Au début de la prise en charge sociale ou médicosociale ; c. A tout moment
- 4. Comment désigner ou révoquer une personne de confiance ?**
  - a. Par signalement oral ; b. Par écrit sur un formulaire dédié ; c. Par écrit sur papier libre ; d. Par téléphone.
- 5. Que pouvez-vous attendre de la personne de confiance que vous désignez ? Elle peut...**
  - a. vous aider à comprendre vos droits ; b. vous accompagner dans vos démarches médico-administratives ; c. être systématiquement consultée en cas d'hospitalisation ; d. prendre une décision à votre place concernant votre santé si vous n'êtes pas en état d'exprimer votre volonté ; f. consulter votre dossier médical.

**Réponses Q1 :** c. Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance parmi les personnes qui l'entourent. En situation de tutelle, elle ne peut désigner une personne de confiance qu'avec l'autorisation du tuteur. **Q2 :** a, b, c, d et e. Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance peut être désignée. Même s'il ne faut pas la confondre avec la personne à prévenir en cas d'urgence, un même individu peut tenir les 2 rôles. **Q3 :** a, b et c. Vous pouvez la désigner à tout moment. Attention : la personne de confiance désignée lors d'une hospitalisation n'est pas automatiquement la même qu'en milieu médicosocial : il faut les déclarer de façon spécifique. **Q4 :** b et c. La désignation ou la révocation se fait obligatoirement par écrit. En cas de difficulté, il faut demander à 2 personnes d'attester que la désignation ou la révocation formalisée est bien conforme à votre volonté. **Q5 :** a et b. Vous pouvez lui demander de vous accompagner dans tous les actes où vous souhaitez son avis, y compris les consultations médicales, et notamment lors de la conclusion du contrat de séjour. Elle n'a pas vocation à se substituer à vos décisions. Si vous n'êtes plus en mesure d'exprimer vos volontés, elle sera consultée en priorité par l'équipe médicale. Elle ne peut pas consulter votre dossier médical en dehors de votre présence.

Dr Martine VIVIER-DARRIGOL (Réfèrent soins palliatifs ARS NA)

-  **Pour en savoir plus :** Article [L.1111-6](#) du code de la santé publique (CSP)  
Articles [L.311-5-1](#) et [D.3011-0-4](#) du code de l'action sociale et des familles (CASF)  
Annexe 4-10 du [décret n°2016-1395 du 18 octobre 2016](#)  
Fiche HAS : [La personne de confiance](#) (Avril 2016)



## Semaine de sécurité des patients (SSP) 2019

La SSP concerne tous les acteurs de la santé et du médico-social : professionnels, étudiants, usagers et leurs proches. Elle doit être l'occasion de développer des actions de sensibilisation sur la sécurité des soins, le bon usage des produits de santé, la prévention des infections, la bonne identification des usagers à toutes les étapes de leur prise en charge...

L'édition 2019 sera organisée du 18 au 22 novembre 2019 pour s'inscrire dans le cadre de la *semaine mondiale de la sensibilisation aux antibiotiques* et de la *journée européenne* organisée sur le même sujet. Elle aura notamment pour objet de rappeler l'importance du bon usage des antibiotiques et les risques liés à l'[antibiorésistance](#).



- La *Boîte à outils SSP 2019* est en cours de mise à jour par le RREVA-NA (cf. [espace documentaire](#)).
- L'ARS NA a choisi d'organiser, en 2019, un [appel à candidature](#) assorti d'un concours pour valoriser des actions innovantes et généralisables dans le domaine de la culture de sécurité. N'hésitez pas à partager vos expériences !



## Développer la qualité de vie au travail en médico-social

Forgée il y a 40 ans, la notion de qualité de vie au travail (QVT) a été adoptée progressivement dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, en lien direct avec les problématiques de sécurité et de qualité des soins. A une époque où ces secteurs sont en souffrance et subissent de fortes contraintes de performance, il est important de montrer que « faire de la QVT » n'est pas un nouveau projet contribuant à saturer un peu plus l'organisation et les équipes ; qu'il ne s'agit pas d'inventer de nouveaux modes d'intervention mais de savoir utiliser des techniques déjà maîtrisées par les professionnels.

Dans le cadre d'un appel à candidature de l'ARS en septembre 2018 « pour une démarche QVT en établissement du champ personnes âgées », 4 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) des Pyrénées-Atlantiques se sont inscrits dans ce projet expérimental. L'objectif était de créer une stratégie « sur mesure » pour infuser toutes les pratiques de l'établissement afin de concilier à la fois : l'amélioration des conditions de travail, le développement de la qualité de service, la promotion de la santé des salariés et le bon fonctionnement des organisations et de l'efficacité économique.

Pour ce faire, 2 comités ont été créés afin de garantir le suivi et la cohérence de la démarche : le comité de pilotage regroupant les directeurs et le chargé de mission ainsi que le comité technique composé des instances représentatives et des professionnels. Le choix du chargé de mission était important pour la réussite de ce projet : il devait avoir une bonne connaissance du secteur médico-social et de ses professionnels. Le choix s'est porté sur l'infirmière référente qualité intervenant sur 2 des EHPAD porteuses du projet. Son expérience dans le secteur sanitaire, médicosocial et libéral était un atout dans cette démarche. Ainsi que les autres fonctions qu'elle avait exercées durant sa carrière comme : agent de service hôtelier, aide-soignante et infirmière. Cet agent de terrain a permis une adhésion et une coopération active des acteurs des établissements. Il a veillé à la clarté et à l'efficacité des plans d'actions, mais aussi à ce que ceux-ci soient réalistes, atteignables.

Une première phase, de pré-diagnostic, a été réalisée à partir d'un recueil et d'analyse de données documentaires afin d'étudier certains indicateurs au niveau des établissements. Ensuite, un questionnaire d'évaluation de la QVT et des entretiens individuels auprès des professionnels ont permis d'orienter la troisième phase : l'observation participante (*shadowing*). Cette dernière consiste à recueillir en temps réel le ressenti du professionnel sur un temps déterminé au préalable afin de répertorier les points positifs et les points négatifs de son point de vue. Elle permet de mettre en place des actions adaptées au terrain afin d'améliorer le vécu des professionnels au quotidien.

Cette enquête a identifié plusieurs axes d'amélioration : la communication interne, afin que chaque professionnel s'approprie les valeurs et les différents projets de l'établissement ; la mobilisation et l'amélioration des compétences, notamment lors des situations de tension et lors des prises en charge non médicamenteuse des personnes souffrant de troubles du comportement ; la nécessité d'ouvrir des espaces de discussion et de promouvoir le management participatif.

*Laborde Amandine, Infirmière référente qualité EHPAD les Chênes Artix*

👉 Pour en savoir plus : [Méthode d'observation participante](#)



## Anne-Lise Dékoz enquête (aux côtés de la PRAGE)

Les analyses de scénarios cliniques changent de dimension ! Proposées jusqu'ici par la *Plateforme régionale d'appui à la gestion des événements indésirables* (PRAGE) en format traditionnel et support écrit sur le [site du CCECOA](#), elles vont l'être sous forme de [jeux sérieux](#), permettant ainsi de revivre en immersion 2D l'analyse des *événements indésirables graves associés aux soins* (EIGS) dans des exercices de simulation. Les 5 premières analyses seront accessibles dès la semaine sécurité des patients (du 18 au 24 novembre 2019) ; les autres suivront rapidement.

N'oubliez pas de prendre connaissance des analyses des autres structures en lisant nos [fiches de retours d'expérience](#) (REX) : 17 nouvelles histoires viennent compléter notre base de 64 REX !



Professionnels ou usagers, vous pouvez : [contacter l'équipe éditoriale](#) pour adresser vos commentaires et vos propositions de contributions au bulletin : [ars-na-polquas@ars.sante.fr](mailto:ars-na-polquas@ars.sante.fr) ; suivre l'actualité du bulletin et de ses followers sur Twitter : [@BriquesJournal](#) ; [vous inscrire ici pour recevoir les prochains avis de parution de Briques et/ou de Mires](#) ; [rester informés en consultant la page « actualités » du site \[reva-na.fr\]\(http://reva-na.fr\)](#).