

édito

Le réseau régional de vigilance et d'appui de Nouvelle-Aquitaine se joint au comité éditorial de *Briques* pour souhaiter à tous les acteurs de santé, professionnels et usagers :

une bonne année 2019.

Nous faisons le vœu que ce bulletin continue de vous satisfaire. Que les synthèses d'informations que nous réalisons pour vous, au fil des numéros, vous soient utiles et que vous n'hésitez pas à les partager autour de vous. Que l'on continue de participer, ensemble, à la mise en œuvre de soins plus sûrs, d'une culture de transparence plus équitable. Que l'on développe encore les coopérations pour faire tourner la roue de la qualité, apprendre de nos erreurs et de celles des autres. Que l'on soit en mesure de mieux accueillir et de mieux soigner.

Au bénéfice de tous !



Pour une culture de l'équité

Le principal frein à la transparence en matière d'événement indésirable associé aux soins (EIAS) est la crainte de la punition. C'est la raison pour laquelle les autorités sanitaires recommandent la mise en place dans les établissements d'une « charte d'incitation à la déclaration » ou « charte de confiance » où la direction prend l'engagement de ne pas punir les erreurs et d'encourager leur analyse. On bénéficie tous des progrès extraordinaires que la mise en œuvre de cette politique dans l'aviation civile a permis en termes de sécurité des vols.

La *culture punitive* est basée sur un mauvais postulat qui considère que les dysfonctionnements sont forcément liés à l'incompétence, à la négligence ou à la volonté de nuire ; ce qui est, dans les faits, exceptionnellement le cas. La peur d'être sanctionné à mauvais escient ne favorise pas la transparence...

Il pourrait alors être tentant d'appliquer une politique totalement *non punitive* ; mais celle-ci n'est pas davantage contributive à l'amélioration de la sécurité. Non seulement elle a tendance à laisser croire que l'erreur est tellement humaine qu'il est illusoire de la combattre (donc d'en déclarer les effets) mais, en empêchant leur détection et leur sanction, elle crée aussi des conditions favorables aux comportements dangereux...

Comme toujours, la bonne position à adopter est intermédiaire : elle se nomme *culture juste* ou *culture équitable*. Ce concept consiste à mettre en place des règles – claires, partagées et comprises par tous – sur les conditions de protection des professionnels qui participent au signalement et à l'analyse des dysfonctionnements. Tout en étant avertis des limites de cette politique qui ne saurait justifier des manquements délibérés ou répétés aux règles de sécurité : bienveillance n'est pas synonyme de complaisance !

Bernard Tabuteau, ARS NA

Pour en savoir plus :

- [Culture équitable](#) (Fédération des hôpitaux vaudois)
- [Sanctionner ou pas, après un incident grave : comment décider ?](#) (vidéo SOTUGERES)
- [Annexe 3 de l'Instruction DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58](#) du 17 février 2017





Dura lex, sed lex (la loi est dure, mais c'est la loi) !

Les agents de contrôle de l'agence régionale de santé (ARS) sont chargés de veiller au respect de la réglementation principalement dans le champ de la sécurité des soins (actes liés aux soins, santé environnementale, prise en charge des personnes vulnérables...). Ils disposent à cette fin de pouvoirs étendus, tels que le droit de visite et le droit d'accès à tous les documents nécessaires à l'exercice de leurs missions. Chaque rapport d'inspection relève des constats retranscrits sous la forme d'écarts (expression écrite d'une non-conformité constatée par rapport aux obligations législatives, réglementaires et contractuelles) ou de remarques (expression écrite d'un défaut plus ou moins grave mais qui ne peut être caractérisé par un référentiel opposable). Ils servent de base aux propositions de mesures (mesures non coercitives, mesures coercitives, sanctions administratives) formulées par l'équipe d'inspection au commanditaire, qui décide des suites à donner à une inspection. Le caractère contradictoire de la procédure permet à l'inspecté de faire part de ses observations avant que la décision du commanditaire ne devienne définitive.

Quelques chiffres

En 2017, les agents de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ont réalisé 1 482 missions d'inspection contrôle : 53 % dans le cadre de la santé environnementale, 9% dans les établissements hospitaliers, 27 % en structures médico-sociales et 10 % dans le secteur des soins ambulatoires.

Les inspections : des « briques » participant à l'amélioration de la qualité des prises en charge

Les missions d'inspection-contrôle peuvent parfois être mal ressenties par les professionnels. Pourtant, elles participent à l'ambition partagée par tous de veiller à la qualité des prises en charge tout en garantissant la sécurité des usagers. L'activité d'inspection, contrôle et évaluation de l'ARS contribue à l'amélioration continue de la qualité des soins, à laquelle sont censées collaborer toutes les parties prenantes, y compris les usagers. Elle apporte un regard externe sur les écarts à la réglementation et sur d'autres difficultés liées au fonctionnement dont l'importance n'a pas toujours été correctement évaluée par les opérateurs. Elle favorise le repérage des facteurs de risque pour en prévenir les conséquences potentielles. Au-delà des obligations réglementaires qu'un agent de contrôle doit rappeler, un rapport d'inspection contient aussi des propositions d'actions et des pistes d'amélioration relatives à l'organisation et aux pratiques.

Finalement, respecter la loi, ce n'est pas si dur que cela !

L'inspection permet de faire respecter la loi et constitue un moteur de la qualité et de la sécurité des soins ! Elle protège ainsi l'utilisateur mais aussi le professionnel.

Sophie Bardey et col., ARS NA



Besoin d'antidotes en urgence ? Pensez à SLOGAN !

Le site de localisation et de gestion des antidotes ([SLOGAN](#)) est une application Internet gratuite, développée par le Centre antipoison et de toxicovigilance (CAPTV) de Toulouse. Il permet de géolocaliser 18 médicaments antidotiques en visualisant, sur une carte, leur stock au sein des établissements de santé de la région. Il contribue à l'optimisation de la prise en charge des patients intoxiqués pour lesquels le recours à un antidote est parfois indispensable.

Le site est alimenté par les gestionnaires locaux (pharmaciens des établissements) qui bénéficient alors de fonctionnalités d'optimisation de la gestion de leur stock. Il est aussi destiné aux toxicologues des CAPTV pour les aider lors de la prise en charge des patients nécessitant la mise en œuvre d'un traitement antidotique :

- soit en les orientant vers l'établissement en disposant ;
- soit en sollicitant les pharmaciens des établissements concernés pour organiser le transfert du médicament recherché, de l'établissement le plus proche vers celui où le patient est hospitalisé.

Progressivement la visualisation des stocks sera étendue aux médecins urgentistes et aux réanimateurs.

Aurélien Fischer, ARS NA



A noter dans vos agendas

- Journée régionale de matériovigilance le 13 juin 2019
- IXèmes rendez-vous d'Arcachon du CPIAS NA et du CCECQA les 26 et 27 septembre 2019
- Testez vos connaissances grâce au [#pharmacoQuiz](#) proposé par [@Reseau CRPV](#) tous les vendredis sur [Twitter](#). A noter : le 1^{er} pharmacoquiz de 2019 vient de battre un record en termes de participation !





Signalement des EIGS en Nouvelle-Aquitaine

En 2018, 213 signalements d'événements indésirables graves associés aux soins ont été reçus via le [portail de signalement](#), dont 24 ne répondaient pas à la définition de l'EIGS. Les 189 signaux restant sont répartis ainsi :



Périnatalité : 10%



Chirurgie : 13%



Parcours/diagnostic : 8%



Médicaments : 14%



Suicides : 17%



Infections : 2%



Chutes : 5%



Autres : 31%

Il faut féliciter l'ensemble des déclarants (86% en établissements de santé, 11% en EHPAD et 4% dans des structures « autres ») pour cette transparence qui favorise une gestion efficace des risques.

On sait que ces signalements ne représentent qu'une petite partie des EIGS réellement survenus et il est inquiétant de constater que certains établissements n'en déclarent jamais. L'ARS NA a donc décidé de mener des actions visant à évaluer l'effectivité de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins (EIAS). L'objectif est de cibler les structures qui sous-déclarent, d'en évaluer la raison (manque de culture, défaut d'organisation, stratégie délibérée ?) et de les inciter à mettre en œuvre rapidement les mesures correctives adaptées.



© lucato

Un travail sera également mené sur la qualité des déclarations, jugée insuffisante par la HAS dans 50% des cas !

➡ **Pour en savoir plus :** [Retour d'expérience sur les EIGS](#) (Bilan 2017 de la HAS)



Le saviez-vous ?

IFAQ 2018

Le dispositif d'incitation financière à la qualité (cf. *Briques* [n°2](#) et [n°5](#)) a permis en 2018 de récompenser 107 établissements de santé néo-aquitains pour leur dynamisme en matière de management de la qualité. Les dotations IFAQ versées en NA atteignent 4 368 466 € avec, par établissement, un minimum de 5 767 € et un maximum de 500 000 €.

➡ **Pour en savoir plus :** [arrêté du 12 décembre 2018](#) fixant les modalités de calcul du montant de la dotation

Campagne de recueil des IQSS 2019

Le calendrier des *indicateurs de qualité et sécurité des soins* (IQSS), qui sont pris en compte pour le dispositif IFAQ, a été modifié. La campagne de recueil d'indicateurs de tenue du dossier patient se déroulera du 1^{er} avril au 15 juin 2019 ; elle concernera la chirurgie ambulatoire (QLS) et les établissements MCO (QLS, DTN), SSR (QLS, PCD), et HAD (TDP, DTN, TRE, COORD). L'indicateur ICSHA.3 sera également à recueillir, par toutes les structures concernées, entre le 1^{er} et le 30 juin 2019. La plateforme « QUALHAS » sera désormais utilisée pour l'ensemble des IQSS.

➡ **Pour en savoir plus :** [pages dédiées](#) sur le site Internet de la HAS

Documentation régionale récemment mise en ligne

- [Comprendre, signaler, gérer un événement sanitaire indésirable](#) (RREVA-NA, nouvelle version - janvier 2019)
- [Comprendre, signaler, gérer un événement indésirable grave associé aux soins](#) (RREVA-NA, novembre 2018)
- [Boîte à outils régionale pour la semaine de sécurité des patients 2018](#) (RREVA-NA, octobre 2018)
- [Référentiel régional de bonne pratique en matière d'identitovigilance](#) (COTRIV, version 2 - décembre 2018)
- [Fiche pratique d'identitovigilance n°1 : recueil de l'identité](#) (COTRIV, version 2 - janvier 2019)

➡ **Pour en savoir plus :** site Internet du RREVA-NA

- Page « [Comprendre, signaler, gérer](#) »
- Page « [Identitovigilance](#) »



C'est arrivé ailleurs ... Et chez vous, quel est le risque ?

A propos d'un événement indésirable grave lié à un dispositif médical implantable

Une patiente de 69 ans souffre de coxarthrose bilatérale. Elle est opérée d'une prothèse totale de hanche (PTH) avec des implants cotyloïdiens et fémoraux en céramique. A la suite de luxations récidivantes, elle est réopérée deux ans plus tard pour un changement de prothèse. Au décours de la dépose, l'implant cotyloïdien nécessite d'être morcelé. Une nouvelle prothèse de type « métal-polyéthylène » est mise en place. Un an plus tard, la patiente est hospitalisée dans un service de maladies infectieuses suite à une sciatalgie gauche très intense avec des pics fébriles à 40°C, une tachycardie, un épisode de confusion et une altération de son état général. Des examens tomodensitométriques, scintigraphiques et biologiques approfondis permettent d'éliminer une infection du site opératoire et de poser le diagnostic de *métallose* périprothétique (précipitation locale de particules métalliques liées à la corrosion des prothèses articulaires). Les résultats des dosages du chrome et du cobalt sanguins font état d'une intoxication sévère. Malheureusement, ceux-ci ne sont pas transmis aux médecins référents. Au cours des 5 mois suivants, l'état de la patiente continue de se dégrader de façon inexpliquée avec céphalées, troubles de l'audition, de la vision, signes digestifs et cutanés, perte de poids de 15 kg.... Elle est finalement hospitalisée dans un état général critique. Les résultats des dosages sont alors retrouvés et le diagnostic d'intoxication systémique au chrome et au cobalt, en lien avec la *métallose*, est posé. L'explantation de la prothèse est décidée : elle révèle une usure majeure de la tête fémorale en métal, percée en son centre. Un traitement chélateur (antidotique) est débuté avec l'appui du CAPTV. Dans les 3 mois suivants, on observe une amélioration lente mais progressive des différentes atteintes liées à l'accumulation des métaux lourds : neurologique (anomalie des noyaux gris centraux), ophtalmologique (atteinte toxique rétinienne et du nerf optique), auditif (hypoacousie bilatérale), neuro-psychologique (atteinte des processus mnésiques) et toxicologique.

Commentaires

Même si l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et la Société française de chirurgie orthopédique (SOFOT) ont émis des mises en garde concernant les modalités de suivi des prothèses totales de hanche métal/métal et si les cas de métalloses sont suivis par l'ANSM, la situation exposée diffère de ce cadre par plusieurs points :

- le choix de la prothèse a fait l'objet d'une réflexion "bénéfices/risques" pour privilégier le choix du couple polyéthylène/métal en remplacement du couple céramique/céramique, non recommandé mais préservant la longueur du membre inférieur en l'absence de dispositif médical idoine ;
- les cas de métallose par usure prématurée de la tête fémorale pouvant en résulter sont très rares et peu documentés, *a fortiori* les intoxications systémiques aux métaux lourds (cobalt et chrome).

Le tableau clinique d'une telle intoxication est insidieux, non spécifique et protéiforme, faisant errer longtemps le diagnostic étiologique. La transmission des informations entre tous les acteurs d'un parcours de soins (soins primaires, établissement hautement spécialisé et prestataires de biologie médicale) est toujours une recommandation d'actualité ! Et le partage des retours d'expérience, une évidence !

Plusieurs structures du RREVA-NA ([ERMV](#), [CAPTV](#), [PRAGE](#), [OMEDIT](#)...) ont apporté leur concours à l'analyse et à la gestion de cet EIGS. Des documents de sensibilisation sur la surveillance des dispositifs médicaux implantables (DMI), à destination des professionnels et des usagers, sont en cours de formalisation.

Muriel Zago & Régine Léculée, PRAGE



Pour en savoir plus :

- [Analyse approfondie](#) de cet EIGS, mise en ligne par la PRAGE
- [Retour d'expérience](#) publié sur le site de la Prévention médicale



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 ; suivre l'actualité du bulletin et de ses followers sur Twitter : [@BriquesJournal](#) ; vous inscrire ici pour recevoir les prochains avis de parution de Briques ; rester informés en consultant la page « [actualités](#) » du site rreva-na.fr.



PACTE au bloc opératoire

Au bloc opératoire (BO), il se pratique une discipline hautement spécialisée et anxiogène : la chirurgie. Historiquement considéré comme le seul maître à bord, le chirurgien doit aujourd'hui co-opérer avec le médecin anesthésiste-réanimateur, dans une alliance qui n'est pas toujours sereine. La place du personnel soignant y est très singulière : aujourd'hui encore, il subit souvent cette relation fonctionnelle dans laquelle nos représentations sociales continuent d'octroyer au 'médecin', un pouvoir quasi religieux. Dans la communication interne qui en découle, les relations de pouvoir règnent donc en maître au BO. Elles mêlent discipline, autorité, obéissance, domination, soumission, séduction voire manipulation. Les effets sont délétères sur la dynamique d'équipe, pourtant essentielle à la sécurité du patient. Ils sont majorés par le poids de la culture hospitalière et notamment par la loi du silence qui entoure la violence hospitalière.

Ces mêmes effets ont aussi des conséquences sur la santé des professionnels. L'exposition aux risques psycho-sociaux est majeure chez les soignants et touche de plus en plus de praticiens. Le mal-être est devenu la première cause d'absentéisme, lui-même vecteur d'une plus grande désorganisation. Or, les défauts d'organisation, de coordination et de communication sont fréquemment cités comme facteurs contributifs aux événements indésirables associés aux soins.

Pour casser ce cercle vicieux, une solution serait de mettre en application au BO le *Programme d'amélioration continue du travail en équipe* ([PACTE](#)). C'est une démarche projet livrée clés en main par la *Haute autorité de santé* et testée avec succès par de nombreuses équipes depuis 2014. Visant à améliorer à la fois la sécurité des patients et la qualité de vie au travail ([QVT](#)) des professionnels, elle se nourrit en continu de ses propres retours d'expérience.

Anne Bréchat, IBODE, DU SQVT*

➡ Pour en savoir plus :

[La prévention des risques psycho-sociaux en secteur hospitalier](#)
[Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens](#)

* SQVT = santé et qualité de vie au travail

édito

2

Briques souffle ses 2 bougies !

Le bulletin a vu le jour en avril 2017 avec l'ambition d'informer les acteurs de la santé de la région sur les sujets en lien avec la démarche d'amélioration de la qualité, la gestion des risques associés aux soins, la sécurité sanitaire.

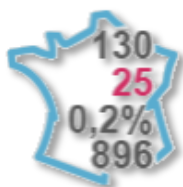
Il souhaitait aussi tisser des liens entre les professionnels – quel que soit leur mode d'exercice –, les étudiants et les usagers du système de santé.

Les résultats d'une enquête de satisfaction, parue dans le bulletin n° 6, montraient que le contenu éditorial était globalement apprécié et que la renommée de *Briques* dépassait largement les frontières de la région.

L'équipe éditoriale reste consciente des pistes de progrès en termes de partage d'expériences vécues, d'ouverture plus grande au monde médicosocial. Alors que les articles des acteurs de terrain publiés dans ce bulletin sont toujours d'une grande qualité, ces contributions restent encore trop rares.

Début mars 2019, *Briques* comptait 366 abonnés, dont 280 (76 %) en NA.

Bon anniversaire !



Un outil est né : Géodes !

Vous avez dit *Géodes* ? Il s'agit d'un outil en ligne proposé par *Santé publique France* depuis le 1^{er} février 2019. Il permet de restituer sous forme de cartes dynamiques, de tableaux ou de graphiques près de 300 indicateurs de santé !

Il s'adresse à un public large: professionnels de santé, institutions, chercheurs ou toute personne intéressée par la répartition sur le territoire de pathologies (bronchiolite, grippe, diabète, AVC, cancer, résistance aux antibiotiques, saturnisme, puberté précoce...) ou de déterminants (tabac, vaccinations, exposition professionnelle, perturbateurs endocriniens...).

Voici quelques exemples de ce que vous pouvez faire en utilisant *Géodes* :

- trouver un indicateur sur une maladie ou un déterminant de santé dans un département ou une région ;
- visualiser des données sous forme de carte, afin de pouvoir notamment comparer des indicateurs santé entre eux, d'une zone géographique à une autre ;
- analyser l'évolution annuelle des indicateurs disponibles ;
- imprimer et partager des tableaux de synthèse.

L'outil vous offre également la possibilité d'importer des données externes afin de pouvoir les mettre en perspective avec celles déjà présentes dans l'outil. En bref, *Géodes* c'est top et à utiliser sans modération !

Anne-Gaëlle Venier, CPIAS NA

➡ Pour découvrir *Géodes*, c'est par ici : [l'application](#) et [les tutoriels](#)



ENEIS 3 : étude nationale sur les EIGS

Les premières *études nationales sur les événements indésirables graves associés aux soins*, réalisées par le Ministère chargé de la santé en 2004 (ENEIS) et 2009 (ENEIS 2), avaient pour objectifs d'estimer la fréquence des événements graves et évitables dans les établissements de santé, et pour certains d'entre eux, de décrire les facteurs contributifs à leur survenue. La troisième, conduite en 2019 (ENEIS 3), concerne les établissements de santé (ES), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les soins primaires.

La réalisation de l'étude a été confiée à la [FORAP](#) et à son partenaire de recherche [HESPER](#). Le [CCECQA](#) est l'investigateur principal. Elle sera menée en France métropolitaine sur un échantillon randomisé de 8 500 patients hospitalisés en court séjour, 4 700 résidents en EHPAD et 100 000 patients suivis par leur médecin généraliste.

La recherche des EIGS et l'analyse de leur évitabilité auprès des médecins concernés par leur prise en charge se fera sur des patients/résidents à haut risque d'EIGS préalablement détectés à partir d'événements graves. L'étude estimera l'incidence des EIGS, fera une analyse descriptive des patients concernés et précisera les caractéristiques des EIGS (éléments de gravité, types d'expositions et de mécanismes, causes immédiates et facteurs contributifs). Une analyse de l'évolution de l'incidence des EIGS dans les ES sera effectuée en comparant les résultats de 2018 à ceux de l'étude ENEIS 2.

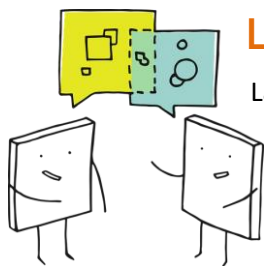
Ce projet permettra aux autorités sanitaires d'apprécier l'évolution de l'incidence des EIGS dans les ES et d'avoir une première estimation dans les EHPAD et en soins primaires. Il sera une aide à la décision pour de futures actions au niveau national en termes de prévention et de gestion des EIGS. L'organisation proposée mobilisera les *structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients* (SRA) et leurs partenaires des *réseaux régionaux de vigilances et d'appui* (RREVA) afin de créer une dynamique régionale d'amélioration.

NB : Le recrutement des enquêteurs infirmiers et médecins est en cours. Si vous souhaitez participer au recueil des données, vous trouverez des informations ici : <http://www.ccecqa.asso.fr/blog/eneis-3-recrutement>.

Jean-Luc Quenon, CCECQA

➡ Pour en savoir plus :

- [L'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins \(ENEIS\)](#)
- [Fiche projet ENEIS 3](#)



La littératie en santé

La *littératie en santé* correspond à la capacité d'une personne à rechercher, comprendre et utiliser des informations pour prendre des décisions éclairées concernant sa santé ou celle d'un proche. Elle influence sa motivation en termes de lutte contre les facteurs de risque mais aussi la qualité de suivi de sa maladie.

Les études montrent qu'un faible niveau de littératie en santé est associé à un plus faible niveau de vaccination, à une adhésion plus faible aux actions de dépistage, à une moindre observance des traitements, à l'augmentation du taux de complications et d'hospitalisations. *A contrario*, un bon niveau de littératie en santé est corrélé à une meilleure compréhension des soins et à une plus grande autonomie dans la gestion des maladies chroniques.

En général, plus on descend l'échelle sociale, plus les personnes sont susceptibles d'avoir un bas niveau de littératie. Toute action pour améliorer la littératie en santé contribue donc à réduire les inégalités sociales de santé. L'OMS encourage le développement d'outils destinés aux professionnels de santé visant à améliorer leur capacité à communiquer des informations de santé sous une forme adaptée aux aptitudes psycho-socio-culturelles de leurs patients. L'adaptation des messages au niveau de littératie des patients et l'augmentation de la littératie des individus favorisent l'amélioration de leurs comportements en termes de nutrition, d'activité physique ou de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Une majorité de la population française présente un niveau de littératie insuffisant. Cette réalité multiplie les risques d'incompréhensions, de conflits, ou d'événements indésirables plus ou moins graves dans la conduite des traitements. La littératie en santé est un levier de réforme du système de santé visant l'amélioration de la qualité de la prise en charge, de l'accompagnement et de la sécurité des usagers et des patients. Elle nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs publics et privés : centres de santé, mutuelles, administrations publiques de santé, associations d'usagers...

Pour les professionnels intervenant dans le champ de la santé, il est ainsi recommandé de s'assurer que :

- les échanges en termes de soin, de prévention et de promotion de la santé tiennent compte du niveau de littératie des individus ;
- les supports de communication utilisent un langage simple, facilement compréhensible par la population cible ;
- la navigation des usagers au sein de leur parcours de santé est facilitée par des outils adaptés à leurs besoins.

Bernard Tabuteau, ARS NA

☛ Pour en savoir plus :

- Site litteratie-sante.com
- Avis de la [Conférence nationale de santé](#) (juillet 2017)
- [Littératie en santé et ETP](#)



Actualités

- Publication par l'ARS Ile de France de la [Conduite à tenir en situation d'urgence en EHPAD](#).
- [Semaine européenne de la vaccination](#) du 24 au 30 avril 2019. Chacun est invité à faire le point sur ses vaccins et à les mettre à jour, si cela est nécessaire, grâce aux conseils d'un professionnel de santé.

La vaccination, c'est tout au long de la vie !

- [Mise à jour du calendrier des vaccinations et des recommandations vaccinales 2019](#). En milieu professionnel (pages 52 à 54), elles dépendent des lieux et de la nature de l'activité (après évaluation des risques d'exposition évalués par le médecin du travail). Certaines vaccinations qui sont fortement recommandées pour les professionnels. C'est le cas, par exemple, de la vaccination antigrippale. *Pensez-y !*
- [Levée de l'obligation vaccinale](#) du BCG pour les professionnels de santé à compter du 1^{er} avril 2019.
- Publication du [Guide sur la simulation en santé et la gestion des risques](#) par la Haute autorité de santé (HAS) en 2 parties : [Guide méthodologique](#) et [Outils du guide méthodologique](#).
- [Modifications réglementaires](#) concernant la visite préanesthésique et la surveillance postinterventionnelle.
- Mise en ligne de la [Lettre du signalement](#) de février 2019 par Santé publique France.



Les bonnes réponses sauras-tu découvrir ?

- | | |
|---|---|
| 1. Toujours sans gravité est l'événement précurseur | ☐ Vrai ☐ Faux |
| 2. Déclarer certaines IAS comme EIGS tu peux | ☐ Vrai ☐ Faux |
| 3. Toujours grave est l'événement sentinelle | ☐ Vrai ☐ Faux |
| 4. La maltraitance il est possible de simuler | ☐ Vrai ☐ Faux |

Les réponses tu trouveras dans les [numéros précédents de Briques](#): n° 1 (Q1 et 2), n° 3 (Q3) et, n° 7 (Q4). *La force de la culture de sécurité est avec toi* si toutes les premières cases tu as cochées !



Synthèse des actions de la PRAGE en 2018

La *Plateforme régionale d'appui à la gestion des événements indésirables graves associés aux soins (PRAGE)* a poursuivi ses activités en 2018 conformément aux objectifs définis avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine :

- déploiement de l'accompagnement des professionnels par la réalisation d'analyses approfondies de causes des EIGS et par l'aide à l'élaboration de plans d'actions : 31 analyses ont été réalisées dont 7 en santé mentale, 18 en court séjour et 6 en établissements médico sociaux ;
- participation aux instances du *réseau régional de vigilance et d'appui de Nouvelle Aquitaine (RREVA-NA)* ;
- contribution au groupe de travail initié par la *Haute autorité de santé (HAS)* sur les retours d'expérience issus de l'analyse des EIGS signalés aux ARS ;
- publications de documents sur le [portail du CCECQA](#) : 7 nouvelles fiches de retour d'expérience (REX) ; une fiche thématique pour mieux appréhender la prise en charge des patients à risque de suicide ; 11 [scénarios et outils supports en simulation en santé](#) ; 2 articles dans *Briques* (n° 9 et 10) concernant des REX significatifs : « erreur d'administration de traitement » et « métallose ».

Le site de la PRAGE a enregistré 3 720 vues et 3 717 téléchargements de documents.

La PRAGE a aussi participé au [projet EcoSS](#) (*travail en Equipe, Communication, Sécurité des Soins*) et aux différents ateliers du CCECQA en lien avec la gestion des risques. Elle a coordonné l'atelier « [troubles de la déglutition](#) » qui a accueilli 75 participants.

Régine Léculée, PRAGE

➡ **Pour en savoir plus** : le bilan d'activité et les chiffres-clés de la PRAGE sont sur le [site du CCECQA](#), mais aussi sur ceux du [RREVA-NA](#) et de l'[ARS NA](#) !



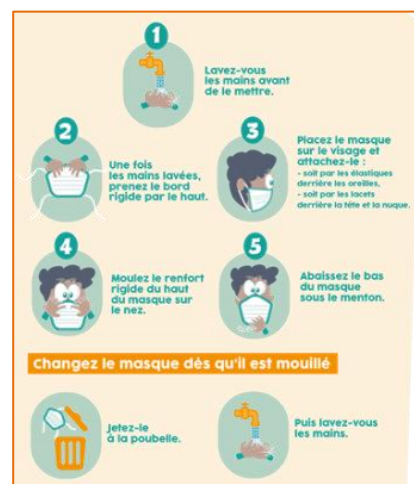
Campagne de promotion du port du masque

L'ARS NA a lancé une campagne sur le port du masque. Elle est née suite à l'épidémie de rougeole de 2017-2018 après le constat que des personnes porteuses de la rougeole et averties de leur diagnostic n'ont pas porté de masque, ce qui a contribué à propager la maladie.

De nombreux acteurs de santé de la région se sont associés à cette campagne pour impulser le changement de comportement de la population par le port du masque en cas de maladie à transmission par voie respiratoire.

➡ **Pour en savoir plus** sur la campagne, pour la relayer auprès de vos contacts ou pour télécharger des outils, rendez-vous sur le [site Internet](#) de l'ARS ou sur les réseaux sociaux [f](#) et [t](#) (#SortezMasqués).

Au titre de l'exemplarité, l'ARS NA a mis à disposition du public et de son personnel des solutions hydro-alcooliques et des masques aux points d'accueil.



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 ; suivre l'actualité du bulletin et de ses followers sur Twitter : [@BriquesJournal](#) ; vous inscrire ici pour recevoir les prochains avis de parution de Briques ; rester informés en consultant la page « [actualités](#) » du site revva-na.fr.



édito

Un grand merci à tous les contributeurs de ce numéro qui nous permettent de proposer à nos lecteurs des articles très éclectiques susceptibles de satisfaire un grand nombre de professionnels : hygiène, simulation, bientraitance, dispositifs médicaux, partage d'expérience, informations diverses...

Nous vous souhaitons une bonne lecture. N'oubliez pas de partager ce bulletin avec vos collègues !

Le comité éditorial



Dispositif mobile d'hygiène en EHPAD

S'inspirant d'expériences positives menées dans plusieurs régions, l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine (ARS NA) s'est lancée à la fin de l'année 2018 dans l'expérimentation d'un *dispositif mobile d'hygiène* (DMH) à destination des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Ces structures où résident des collectivités de personnes dépendantes du fait de l'âge sont particulièrement exposées au risque infectieux, en particulier épidémique (gastroentérite, infections respiratoires, gale...).

De quoi s'agit-il ?

Le projet prévoit le financement par l'ARS NA d'une équipe mobile d'hygiène capable de fournir aux EHPAD du territoire un appui sur la gestion du risque infectieux. Le DMH, constitué d'un temps d'infirmier et de praticien hygiéniste, sera créé au sein d'un EHPAD rattaché à un centre hospitalier – établissement support d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) ou en direction commune avec lui – disposant d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

Quel est le rôle du DMH ?

Le DMH a pour objectif de déployer les compétences relatives à la prévention du risque infectieux en EHPAD. Il a notamment pour objectif d'apporter un appui sur l'évaluation du risque infectieux par la réalisation du document d'analyse du risque infectieux (DARI). En effet, une récente enquête régionale révèle que 67% seulement des EHPAD de la région NA ont réalisé cette évaluation.

Quelles perspectives ?

L'expérimentation concerne actuellement 7 départements de la Nouvelle-Aquitaine. Un appel à projet va être prochainement lancé pour couvrir l'ensemble du territoire.

Matthieu Méchain, ARS



Carnet de vaccination électronique (CVE)

Document de référence confidentiel et sécurisé, le CVE est disponible depuis les smartphones (iPhone et Android) via l'application « **MesVaccins** ». Cette dernière a pour objectif de rendre le CVE utilisable par les patients quel que soit le moment ou le lieu : chez le médecin généraliste, le pédiatre, aux urgences, dans un service de médecine préventive ou en voyage...

Autre intérêt : le CVE avertit le patient par SMS ou courriel quand ses vaccins ne sont plus à jour.



<https://www.mesvaccins.net/>



« Je Com Unique » : sérieux ce jeu ?

COM-SCAPE est une société de formation privée créée par un médecin anesthésiste réanimateur. Elle utilise des outils ludiques, basés sur l'apprentissage par l'expérience, s'inspirant des « *escape games* ».

Chaque scénario est différent et permet de travailler des compétences spécifiques. Cette pédagogie active, participative, voisine de la simulation, permet le développement des *compétences non techniques* des membres d'une équipe (leadership, management, coopération, travail d'équipe, résolution de problèmes).

Au travers d'exercices simulés, les équipes développent et améliorent leurs aptitudes en communication. A l'aide d'un système audiovisuel, COM-SCAPE les observe et les guide au plus près lors de leurs interactions. Un échange collectif (*debriefing*) après chaque session permet aux équipes de livrer leurs ressentis. Très ouvert, celui-ci permet de mettre en évidence et d'approfondir les notions utiles dans le travail quotidien en équipe des professionnels.

COM-SCAPE a testé ce concept en 2017, auprès de 120 membres d'un bloc opératoire. Les résultats ont montré une augmentation de 12% du [score Oxford NOTECHS II](#) et une réduction de 9 % du nombre d'évènements indésirables déclarés liés à la communication, sur la période de la formation. La satisfaction des professionnels a été excellente ! L'équipe COM-SCAPE a été récompensée en étant nommée lauréate du *Trophée des Hauts de France pour l'innovation des professionnels de santé* ([THIPS 2018](#)).

L'équipe se déplace dans les établissements ou aussi lors de congrès.

Nathalie Robinson, PRAGE

➡ Pour en savoir plus : <https://com-scape.fr/>



Mésusages et dispositifs médicaux

Dans le cadre d'un travail autour des risques liés à la prise en charge médicamenteuse au sein du groupement hospitalier de territoire de la Gironde, l'unité de matériovigilance du CHU de Bordeaux a réalisé une étude prospective afin de décrire les mésusages liés à l'utilisation de dispositifs médicaux (DM) enregistrés sur l'établissement. Le mésusage peut être défini comme une utilisation non conforme aux conditions d'utilisation recommandées d'un produit de santé.

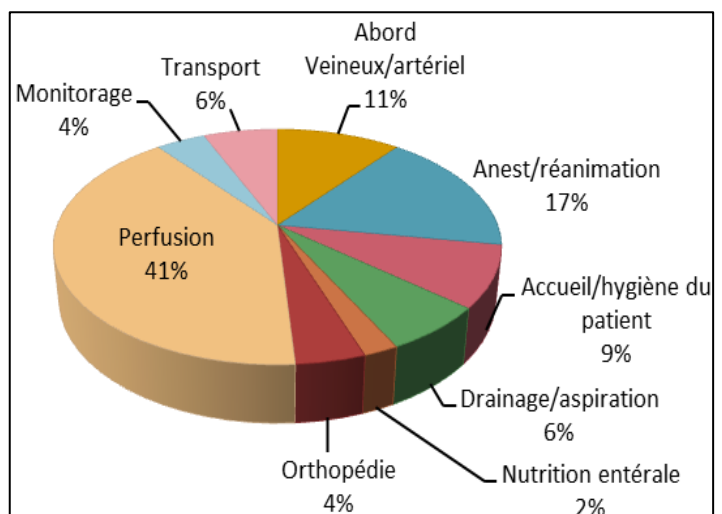
Environ 14% des incidents enregistrés entre juillet et octobre 2017 sont liés au mésusage d'un DM. Les typologies sont diverses : non-respect des modalités d'utilisation du dispositif médical, méconnaissance des fonctionnalités par l'utilisateur, défaut de surveillance du patient, erreur de programmation...

Le mésusage est retrouvé dans toutes les catégories de dispositifs médicaux (DM implantables, DM stériles, DM non stériles ou équipements) mais l'étude révèle que 41% des cas identifiés sont associés au domaine de la perfusion. Ce résultat met en évidence un manque de formation et de connaissances techniques des utilisateurs dans ce domaine.

Même si le mésusage est rarement associé à des incidents graves, il expose les patients à des situations dangereuses. Un travail relatif aux bonnes pratiques associées à la perfusion sera donc initié dans notre établissement de santé afin d'améliorer les connaissances et les pratiques des professionnels de santé.

La prochaine [journée régionale de matériovigilance](#) qui aura lieu le 13 juin 2019 est consacrée à la gestion du risque autour de la perfusion. Le thème du mésusage y sera largement abordé.

Dr Clémence Lotiron, CHU Bordeaux





Promouvoir la bientraitance en milieu médico-social

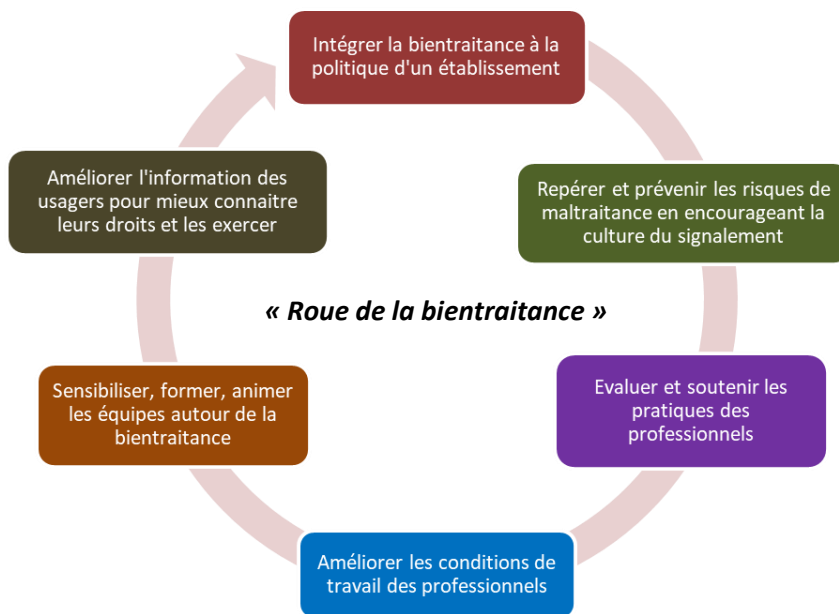
La bientraitance implique, avec le terme « bien », un engagement de qualité et de sécurité des actes de soins aux patients et aux usagers. Celui-ci repose sur le respect de la personne, de sa dignité, de son autonomie, de son bien-être.

La bientraitance est une attitude qui concerne le rapport à l'autre, qui interroge la perception des prises en charge. Cette notion revêt un aspect émotionnel, banalisé, parfois invisible ou impalpable. Entrer dans une chambre sans dire bonjour, discuter dans une chambre en ignorant une personne, ne pas être attentif à ses besoins élémentaires, peuvent être ressentis par les patients ou les résidents comme une forme de maltraitance qualifiée de « maltraitance ordinaire ».

C'est pourquoi la bientraitance n'est jamais acquise et suppose une vigilance et une lutte de tous les instants. Elle implique :

- de mettre cette notion au cœur de la politique qualité et de sécurité des institutions ;
- la reconnaissance des professionnels et de leurs savoirs ;
- l'affirmation de la place du patient, du résident, des aidants ;
- la mise en œuvre d'actions de sensibilisation régulières.

Sophie Bardey, ARS



➡ **Pour en savoir plus :** [La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre](#) (HAS)



Nouveau vecteur d'information régional

L'ARS Nouvelle-Aquitaine, en lien avec le Réseau régional de vigilances et d'appui, a diffusé en mars 2019 un nouveau [bulletin d'information](#) baptisé : **Mires**. Ce Message d'information régional sur les événements sanitaires indésirables a pour objet de fournir aux établissements et professionnels de santé de la région des renseignements importants après la survenue de certains événements sanitaires indésirables. L'objectif de ce partage d'informations est de permettre aux professionnels d'évaluer le risque de survenue d'un événement de même type dans leur structure et de les inciter à mettre en place, si besoin, les mesures barrières appropriées (de prévention, de récupération, d'atténuation).

Mires n'a pas de fréquence de publication définie : la formalisation d'un numéro est décidée en fonction de la gravité, du risque de récurrence d'un événement indésirable ou de la valeur pédagogique de son signalement. A la date de publication de ce numéro de *Briques*, 2 *Mires* ont été publiés :

- le 1^{er} concerne un accident mortel associé à une injection de *Fluorescéine* ;
- le 2^e alerte les professionnels sur le mésusage du MEOPA (*Mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote*).



Actualités

- Sortie du document: [Comprendre, signaler, gérer](#) un événement indésirable d'origine médicamenteuse
- 6 juin 2019 : [23ème Journée régionale de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance](#)
- 13 juin 2019 : [Journée régionale de matériovigilance](#) (ERMVRV)
- 18 juin 2019 : [Journée performance et qualité en secteur médico-social](#) (ARS NA)
- 20 juin 2019 : [Journée scientifique inter-réseaux Nouvelle Aquitaine : antibiotiques et antibiorésistance](#) (CPIAS)
- 21 juin 2019 : [Sécurité des soins : comprendre et savoir utiliser les facteurs organisationnels et humains](#) (PRAGE)
- 26 et 27 septembre 2019 : [IXe rendez-vous d'Arcachon du CPIAS Nouvelle-Aquitaine et du CCECQA](#)



Partage d'expérience : Evaluation des antibiothérapies > 7 jours au CH de Niort

Le bon usage des antibiotiques passe par le choix de la bonne molécule, mais aussi par une posologie et une durée de traitement adaptées. La commission des anti-infectieux du centre hospitalier de Niort a décidé de dresser un état des lieux sur les prescriptions d'antibiotiques de plus de 7 jours, tel que prévu par l'item IN-ATB 2 du *contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des établissements de santé* (CAQES, cf. *Briques* n° 3). Il a été réalisé par 3 pharmaciens de l'établissement, en lien avec l'équipe d'infectiologie. Les dossiers ont été sélectionnés par une requête informatique relevant toutes les prescriptions de plus de 7 jours des médicaments de la classe « [ATCJ](#) : Anti-infectieux (usage systémique) », sur avril et mai 2018. Compte tenu du nombre de dossiers, il a été appliqué une sélection aléatoire, aboutissant à une liste de 49 dossiers. Parmi ceux-ci, 10 ont été exclus en raison de décès de patients dans les 7 jours de traitement, de raccourcissements de la durée de traitement ou de prescriptions d'antifongiques (hors du champ choisi de l'enquête). Les 39 dossiers restant provenaient de 17 services, ce qui paraît représentatif de l'usage des antibiotiques dans notre hôpital.

Les renseignements cliniques ont pu être collectés dans le dossier patient informatisé pour 34 d'entre eux, essentiellement dans les observations médicales et courriers de sortie (audit rétrospectif). Ces prescriptions ont été confrontées au guide local d'antibiothérapie, dont les préconisations sont extrêmement proches des recommandations nationales. 59% de ces prescriptions étaient justifiées. Pour 12 dossiers, la prescription était manifestement plus longue que les recommandations, notamment pour les infections broncho-pulmonaires, dans plusieurs services. Pour 4 patients, il n'a pas été retrouvé d'informations suffisantes pour identifier l'indication. Ces données n'ont pas été rediscutées avec les cliniciens en charge de ces patients.

Cet audit a permis d'identifier plusieurs points de vigilance à travailler : la communication sur les durées de traitement, qui sera portée par les infectiologues dans les services de l'hôpital ; la nécessité de mettre une date de fin à toutes les prescriptions informatisées d'antibiotiques ; et la nécessité de mieux documenter les épisodes infectieux, notamment lorsque la durée de traitement a été portée volontairement au-delà de 7 jours. Nous espérons ainsi améliorer progressivement nos pratiques.

Drs Sylvain Rajezakowski, Marie Bastides, Lucile Escapoulade, CH Niort



Un nouveau forum pour les professionnels de santé.

Le site du *Réseau de prévention des infections associées aux soins* (RéPias), en plus de proposer un accès à toutes les réglementations, recommandations, fiches techniques et outils (évaluation, formation, communication) dans le domaine des infections associées aux soins et de l'antibiorésistance, propose aussi un [forum](#) pour les professionnels de santé. Il est dédié à l'antibiorésistance et à la prévention des infections associées aux soins. Pour y accéder, rien de plus simple, un [tutoriel](#) permet en quelques minutes de tout maîtriser.

Vous êtes référent en antibiothérapie et souhaitez échanger avec vos pairs ? Créez un sujet de discussion dans une rubrique, par exemple « le coin des experts » et postez votre message. Vous travaillez sur un sujet spécifique et avez identifié un fil de discussion sur le sujet ? Abonnez-vous au fil de discussion pour être informé par mail des messages en lien avec cette discussion précisément.



Culture de l'erreur apprenante

Depuis 2018, *Focus Qualité* et le *Groupe Euris*, cabinets de conseil et de formation à Pau, animent des rencontres sur le thème de la culture qualité dans les établissements sanitaires et médicosociaux. Le prochain atelier est organisé lundi 27 mai après-midi à Pau sur la *gestion en interne des événements indésirables graves*, en présence de Gilbert Mounier, président de la [SoFGRES \(FAQSS\)](#). Participation libre dans la limite des places disponibles. Pour s'inscrire : <https://www.focusqualite.fr/eig-culture-erreur-apprenante/>

Les ateliers ont permis la rédaction d'un livre blanc intitulé *Culture de l'Erreur Apprenante : utopie nécessaire*. Appuyé sur l'expérience des participants, il propose des définitions, met en évidence les freins et les leviers de son développement, présente des outils et des initiatives. Il sera présenté à 17h30 à l'issue de l'atelier du 27 mai.



Professionnels ou usagers, vous pouvez : contacter l'équipe éditoriale pour adresser vos commentaires et vos propositions de contributions au bulletin : ars-na-polguas@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* ; rester informés en consultant la page « [actualités](#) » du site rreva-na.fr.

édito

Malgré la canicule, le comité éditorial a continué d'œuvrer pour essayer de vous apporter des informations utiles dans les domaines de la qualité et de la sécurité des prises en charge.

Les délais de préparation et de mise en page par cette équipe de bénévoles surchargés expliquent une parution quelque peu retardée.

Nous espérons que ce « cahier de vacances », offert gracieusement par le *réseau régional de vigilances et d'appui* de Nouvelle-Aquitaine – qui vient d'intégrer une nouvelle thématique : l'identitovigilance – saura garder vos neurones en éveil malgré la chaleur estivale (qu'on vous souhaite) et le farniente habituellement associé aux congés.

Bonnes vacances à tous ! Et pensez à nous qui transpirons déjà sur le n° 14 de *Briques*, à paraître en octobre ! Vos contributions seront, comme d'habitude, les bienvenues.

FHS

Facteurs humains en santé

Le groupe [Facteurs Humains en Santé](#) est composé de professionnels de santé, d'experts en gestion des risques et de professionnels issus d'autres secteurs d'activités à risque (contrôleurs aériens, pilotes...).

Quels sont les objectifs du groupe ?

L'objectif principal du groupe est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Les objectifs secondaires sont multiples :

- promouvoir la prise en compte du fonctionnement humain et organisationnel dans la prise en charge des patients ;
- fédérer les structures d'enseignement en simulation et en facteur humain, à l'échelle nationale et européenne ;
- promouvoir la recherche sur le fonctionnement humain et organisationnel ;
- accompagner et réaliser des projets pédagogiques.

Partenaire des sociétés savantes

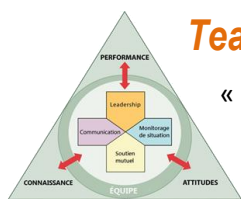
La démarche se fait en partenariat avec les sociétés savantes pour réaliser un travail commun interdisciplinaire sur un enjeu commun : la sécurité des soins.

Aucune personne, aussi experte et motivée soit-elle, n'est capable d'une performance constante, sans erreur, et aucune organisation n'est efficace par nature. Il faut trouver les réponses dans la capacité des organisations à rechercher et appliquer constamment les conditions de la réussite, en situation normale comme dégradée. La coopération, l'anticipation, la préparation et la prise en considération des contraintes sont autant de leviers à prendre en compte. Définir et appliquer les conditions de la réussite de tous est bien plus fédérateur que de traquer les erreurs. Cela passe notamment par la prise en compte des facteurs humains, organisationnels et sociaux (FOHS).

Une chaîne YouTube

La chaîne YouTube « [Les enfants du facteur](#) » regroupe de courtes vidéos réalisées par les membres du groupe pour vous inviter à comprendre les facteurs humains ou pour vous faire découvrir des ouvrages ou des sites afin de vous aider à implémenter la culture de sécurité.). Alors, rejoignez-nous et avançons ensemble !

Nathalie Robinson (PRAGE, FHS)



TeamSTEPPS® : outil pour le travail en équipe et la sécurité des patients

« *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety* », traduit en français par « *Stratégies et outils pour améliorer la performance d'équipe et la sécurité des patients* » est une méthode pédagogique développée aux [USA](#). Citée par le [Guide pédagogique de l'OMS](#) pour la sécurité des patients, elle intègre les principaux outils de travail en équipe. La *Haute autorité de santé* s'en est inspirée pour construire le programme [PACTE](#) et de nombreux pays favorisent le déploiement de cette méthode pour améliorer la culture de sécurité, notamment dans le cadre des formations interprofessionnelles par simulation en santé. Elle améliore la performance clinique et l'esprit d'équipe.

TeamSTEPPS® se fonde sur 5 principes clés :

- **l'organisation de l'équipe** (identification des rôles et responsabilités de tous ceux qui travaillent ensemble pour assurer la sécurité du patient) ;
- **la communication** (transmission d'informations claires et précises entre les membres de l'équipe) ;
- **le leadership** (capacité d'assurer le pilotage des activités de l'équipe en s'assurant que les actions de chacun sont comprises, que les informations sont partagées et que chacun a les ressources nécessaires à sa mission) ;
- **le monitoring de la situation** (surveillance active pour comprendre ce qui se déroule et rester en mesure de réagir de façon adaptée) ;
- **le soutien mutuel** (capacité à anticiper et soutenir les besoins de l'équipe – dont fait partie le patient – en étant conscient de la charge de travail et des responsabilités de chacun).

Des applications gratuites existent (en anglais) sur [Google Play](#) et [App Store](#). Des versions ont été traduites en français, notamment par la [Fédération des hôpitaux vaudois](#), mais leur diffusion est encore confidentielle.

A noter : il faudrait y ajouter un autre principe clé pour la sécurité des patients et des équipes : la gestion collective des risques, qui commence par le [signalement des événements indésirables](#) associés aux soins.

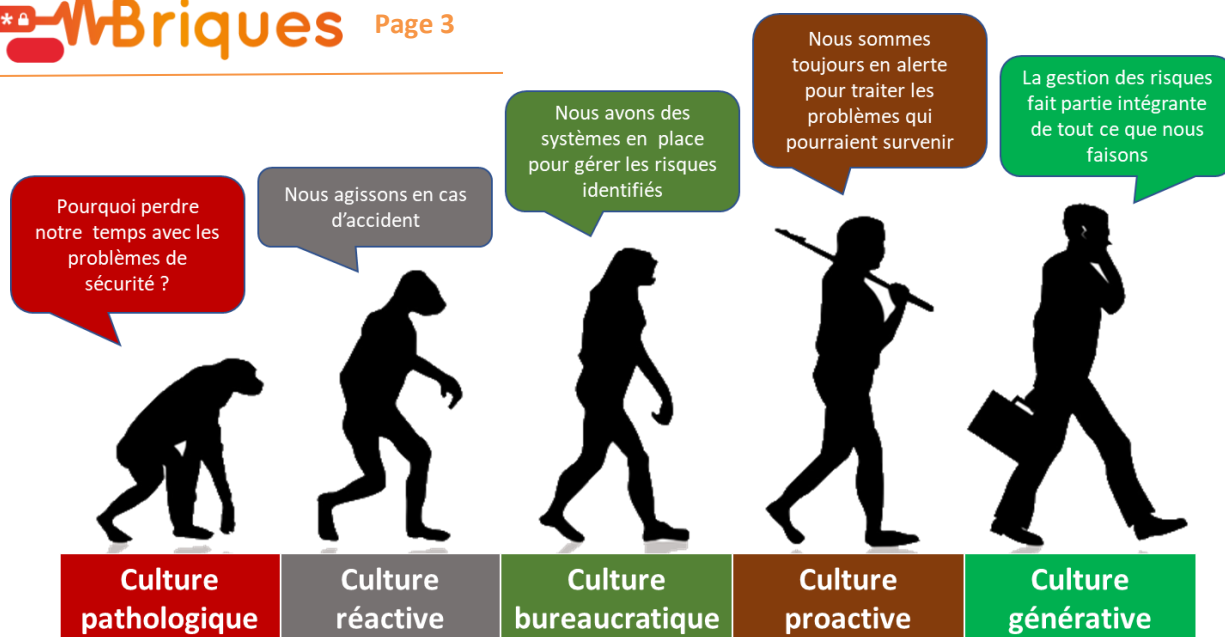
Gilbert Mounier (SoFGRES/FAQSS/FHS) & Bernard Tabuteau (ARS NA)

➡ **Pour en savoir plus** : [Staines A., Baralon C., Farin A. TeamSTEPPS : des outils de travail en équipe pour la sécurité des patients, Risques & Qualité • 2016 - VOLUME XIII - N° 3](#)



Actualités

- Parution du [décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019](#) portant réforme du métier de médecin coordonnateur en EHPAD qui élargit le droit de prescription du médecin coordonnateur.
- Publication du [modèle régional de charte d'identitovigilance](#) que les établissements de santé et médico-sociaux de Nouvelle-Aquitaine sont invités à rédiger ou mettre à jour avant la fin de l'année.
- Diffusion du [document d'aide à l'élaboration de la charte de confiance](#) que les directions d'établissement de Nouvelle-Aquitaine doivent mettre en œuvre avant la fin de l'année 2019 pour inciter les professionnels à signaler et gérer les événements indésirables associés aux soins
- Transmission du 3e numéro du *Message d'information régional sur les événements sanitaires indésirables (Mires)* à propos de la mise en danger d'un patient par défaut de continuité de la prise en charge médicamenteuse entre l'hôpital et la ville.
- Mise en ligne sur le site du *Ministère de la santé* du [kit d'information](#) pour la promotion de la sécurité sanitaire et du signalement.
- Publication du guide pédagogique [Enquêtes sur la culture de sécurité : comprendre et agir](#) créé en partenariat entre la *Haute autorité de santé* (HAS) et la *Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé* (Forap). Il utilise les 4 composantes de la culture de sécurité identifiées par James Reason : la culture du *reporting* (signalement de la part du groupe) ; la culture du retour d'expériences (*learning*) ; la culture juste (management équitable) et la culture du travail en équipe.
- [Journée régionale de simulation en santé](#) à Angoulême le 30 septembre.



Source : Manchester patient security framework (MaPSaF) / Enquête sur la culture de sécurité (HAS/Forap)



Evaluer et améliorer la culture de sécurité des professionnels

Horaires décalés, contraintes de services, charge de travail... Il est souvent difficile de mobiliser les professionnels de santé pour des actions de formation sur la qualité et la gestion des risques. Et les managers sont souvent démunis pour évaluer si les notions de base et les bonnes pratiques sont connues ou non des professionnels. La formation ouverte à distance (FOAD ou *e-learning*) est une des réponses à ces enjeux. Elle permet en outre un suivi individuel de la participation.

Le Centre hospitalier de Pau vient d'utiliser une solution en ligne ([Fo'QUAL](#)) sous forme d'un questionnaire sur les 10 thématiques du tronc commun du compte qualité. Les réponses à chaque question sont immédiatement corrigées et la notion abordée est commentée ce qui permet de compléter l'information des professionnels. Ainsi, ce sont plus de 430 agents qui ont renforcé leur culture qualité en quelques semaines. L'analyse détaillée des réponses par l'établissement permet de déterminer les priorités sur lesquelles orienter les actions qualité. Contact : Madame [Sylvie OUAZAN](#), Directrice QGDR du CH de Pau.

En septembre, c'est à l'échelle de 2 groupements hospitaliers de territoire néo-aquitains (GHT de Dordogne et GHT des Landes) que cet outil sera déployé, soit auprès de 14 établissements et d'environ 6 000 agents.

A signaler par ailleurs que [le livre blanc](#) sur la culture de l'erreur apprenante, annoncé dans le numéro précédent de **Briques**, a été publié.



Loïc Turbel (Focus Qualité)



Commission de coordination gériatrique en EHPAD

Présidée par le médecin coordonnateur, la [Commission de coordination gériatrique](#) (CCG) rassemble les professionnels de santé qui interviennent au sein d'un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elle a un rôle pivot dans la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) ; le pharmacien y a donc un rôle essentiel. La commission est consultée notamment sur la politique du médicament, dont la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions dispensées aux résidents d'un établissement. Par son approche globale et pluridisciplinaire de la prise en charge des résidents, les impulsions données à la politique de PECM par la CCG sont de nature à diminuer le risque iatrogénique médicamenteux.

Outil de négociation, de compromis, d'échanges et de partage, son dynamisme favorise la qualité et la sécurité de la PECM en agissant à la fois sur le circuit logistique et sur la pertinence des prescriptions, médicamenteuses et non médicamenteuses.

Marie-Pierre Sanchez-Largeois & Sophie Bardey (ARS NA)



Auto-évaluer ses pratiques dans le domaine de la maltraitance

En mai 2019, nous évoquions dans ces colonnes la promotion de la maltraitance dans le secteur médico-social. Nous profitons de ce nouveau numéro pour rappeler l'importance de la prévention dans la lutte contre la maltraitance dans tous les secteurs de soins.

Un document, élaboré par le [CEPRAAL](#), a été publié en 2012 sous l'égide de la *Haute Autorité de Santé* (HAS) et la *Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé* (FORAP). C'est un outil d'alerte personnelle qui permet à chaque soignant d'évaluer ses pratiques professionnelles dans le domaine de la maltraitance et de prendre des mesures appropriées

Briques vous le propose sous forme d'un [questionnaire en ligne](#) ; il ne vous prendra que quelques minutes et l'évaluation, anonyme, ne concernera que vous. Etes-vous sûr de n'avoir aucun comportement maltraitant ?

Sophie Bardey (ARS NA)

👉 **Pour en savoir plus :** [La prévention de la maltraitance Grille d'autocontrôle de mes pratiques professionnelles \(outil à destination des soignants\) – Octobre 2012](#)



Evolution du dispositif IFAQ en 2019

L'[arrêté du 18 juin 2019](#) fixe de nouvelles règles pour le calcul de la *dotation complémentaire d'incitation financière à la qualité* (IFAQ) dans les établissements de santé (ES).

Chacun des 12 indicateurs obligatoires retenus ouvrent droit à une dotation, sous réserve d'atteindre le seuil de résultat permettant de rémunérer 70 % des établissements concernés. Lorsqu'elle est disponible, l'évolution des résultats obtenus sera prise en compte pour 40% de la rémunération de ceux-ci. Pour les établissements en sursis de certification (D) ou non certifiés (E), le versement de la dotation IFAQ sera conditionné à l'engagement auprès de l'ARS de la mise en œuvre par l'établissement d'actions prioritaires et sera dédié à leur financement.

Les résultats de la certification sont également pris en compte : les niveaux A et B seront rémunérés, respectivement, à hauteur de 100 % et 75%.

Le montant global distribué en 2019 est de 200 millions d'euros (versus 50 M€ en 2018). Il sera réparti entre 12 groupes de comparaison, établis en fonction du profil et du volume d'activités (5 MCO, 2 dialyse, 4 SSR, 1 HAD). Le montant de la dotation de chaque ES sera calculé au prorata de sa valorisation économique propre.

NB : la forte augmentation des montants alloués au dispositif IFAQ est corrélée au renforcement des contrôles qualité du recueil des indicateurs, dès 2019, avec la possibilité de faire appel à des médecins extérieurs à l'ARS, notamment de l'assurance maladie.



Vaccination des professionnels de santé : comment se repérer ?

Les professionnels de santé sont soumis à une [obligation de vaccination](#) qui varie en fonction des lieux dans lesquels ils exercent ou de la nature de leur activité. En complément de ces vaccinations obligatoires, certaines sont fortement recommandées. C'est le cas de la vaccination antigrippale qui permet de lutter contre la transmission nosocomiale de cette pathologie et de limiter l'infection des personnes âgées ou fragilisées par des pathologies. L'employeur a un rôle essentiel dans les recommandations vaccinales pour prévenir les risques d'exposition du personnel aux agents biologiques.

👉 **Pour en savoir plus :**

- [Article R. 4426-6 du code du travail](#)
- Articles [L.3111-4](#) et [L.311-2 1](#) du code de la santé publique
- [Site Internet de l'ARS NA](#)
- [Site Internet du ministère des solidarités et de la santé](#)



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 ; 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 [rreva-na.fr](#).

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.

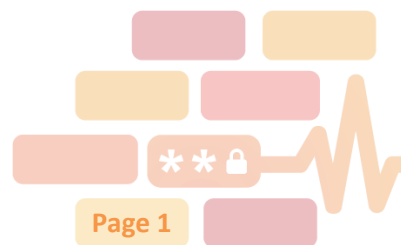
Avec François Jaulin, président de FHS, ils ont élaboré un *serious game* ayant pour thème la check-list « [sécurité du patient au bloc opératoire](#) ». Mis en ligne le 20 mai 2019, [Safe Team Academy](#) plonge le professionnel – infirmière de bloc opératoire (IBODE), infirmière anesthésiste (IADE), 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





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.

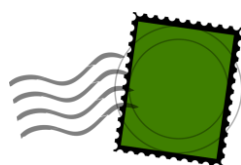
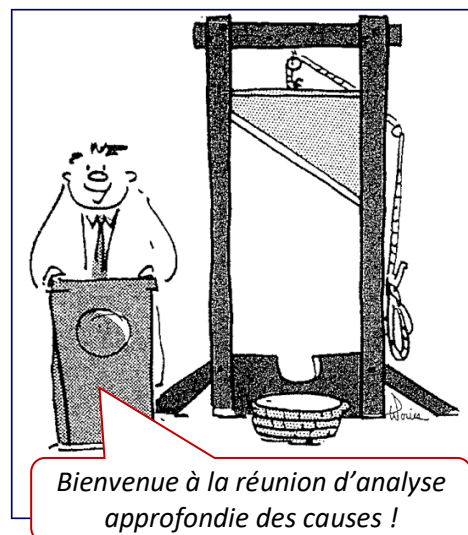
La notion de faute ne peut être retenue lorsque l'erreur n'est pas intentionnelle ou lorsqu'elle est signalée en toute transparence. Il faut qu'il y ait intention de nuire ou répétition de l'erreur faute d'avoir pris les mesures adaptées lors d'une précédente occurrence.

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'identitovigilance ([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 CCECQA](#), 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 ; 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](#).

édito



Vous avez en main le 15^e numéro de **Briques** que nous sommes heureux de vous offrir pour égayer vos longues soirées hivernales.

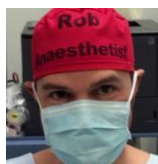
Comme d'habitude, son contenu est très éclectique. Nous n'avons pas hésité à vous lancer des défis pour améliorer la sécurité des soins, en termes :

- de choix vestimentaire (un peu comme à Poudlard*, le chapeau magique de bloc indiquera votre prénom et votre fonction) ;
- d'évaluation des pratiques en antibioprophylaxie chirurgicale, où les pistes d'amélioration restent nombreuses ;
- de démarche de bientraitance ;
- de prévention et de signalement des maladies infectieuses...

Bonnes fêtes de fin d'année !

Le comité éditorial

* *Harry Potter* de J. K. Rowling



Le défi des calots de bloc

Rob Hackett, médecin anesthésiste australien, s'est rendu compte que certains événements indésirables étaient liés au fait que, dans les blocs opératoires ou des services comme la réanimation, les professionnels étaient vêtus de façon similaire, ce qui pouvait générer des quiproquos favorisant la survenue d'incidents voire d'accidents graves. Les méprises entre professionnels étaient usuelles et engendraient des situations à risques importantes. Il a eu alors l'idée d'utiliser un objet porté par tous – le calot de bloc – pour les aider à identifier plus facilement les différents intervenants avant de lancer un défi aux professionnels, en 2017, qu'il nomme *Theatre Cap Challenge* : il suffit d'écrire au marqueur son prénom et sa fonction sur son calot. Le défi est relayé sur les réseaux sociaux ([#theatrechallenge](#)) et le site [PatientSafe Network](#).

L'action s'appuie sur les constatations suivantes :

- on ne retient pas l'identité et les fonctions de tous les intervenants, sans compter les étudiants et les intérimaires ;
- nommer un interlocuteur par son prénom capte l'attention et permet une communication plus aisée ;
- cela évite des erreurs d'interlocuteurs et permet de reconnaître les compétences présentes autour de l'intervenant principal.

Au début, tous les collègues de Rob Hackett n'ont pas adhéré à cette idée, pour ne pas parler d'oppositions farouches. Mais, de plus en plus de soignants ont commencé à réaliser la valeur de l'action et l'ont intégrée dans leur pratique. Depuis, de nombreuses équipes ont rallié le défi à travers le monde. Cette initiative est aujourd'hui reconnue par des professionnels du management en qualité et gestion des risques qui appuient et encouragent cette pratique. Des fournisseurs de calots anglo-saxons, commencent à proposer des coiffes personnalisables.

Serez-vous la prochaine équipe française à relever ce défi du calot de bloc pour améliorer la sécurité des soins ? Si oui, attention à le faire dans les règles, car une coiffe en tissu mal gérée contribue au risque d'infection du site opératoire ! Avant toute action, contactez votre équipe d'hygiène et suivez les recommandations actualisées sur le site [préventioninfection.fr](#). Pour information, le groupe *Facteurs humains en santé* (cf. [Briques n° 13](#)) proposera bientôt un calot écologique en tissu produit en France.

Nathalie Robinson (PRAGE)

➡ **Pour en savoir plus** : voir la page et les vidéos (en anglais) sur le site [PatientSafe Network](#).



Pourquoi faut-il évaluer l'antibioprophylaxie chirurgicale ?

L'antibioprophylaxie est la mesure de prévention la plus efficace pour réduire le risque de survenue d'une infection du site opératoire. Elle s'inscrit parallèlement dans la politique nationale de bon usage des antibiotiques visant limiter la survenue de résistances bactériennes. En 2018, les pratiques d'antibioprophylaxie ont fait l'objet d'une [actualisation par la Société française d'anesthésie et de réanimation \(SFAR\)](#). Il paraît donc opportun de s'assurer de l'application de ce référentiel dans les établissements ayant une activité de chirurgie et de médecine interventionnelle.

En Nouvelle-Aquitaine, une étude sur cette thématique a été promue par le [CCECQA](#) et le [CPIAS](#) au cours de l'année 2018 ([Campagne eFORAP 2018](#)) afin d'évaluer la conformité des pratiques, de comprendre les écarts observés et de mettre en place des actions d'amélioration adaptées. Elle a concerné 9 actes traceurs de spécialités différentes : prothèse totale de hanche de première intention, cataracte, résection transurétrale de prostate, césarienne, hystérectomie, chirurgie des voies biliaires, chirurgie bariatrique, endoprothèse vasculaire, mise en place de stimulateur. Le projet a combiné 3 méthodes : un audit organisationnel, un audit de pratique clinique de la prescription antibiotique ciblant 6 critères d'évaluation (réalisation de l'antibioprophylaxie, antibiotique, délai d'injection, dose, réinjection, durée) et une analyse approfondie des causes des écarts observés.

Au total, 33 établissements de santé publics ou privés se sont mobilisés avec 2 423 dossiers évalués et 26 analyses approfondies réalisées. La conformité cumulative aux 6 critères de prescription était de 16 %. Les principaux écarts concernaient : d'une part le délai d'injection pour l'ensemble des chirurgies : 20 % des délais étaient conformes aux attentes de l'étude (à savoir un délai de 30 minutes $\pm$ 5 minutes entre injection et incision) ; et d'autre part l'adaptation posologique en cas d'obésité des patients (avec 51 % de conformité en chirurgie bariatrique et 73 % en chirurgie des voies biliaires). L'analyse des écarts de pratiques a permis de proposer des actions d'amélioration. Les principales concernent un meilleur accompagnement des référentiels et une communication plus développée au sein des équipes. Une organisation optimisée avec une meilleure définition des rôles et une mise à disposition d'outils informatiques adaptés doivent contribuer également à améliorer les pratiques d'antibioprophylaxie. Les [résultats de cette campagne](#) sont accessibles sur le site du CCECQA.

Une des perspectives à venir est de pouvoir proposer périodiquement cette évaluation régionale à un plus large éventail de structures. Celle-ci peut permettre, par ailleurs, de répondre au critère de certification de la v2020 spécifique à l'antibioprophylaxie.

Christophe Gautier (CPIAS NA) & Catherine Pourin (CCECQA)

👉 **Pour en savoir plus :** Tuto du CPIAS NA sur l'[antibioprophylaxie](#) et vidéo du CCECQA sur l'[analyse des écarts](#).



Comment évaluez-vous vos pratiques en termes de maltraitance ?

A ce jour, 35 participants ont répondu au questionnaire anonyme d'auto-évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de la maltraitance proposé dans le [Briques n° 13](#) de juillet dernier. Cet effectif est trop faible pour pouvoir en faire une évaluation détaillée, mais nous pouvons donner un aperçu de la perception de leurs pratiques par les professionnels qui ont participé :

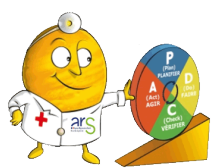
- 10 réponses (37 %) « *Parfaitement bien-traitantes : mes pratiques sont exemplaires !* »
- 16 réponses (59 %) « *Parfois limites : je dois faire des efforts à faire pour que mon rôle de soignant/accompagnant reste strictement professionnel.* »
- 1 réponse (4 %) « *Plutôt déviantes : j'ai pris conscience que je dois y remédier rapidement, pour améliorer la qualité de mes prises en charge et pour assurer ma sécurité personnelle.* »

Reconnaître les limites ou les déviations possibles de ses pratiques, n'est-ce pas finalement admettre, comme le dit un proverbe vietnamien, que *la perfection n'est pas de ce monde* et que tout professionnel est confronté au risque de maltraitance ? Ainsi, la promotion de la bientraitance implique une culture de questionnement permanent et surtout l'écoute de la parole (des professionnels et des usagers).

Alors n'hésitez pas à échanger autour de la grille d'évaluation CEPRAAL ou d'y répondre *via* notre [questionnaire en ligne](#).

Sophie Bardey (ARS NA)

👉 **Pour en savoir plus :** [Guide et outils pour le déploiement de la bientraitance](#) (HAS)



Une démarche de certification ISO exemplaire

Le 10 juillet dernier, la Maison de santé Marie Galène à Bordeaux est devenue le premier établissement certifié à double titre par l'Association française de normalisation ([AFNOR](#)), à la fois pour le management de la prise en charge médicamenteuse (norme ISO 9001, version 2015) et pour le management du développement durable en santé (ISO 14001). Une belle récompense pour un établissement en avance sur son temps et un modèle à partager !

La Maison de santé de Marie Galène regroupe un pôle palliatif et pôle SSR de 73 lits et places, une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) et un centre de formation. Elle met en œuvre depuis 2007 une politique de développement durable afin de réduire ses impacts sur l'environnement. La démarche de certification, qui va au-delà des critères obligatoires, associe l'ensemble des parties prenantes : personnels, sous-traitants et usagers. Elle s'exerce dans 6 grands domaines : énergie, air, eau, qualité de vie, achats et déchets.

Impacts sur la structure

Outre la reconnaissance de cette double démarche par un organisme indépendant, nous notons d'ores et déjà l'engouement de nos collaborateurs pour ces actions vertueuses. La boîte à idées mise à la disposition des salariés de l'établissement dans l'application *BlueMedi®*, contient de très nombreuses propositions d'amélioration, qui nous confortent dans cette approche et nous incitent à aller encore plus loin. La valorisation et la rétro-information des actions menées ([site Internet](#), journal interne, réunions d'information, journées de sensibilisation...) entretiennent cette dynamique.

Prospective

L'établissement participe actuellement au projet CALYPSO, en partenariat avec le *Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins* (CPIAS) de Nouvelle-Aquitaine, l'*Institut national de la santé et de la recherche médicale* (INSERM), la Région Nouvelle-Aquitaine, le centre hospitalier universitaire (CHU) et l'université de Limoges. Il traite de la qualité des effluents éliminés dans le collecteur public des eaux usées afin de réduire les résistances bactériennes générées par les antibiotiques.

Enfin, nous envisageons d'avancer encore plus loin en matière de « management par la qualité » et réfléchissons à d'autres modes de reconnaissance, peut-être au niveau européen. Mais il nous faut, en amont, améliorer notre pratique de la langue anglaise !

Michelle Rustichelli, Directrice de la maison de santé Marie Galène



Brèves

- L'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) publie les premiers [guides professionnels de formation continue à la radioprotection des patients](#) destinés aux professionnels de santé concourant à des pratiques interventionnelles radioguidées. Ils concernent les manipulateurs.trices d'électroradiologie médicale (MERM) et les infirmières.ères de bloc opératoire (IBODE). Saviez-vous que, d'après le [code du travail](#), les *personnes compétences en radioprotection* (PCR) sont également des *conseillers en radioprotection* (CRP) ?
- Publication d'un nouveau [Message d'information régional sur les événements sanitaires indésirables](#) (MIREs) en lien avec une erreur de reconstitution d'un médicament injectable.
- L'échelon régional de *matéiovigilance et de réactovigilance* et l'*Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique* (OMEDIT) de Nouvelle-Aquitaine mettent à disposition des documents d'information sur les dispositifs médicaux implantés sous forme d'[affiche](#) et de [dépliant](#).
- Publication d'un [quiz sur la prise en charge d'un cas clinique de pathologie pulmonaire](#) par le groupe de travail *Pertinence de la prescription médicamenteuse* du RREVA-NA.
- Le réseau des *Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance et l'addictovigilance* (CEIP-A) a édité son [dernier bulletin d'addictovigilance](#) intitulé « En 2018, quels sont les médicaments présents sur les ordonnances suspectes de falsification ? ». Il décrit comment le panorama des médicaments détournés *via* les ordonnances falsifiées a été fortement modifié en 2018.
- Prochaines formations de l'[OMEDIT NA](#) sur la politique du médicament en EHPAD : le 13/02/20 (à Bordeaux) et le 14/02/20 (à Poitiers).



Prévenir le risque infectieux dans le secteur médico-social

Le 5 novembre dernier, les EHPAD et autres établissements médico-sociaux (EMS) étaient invités par le *Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins* de Nouvelle-Aquitaine (CPIAS NA) à participer pour la 12^{ème} année consécutive à une journée d'information et de sensibilisation sur la prévention du risque infectieux. Un moment toujours aussi riche pour les professionnels du secteur médico-social qui ont pu échanger autour de thématiques diverses comme le bon usage des antibiotiques en EMS, les infections urinaires chez la personne âgée, la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière, la prévention des infections liées à l'utilisation des cathéters, les risques liés à l'eau chaude sanitaire...

Lors de cette journée, des [affiches sur le port du masque](#) ont pu être distribuées pour promouvoir leur utilisation dans les EMS. Ces temps d'échanges ont aussi été l'occasion de rappeler l'importance de la vaccination des professionnels de santé dans la prévention de la grippe et de la mise à disposition des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour optimiser la prise en charge curative des cas et prophylactique de leurs contacts à risque.

Pour mémoire, depuis le 30 septembre, tous les EHPAD doivent désormais signaler les cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) ou de gastro-entérites aiguës (GEA) via le [portail de signalement](#).



Maladie nécessitant une intervention de l'autorité sanitaire et une surveillance continue

- ☐ Infection Respiratoire Aigue (IRA) - déclaration - 1ère partie
- ☐ Infection Respiratoire Aigue (IRA) - déclaration - 2ème partie
- ☐ Gastroentérite Aigue (GEA) - déclaration - 1ère partie
- ☐ Gastroentérite Aigue (GEA) - déclaration - 2ème partie
- ☐ Maladies à déclaration obligatoire (MDO)

Christophe Gautier (CPIAS NA) & Sophie Bardey (ARS NA)

Pour en savoir plus :

- [Mise à disposition de TROD GRIPPE en EHPAD](#) (site de l'ARS NA)
- [Diaporama de la journée](#) (site du CPIAS NA)
- [Instruction n° DGS/SP1/VSS/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2019/185](#) du 7 août 2019 relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière
- [Instruction n° DGS/VSS1/DGCS/SPA/2019/211](#) du 30 septembre 2019 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées



Prix « Culture de sécurité 2019 »

A l'occasion de la *semaine de sécurité des patients* 2019, l'ARS NA avait lancé un appel à candidature pour valoriser les actions remarquables et facilement généralisables en région dans le domaine de la sécurité des prises en charge. L'ARS a reçu 37 dossiers sur [demarches-simplifiées.fr](#). Le jury (ARS + CPIAS + OMEDIT + CCECQA) a retenu 6 projets à valoriser : 4 en établissements de santé (1 film sur les erreurs au bloc opératoire, 2 *escape games* sur le circuit du médicament et les erreurs médicamenteuses, 1 livret d'information sur l'usage des médicaments stupéfiants), 1 en médico-social (kit de sensibilisation sur les épidémies virales) et 1 « grand public » (jeux sérieux sur les anti-infectieux). Félicitation aux lauréats qui seront gratifiés du prix « Culture de sécurité 2019 » et de l'attribution d'une subvention.

Les actions seront valorisées dans la prochaine version de la boîte à outils SSP ainsi que sur Internet.

Serez-vous prêt pour candidater lors du prochain appel à candidature qui devrait être lancé avant l'été 2020 ?



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 ; 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](#).