

# ÊTRE PRODUCTIF N'EST PAS CONTRAIGNANT POUR LA QUALITÉ DES SOINS

Dr Bannour Naija Wadiaa

Médecin hygiéniste

Coordinatrice du système d'information médicale au CHU F H  
Sousse

Expert visiteur de l'INAES

## Cas réel:

Admission 1: Monsieur Mohamed Achour (chirurgie de cataracte) compliquée d'une Endophtalmie,

Faite venir le cataracte au bloc, le 17B (erreur de malade, de dossier, médicament, chirurgie) (**pas de procédure d'IV, ni dossier informatisé**)

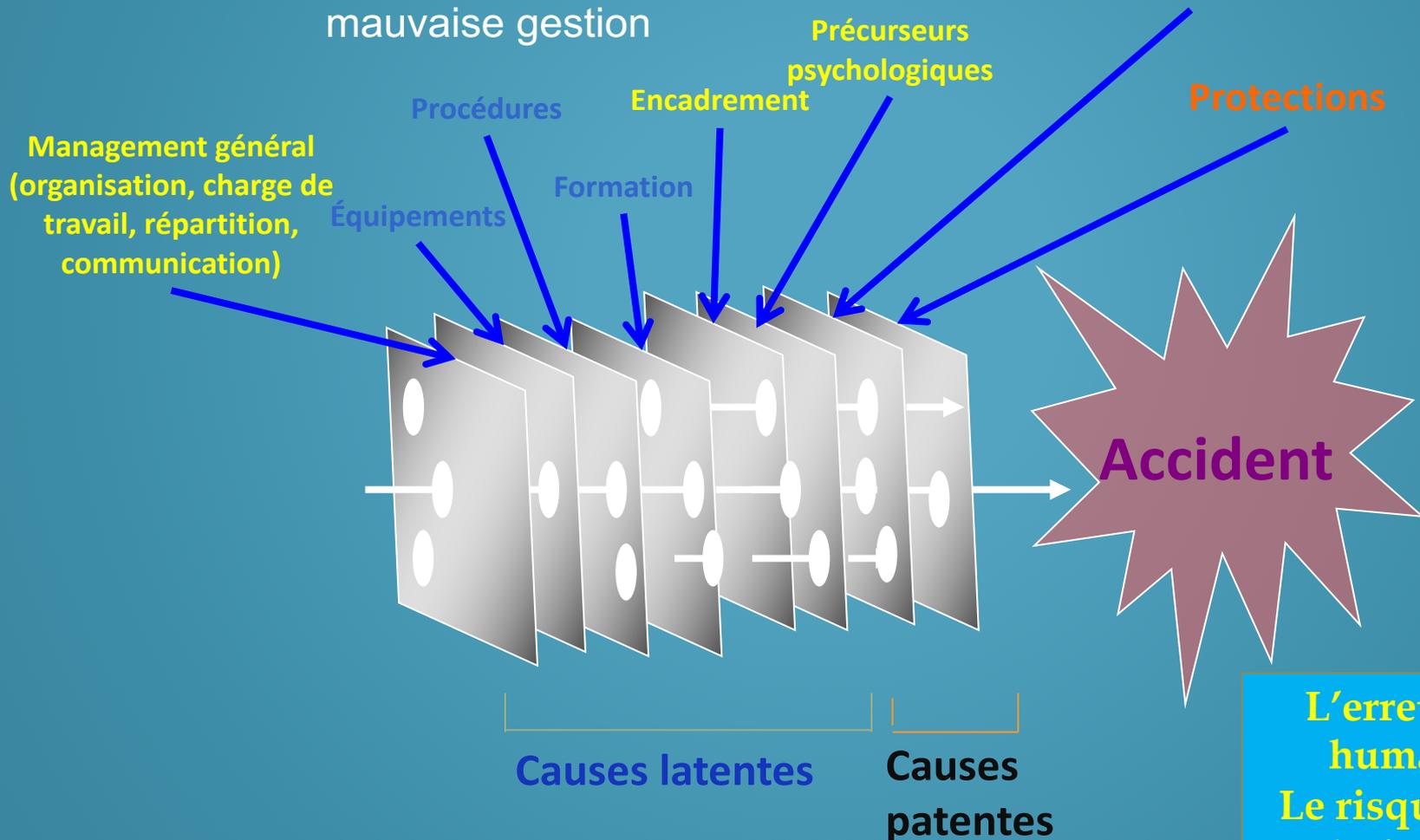
- Erreur dilatation (**surcharge dans le service**)
- Erreur antibioprophylaxie lors de la chirurgie (**omission par le chirurgien**)
- ▣ Multi-hospitalisée (diabète, ATCD) mais personne ne pense à en chercher (**interne jeune sans encadrement**)

Admission 2 : bien sur on se souvient de lui mais pas de son dossier

- Au tél le médecin, gentil, prescrit du cipro/tienam,) **sans trace dans le dossier/pas de prélèvements microbio avant prescription**
- Evènement non déclaration (**pas de procédure d'infectiovigilance**)
- ▣ On lui pose gentiment la question avez-vous mal? **sans tracer, sans se préoccuper (pas de procédure de PEC)**
- ▣ On lui donne le plateau repas du voisin et personne ne réclame,
- ▣ **Sa vision a été récupérée. Sorti content** parce qu'il a récupéré sa vision (souriant distribution de chocolat), l'Evenement est aussitôt oublié
- ▣ EI évitable? Performance, efficacité ?????
- ▣ **Accréditation même pas dans les rêves!!!!!!**

La survenue d'un accident ne résulte pas seulement d'une erreur humaine individuelle.

## Approche systémique des risques Modèle de James REASON



L'erreur est humaine  
Le risque zéro n'existe pas

# Facteurs qui influencent la qualité des soins et la performance

<u>Facteur contributif</u>	Types
Institutionnel	Réglements, politique, contraintes économiques, restructurations, liens avec d'autres établissements
Organisation	Gouvernance, moyens alloués, <u>gestion des ressources humaines, culture qualité et sécurité</u>
Environnement de travail	Matériel, locaux, équipement, ergonomie
Equipe	<u>Communication, supervision, composition des équipes, dynamique et interactions entre les personnes</u>
Procédures opérationnelles	Conception, <u>planification</u> , lisibilité des tâches, procédures existantes, acceptées et opérationnelles
<u>Individuels</u>	<u>Capacités techniques, compétence, formation, motivation, stress ou fatigue</u>
Patient	Antécédents, traitements, pathologies associées, âge, compréhension

# Les limites de la responsabilité

Staines Improvement Research

## Notre responsabilité à l'égard de nos comportements

### Erreur humaine

Inadvertance  
Raté, lapsus,  
étourderie

### Gestion

- Processus
- Procédure
- Formation
- Conception du système



David Marx, Outcome Engenuity

# Les limites de la responsabilité

taines Improvement Research

## Notre responsabilité à l'égard de nos comportements

### Comportement à risque

Choix : risque non perçu ou estimé justifié

### Gestion

- Enlever les incitations aux comportements à risque
- Créer des incitations pour comportements sains
- Améliorer la prise de conscience



# Les limites de la responsabilité

## Notre responsabilité à l'égard de nos comportements

### Comportement téméraire

Choix conscient et injustifié d'ignorer un risque évident

### Gestion

- Montrer l'exemple
- Action corrective
- Dissuasion
- Action disciplinaire



# Les limites de la responsabilité

taines Improvement Research

## Notre responsabilité à l'égard de nos comportements

### Volonté de nuire

Choix de nuire à autrui avec intention malveillante.  
Maltraitance.

### Gestion

- Dissuasion
- Action disciplinaire

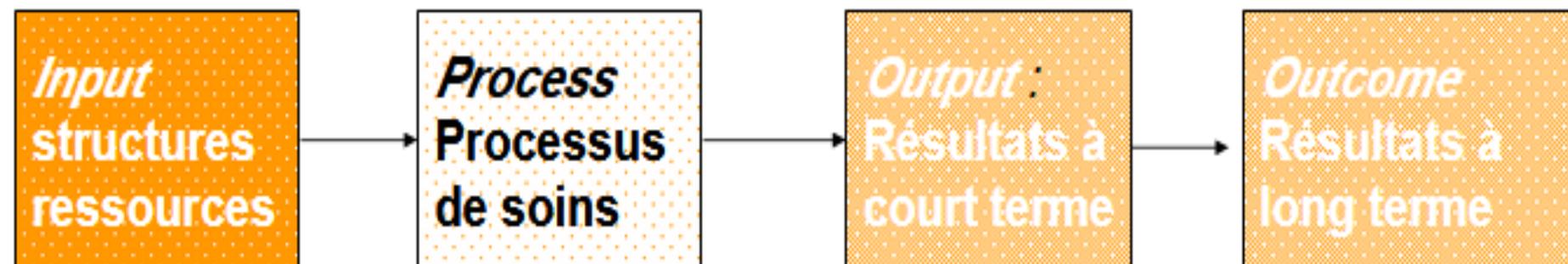


# Etude française SFAR--INSERM

26 % des décès analysés

- ▣ Mauvaise orientation des patients: 38 %  
d'entre eux
- ▣ Programmation opératoire inadéquate: 31 %
- ▣ **Pression de production excessive: 20 %**
- ▣ Organisation des systèmes de garde  
défaillante: 11 %

Lienhart A., Auroy Y., Pequignot D. et al. -- Survey of anesthesia--related mortality in France. Anesthesiology, 2006



*Avons nous les  
moyens de bien  
faire ?*



Equipements  
Ressources humaines  
Ressources financières

*Faisons nous  
comme il faut  
faire ?*



Organisation, coordination  
Respect des  
recommandations pour la  
pratique professionnelle  
Niveaux de recours à  
certaines procédures  
(recommandées)

*Avons nous de  
bons résultats ?*



Implicites : Satisfaction, Qualité de vie  
Explicites :  
• Etats de santé (complications mortelles  
et morbides, handicap)  
• Indicateurs médico-économiques et  
d'efficacité (dépenses, DMS, nombre de  
séjours/ETP...)

# Deux notions complémentaires

## LA QUALITÉ (OMS)

- ▣ Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, – conformément à l'état actuel de la science médicale, – **au meilleur coût pour un même résultat, – au moindre risque iatrogène et – pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.**
- ▣ **Résultat de la productivité**

## LA PRODUCTIVITÉ

- ▣ En principe, la productivité devrait être définie en fonction du lien entre les résultats dans le domaine de la santé (protection ou amélioration de la santé pour les particuliers ou les populations) et les intrants requis des ressources humaines dans le secteur de la santé (temps, effort, compétences, connaissances).
- ▣ **La non qualité est contre productive**

# Un peu d'histoire

- ▣ Le 1/11/1755 à Lisbonne, Portugal
- ▣ Séisme: 3 secousses de forte intensités de magnitude entre 8,5 et 9: 85 % des bâtiments détruits
- ▣ Les survivants se réfugient sur le port: Tsunami: 3 vagues successives de 3 à 5 m dévastent ce qui reste du port et du centre ville
- ▣ Les survivants retournent dans les zones périphériques «épargnées»
- ▣ Incendie gigantesque: durant 5 jours les zones «épargnées» sont la proie des flammes, Les survivants ne comprennent plus
- ▣ Au total : Entre 50 000 et 100 000 morts pour 275000 habitants

# Conséquences du 1/11/1755

- ▣ Economiques, humaines, géographiques: Les principaux ports d'Andalousie et de Galice (Cadix, Séville, La Corogne) sont eux aussi détruits. Symétriquement, les villes de Tanger, Fès, Meknès, Marrakech sont détruites. Les côtes nord-africaines ravagées
- ▣ Le tsunami atteint les caraïbes
- ▣ Le tsunami est ressenti jusqu'en Finlande

# Immense Interrogation

- ▣ Les portugais se considèrent comme extrêmement pieux
- ▣ Ils bâtissent des couvents, des églises, des cathédrales
- ▣ Remise en cause:
  - Soit la catastrophe et ses conséquences sont l'œuvre de Dieu et la REC de l'ordre religieux, moral, politique et économique
  - Soit la catastrophe est l'œuvre de l'Homme , remettre en cause le travail humain
- ▣ Réflexion populaire et intellectuel dans toute l'Europe

# Conséquences immédiates

- ▣ Le premier ministre portugais envoi un questionnaire dans toutes les paroisses: Naissance du premier questionnaire dans le monde: 2 volets
- ▣ Les dégâts: Combien de temps a duré le tremblement de terre? Combien de répliques ont été ressenties?, Quel type de dommage a été causé?, Les animaux ont-ils eu un comportement étrange? • Qu'est-il arrivé aux puits et aux points d'eau?
- ▣ Pourquoi les grecques ont été épargnés?: benchmarking, expertise et la notion de qualité des construction

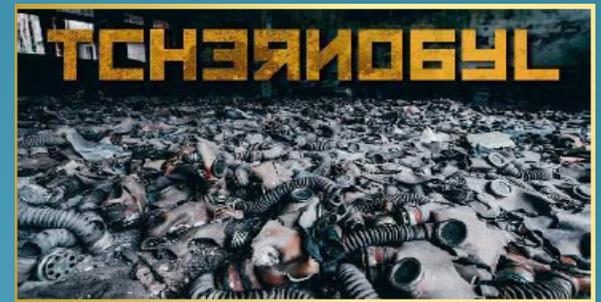
# Conséquence sur les politiques et les stratégies

- ▣ La religion devient intimiste (laïcité)
- ▣ Naissance du concept de responsabilité humaine en Europe
- ▣ Emergence des notions de sécurité/sureté/analyse des risques/prévention/bonnes pratiques/assurance qualité/
- ▣ Projet qualité/ EPP/CREX, RMM, ...

## Atteint

- ▣ Plusieurs domaines: aviation/ industrie/ **santé**

# L'accident de Tchernobyl: une leçon dans la gestion des risques



- ▣ L'analyse de l'accident:
  - L'information ne circule pas bien
  - Une politique de sanction qui a empêché le signalement des événements
  - Une normalisation de la déviance
  - Une préférence de la productivité au dépend de la sécurité
  - Beaucoup de défaillances organisationnelles
  - Pas de culture de gestion des crises et des accidents imprévus

# Modèles de Sécurité



Situation dans laquelle quelqu'un, quelque chose n'est exposé à aucun danger, à aucun risque

Sécurité  
réglée

+

Sécurité  
gérée

=

Produire  
dans la  
sécurité

Prévoir le mieux possible

- ✧ Expertise
- ✧ Barrières techniques
- ✧ Règles et procédures

Faire face à l'imprévu

- ✧ Compétences
- ✧ Capacités d'apprentissages
- ✧ Adaptation

Se préparer au prévisible  
et faire face à l'imprévu



# Évolution du rapport soignant-soigné

- ▣ Soigné: passage du statut de patient qui subit les soins à client utilisateur des soins à patient partenaire dans les soins (centre de soins , gestionnaire dans les soins (patientèle) .....
- ▣ Soignant: missionnaire (volontaire), employé (obéit aux ordres des supérieurs, technicien des soins), professionnel(impliqué dans les parcours de soins, gestionnaire de risque, et responsable de ce qu'il produit)

# La qualité des soins : quelques définitions (1)

## Donabedian

Soins qui « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfique/risque à chaque étape du processus de soins »

## OMS

« Le système de soins doit garantir que chaque patient reçoit la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui assure un meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel des connaissances médicales, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins... »

## IOM

« la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment »

# Améliorer la qualité c'est améliorer les composantes ...

1. l'efficacité
2. la qualité technique
3. la sécurité
4. l'accessibilité
5. l'efficience technique
6. **la productivité**
7. la satisfaction des patients et des professionnels
8. la continuité
9. **le rendement**
10. **la pertinence**

## Tableau B.4.1. Mesures pour un travail d'équipe efficace

### Résultats mesurables d'un travail d'équipe efficace

		Bénéfices individuels	
<i>Bénéfices organisationnels</i>	<i>Bénéfices pour l'équipe</i>	<i>Patients</i>	<i>Membres de l'équipe</i>
Diminution de la durée et des coûts d'hospitalisation	Meilleure coordination des soins	Meilleure satisfaction à l'égard des soins	Meilleure satisfaction au travail
Diminution des admissions imprévues	Utilisation efficace des services de santé	Acceptation du traitement	Rôles plus clairs
Meilleure accessibilité pour les patients	Meilleure communication et plus grande diversité professionnelle	Meilleurs résultats de santé et qualité des soins Diminution des erreurs médicales	Amélioration du bien-être

Source : Adapté de Mickan SM, Rodger SA. *Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions*. Journal of Interprofessional Care, 2005 [16].

# Qualité des soins

Des soins de santé de grande qualité sont :

- ▣ fondés sur les données probantes (connaissances scientifiques )
- ▣ axés sur le patient
- ▣ sécuritaires (prévention des préjudices causés aux patients à la suite des soins) ex: la déclaration des incidents et des accidents offerts en temps opportun
- ▣ **Personnel qualifié avec respect de la qualité de vie au travail**
- ▣ **donnent les résultats attendus (performance, efficacité, productivité)**

# Du concept de productivité au concept de performance

- ▣ Soins accessible, des soins efficaces, adéquat, continu, sécuritaire et centralisé sur le patient et ses besoins), l'efficacité et la durabilité du système. L'équité a été considérée comme une dimension transversale.
- ▣ **Systeme de santé qui obéit aux exigences de qualité et de sécurité et qui répond aux besoins des patients et de la population**

« Les choses en médecine ne se mesurent et ne se considèrent que par leurs sens et effets. » *Ambroise Paré*

# Dans le monde .....

## Les enjeux des systèmes de santé ! Les mêmes partout ????

- Au Québec/Canada
  - • pénurie de main-d'œuvre ;
  - • répartition géographique inadéquate des effectifs;
  - • vieillissement de la main-d'œuvre et de la population ( patients);
  - Augmentation des coûts
  - Cohabitation de plus en plus grande du secteur public et du privé
  - • diminution de la qualité de vie des travailleurs du réseau ; absorption des fusions d'établissements
  - Rétention du personnel, de son expertise a des impacts notamment sur les soins ( continuité, qualité..... ) donc la satisfaction des patients et du personnel de l'hôpital sont sous la loupe

Tunis 28-29 octobre 2016



**Lyne Pelletier**

*Consultante en gestion de la qualité*

Courriel : [lynepelletier01@gmail.com](mailto:lynepelletier01@gmail.com)

# Dans le monde .....

## Tunisie

### Comité technique du dialogue sociétal (2014)

- . Les administrateurs, les gestionnaires et les financiers poursuivent des buts de **rationalisation des dépenses, (coûts) de rentabilité et d'efficacité**. Les professionnels sont avant tout soucieux des conditions de travail : **disponibilité de personnel qualifié et en nombre suffisant, pénurie** adéquation des locaux, nombre et qualité des équipements, etc. ...  
..... Les usagers, malades ou utilisateurs, à quelque titre que ce soit des services de soins, ont un double souci : un souci de « technicité » ("avoir ce que la Science médicale a de mieux à offrir » **choix privé/public** ) et un souci de confort (être respectés dans leur libre choix, dans leur pudeur, dans leur dignité). Ils sont, à la différence de la majorité des professionnels, portés à concevoir les soins comme étant à la fois basés sur la science (aspects techniques des soins) et exercés comme un art (humanisation)

# Dans le monde .....

## Ailleurs dans le monde :

- La réalité du système de santé américain place les établissements, dont plusieurs sont des entreprises privées, en situation de concurrence. Dans ce contexte, **améliorer l'expérience client** devient incontournable pour attirer une nouvelle clientèle (Leatherman, 2002).
- En France la HAS ( Haute Autorité de Santé) a inclus dans la dernière révision de ses normes d'évaluation de la qualité, accréditation, celle de **la qualité de vie au travail**
- Le CQA (Conseil Québécois d'Agrément) a fixé depuis 20 ans dans ses exigences d'accréditation la **réussite d'un sondage sur le climat organisationnel ( qualité de vie au travail et d'un sondage sur l'expérience client (sa satisfaction)**

# Les challenges

- ▣ Augmentation de la performance
- ▣ Amélioration de la qualité
- ▣ Garantie de la sécurité et de la gestion des risques
- ▣ Une qualité de vie au travail meilleure

- **Indépendance professionnelle:** « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* »

Cette indépendance est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé seulement par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du patient.

# *Guide pédagogique de l'OMS: pour la sécurité des patients: Etre un membre efficace en équipe*

Il est de plus en plus important de **pouvoir compter sur des équipes efficaces dans le domaine de la santé** en raison des facteurs suivants :

- l'augmentation de la complexité et de la spécialisation des soins ;
- les comorbidités en hausse ;
- l'incidence croissante des maladies chroniques ;
- la pénurie générale de main d'œuvre ;
- les initiatives en matière de sécurisation des horaires de travail.

# L'équipe de soins performante améliore la sécurité

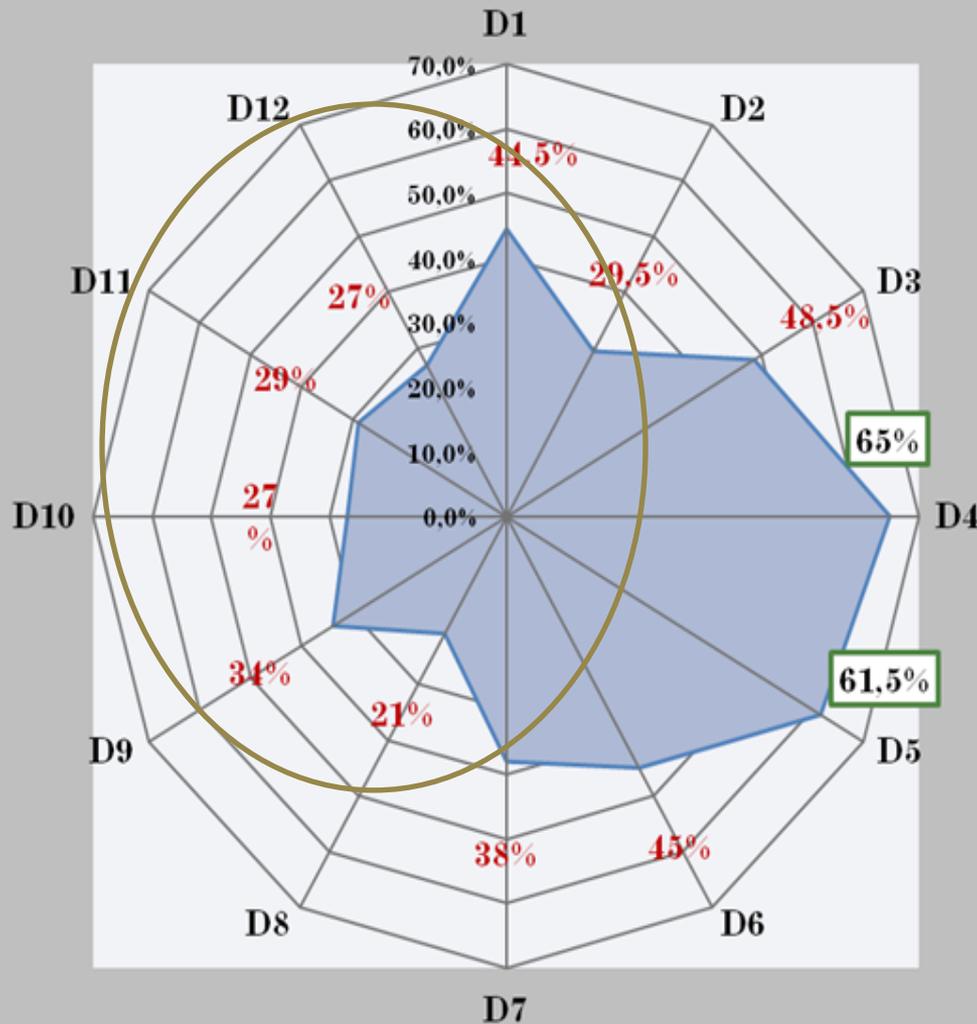
## Dédale; Erreurs et fiabilité humaine ; 1993

- Dans la réalisation d'une activité complexe une personne commet 3 à 5 erreurs par heure.
- 80% de ces erreurs sont récupérées par celui qui les a commises.
- Mais qu'en est-il des 20% restantes ?
- Certaines d'entre elles sont récupérées par l'ergonomie du système, le patient et ...**par les autres membres de l'équipe.**

## C.VINCENT; The Essentials of Patient Safety; 2011

- L'amélioration de la sécurité passe avant tout par le facteur humain : ...Le travail en équipe doit être privilégié.
- **Une équipe qui fonctionne bien est plus efficace et commet moins d'erreurs qu'un individu isolé.**

# Diagramme en araignée résumant les réponses positives en rapport avec les différentes dimensions de la culture de la sécurité des patients (n=600).



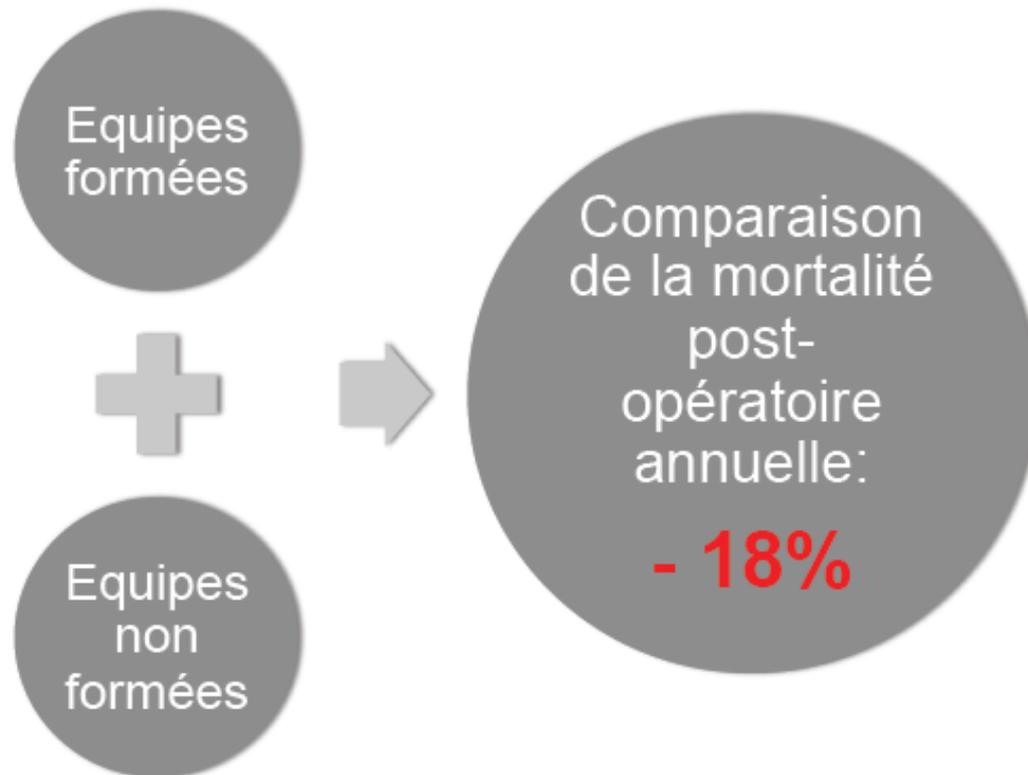
D1	La perception globale de la sécurité
D2	La fréquence des événements rapportés
D3	Les attentes du superviseur et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients.
D4	L'apprentissage et la formation continue
D5	Le travail d'équipe au sein des unités
D6	La communication
D7	Le feedback
D8	La réponse non punitive à l'erreur
D9	Les ressources humaines
D10	Leadership de l'hôpital
D11	Le travail d'équipe à travers les différents services de l'hôpital
D12	La transmission et le transfert entre les services

Les solutions pour assurer  
performance et sécurité

# Climat organisationnel /le travail en équipe pour la performance

1. **Leadership** : *Aptitude d'une personne ou d'un groupe à exercer une influence dominante sur d'autres personnes*
2. **Communication** :. *Surtout entre administration et corps soignant (une bonne circulation de l'information).*
3. **Soutien** : *la notion de «coaching», de supervision et de valorisation des employés et des membres des équipes. Il implique que les gestionnaires fournissent les ressources adéquates, l'entraînement nécessaire à l'atteinte des résultats attendus et la reconnaissance des efforts accomplis.*

## Impact d'un programme de formation: étude du VHA (Neily et al, JAMA 2010)



# Climat organisationnel /qualité de vie au travail

4. **Collaboration** : *présence d'un esprit d'équipe ou d'une capacité à travailler en équipe.*
5. **Implication** : *L'organisation n'implique pas une personne, elle s'implique elle-même. L'implication se traduit par un engagement de la personne dans ce qu'elle fait.*
6. **Réalisation** : *Les employés les plus créatifs recherchent dans leur milieu de travail, des occasions de changer des choses, d'innover et de créer*



# SHARE

1. Standardiser (les pratiques, les transmissions)
2. Harmoniser (rationnaliser)
3. Aider: coaching technique et social
4. Rendre compte: tracer et évaluer
5. Eduquer



# L'importance de la mesure et du feedback





**Au début, était la performance...**  
***L'accident était un prix accepté, consenti au travail.***

***“Quality is never an accident, it is always the result of an intelligent effort” John RUSKIN***



We will fulfill our promise to those we serve by delivering Healthcare That Works, Healthcare That Is Safe, and Healthcare That Leaves No One Behind, for life.