

all teach,
all learn*

* inspired by IHI

17

GÉNÉRALISER LA DÉCLARATION ET LA GESTION DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES

Notifier les incidents, un pilier de la sécurité ?

Page 2

La qualité vue par Dr Lotfi Benmosbah, Président de la Société Tunisienne de gestion des risques en établissements de santé (SOTUGERES)

Page 3

La gestion des événements indésirables : une des priorités du Livre Mauve

Page 4

La gestion des événements indésirables en maison de repos, l'expérience du groupe santé CHC

Page 8

Est-ce possible chez vous ?

Page 10

Veille documentaire

Page 12





Le Magazine de la PAQS est une publication de la PAQS ASBL
Clos Chapelle-aux-Champs, 30
bte 1.30.30
1200 Bruxelles

Editeur responsable
Denis Herbaux

Conception et réalisation
Audrey Mattelet

Nous remercions toutes les personnes ayant collaboré à ce numéro :
Dr Lotfi Benmosbah, Christine Drummen, Denis Herbaux, Laure Istas, Stéphanie Kauffman, Marius Laurent, Audrey Mattelet, Ana van Innis

Nous remercions l'IHI de nous permettre l'utilisation de leur mantra sur notre couverture.

Impression
Media Process
Chaussée de Louvain, 775
1140 Bruxelles

Les articles publiés n'engagent la responsabilité que de leurs auteurs.

Toute reproduction, même partielle, des articles de la publication du Magazine de la PAQS doit faire l'objet d'une autorisation préalable de la PAQS ASBL.



Avec le soutien de



NOTIFIER LES INCIDENTS, UN PILIER DE LA SÉCURITÉ ?

Déclarer un évènement indésirable, un incident, et l'utiliser comme élément d'apprentissage fait partie intégrante d'une culture de sécurité. Pour certains secteurs externes aux soins de santé, il s'agit d'un élément primordial. Panorama de quelques initiatives.

L'aviation est l'un des exemples les plus connus. Abordé dans le magazine *all teach, all learn* #6 (page 5), le rapport d'incident est un des principaux piliers de la culture de sécurité dans ce secteur. La mise en place d'une enquête suite à un incident grave fait l'objet d'un **règlement européen** avec pour objectif d'éviter que cet évènement se répète. Le texte fait également référence au **partage d'informations** pour améliorer la sécurité aérienne. Dans un domaine proche, nous pouvons également mentionner l'aérospatial. La culture de sécurité est au cœur de la NASA. Cinq critères y sont représentés dont **l'apprentissage à partir des erreurs**. Les accidents qui se sont produits au cours de l'histoire de l'agence (par exemple, lors de la mission Apollo 1 ou Challenger) sont devenus des études de cas pour mettre en lumière des points d'attention et **renforcer la culture de sécurité**. Le système d'apprentissage ne se limite pas à des évènements médiatisés. En effet, un système coordonné par le NASA Safety Center (NSC) permet à tout membre du personnel de signaler des incidents. Ces derniers sont suivis, analysés et publiés sur le site du NSC.

D'autres secteurs font de la sécurité une priorité, et ont pour ce faire mis en place un système d'apprentissage basé sur le signalement des incidents et les plaintes. Les **parcs d'attraction** sont des exemples intéressants. Bien éloignés de l'aviation et des agences spatiales, ces lieux peuvent néanmoins être considérés à haut risque, vu les attractions et les expériences qu'ils proposent à leurs visiteurs. Ainsi, dans

les parcs Disney, la sécurité passe avant tout. Chaque problème apparaissant dans une attraction ou dans toute autre activité proposée, des spectacles aux restaurants, donne lieu à **une déclaration systématique et à une analyse de celle-ci**. Quand le dysfonctionnement, même minime, concerne une attraction, celle-ci est immédiatement arrêtée et évacuée, et l'analyse se fait au moment même, avant tout redémarrage. **Les plaintes déposées par les visiteurs** font également l'objet d'un traitement systématique. Chaque matin, la direction générale reçoit en effet un résumé des plaintes formulées la veille par les visiteurs, et chaque direction a alors la charge de mener des actions d'amélioration sur les éléments identifiés comme prioritaires. Avec les réseaux sociaux, les corrections ne peuvent attendre.

Dernier exemple de ce panorama : Toyota. Cette entreprise adopte une méthode familière du secteur des soins de santé, utilisant les alertes pour s'améliorer continuellement, le **Lean Management**. Le Jidoka (ou mise en évidence des obstacles) est appliqué dans la chaîne de production pour garantir la qualité et viser le zéro défaut. Toute personne notifiée en temps réel et via un signal lumineux un problème qu'elle ne peut pas corriger. Un chef d'équipe se déplace et dégage une solution. Un rapport est ensuite rédigé comprenant une analyse ainsi que des pistes d'amélioration, et est partagé dans l'entreprise.

Que ce soit dans les airs, sur terre ou sur une montagne russe, la notification d'incident et son partage est une clé de voûte de la sécurité. Chaque évènement indésirable déclaré renforce cette culture.

Rédigé par :
Denis Herbaux, CEO - PAQS
Audrey Mattelet, Communication, Education & Events Officer - PAQS

DR LOTFI BENMOSBAH, PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ TUNISIENNE DE GESTION DES RISQUES EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (SOTUGERES)



La Société Tunisienne de gestion des risques en établissements de santé (SOTUGERES) a été créée en 2014 avec pour objectif de contribuer à l'édifice d'un nouveau système de santé tunisien dont le haut niveau de gestion des risques et de qualité des soins deviendrait la marque de fabrique. Dans le but de perpétuer l'activité et faire perdurer la dynamique qui s'est créée autour de notre jeune société, nous avons pris l'initiative de mettre en place un **portail national de recueils des évènements indésirables, GERESNET** (gestion des risques en établissements de santé sur le net).

Exemple de déclaration :

« Problème d'identité-vigilance ayant entraîné l'anesthésie d'un patient à la place d'un autre pour une résection de tumeur vésicale. La chirurgie a été évitée de justesse quand l'urologue s'est rendu compte de l'erreur de genre : le véritable patient concerné était une femme et non un homme. »

Le recueil des évènements indésirables (EI) en milieu de soins se heurte souvent à la peur de la réaction punitive. En Tunisie, pays encore fortement imprégné de valeurs religieuses et de rédemption punitive, cette crainte est particulièrement marquée. Par ailleurs, le relâchement et la situation chaotique qui perdurent depuis la chute de la dictature ont encore plus conforté les Tunisiens dans cette dimension. On entend souvent des analystes ou des hommes politiques présents sur les plateaux de télévision déclarer que l'absence de sanctions est en grande partie responsable du désordre ambiant. Afin de rassurer le personnel soignant, notre portail de recueils est totalement **anonyme**. Dans sa configuration actuelle, il est ainsi impossible de tracer l'adresse IP de la personne qui y publie un évènement et les réponses aux questions concernant le statut socioprofessionnel du déclarant sont non obligatoires.

Les questions sont formulées de manière simple et ouverte afin de permettre au déclarant de donner libre cours à sa rédaction. Nous avons cependant établi une liste basée sur les quatre critères de gravité internationalement reconnus (mise en jeu du pronostic vital - évènement ayant entraîné un prolongement d'hospitalisation, une incapacité, une invalidité temporaire ou définitive, ou un décès). De plus, deux questions nous semblaient importantes : L'évènement grave était-il évitable ? Si oui, comment aurait-il pu être évité ? ; L'évènement a-t-il été évité ? Comment a-t-il pu être évité ?

Un mois après le lancement, nous avons recueilli 73 déclarations d'évènements dont 59% jugés graves par les déclarants. Elles concernaient essentiellement les EI non évités dont 77% étaient jugés évitables. Plus saisissant que le nombre de déclarations, la pertinence des évènements déclarés est, elle aussi, à relever (voir cadre vert).

Notre objectif est de faire de GERESNET **l'outil national reconnu et incontournable** de recueils et d'analyses des EI associés aux soins. Pour ce faire, des conventions de partenariat ont été proposées aux sociétés médicales. La plus importante est à nos yeux celle signée avec l'Instance Nationale de l'Évaluation et de l'Accréditation en Santé (INEAS). L'Instance a accès aux données recueillies en contrepartie de quoi, elle fera la promotion de cet outil. Il demeure fort regrettable que l'instabilité gouvernementale ne nous ait pas permis de faire de même avec le ministère de la santé.

Aujourd'hui, malgré les difficultés socio-économiques, la grande instabilité politique et les retards dans l'exécution des programmes, la santé occupe une place essentielle dans les préoccupations des citoyens. Tous veulent une meilleure santé. La prise de conscience de l'importance de la qualité des soins et de la gestion des risques semble avoir pris un chemin sans retour en Tunisie.

Nous concluons sur cette belle citation de Lao-Tseu : *Prendre conscience, c'est transformer le voile qui recouvre la lumière en miroir.*



Dr Lotfi Benmosbah est médecin anesthésiste de formation. Titulaire d'un Master en Gestion des risques liés aux soins, il est Président de la Société Tunisienne de gestion des risques en établissements de santé (SOTUGERES).
sotugeres.org

LA GESTION DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES : UNE DES PRIORITÉS DU LIVRE MAUVE



En 2007, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement lançait son premier programme *Coordination qualité et sécurité des patients*. Un des éléments clés consistait en l'implémentation d'un système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents. La lecture du rapport de l'année 2012 nous apprend qu'à l'issue de ce plan quinquennal, la très grande majorité des hôpitaux disposaient d'un tel système (96%), que dans près de 75% des cas, la déclaration pouvait se faire électroniquement, et que sur une période de trois mois (avril à juin 2012), près de 20.000 incidents avaient été déclarés, dont 2% étaient des événements indésirables graves (EIG).

Ce premier programme, ainsi que le suivant, ont donc jeté les fondations du déploiement d'un système de gestion de la sécurité dans les hôpitaux belges. Ceci a d'ailleurs été confirmé lors d'une série d'entretiens réalisés fin 2019 par la PAQS avec des coordinateurs et des équipes qualité issus d'une quinzaine d'institutions bruxelloises et wallonnes. Tous nous ont confirmé que des avancées claires existaient en matière de sécurité des patients, grâce aux deux programmes du fédéral mais également aux démarches d'accréditation qui se généralisent. Malheureusement, certains points négatifs subsistent, en particulier au niveau des événements indésirables. Ont notamment été cités le faible nombre de déclarations (entre 2% et 5% des EI qui se seraient réellement produits), la variabilité entre les fonctions en termes de déclarations (la profession infirmière occupant la *pole position*), ainsi que le manque de ressources pour analyser les événements indésirables et réaliser un feed-back détaillé au terrain.

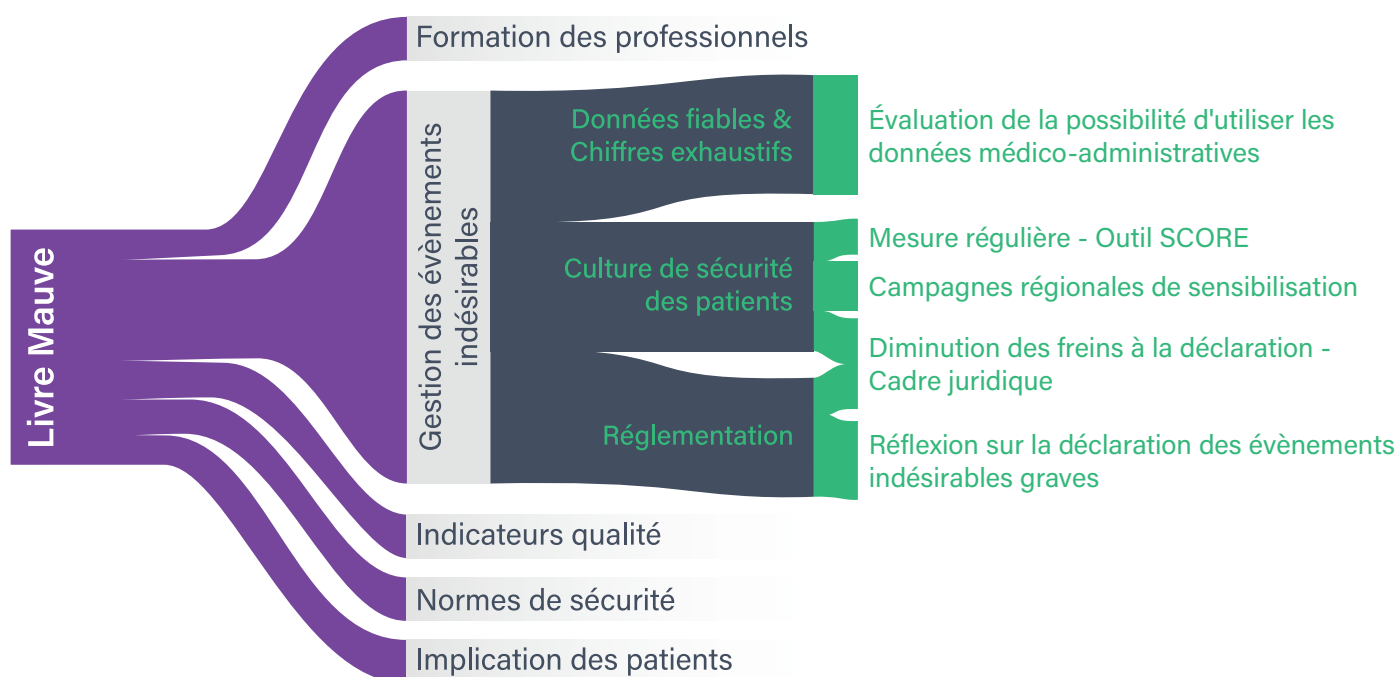
La gestion des événements indésirables est une priorité dans laquelle il faut investir. C'est donc tout

naturellement qu'elle occupe une place importante dans le Livre Mauve, la Stratégie Régionale pour l'Amélioration de la Sécurité des Patients développée conjointement par la PAQS et les acteurs de terrain, et publiée en septembre 2020.

La gestion des événements indésirables, et plus globalement la culture de sécurité des patients, apparaît en filigrane de l'ensemble des dimensions identifiées dans le Livre Mauve, et qui ont été communiquées aux autorités : Monitorer et piloter la sécurité des patients ; Promouvoir la sécurité des patients ; Construire la culture de sécurité des patients ; Réglementer la sécurité des patients ; Améliorer la sécurité des patients. Certaines actions stratégiques sont spécifiquement consacrées à cette thématique.

La gestion
des événements
indésirables est une
priorité dans laquelle
il faut investir.

Avec, d'abord, la nécessité de **disposer de données fiables et de chiffres exhaustifs** pour évaluer l'état actuel de la sécurité des patients dans nos institutions de soins, et suivre les progrès réalisés suite aux actions entreprises. Dans cette optique, un projet destiné à évaluer la possibilité d'utiliser les données médico-administratives a



démarré début 2021, et devrait produire ses premières conclusions d'ici la fin de l'année. Il sera mené conjointement par la PAQS, les institutions de soins, et des experts issus du monde académique.

Il est ensuite utile de rappeler que le **développement d'une véritable culture de sécurité des patients** passe par un soutien à la gestion des événements indésirables, de la déclaration à l'analyse en passant par la mise en œuvre d'actions correctrices. Ces éléments sont donc largement abordés dans le Livre Mauve, avec un focus sur quelques points particuliers. D'une part la **mesure régulière de la culture de sécurité des patients** et la mise en œuvre d'actions pour la renforcer. Actuellement, c'est le questionnaire de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) qui est majoritairement utilisé. Mais nous savons que celui-ci souffre de défauts, comme son manque de sensibilité aux actions d'amélioration déployées. C'est pourquoi un projet-pilote est mené en collaboration avec l'UCLouvain pour tester un nouvel outil dénommé **SCORE**, plus réactif aux changements mis en œuvre et intégrant l'engagement et la résilience du personnel. D'autre part la **diminution des freins à la déclaration**. On

sait qu'au-delà de la question de la culture, un des freins existants est la peur de la sanction. Certes, les institutions ont pour la plupart mis en place des chartes *no blame*, mais cela ne semble pas suffisant. Contrairement à d'autres pays, nous ne disposons pas en Belgique de **cadre juridique** permettant de protéger le déclarant, la déclaration, et l'analyse réalisée, sans pour autant donner une protection inconditionnelle. Le Danemark et plusieurs États américains ont avancé sur cette question. Il s'agit là d'un chantier prioritaire pour la PAQS, sur lequel le travail a déjà commencé. Enfin, l'organisation de **campagnes régionales de sensibilisation** à la déclaration des événements indésirables et à la **culture juste** est aussi au programme.

Finalement, dans plusieurs pays et régions, la **déclaration des événements indésirables graves** a été rendue obligatoire. Il s'agit d'une source d'information potentiellement importante sur les défaillances de nos systèmes. Une réflexion en la matière démarrera prochainement, en portant une attention particulière aux effets pervers pouvant apparaître.

INCIDENTEN MELDEN: EEN PIJLER VAN HET VEILIGHEIDSBELEID?

Een incident of bijna-incident melden en het als leermoment benutten maakt integraal deel uit van een veiligheidscultuur. Voor een aantal sectoren buiten de gezondheidszorg is het een primordiaal gegeven. De lucht- en ruimtevaart zijn daar voorbeelden van. De NASA baseert haar veiligheidscultuur met name op het leren uit fouten en heeft hiervoor een onlineplatform gecreëerd. Attractieparken kunnen eveneens beschouwd worden als een sector met hoog risico. Zo gaat in de Disney-parken veiligheid vóór alles. Elk probleem wordt er gemeld en geanalyseerd. Bovendien worden ook klachten van klanten systematisch onderzocht. Toyota, die de principes van het *Lean management* toepast, is het laatste voorbeeld dat in dit artikel aan bod komt. In de productieketen wordt gewerkt op basis van *Jidoka* - problemen opsporen - om de kwaliteit te garanderen en te streven naar nul incidenten en/of defecten.

KWALITEIT VOLGENS DR LOTFI BENMOSBAH, VOORZITTER VAN DE TUNESISCHE VERENIGING VOOR RISICOBEBEER IN ZORGINSTELLINGEN (SOTUGERES)

De *Société Tunisienne de gestion des risques en établissements de santé* (SOTUGERES - Tunesische vereniging voor risicobeheersing in zorginstellingen) werd in 2014 opgericht met het doel bij te dragen aan de totstandkoming van een nieuw Tunesisch gezondheidszorgsysteem dat zich zou onderscheiden door een hoog risicobeheerniveau en een uitstekende zorgkwaliteit. De vereniging nam het initiatief om een nationaal melden leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten op te richten: GERESNET. Dit waarborgt de anonimiteit van de melder en werkt in hoofdzaak met open vragen. Een maand na de start had het portaal al 73 meldingen ontvangen waarvan 59% over incidenten die door de melders als ernstig werden omschreven. Het ging in hoofdzaak om incidenten met gevolgen waarvan 77% vermijdbaar geacht werd. SOTUGERES wil van GERESNET een nationaal erkend en essentieel instrument maken voor het verzamelen en analyseren van zorggerelateerde incidenten en bijna-incidenten. Daarvoor bouwt de vereniging samenwerkingsverbanden uit met andere organisaties en meer in het bijzonder met INEAS (*Instance Nationale de l'Évaluation et de l'Accréditation en Santé*), de Tunesische nationale dienst voor evaluatie en accreditatie in de zorg.

BEHEER VAN INCIDENTEN EN BIJNA-INCIDENTEN: ÉÉN VAN DE PRIORITEITEN VAN HET PAARSBOEK

Het beheer van incidenten en bijna-incidenten is een rode draad binnen de Regionale Strategie voor de Verbetering van Patiëntveiligheid die het PAQS samen met zorgprofessionals opstelde en in september 2020 bekendmaakte. De noodzaak om over betrouwbare en volledige cijfers te beschikken en een regelmatige meting van de patiëntveiligheidscultuur uit te voeren worden erin benadrukt. Aangezien België niet over een juridisch kader ter zake beschikt, stelt de strategie voor om een dergelijk kader uit te werken met het doel de melding van incidenten en bijna-incidenten te stimuleren en het lerend vermogen van ons zorgsysteem te versterken. Hiervoor werden verschillende strategische maatregelen geïdentificeerd waarvan er momenteel verscheidene verder ontwikkeld worden via onderzoek en pilootprojecten, maar ook door middel van discussies waarbij alle stakeholders betrokken worden.

BEHEER VAN INCIDENTEN EN BIJNA-INCIDENTEN IN WOONZORGCENTRA - ERVARING VAN DE GROUPE SANTÉ CHC

De kwaliteit van de zorg en de veiligheid verbeteren is de voornaamste missie van elke zorginstelling (ziekenhuizen, woonzorgcentra, enz.). Binnen de Luikse groep van zorginstellingen Groupe Santé CHC biedt het veiligheidsmanagementsysteem de mogelijkheid om lessen te trekken uit de gemelde en verzamelde incidenten en bijna-incidenten, zodat de verworven kennis omgezet kan worden in verbeteracties. De procedure is goed ingeburgerd binnen de ziekenhuissector van de Groep. Het is nu de bedoeling om ze in de woonzorgcentra uit te bouwen door een algemene informatisering van de acht betrokken vestigingen. Stéphanie Kauffman, Zorgcoördinator van de Woonzorgcentra, en Christine Drummen, Overkoepelend Patiëntveiligheids- en Kwaliteitscoördinator, leggen in zes stappen uit hoe de melding en de analyse van incidenten en bijna-incidenten in 2021 in een stroomversnelling terecht zal komen in de woonzorgcentra van de Groep.

COMPLICATIES TIJDENS VERVOER VAN ECMO-PATIËNT

Henri, een man van 69 met een chronische obstructieve longaandoening, werd op de afdeling intensieve zorg (IZ) van het ziekenhuis opgenomen wegens respiratoire insufficiëntie. Vanwege zuurstoftekort werd de patiënt aan de ECMO (extracorporale membraanoxygenatie) gelegd. Ongeveer zes dagen na zijn opname in het ziekenhuis ontwikkelde hij stollingsproblemen en moest hij naar de operatiezaal gebracht worden om het ECMO-circuit aan te passen. Tijdens het transport van de patiënt deed zich een incident voor met het ECMO-apparaat. De patiënt ontwikkelde als gevolg van dit incident een gasvormige embolie. Na een analyse van dit incident kunnen we drie verbeteringsstrategieën voorstellen: een team ter beschikking stellen voor het transport van patiënten die aan de ECMO liggen, alle personeelsleden een specifieke opleiding geven over incidenten in verband met de ECMO-technologie, en een specifieke controlelijst voor ECMO-patiënten invoeren.

EFFECT VAN OMSCHAKELING NAAR ZOMERTIJD OP PATIËNTVEILIGHEID

De effecten van slaaponthouding en slaapinertie op de cognitieve prestaties, alertheid en aandacht van zorgprofessionals zijn bijzonder verontrustend in de zorg, waar aangetoond is dat er een verband bestaat tussen slaapgebrek en een verhoogd risico op medische fouten. Elk jaar kunnen we een uur minder lang slapen door de omschakeling naar de zomertijd. De impact van deze slaaponthouding op het aantal medische fouten werd nog niet onderzocht. Deze studie analyseert de evolutie van alle incidenten - inclusief bijna-incidenten - die over een periode van acht jaar in een grote zorginstelling vrijwillig gemeld werden in de week na de omschakeling naar de zomertijd. Over deze hele periode waren er meer incidenten en bijna-incidenten tijdens de zeven dagen na de omschakeling naar de zomertijd (2.812 tegenover 2.699). We mogen na de omschakeling naar de zomertijd dus een toename verwachten van de incidenten die verband houden met menselijke fouten. Het is dan ook wijs om hieromtrent aanbevelingen te formuleren, zodat dit effect gemilderd kan worden.

REPORTING OF ADVERSE EVENTS: A SAFETY MILESTONE?

Reporting an adverse event, or an incident, and using it as a learning element is fundamental to a safety culture. For certain sectors outside of healthcare, this is also essential. Among these are aviation and aerospace. NASA bases much of its safety culture on learning from errors and has even devoted an online platform to this aspect. Amusement parks can also be considered high-risk environments, that is why in Disney parks safety comes first. Every problem is reported and analyzed. Furthermore, customer complaints are systematically dealt with. The last example given in the article is Toyota, which applies Lean management principles. Jidoka, which is all about detecting problems, is used in the production chain to ensure quality and zero harm or defects.

QUALITY AS SEEN BY DR LOTFI BENMOSBAH, PRESIDENT OF THE TUNISIAN SOCIETY FOR RISK MANAGEMENT IN HEALTHCARE FACILITIES (SOTUGERE)

The *Société Tunisienne de gestion des risques en établissements de santé* (SOTUGERES – Tunisian Society for Risk Management in Healthcare Facilities) was established in 2014 to help with building a new healthcare system in Tunisia whose trademark would be high levels of risk management and of quality of care. It therefore decided to set up GERESNET, a national portal for collecting adverse events. This protects the anonymity of those reporting incidents, who are asked to answer mainly open questions. A month after the launch, there had already been 73 reports of events, 59% of which were considered serious by those reporting them. Most of them related to events with consequences, 77% of which were deemed avoidable. The aim of SOTUGERES is to make GERESNET the recognized and indispensable national tool for collecting and analyzing adverse events associated with care. To this end, it is establishing partnerships with other organizations, in particular Tunisia's National Authority for Assessment and Accreditation in Healthcare (INEAS).

MANAGING ADVERSE EVENTS: ONE OF THE PRIORITIES OF THE PURPLE BOOK

Managing adverse events is a cornerstone of the Regional Strategy for Patient Safety Improvement jointly developed by PAQS and healthcare professionals and published in September 2020. It addresses in particular the need for reliable and exhaustive numerical data and also promotes regular assessment of the patient safety culture. As Belgium has no legal framework in this area, the strategy also proposes devising such a framework to promote the reporting of serious adverse events and to consolidate the learning aspect of the Belgian health system. To this end, various strategic actions have been identified and several of them are being developed through research, pilot projects, and discussions with all stakeholders.

MANAGING ADVERSE EVENTS AT NURSING HOMES: THE EXPERIENCE OF GROUPE SANTÉ CHC

Improving safety and the quality of care is the main priority of any healthcare facility, regardless of whether it is a hospital, a long-term care facility, etc. Within Groupe Santé CHC, a healthcare group in Liège (Belgium), the safety management system enables lessons to be learned from adverse events (AEs) that have been reported and collected, with a view to turning the knowledge gained into improvement actions. This approach has become a firmly established part of the group's hospital activities. The aim now is to develop it and sustain it in the long-term care facilities by completely computerizing the eight sites involved. Stéphanie Kauffman, Care Coordinator for Elderly, and Christine Drummen, Inter-Site Quality & Patient Safety Coordinator, share with us the six steps that will accelerate the reporting and analysis of AEs in 2021 in the group's nursing homes.

COMPLICATIONS DURING TRANSPORTATION OF A PATIENT ON ECMO

Henri, a 69-year-old man with chronic obstructive pulmonary disease, was admitted to a hospital intensive care unit (ICU) with respiratory failure. As a result of hypoxemia, the patient was placed on extracorporeal membrane oxygenation (ECMO). About six days after being hospitalized, the patient developed bleeding problems and was taken to the operating theater to change his ECMO circuit. However, while the patient was being transferred, an incident involving the ECMO equipment occurred. The patient went on to develop a gas embolism linked to this incident. An analysis of this adverse event prompted us to put forward three improvement strategies: creating a team dedicated to transporting patients on ECMO; providing specific training for all personnel on ECMO-related incidents; and drawing up a specific checklist for ECMO.

IMPACT ON PATIENT SAFETY FOLLOWING THE TRANSITION INTO DAYLIGHT SAVINGS TIME

The impact of sleep deprivation and inertia on cognitive performance, alertness, and attentiveness are of particular concern among healthcare workers, given that insufficient sleep has been shown to be associated with an increased risk of medical errors. Each year, the start of daylight savings time (DST), reduces sleep opportunity by an hour. The impact on medical errors of such sleep deprivation has not previously been investigated. This research looks at the course of all self-reported adverse events (AEs), including near misses, in the week following the transition to DST over an eight-year period in a large healthcare organization. Over this period, there were more AEs in the seven days following DST transitions (2,812 as opposed to 2,699). This means that human error-related AEs can be expected to increase following the transition to DST, and so it is worth making various recommendations to mitigate this risk.

LA GESTION DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES EN MAISON DE REPOS, L'EXPÉRIENCE DU GROUPE SANTÉ CHC

L'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité est une des missions principales de toute institution de santé ; hôpitaux, maisons de repos et de soins, etc. Au sein du Groupe santé CHC, le système de gestion de la sécurité permet de tirer un apprentissage des événements indésirables (EI) notifiés afin de convertir les expériences acquises en actions d'amélioration. La démarche est bien ancrée dans le secteur hospitalier du Groupe. Au sein des maisons de repos et de soins (MRS), cette déclaration se fait de manière non structurée. Dès lors, l'objectif actuel est d'uniformiser et d'augmenter les déclarations au sein du Groupe santé CHC ainsi que de pérenniser la démarche par une informatisation générale des huit sites concernés et ce, pour améliorer la sécurité des résidents.

Aucun doute, l'accréditation joue un rôle dans cette démarche mais elle permet dans ce cas-ci également de réaliser de nouveaux projets, de relancer les anciens et de donner un sens nouveau aux objectifs fixés par le Groupe. Stéphanie Kauffman, Coordinatrice des soins du Secteur de la personne âgée et Christine Drummen, Coordinatrice intersites Qualité & Sécurité Patient nous partagent en six étapes comment la déclaration et l'analyse des EI va connaître une accélération en 2021 au sein des maisons de repos et de soins (MRS) du Groupe.

1. Information et sensibilisation à la culture de sécurité



En proposant des séances d'information et de sensibilisation à la thématique, le

Groupe santé CHC va permettre à tout déclarant de notifier un EI sans crainte de sanction, dans un esprit d'amélioration continue de la sécurité des résidents. Une culture juste permet **d'augmenter le nombre de notifications et donc d'opportunités d'améliorer le système.** Chaque direction devra également signer une charte d'engagement dans ce cadre.

2. Formation des déclarants



Pour l'instant, la déclaration se fait principalement à l'oral. Via l'informatisation, le personnel aura l'opportunité de déclarer rapidement et facilement un EI

Les résidents et leurs familles seront également invités à déclarer tout EI.

grâce à la mise à disposition d'un formulaire électronique spécifique au secteur des aînés. Chaque MRS a pu, en fonction de sa réalité de travail, décider où et comment se ferait cette déclaration électronique. Pour se familiariser avec ce nouvel outil, des formations seront proposées pour expliquer comment compléter cette fiche de déclaration.

Les résidents et leurs familles seront également invités à déclarer tout EI ; via un courrier à la direction ou un formulaire papier de déclaration. La mise à disposition d'un formulaire électronique est envisagée par le Groupe.



LE GROUPE SANTÉ CHC - SECTEUR DE LA PERSONNE ÂGÉE

Le secteur de la personne âgée du Groupe santé CHC comporte 707 places d'accueil dont 242 lits de maison de repos, 70 lits de court séjour, 373 lits de maison de repos et de soins ainsi que 22 résidences services. Un effectif de plus de 500 collaborateurs est au service des personnes âgées hébergées et œuvre quotidiennement à l'accomplissement des valeurs du Groupe. La prise en charge des résidents est au centre de toute réflexion et décision et s'inscrit dans un esprit de bienveillance mutuelle.

3. Formation des référents EI



L'objectif du Groupe est d'avoir au sein de chacune des institutions des référents en charge de l'analyse des EI notifiés. Ainsi, les EI seront analysés par des personnes **proches du terrain** qui connaissent le contexte, le personnel et les résidents concernés afin de dégager les actions d'amélioration les plus appropriées. Ces personnes seront donc formées à l'analyse des EI et seront épaulées par la Coordinatrice qualité le cas échéant.

4. Mise en œuvre des plans d'actions



Un EI survient ? Il est notifié, communiqué à l'infirmier chef et à la direction. Un groupe de travail est constitué avec les personnes concernées et l'EI est analysé afin de mettre en œuvre des changements. Même si actuellement, cela se fait déjà pour les EI dits *plus graves* (par exemple : intrusion au sein

d'une MRS), l'objectif est que ce processus soit réitéré pour chaque EI déclaré de façon à ce qu'une **analyse systématique** soit réalisée par le référent EI, quelle que soit l'importance de l'évènement (prises murales arrachées, oubli d'un rendez-vous médical, etc.).



5. Communication

Le Groupe santé CHC va également miser sur une **communication** adéquate, positive et constructive. En effet, il est important que tous les professionnels comprennent que chaque EI notifié sera bénéfique pour la sécurité future, mettant en lumière les risques jusqu'ici invisibles. Le message clé à faire passer est que **tout EI déclaré est une opportunité de s'améliorer.**

Par ailleurs, suite à la mise en place d'actions d'amélioration, un suivi et un retour systématique aux déclarants seront fournis. Cela permettra une adhésion à l'amélioration de la sécurité des résidents.

6. Évaluation



Les institutions du secteur de la personne âgée **peuvent compter sur l'expérience acquise dans les hôpitaux du Groupe.** Elles bénéficient de leur programme électronique et de leurs enseignements. Ainsi, la mise en place de la déclaration et de l'analyse des EI au sein des MRS sera évaluée par le biais d'indicateurs de structure et de résultat tels que : le nombre de déclarations, le nombre de déclarants différents, le nombre d'analyses réalisées, le nombre d'actions de suivi. Ces indicateurs permettront aux MRS de remobiliser le personnel ou de reformer/sensibiliser à la thématique le cas échéant.

La volonté du Groupe santé CHC est d'intensifier et de pérenniser au sein des MRS la démarche de déclaration et d'analyse d'EI. Ceci afin d'améliorer la sécurité des résidents, des familles mais aussi du personnel.

COMPLICATIONS DURANT LE TRANSPORT D'UN PATIENT SOUS ECMO

L'HISTOIRE

Henri, un homme de 69 ans atteint d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, est admis à l'hôpital en unité de soins intensifs (USI) pour une insuffisance respiratoire. Celui-ci est placé sur une liste d'attente de greffe pulmonaire. En raison de l'hypoxémie, Henri est intubé et mis sous assistance circulatoire extracorporelle (ECMO).

Environ six jours après son hospitalisation, le patient développe des problèmes de coagulation, une complication connue de l'ECMO. Henri est

emmené au bloc opératoire afin de modifier le circuit d'ECMO. L'intervention se déroule sans aucun incident. Après celle-ci, Henri est à nouveau transféré en USI. Cependant, pendant le transfert, une pièce de l'équipement d'ECMO s'est accrochée à une porte du couloir. L'appareil a aussitôt déclenché une alarme. Étant donné l'état stable du patient, l'équipe de transport décide de mettre sous silence le système, de continuer le transfert du patient et de vérifier l'équipement dès l'arrivée à l'USI.

À son arrivée à l'USI, l'infirmière de l'unité remarque aussitôt que la canule fémorale suinte. Un perfusionniste est appelé afin de réévaluer le circuit d'ECMO. Étant occupé avec un autre patient, il arrive 20 minutes après l'appel de l'infirmière et se rend compte directement que l'oxygénateur est rempli d'air, provoquant une embolie gazeuse. L'équipe met immédiatement en place le traitement. Quelques jours plus tard, l'état de santé du patient est stabilisé.

L'ANALYSE

L'ECMO est une technique d'assistance complexe qui requiert une certaine expertise et du personnel formé. Les principales complications chez les patients sous ECMO sont les infections nosocomiales, des troubles de la coagulation (thromboses et/ou hémorragies) et des problèmes techniques, comme dans ce cas. Au niveau de la littérature, les données sur les incidents pendant le transport de patients sous assistance circulatoire sont assez rares et sont plutôt focalisées sur le transport inter-hospitalier. Des études ont identifié des taux de complications de 30%. Deux tiers de ces complications sont liées aux patients alors que 15% sont liées aux équipements.^{1, 2, 3} Étant donné que les transferts intra-hospitaliers sont beaucoup plus courts que les transferts inter-hôpitaux, ces derniers semblent présenter un risque plus élevé. Toutefois, en considérant le peu de rapports qui ont été publiés sur les complications de l'ECMO associées au transport des patients, il est possible qu'une proportion importante de ce type d'évènements soit sous-déclarée.

Dans le cas présent, nous pouvons soulever deux problèmes de sécurité :

- En premier lieu, après déclenchement de l'alarme de l'équipement d'ECMO le personnel du transport semble avoir été **faussement rassuré par le fait que le patient se trouvait dans un état stable**. Cependant, selon les recommandations internationales, le fait que l'état du patient semble inaltéré après un incident technique n'exclut pas la possibilité que le patient ou l'équipement ait besoin d'une intervention immédiate. La désensibilisation aux alarmes (en anglais *alarm fatigue*) est assez courante dans le milieu hospitalier, surtout chez le personnel des soins intensifs. Cependant, étant donné la complexité de la technologie ECMO et la gravité de l'état des patients qui sont sous ce type d'assistance, les alarmes de l'ECMO ne devraient jamais être réduites au silence sans avoir procédé avant à une évaluation plus approfondie des raisons de ces signalements. Un membre de l'équipe de transport aurait dû immédiatement communiquer les faits à l'équipe de soins intensifs et/ou à l'équipe qui a effectué le changement de circuit afin de procéder à une réévaluation rapide du système.

- Deuxièmement, il semble que le **perfusionniste était la seule personne au niveau de l'institution qui avait les connaissances nécessaires** pour diagnostiquer ce type de problème. Cependant, comme nous avons pu le constater à travers ce cas, si celui-ci se trouve occupé ou indisponible, des retards dans la prise en charge de la situation peuvent avoir lieu, et par conséquent une détérioration de l'état clinique du patient. À l'inverse, si un autre membre du personnel avait été formé à reconnaître et à gérer des incidents liés à la technique d'ECMO, il aurait pu prendre des mesures appropriées plus rapidement.

Afin de faire face à ces situations, nous pouvons retrouver dans la littérature internationale les recommandations suivantes :



Mise en place d'une équipe dédiée au transport de patients sous ECMO, qui comprend des professionnels spécialisés dans la technique ainsi que du personnel de soutien en soins intensifs. Les membres de l'équipe sont généralement des médecins, des chirurgiens, des infirmiers spécialisés, et parfois des aides-soignants.⁴ Tous les membres connaissent leur rôle au sein de l'équipe ainsi que l'équipement d'assistance utilisé.



Organisation de formations spécifiques sur les incidents liés à la technique d'ECMO pour le personnel spécialisé dans la technique mais également pour l'ensemble du personnel des soins intensifs. Des lignes directrices pour la formation du personnel sont publiées, et régulièrement mises à jour, par l'Euro Extracorporeal Life Support Organisation (EuroESLO) (disponibles sur : www.euroelso.net). Des séances de formation doivent être régulièrement organisées pour

l'ensemble du personnel, de préférence sous forme de simulation. La formation par la simulation, en utilisant un vrai circuit d'ECMO, permet au personnel de se familiariser avec l'équipement et les potentiels problèmes liés à son utilisation.^{5, 6, 7}



Utilisation d'une check-list pour évaluer le fonctionnement du circuit de l'équipement. Tout transfert devrait commencer par une brève présentation du cas clinique et de la situation actuelle ainsi que par une explication de l'objectif de transfert du patient sous ECMO.⁸ L'utilisation d'une check-list uniforme applicable aux transferts de patients sous ECMO minimise le risque de complications pendant le transport et assure la disponibilité du matériel de secours en cas

d'urgence. Par exemple, l'hôpital universitaire Karolinska, en Suède, a créé une check-list spéciale pour le transport de patients sous ECMO, pouvant être utilisée dans des situations de routine ou d'urgence.⁹

¹ Sherren PB, Shepherd SJ, Glover GW, Meadows CI, Langrish C, Ioannou N, Wyncoll D, Daly K, Gooby N, Agnew N, Barrett NA. Capabilities of a mobile extracorporeal membrane oxygenation service for severe respiratory failure delivered by intensive care specialists. *Anaesthesia*. 2015;70(6):707-14.

² Fletcher-Sandersjö A, Frenckner B, Broman M. A Single-Center Experience of 900 Interhospital Transports on Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Ann Thorac Surg*. 2019 Jan;107(1):119-127.

³ Ericsson A, Frenckner B, Broman LM. Adverse Events during Inter-Hospital Transports on Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Prehosp Emerg Care*. 2017 Jul-Aug;21(4):448-455.

⁴ Broman LM, Dirnberger D, Malfertheiner MV, Aokage T, Morberg P, Næsheim T, et al. International survey on extracorporeal membrane oxygenation transport. *ASAIO J*. 2020;66(2):214-22.

⁵ Fehr JJ, Shepard M, McBride ME, Mehegan M, Reddy K, Murray DJ, Boulet JR. Simulation-Based Assessment of ECMO Clinical Specialists. *Simul Healthc*. 2016;11(3):194-199.

⁶ Zakhary BM, Kam LM, Kaufman BS, Felner KJ. The utility of high-fidelity simulation for training critical care fellows in the management of extracorporeal membrane oxygenation emergencies: a randomized controlled trial. *Crit Care Med*. 2017;45(8):1367-1373.

⁷ Kim GW, Koh Y, Lim CM, Huh JW, Jung SH, Kim JB, Hong SB. The effect of an improvement of experience and training in extracorporeal membrane oxygenation management on clinical outcomes. *Korean J Intern Med*. 2018;33(1):121-129.

⁸ Brunsveld-Reinders AH, Arbous MS, Kuiper SG, de Jonge E. A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Crit Care*. 2015;19:214.

⁹ Broman LM. Interhospital transport on extracorporeal membrane oxygenation of neonates – perspective for the future. *Frontiers in Pediatrics*. 2019;7:329.

EFFET DU PASSAGE À L'HEURE D'ÉTÉ SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

La privation de sommeil entraîne un ralentissement de la vitesse de réaction et réduit la vivacité d'esprit et la vigilance. La privation partielle de sommeil résultant d'une réduction de la durée totale du sommeil sur une période de 24 heures est associée à une déficience cognitive et motrice plus importante que celle induite par une privation répartie sur une période longue. La perturbation du sommeil diminue également l'attention soutenue et augmente le risque d'erreurs. En outre, les performances cognitives sont altérées pendant 20 à 120 minutes immédiatement après le réveil, en raison d'un phénomène d'inertie du sommeil (persistance d'un état d'ensommeillement). Les effets de la privation et de cette inertie du sommeil sur les performances cognitives, la vigilance et l'attention sont particulièrement préoccupants chez les travailleurs de la santé où il a été démontré que le manque de sommeil est associé à un risque accru d'erreurs médicales.

Chaque année, le passage à l'heure d'été réduit d'une heure les possibilités de sommeil. Chez les travailleurs de la santé, cette réduction du temps de sommeil et le manque de sommeil qui y est associé pourraient entraîner une augmentation des erreurs médicales.

L'impact de la privation de sommeil résultant du passage à l'heure d'été sur les erreurs médicales n'a pas encore été étudié. Cette

recherche examine l'évolution de tous les événements indésirables (EI) déclarés volontairement, y compris les presque incidents, dans la semaine suivant le passage à l'heure d'été sur une période de huit ans dans une grande organisation de soins de santé. Les EI résultant spécifiquement d'une erreur humaine ont été identifiés et analysés séparément. L'évolution des EI et de ceux liés à l'erreur humaine survenus après le passage à l'heure d'hiver a également été examinée pour servir de référence.

RÉSULTATS

Sur la période de huit ans, il y a eu plus d'EI dans les sept jours qui suivent les passages à l'heure d'été (2.812 contre 2.699) et d'hiver (3.207 contre 3.007). Par ailleurs, il y a eu un nombre supérieur d'EI liés à l'erreur humaine (1.902 contre 1.625) lors du saut d'heure d'été, et (2.189 contre 2.087) du saut d'heure d'hiver. Seuls les changements du nombre d'EI résultant d'erreurs humaines avant et après le passage à l'heure d'été sont significativement différents.

DISCUSSION

Suite à la perte d'une heure de sommeil qui se produit avec le passage à l'heure d'été, une augmentation significative des EI liés à l'erreur humaine a été détectée. Il n'y a pas eu de changement significatif dans les EI liés à l'erreur humaine lors du passage à l'heure d'hiver. Il avait déjà été démontré

que la perte de sommeil après le passage à l'heure d'été augmentait par exemple le risque d'accidents de circulation. L'étude actuelle repose exclusivement sur les EI déclarés spontanément. Il est noté qu'en général, malgré tous les efforts consentis, seule une petite portion des EI font l'objet d'une déclaration. La récupération potentielle d'une heure de sommeil à l'automne ne se traduit pas par une diminution des EI. Une heure gagnée sur une seule nuit n'a pas d'effet mesurable sur la qualité des performances cognitives ou opérationnelles, par contre, tout changement d'habitude peut influencer la qualité du sommeil.

Dans son avis de santé publique, l'Académie américaine de médecine du sommeil recommande d'essayer d'obtenir au moins sept heures de sommeil la nuit précédant la transition, de tenter un ajustement progressif du temps de veille-sommeil en commençant deux ou trois jours avant la transition et de faire preuve de prudence lors de l'exécution de tâches qui exigent une vigilance maximale.

En conclusion, il faut s'attendre à une augmentation des EI liés à l'erreur humaine après le passage à l'heure d'été, et il est sage d'émettre des recommandations pour atténuer cet aléa.

Rédigé par :
Marius Laurent, Faculty - PAQS

Pour en savoir plus : Kolla BP, Coombes BJ, Morgenthaler TI, Mansukhani MP. Increased Patient Safety-Related Incidents Following the Transition into Daylight Savings Time. *J Gen Intern Med.* 2021;36(1):51-54.

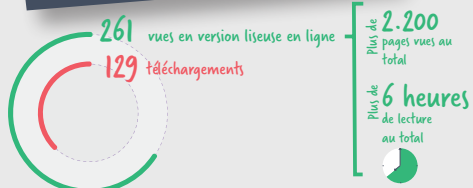
Pour plus d'articles, rendez-vous sur paqs.be/Ressources/Revue-de-la-litterature

IMPACT



all teach,
all learn

Magazine #15 de la PAQS
Septembre 2020



Vous avez une bonne pratique que vous souhaitez partager avec vos pairs dans un prochain numéro du magazine ?

Contactez Audrey Mattelet !
audrey.mattelet@paqs.be

Quelle est la prochaine thématique que vous souhaitez voir dans le magazine ?



Dites-le-nous !

#allteachalllearn