



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

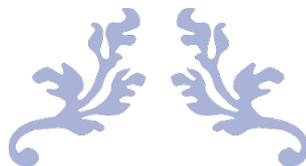
LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



VERS UN MODELE INTEGRATEUR DES DEMARCHES QUALITE A L'HOPITAL : L'APPORT DES OUTILS DE GESTION

TOME II ANNEXES



THESE DE DOCTORAT EN SCIENCES DE GESTION

Présentée et soutenu publiquement par

Sandrine Hayo-Villeneuve

Le 25 Avril 2017

JURY :

Julien HUSSON, Directeur de Recherche, Université de Lorraine

Thierry NOBRE, Professeur, Université de Strasbourg

Christophe PASCAL, Maître de conférence HDR, Université de Lyon III - Rapporteur

Anne ROUSSEAU, Professeur, Université Catholique de Louvain - Rapporteur

Marie-Odile SAILLARD, Directrice Générale du CHR Metz-Thionville

Christophe SCHMITT, Professeur, Université de Lorraine

Sommaire des annexes

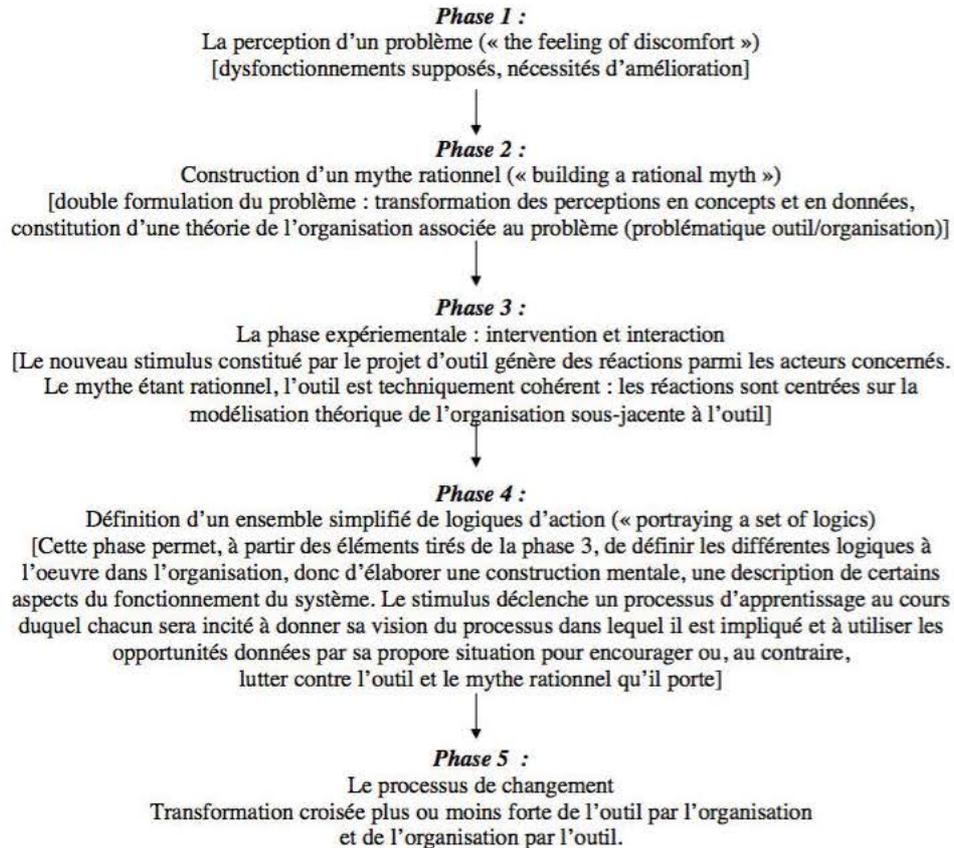
1 Etapes recherche intervention HATCHUEL & MOLET	1
2 Questionnaires (cadres et agents de terrain)	2
3 Protocole de recherche enquête quantitative	6
4 Résultats globaux de l'analyse quantitative	15
5 Protocole des entretiens	55
6 Guide d'entretien	66
7 Catégorisation des questions	69
8 Retranscription intégrale de 3 entretiens	71
9 Codification et statistiques des entretiens	92
10 Liste des données secondaires	104
11 Exemples de thèmes abordés dans les travaux de recherche	106
12 Détail des résultats de l'étude préliminaire	108
13 Grille ALARM	109
14 Grille d'analyse AMDEC	115
15 Organigramme Général du CHRU X	119
16 Schématisation de l'organisation de la qualité et gestion des risques	120
17 Verbatim extrait des entretiens réalisés au CHRUX	121
18 Détail des réponses pour les questions ouvertes du questionnaire	133
19 Suivi travaux evolution GRANIT Version 6	159
20 Logigramme - Que devient ma notification d'événement indésirable	166
21 Notice d'aide à l'utilisation de GRANIT à destination des notifiants	167
22 Tableaux de bord des notifications GRANIT 2012 2013 2014	182
23 Infos du Jour autour de GRANIT sur la période octobre 2013 - avril	188
24 Missions principales de la fonction de Directeur Adjoint à la Direction	191
25 Organigramme du CHY	192
26 Orientations détaillées du projet qualité et gestion des risques	193
27 Niveaux de certification V2010	194
28 Composition et missions des membres du système de management	195
29 Carte d'identité type d'un processus	199
30 Exemple d'InfoQualité au CHY	201
31 Exemple de bilan annuel de la gestion des risques	203
32 Exemple d'InfoCertification	208
33 Exemple d'InfoPatient	209

34	Tableau de bord des communications au terrain ou en instances	210
35	Note synthétique Etat d'avancement projet qualité	212
36	Bilan Document Unique de 2009 à 2015	214
37	Diffusion information COPIL du Document Unique	218
38	Définition des unités de travail et des binômes	219
39	Fiche explicative de recensement des risques	220
40	Fiche de proposition de composition d'une Cellule Opérationnelle	221
41	Règlement intérieur de la Cellule Opérationnelle de la Qualité	223
42	Document Excel EPP type	226
43	Plan d'audit type	234
44	Fiche action type	239
45	Fiche indicateur type	242
46	Outil de formation et de suivi du Compte Qualité	243
47	Fiche de traçabilité des formation des pilotes de processus	252
48	Appel à candidature formtion action	254
49	Exemples de fiches projet	256
50	Exemple de fiche suivi recommandation	258
51	Plan d'audit campagne IPAQSS 2016	262
52	Courrier d'information au terrain	268
53	InfoQualité N°3	270
54	InfoQualité N°4	272
55	InfoQualité N°2	274
56	Arborescence des risques remise à jour en 2015	276
57	Echelle de cotation du risque au CHY	280
58	Affiche de déclaration d'un événement indésirable	281
59	Traçabilité de la communication sur les EI	282
60	Charte d'incitation à la déclaration	284
61	Note d'information sur la déclaration et le suivi des EI	285
62	Courrier aux déclarants	286
63	Procédure de Revue de Mortalité Morbidité	287
64	Diaporama de présentation de la méthodologie RMM	292
65	Outil de d'analyse des événements liés aux agressions	295
66	Décision concernant l'outil d'analyse EI	298

67	Marque page à destination des nouveaux arrivants _____	299
68	Proposition d'intervention au CHY _____	300

Annexes

Les cinq étapes d'une recherche intervention avec conception et implémentation d'outil de gestion [Hatchuel et Molet, 1986]



[résumé et traduit d'après Hatchuel et Molet, 1986, pp. 181 et suiv.]

On peut noter que ce type de recherche utilise des outils méthodologiques et produit des résultats qui peuvent se répartir dans les quatre cases du tableau commenté plus haut :

- *du point de vue méthodologique* : observation directe, entretiens, analyse de documents (case I), méthodes de conception ou adaptation d'outils (case II), investigation par test de l'effet des outils sur les acteurs et l'organisation (case III), processus participatif dans lequel les acteurs co-conçoivent avec le chercheur à la fois l'outil et l'organisation futurs (case IV).
- *du point de vue des résultats* : représentations mentales des situations existantes (case I), conception ou adaptation d'outils de gestion et de dispositifs organisationnels (case II), pilotage du changement (cases III et IV).

Objet du questionnaire :

Cette étude concerne un projet de thèse qui a pour objet « les facteurs d'intégration de la démarche qualité par les cadres de santé » et s'appuie notamment sur l'étude de l'outil de déclaration des événements indésirables : GRANIT

Le questionnaire comporte 3 thématiques : Votre profil ; la qualité en général ; l'utilisation de l'outil GRANIT.

Il vous est proposé de répondre à ce questionnaire sur ce même document et de le renvoyer par courrier à Sandrine Hayo-Villeneuve XXXXXXXXXXXX ou de le remettre à votre cadre de santé.

Garanties associées aux données collectées :

Les questionnaires sont confidentiels. Ils ne seront aucunement communiqués et seulement réservés à des fins statistiques. Les questionnaires sont anonymes. Les éléments de profil demandés sont réduits à leur minimum pour éviter toute possibilité d'identification.

Méthode pour répondre au questionnaire :

Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse, merci de répondre le plus spontanément possible. L'essentiel est que la diversité des points de vue s'exprime.

VOTRE PROFIL :**Quel est votre métier ?**

- | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Puéricultrice |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant | <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture |
| <input type="checkbox"/> Brancardier | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |

Depuis combien de temps exercez-vous votre profession ?

- Moins de 5 ans
 Entre 5 et 10 ans
 Entre 10 et 20 ans
 Plus de 20 ans

LA QUALITE EN GENERAL

Je vais vous citer différentes affirmations. Pour chacune d'entre elles dites-moi si vous êtes « tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Ni en accord, ni en désaccord », « Plutôt pas d'accord », « pas du tout d'accord »

(cochez la case correspondante)

	<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Ni en accord, ni en désaccord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>
1. La qualité est une démarche d'amélioration continue des pratiques					
2. La qualité est un vecteur de progrès de l'organisation					
3. La qualité est un outil d'aide à l'amélioration des pratiques					
4. La qualité est un frein organisationnel					
5. La qualité est un outil managérial					
6. La qualité entraîne une surcharge de travail					
7. La qualité est indissociable des pratiques de santé					

Dans quelle mesure êtes-vous informé sur la qualité ?

	<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Ni en accord, ni en désaccord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>
1. La communication institutionnelle concernant la qualité vous semble insuffisante					
2. Vous êtes suffisamment informé sur le terrain des démarches qualité en cours et de la qualité en général					
3. Vous vous informez par vous-même (HAS, Scope Santé,...)					

Dans quelle mesure la qualité fait-elle partie de votre quotidien ? (Cochez la ou les cases correspondantes)

- Participation ou animation de groupes de travail (EPP, CREX, Audit...)
- Participation aux instances qualité (COVIRIS, CLUD, COMEDIMS,...)
- Utilisation d'outils qualité (QOQCP, Audits, Brainstorming, EPP...)
- Destinataire d'informations/formations qualité (Certification, gestion des risques,...)

UTILISATION DE L'OUTIL GRANIT :

Depuis quand connaissez-vous l'outil de déclaration des événements indésirables GRANIT ?

Concernant l'outil GRANIT :

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Vous avez participé à sa conception		
Vous avez participé à l'amélioration de l'outil		
Vous êtes utilisateur		

Avez-vous été formé à l'utilisation de GRANIT ?

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Par l'institution ?		
Par des pairs ?		
Dans votre service de manière informelle ?		
Vous vous êtes auto formé ?		

L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ?

Oui Non

Si oui, précisez (nombre de modifications, type de modifications, ...)

Quels sont les acteurs les plus concernés par l'utilisation de GRANIT dans votre service ?

Citez les professions concernées dans votre service (par ordre croissant d'utilisation)

Les déclarations d'événements indésirables sur GRANIT dans votre service sont : *(une seule réponse possible)*

- Quotidiennes
- Hebdomadaires
- Mensuelles
- Annuelles

Concernant l'utilisation de GRANIT *(une seule réponse possible)*

- Vous êtes régulièrement incités à déclarer par votre cadre
- Vous n'avez pas besoin d'être incité, vous l'utilisez régulièrement
- Vous utilisez l'outil spontanément sans rappel

Concernant l'usage de l'outil GRANIT :

	<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Ni en accord, ni en désaccord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>
1. L'utilisation est contraignante					
2. La procédure de déclaration des événements indésirables est explicite					
3. Les formations concernant l'outil sont suffisantes					
4. Il existe une bonne lisibilité sur le traitement des événements indésirables					
5. Vous n'êtes pas informé du traitement des événements indésirables					
6. L'utilisation est facile					

Concernant l'appropriation de l'outil, diriez-vous que :

	<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Ni en accord, ni en désaccord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>
1. L'outil est intégré aux pratiques quotidiennes					
2. Les utilisateurs se servent de l'outil comme un moyen de pression <i>(vis-à-vis de l'encadrement, des collègues, pour obtenir des ressources supplémentaires)</i>					
3. L'outil est peu utilisé par les agents					
4. Les agents l'utilisent par mimétisme aux autres membres de l'équipe					
5. L'outil est utilisé pour justifier d'autres demandes (ressources humaines, matériel...)					

Etes-vous informé du traitement des événements indésirables (« tableau de bord de notification GRANIT ») ?

Oui Non

Pensez-vous que l'utilisation de GRANIT :

	<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Ni en accord, ni en désaccord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>
1. Facilite les échanges entre professionnels					
2. Est une source de conflit (interpersonnels ou interservices)					
3. Est un moyen de pression entre professionnels					
4. Est un outil de délation					
5. Permet la compréhension des pratiques professionnelles autres					

Diriez-vous que GRANIT :

	<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Ni en accord, ni en désaccord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>
1. Est un outil permettant l'amélioration des pratiques					
2. Est un outil permettant de comprendre les difficultés réelles de pratiques					
3. Est ancré dans les pratiques quotidiennes					
4. N'est pas assez utilisé					
5. Facilite les échanges entre les agents au sujet de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins					
6. Ne sert à rien					
7. Favorise l'intégration de la démarche qualité sur le terrain					
8. Entraîne une charge de travail supplémentaire					

L'utilisation de GRANIT a-t-il été source d'innovation pour d'autres pratiques ?

Oui Non

Si oui, donnez quelques exemples

Merci pour votre participation,

Sandrine Hayo-Villeneuve, cadre supérieur de santé formatrice IFCS CHRU X

Protocole de recherche enquête quantitative

But de la recherche :

Explorer les outils d'appropriation de la démarche qualité.

Problématique :

Les outils de gestion de la qualité peuvent être des leviers d'appropriation de la démarche qualité par les organisations hospitalières.

Prisme théorique :

Théorie de la structuration A. Giddens

- * *Rôle médiateur des instruments dans la structuration du social : les structures et les systèmes sociaux conditionnent l'action humaine, mais ils en sont également les fruits.*
- * *L'interaction homme/technologie à un rôle médiateur dans ce processus.*
- * *Les outils sont structurés par l'action humaine et structurants pour l'action humaine*

Éléments de problématique	Dimensions d'analyse	Matériaux à prélever
<i>Appropriation de la démarche qualité</i>	<i>Représentations sur la qualité</i>	<i>Représentations, intégration dans la démarche (groupes de travail, EPP,...), intégration dans les pratiques quotidiennes</i>
<i>La qualité outil de gestion</i>	<i>Logiques d'actions</i>	<i>Histoire de l'outil, contexte organisationnel, implantation de l'outil, modes d'adoptions, structures encodées</i>
<i>structuration des outils de gestion de la qualité</i>	<i>Analyse de l'outil en usage</i>	<i>Types d'acteurs concernés, contenu des pratiques, référentiels, protocoles, modes opératoires, rapport des acteurs à l'outil, effets de l'outil, interactions, règles et ressources</i>
<i>Articulation entre l'instrument de gestion et le management</i>	<i>Analyse des pratiques</i>	<i>Méthodes, contenu des pratiques, intérêts, enjeux, positionnement</i>

Recherche :

Objectifs :

- * *Observation de ce qui lie l'outil à l'utilisateur pour envisager les facteurs d'intégration*
- * *Etude de la forme « inscrite » de l'outil (contextualisé, observable dans les micro-pratiques)*
- * *Découpler analytiquement les effets de l'instrument sur le social et ceux du social sur l'instrument*

Postulat de la recherche empirique : flexibilité interprétative : les effets sont non modélisables a priori de l'interaction utilisateurs/technologie car imprévisibles souvent non intentionnels et provisoires.

Positionnement au regard de la théorie de la structuration :

Il existe une co-construction récursive entre les systèmes sociaux (pratiques, comportements) et les structures sociales (règles et ressources) lors de l'utilisation de l'outil

- * **Proposition 1 :** *Les outils sont porteurs de structures (structures encodées/esprit de la technologie/conséquences inattendues et attendues)*

* **Proposition 2** : La structure ne peut être programmée dans la technologie (structures émergentes/technologie en usage)

Prédictions associées :

* La co-évolution entre l'humain et la technologique offre la possibilité d'institutionnaliser les pratiques de gestion de la qualité

* L'intégration de la démarche qualité peut être adaptée selon le niveau de co-émergence technologie/humain

Opérationnalisation de l'analyse des concepts

Concepts	Dimensions (éléments constitutifs du concept)	Indicateurs (manifestation objectivement mesurable des dimensions)
Qualité	Représentation	Positive, neutre, négative Concernés par l'usage de l'outil ? rapport d'usage dans l'outil (conception, diffusion, utilisation)
	Valeurs, croyances	Discours officiel/perception individuelle
	Intégration de la démarche qualité dans les pratiques	Inscrite dans les pratiques quotidiennes
	Ancrage culturel	Connaissance, représentations
Management	Action managériale sur la structure de l'outil	Signification : communication, formation, tutorat, délégation, regard sur les schèmes interprétatifs Domination : action sur les allocations de ressources Légitimation : régulation normative
	Articulation outil/management	Levier managérial, aide à la gestion, utilisation dans l'évaluation annuelle
	Instrument de gestion de la qualité	Levier de motivation, favorise un processus dynamique d'ACQ, intérateur de la démarche qualité
Théorie de la structuration	Dimensions structurelles	Règles et ressources à disposition Conditions et résultats de l'action Médiation du structurel et du contextuel (contraintes et contingences)
	Reproduction des systèmes sociaux	Action intégrée dans les interactions, Modalités d'interaction avec l'outil (enjeux, risques, gains), avec la technique
	Organisation des systèmes sociaux	Routinisations, institutionnalisations Valeurs intégrées dans les interactions représentations autour de l'outil, modification des relations entre métiers, conséquences inattendues
	Histoire de l'outil (dimension spatio-temporelle)	Implantation, évolution, formations, informations
	Technologie en usage	Types d'acteurs concernés ; intensité d'usage, rapport affectif à l'outil, type d'adoption (mimétisme, coercition), évolution des usages

Hypothèses

Hypothèses principales :

Les outils de gestion de la qualité sont des vecteurs d'appropriation de la démarche qualité :

1. Les outils de gestion de la qualité sont porteurs de structures.
2. La structure ne peut être programmée dans la technologie.

Hypothèses secondaires :

- * **H1** - Les outils de gestion de la qualité permettent l'appropriation de la démarche qualité
- * **H2** - Les outils de gestion de la qualité sont des médiateurs dans la structuration du social
- * **H3** - L'intégration de la démarche qualité peut être adaptée selon le niveau de co-émergence technologie/humain
- * **H4** - L'interaction humain/technologie à un rôle médiateur dans l'intégration de la démarche qualité

Canevas général

	Modalités	Justification
Posture épistémologique	Constructiviste pragmatique	Postulant d'une réalité perçue sous le prisme de l'interaction entre l'esprit humain avec cette réalité et non le reflet de cette réalité elle-même.
Choix de la méthode	Abductive	Vision interprétative de la réalité (recherche des causes d'un phénomène)
Nature des données	Quantitative	Données primaires- étude de cas
Mode de collecte	Questionnaires envoyés par Intranet	Accessibilité au terrain
Nature du terrain	CHRU et autres établissements de santé	Hôpital public répondant à l'objet de recherche. Public en lien avec le questionnement de départ
Taille de l'échantillon	657	Echantillon non probabiliste Ensemble des cadres de santé du CHRU +agents
Composition de l'échantillon	Cadre supérieur de santé Cadre de santé Agents de terrain	En lien avec l'objet de recherche. La qualification englobe toutes les filières de cadre permettant une approche exhaustive
Durée du recueil	15 décembre au 15 janvier	La transmission par voie informatique doit faciliter le recueil
Analyse	Traitement statistique (analyse de scores)	Analyse thématique et contextualisante

Construction du questionnaire :

Concepts	Dimensions (éléments constitutifs du concept)	Indicateurs/ descripteurs (manifestation objectivement mesurable des dimensions)	Question	Modalités	Variable	Objectif
Identification	/	Métier	Quelle est votre filière d'origine ?	<ul style="list-style-type: none"> • Soignante • Rééducation • Médico-technique 	Nominale	Distinction métier/perception qualité
	/	Expérience dans la fonction	Depuis combien de temps exercez-vous la profession de CS ?	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 5 ans • Entre 5 et 10 ans • Entre 10 et 20 ans • Plus de 20 ans 	Echelle de rapport	Incidence expérience/perception de la qualité
Qualité	Représentation	Positive, neutre, négative	Je vais vous citer différentes affirmations. Pour chacune d'entre elles dites-moi si vous êtes « tout à fait d'accord » (note 5), « Plutôt d'accord » (note 4), « Ni en accord, ni en désaccord » (note 3), « Plutôt pas d'accord » (note 2), « pas du tout d'accord » (note 1)	<ul style="list-style-type: none"> • La qualité est une démarche d'amélioration continue des pratiques • La qualité est un vecteur de progrès de l'organisation • La qualité est un outil d'aide à l'amélioration des pratiques • La qualité est un frein organisationnel • La qualité est un outil managérial • La qualité entraîne une surcharge de travail • La qualité est indissociable des pratiques de santé 	Echelle d'attitude (Lickert)	Perception de la qualité
	Valeurs, croyances, Ancrage culturel	Discours officiel/perception individuelle Inscrite dans les pratiques quotidiennes, Connaissance, représentation	Dans quelle mesure la qualité fait-elle partie de votre quotidien ?	<ul style="list-style-type: none"> • Participation ou animation à des groupes de travail (EPP, CREX, Audit...) • Participation aux instances qualité (COVIRIS, CLUD, COMEDIMS,...) • Utilisation d'outils qualité (QQOQCP, Audits, Brainstorming, EPP...) • Information/formation aux équipes 	échelle nominale multiple (Variable binaire : 1 si coché, 0 si non coché)	Intégration du concept dans la pratique

Concepts	Dimensions (éléments constitutifs du concept)	Indicateurs/ descripteurs (manifestation objectivement mesurable des dimensions)	Question	Modalités	Variable	Objectif
		s		(certification, EPP,...)		
			Je vais vous citer différentes affirmations. Pour chacune d'entre elles dites-moi si vous êtes « tout à fait d'accord » (note 5), « Plutôt d'accord » (note 4), « Ni en accord, ni en désaccord » (note 3), « Plutôt pas d'accord » (note 2), « pas du tout d'accord » (note 1)	<ul style="list-style-type: none"> • La communication institutionnelle concernant la qualité vous semble insuffisante • Vous êtes suffisamment informé sur le terrain des démarches qualité en cours et de la qualité en général • Vous préférez vous informer par vous-même (HAS, Scope Santé,...) 	Echelle d'attitude (Lickert)	Ecart entre le prescrit et le réel
	Intégration de la démarche qualité dans les pratiques	Concernés par l'usage de l'outil ? rapport d'usage dans l'outil (conception, diffusion, utilisation)	Concernant l'outil de déclaration des EI (GRANIT) : cochez les cases correspondantes	<ul style="list-style-type: none"> • Vous avez participé à sa conception • Vous avez participé à l'amélioration de l'outil • Vous êtes utilisateurs 	échelle nominale (code) Oui (1)/Non(0)	Rapport dans l'usage
Management de la qualité	Action managériale sur la structure de l'outil	Signification : communication, formation, tutorat, délégation, regard sur les schèmes interprétatifs Domination :	L'utilisation de GRANIT par vos équipes vous permet :	<ul style="list-style-type: none"> • D'accompagner les agents dans l'amélioration des pratiques • De communiquer sur la qualité et la gestion des risques • De comprendre les difficultés réelles de pratiques • De déléguer certaines tâches (gestion des matériels,...) • De contrôler les pratiques 	Echelle d'attitude (Lickert)	Lien action managériale/outil

Concepts	Dimensions (éléments constitutifs du concept)	Indicateurs/ descripteurs (manifestation objectivement mesurable des dimensions)	Question	Modalités	Variable	Objectif
		<p>action sur les allocations de ressources</p> <p>Légitimation : régulation normative</p>		<ul style="list-style-type: none"> • De décloisonner les pratiques (entre métiers ou services) • D'argumenter l'allocation de ressources • D'accompagner le développement des compétences • D'alimenter l'évaluation annuelle des agents 		
	Articulation outil/management	<p>Levier managérial, aide à la gestion, utilisation dans l'évaluation annuelle</p>				
	Instrument de gestion de la qualité	<p>Levier de motivation, favorise un processus dynamique d'ACQ, intégrateur de la démarche qualité</p>	<p>Pensez-vous que l'outil de gestion de la qualité GRANIT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Est un levier de motivation des équipes • Ne sert à rien • Favorise l'intégration de la démarche qualité sur le terrain • Entraîne une charge de travail supplémentaire • Aide à traiter les problèmes de gestion de la qualité et de la sécurité des soins • Facilite les échanges entre les agents au sujet de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins 	<p>d'attitude (Lickert)</p>	<p>Ancrage des outils de gestion de la qualité</p>

Concepts	Dimensions (éléments constitutifs du concept)	Indicateurs/ descripteurs (manifestation objectivement mesurable des dimensions)	Question	Modalités	Variable	Objectif
Théorie de la structuration	Dimensions structurelles	Règles et ressources à disposition Conditions et résultats de l'action Médiation du structurel et du contextuel (contraintes et contingences)	Concernant l'usage de l'outil de déclaration EI GRANIT	<ul style="list-style-type: none"> L'utilisation est contraignante La procédure de déclaration des EI est explicite Les formations concernant l'outil sont suffisantes Il existe une bonne lisibilité sur le traitement des EI Vous n'êtes pas informé du traitement des EI L'utilisation est facile 	d'attitude (Lickert)	Détermination des modalités d'accès
	Reproduction des systèmes sociaux	Action intégrée dans les interactions, Modalités d'interaction avec l'outil (enjeux, risques, gains), avec la technique	Pensez-vous que l'utilisation de GRANIT	<ul style="list-style-type: none"> Facilite les échanges entre professionnels Est une source de conflit (interpersonnels ou interservices) Est un moyen de pression entre professionnels Est un outil de délation Permet la compréhension des pratiques professionnelles autres 	d'attitude (Lickert)	Détermination des modalités d'usage
	Organisation des systèmes sociaux	Routinisations, institutionnalisations Valeurs intégrées dans les interactions représentations autour de l'outil,	Diriez-vous que GRANIT	<ul style="list-style-type: none"> Est un outil d'aide managérial Est ancré dans les pratiques quotidiennes N'est pas assez utilisé 	Échelle nominale (code) Oui(1)/Non(0)	Modalité d'ancrage dans les routines de travail

Concepts	Dimensions (éléments constitutifs du concept)	Indicateurs/ descripteurs (manifestation objectivement mesurable des dimensions)	Question	Modalités	Variable	Objectif
		modification des relations entre métiers,				
		Conséquences inattendues	L'utilisation de GRANIT a-t-il été source d'innovation pour d'autres pratiques ?	Si oui, donnez quelques exemples.	Échelle nominale (code) Oui(1)/Non(0) + Question ouverte	Lien avec la non intentionnalité
	Histoire de l'outil (dimension spatio-temporelle)	Implantation, évolution, formations, informations	Depuis quand connaissez-vous Granit ?		Question ouverte	Détermination des modalités d'évolution de l'outil
L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ?			Si oui, précisez (nombre de modification, type de modification,...)	Question ouverte		
Etes-vous informé du traitement des EI (tableau de bord des EI) ?			Oui/Non	Question fermée		
Avez-vous été formé à l'utilisation de GRANIT ?			Par l'institution ? Par des pairs ? Dans votre service de manière informelle ? Auto formé ?	échelle nominale Multiple (Variable binaire : 1 si coché, 0 si non coché)		
	Technologie en usage	Types d'acteurs concernés ;	Quels sont les acteurs les plus concernés par l'utilisation de GRANIT	Citez les professions concernées dans votre service (par ordre croissant d'utilisation)	Question ouverte	Rapport utilisation/type d'acteur

Concepts	Dimensions (éléments constitutifs du concept)	Indicateurs/ descripteurs (manifestation objectivement mesurable des dimensions)	Question	Modalités	Variable	Objectif
		intensité d'usage, rapport affectif à l'outil, type d'adoption (mimétisme, coercition), évolution des usages	dans votre service			
			Les déclarations d'EI dans votre service sont :	Quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles, annuelles	Echelle nominale Oui(1)/Non(0)	Niveau d'intensité d'usage
			Concernant l'appropriation de l'outil par vos équipes, diriez-vous que :	<ul style="list-style-type: none"> • L'outil est intégré aux pratiques quotidiennes • Les utilisateurs se servent de l'outil comme un moyen de pression (vis-à-vis de l'encadrement, des collègues, pour obtenir des ressources supplémentaires) • L'outil est peu utilisé par les agents • Les agents l'utilisent par mimétisme aux autres membres de l'équipe • L'outil est utilisé pour justifier d'autres demandes (ressources humaines, matériel...) 	d'attitude (Lickert)	Détermination du rapport à l'usage
			Concernant l'utilisation de GRANIT par vos équipes	<ul style="list-style-type: none"> • Vous incitez régulièrement les agents à déclarer • Vous n'avez pas besoin d'inciter les agents, ils l'utilisent régulièrement • L'outil est utilisé spontanément sans votre rappel 	Echelle nominale Oui(1)/Non(0)	

Tableau de fréquences

Lieu d'exercice du répondant

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	CHRU	273	64,8	64,8	64,8
	HorsCHRU	148	35,2	35,2	100,0
	Total	421	100,0	100,0	

Statut de l'établissement du répondant

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Public	417	99,0	99,0	99,0
	Privé	4	1,0	1,0	100,0
	Total	421	100,0	100,0	

Département du lieu d'exercice du répondant

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Ardennes	2	,5	,5	,5
	Aube	1	,2	,2	,7
	Marne	1	,2	,2	1,0
	Haute-Marne	11	2,6	2,6	3,6
	Meurthe et Moselle	304	72,2	72,2	75,8
	Meuse	7	1,7	1,7	77,4
	Moselle	54	12,8	12,8	90,3
	Bas-Rhin	7	1,7	1,7	91,9
	Haut-Rhin	5	1,2	1,2	93,1
	Haute-Saône	6	1,4	1,4	94,5

Sarthe	1	,2	,2	94,8
Haute-Savoie	1	,2	,2	95,0
Vosges	21	5,0	5,0	100,0
Total	421	100,0	100,0	

Fonction du répondant

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide				
Cadre	206	48,9	48,9	48,9
Cadre Supérieur	20	4,8	4,8	53,7
Infirmier	91	21,6	21,6	75,3
Aide-Soignant	37	8,8	8,8	84,1
Puéricultrice	20	4,8	4,8	88,8
Auxiliaire de puériculture	25	5,9	5,9	94,8
Autre	22	5,2	5,2	100,0
Total	421	100,0	100,0	

Filière d'origine du répondant

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide				
Soignante	362	86,0	86,0	86,0
Rééducation	16	3,8	3,8	89,8
Médico-Technique	43	10,2	10,2	100,0
Total	421	100,0	100,0	

Expérience professionnelle du répondant

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Moins de 5 ans	186	44,2	44,4	44,4

Valide	Entre 5 et 10 ans	68	16,2	16,2	60,6
	Entre 10 et 20 ans	89	21,1	21,2	81,9
	Plus de 20 ans	76	18,1	18,1	100,0
	Total	419	99,5	100,0	
Manquante	9	2	,5		
Total		421	100,0		

La qualité est une démarche d'amélioration continue des pratiques

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	1	,2	,2	,2
	Plutôt pas d'accord	4	1,0	1,0	1,2
	Ni en accord, ni en désaccord	12	2,9	2,9	4,1
	Plutôt d'accord	140	33,3	33,5	37,6
	Tout à fait d'accord	261	62,0	62,4	100,0
	Total	418	99,3	100,0	
Manquante	9	3	,7		
Total		421	100,0		

La qualité est un vecteur de progrès de l'organisation

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	1	,2	,2	,2
	Plutôt pas d'accord	9	2,1	2,1	2,4
	Ni en accord, ni en désaccord	29	6,9	6,9	9,3
	Plutôt d'accord	185	43,9	44,2	53,5
	Tout à fait d'accord	195	46,3	46,5	100,0
	Total	419	99,5	100,0	
Manquante	9	2	,5		
Total		421	100,0		

La qualité est un outil d'aide à l'amélioration des pratiques

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Pas du tout d'accord	1	,2	,2	,2

	Plutôt pas d'accord	9	2,1	2,2	2,4
Valide	Ni en accord, ni en désaccord	31	7,4	7,4	9,8
	Plutôt d'accord	166	39,4	39,7	49,5
	Tout à fait d'accord	211	50,1	50,5	100,0
	Total	418	99,3	100,0	
Manquante	9	3	,7		
Total		421	100,0		

La qualité est un frein organisationnel

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Pas du tout d'accord	115	27,3	27,5	27,5
	Plutôt pas d'accord	144	34,2	34,4	62,0
Valide	Ni en accord, ni en désaccord	102	24,2	24,4	86,4
	Plutôt d'accord	52	12,4	12,4	98,8
	Tout à fait d'accord	5	1,2	1,2	100,0
	Total	418	99,3	100,0	
Manquante	9	3	,7		
Total		421	100,0		

La qualité est un outil managérial

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	17	4,0	4,2	4,2
	Plutôt pas d'accord	25	5,9	6,1	10,3
	Ni en accord, ni en désaccord	113	26,8	27,6	37,9
	Plutôt d'accord	150	35,6	36,7	74,6
	Tout à fait d'accord	104	24,7	25,4	100,0
	Total	409	97,1	100,0	
Manquante	9	12	2,9		
Total		421	100,0		

La qualité entraîne une surcharge de travail

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	64	15,2	15,2	15,2
	Plutôt pas d'accord	94	22,3	22,4	37,6
	Ni en accord, ni en désaccord	96	22,8	22,9	60,5
	Plutôt d'accord	128	30,4	30,5	91,0
	Tout à fait d'accord	38	9,0	9,0	100,0
	Total	420	99,8	100,0	
Manquante	9	1	,2		
Total		421	100,0		

La qualité est indissociable des pratiques de santé

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	8	1,9	1,9	1,9
	Plutôt pas d'accord	11	2,6	2,6	4,5
	Ni en accord, ni en désaccord	20	4,8	4,8	9,3
	Plutôt d'accord	121	28,7	28,8	38,1
	Tout à fait d'accord	260	61,8	61,9	100,0
	Total	420	99,8	100,0	
Manquante	9	1	,2		
Total		421	100,0		

La communication institutionnelle concernant la qualité est insuffisante

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Pas du tout d'accord	24	5,7	5,8	5,8

Valide	Plutôt pas d'accord	118	28,0	28,5	34,3
	Ni en accord, ni en désaccord	85	20,2	20,5	54,8
	Plutôt d'accord	156	37,1	37,7	92,5
	Tout à fait d'accord	31	7,4	7,5	100,0
	Total	414	98,3	100,0	
Manquante	9	6	1,4		
	Système manquant	1	,2		
	Total	7	1,7		
Total		421	100,0		

Les répondants sont suffisamment informé sur le terrain des démarches qualité en cours et de la qualité en général

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	12	2,9	2,9	2,9
	Plutôt pas d'accord	105	24,9	25,4	28,3
	Ni en accord, ni en désaccord	76	18,1	18,4	46,6
	Plutôt d'accord	174	41,3	42,0	88,6
	Tout à fait d'accord	47	11,2	11,4	100,0
	Total	414	98,3	100,0	
Manquante	9	7	1,7		
Total		421	100,0		

Les répondants s'informent par eux-mêmes

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Non applicable	2	,5	,5	,5
	Pas du tout d'accord	39	9,3	9,5	10,0

Valide	Plutôt pas d'accord	71	16,9	17,3	27,3
	Ni en accord, ni en désaccord	106	25,2	25,9	53,2
	Plutôt d'accord	153	36,3	37,3	90,5
	Tout à fait d'accord	39	9,3	9,5	100,0
	Total	410	97,4	100,0	
Manquante	9	11	2,6		
Total		421	100,0		

Le répondant intègre la qualité dans son quotidien en participant ou animant des groupes de travail

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	205	48,7	49,0	49,0
	Présence/Oui	213	50,6	51,0	100,0
	Total	418	99,3	100,0	
Manquante	9	3	,7		
Total		421	100,0		

Le répondant intègre la qualité dans son quotidien en participant aux instances qualité

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	328	77,9	78,5	78,5
	Présence/Oui	90	21,4	21,5	100,0
	Total	418	99,3	100,0	
Manquante	9	3	,7		
Total		421	100,0		

Le répondant intègre la qualité dans son quotidien en utilisant des outils qualité

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	212	50,4	50,7	50,7
	Présence/Oui	206	48,9	49,3	100,0
	Total	418	99,3	100,0	
Manquante	9	3	,7		
Total		421	100,0		

Le répondant intègre la qualité dans son quotidien en participant à des informations ou formations sur la qualité

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	140	33,3	33,5	33,5
	Présence/Oui	278	66,0	66,5	100,0
	Total	418	99,3	100,0	
Manquante	9	3	,7		
Total		421	100,0		

L'outil de déclaration des EI est un levier de motivation des équipes

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non applicable	195	46,3	46,3	46,3
	Pas du tout d'accord	28	6,7	6,7	53,0
	Plutôt pas d'accord	70	16,6	16,6	69,6
	Ni en accord, ni en désaccord	63	15,0	15,0	84,6
	Plutôt d'accord	53	12,6	12,6	97,1
	Tout à fait d'accord	12	2,9	2,9	100,0
	Total	421	100,0	100,0	

L'outil de déclaration des EI ne sert à rien

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	177	42,0	43,7	43,7
	Plutôt pas d'accord	129	30,6	31,9	75,6
	Ni en accord, ni en désaccord	84	20,0	20,7	96,3
	Plutôt d'accord	10	2,4	2,5	98,8
	Tout à fait d'accord	5	1,2	1,2	100,0
	Total	405	96,2	100,0	
Manquante	9	16	3,8		
Total		421	100,0		

L'outil de déclaration des EI favorise l'intégration de la démarche qualité sur le terrain

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	8	1,9	2,0	2,0
	Plutôt pas d'accord	42	10,0	10,5	12,5
	Ni en accord, ni en désaccord	130	30,9	32,5	45,0
	Plutôt d'accord	183	43,5	45,8	90,8
	Tout à fait d'accord	37	8,8	9,3	100,0
	Total	400	95,0	100,0	
Manquante	9	21	5,0		
Total		421	100,0		

L'outil de déclaration des EI entraîne une charge de travail supplémentaire

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Pas du tout d'accord	45	10,7	11,2	11,2

	Plutôt pas d'accord	84	20,0	20,8	32,0
Valide	Ni en accord, ni en désaccord	91	21,6	22,6	54,6
	Plutôt d'accord	141	33,5	35,0	89,6
	Tout à fait d'accord	42	10,0	10,4	100,0
	Total	403	95,7	100,0	
Manquante	9	18	4,3		
Total		421	100,0		

L'outil de déclaration des EI aide à traiter les problèmes de gestion de la qualité et de la sécurité des soins

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Non applicable	195	46,3	46,4	46,4
	Pas du tout d'accord	4	1,0	1,0	47,4
	Plutôt pas d'accord	13	3,1	3,1	50,5
Valide	Ni en accord, ni en désaccord	20	4,8	4,8	55,2
	Plutôt d'accord	118	28,0	28,1	83,3
	Tout à fait d'accord	70	16,6	16,7	100,0
	Total	420	99,8	100,0	
Manquante	9	1	,2		
Total		421	100,0		

L'outil de déclaration des EI facilite les échanges entre les agents au sujet de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Non applicable	1	,2	,3	,3
	Pas du tout d'accord	20	4,8	5,0	5,3

Valide	Plutôt pas d'accord	72	17,1	18,0	23,3
	Ni en accord, ni en désaccord	139	33,0	34,8	58,0
	Plutôt d'accord	128	30,4	32,0	90,0
	Tout à fait d'accord	40	9,5	10,0	100,0
	Total	400	95,0	100,0	
Manquante	9	21	5,0		
Total		421	100,0		

L'utilisation de l'outil permet d'accompagner les agents dans l'amélioration des pratiques

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non applicable	195	46,3	46,5	46,5
	Pas du tout d'accord	7	1,7	1,7	48,2
	Plutôt pas d'accord	17	4,0	4,1	52,3
	Ni en accord, ni en désaccord	25	5,9	6,0	58,2
	Plutôt d'accord	130	30,9	31,0	89,3
	Tout à fait d'accord	45	10,7	10,7	100,0
	Total	419	99,5	100,0	
Manquante	9	2	,5		
Total		421	100,0		

L'utilisation de l'outil permet de communiquer sur la qualité et la gestion des risques

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non applicable	195	46,3	46,4	46,4
	Pas du tout d'accord	6	1,4	1,4	47,9
	Plutôt pas d'accord	13	3,1	3,1	51,0
	Ni en accord, ni en désaccord	16	3,8	3,8	54,8
	Plutôt d'accord	128	30,4	30,5	85,2
	Tout à fait d'accord	62	14,7	14,8	100,0
	Total	420	99,8	100,0	
Manquante	9	1	,2		
Total		421	100,0		

L'utilisation de l'outil permet de comprendre les difficultés réelles de pratiques

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non applicable	1	,2	,2	,2
	Pas du tout d'accord	14	3,3	3,4	3,7
	Plutôt pas d'accord	26	6,2	6,4	10,1
	Ni en accord, ni en désaccord	66	15,7	16,3	26,4
	Plutôt d'accord	220	52,3	54,2	80,5
	Tout à fait d'accord	79	18,8	19,5	100,0
	Total	406	96,4	100,0	
Manquante	9	15	3,6		
Total		421	100,0		

L'utilisation de l'outil permet de déléguer certaines tâches

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non applicable	195	46,3	46,5	46,5
	Pas du tout d'accord	42	10,0	10,0	56,6
	Plutôt pas d'accord	55	13,1	13,1	69,7
	Ni en accord, ni en désaccord	74	17,6	17,7	87,4
	Plutôt d'accord	40	9,5	9,5	96,9
	Tout à fait d'accord	13	3,1	3,1	100,0
	Total	419	99,5	100,0	
Manquante	9	2	,5		
Total		421	100,0		

L'utilisation de l'outil permet de contrôler les pratiques

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non applicable	195	46,3	46,5	46,5
	Pas du tout d'accord	24	5,7	5,7	52,3
	Plutôt pas d'accord	58	13,8	13,8	66,1
	Ni en accord, ni en désaccord	42	10,0	10,0	76,1
	Plutôt d'accord	87	20,7	20,8	96,9
	Tout à fait d'accord	13	3,1	3,1	100,0
	Total	419	99,5	100,0	
Manquante	9	2	,5		
Total		421	100,0		

L'utilisation de l'outil permet de décroisonner les pratiques

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non applicable	195	46,3	46,7	46,7
	Pas du tout d'accord	17	4,0	4,1	50,7
	Plutôt pas d'accord	37	8,8	8,9	59,6
	Ni en accord, ni en désaccord	41	9,7	9,8	69,4
	Plutôt d'accord	95	22,6	22,7	92,1
	Tout à fait d'accord	33	7,8	7,9	100,0
	Total	418	99,3	100,0	
Manquante	9	3	,7		
Total		421	100,0		

L'utilisation de l'outil permet d'argumenter des demandes de ressources supplémentaires

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non applicable	195	46,3	46,5	46,5
	Pas du tout d'accord	22	5,2	5,3	51,8
	Plutôt pas d'accord	28	6,7	6,7	58,5
	Ni en accord, ni en désaccord	41	9,7	9,8	68,3
	Plutôt d'accord	93	22,1	22,2	90,5
	Tout à fait d'accord	40	9,5	9,5	100,0
	Total	419	99,5	100,0	
Manquante	9	2	,5		
Total		421	100,0		

L'utilisation de l'outil permet d'accompagner le développement des compétences

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non applicable	195	46,3	46,7	46,7
	Pas du tout d'accord	13	3,1	3,1	49,8
	Plutôt pas d'accord	33	7,8	7,9	57,7
	Ni en accord, ni en désaccord	53	12,6	12,7	70,3
	Plutôt d'accord	97	23,0	23,2	93,5
	Tout à fait d'accord	27	6,4	6,5	100,0
	Total	418	99,3	100,0	
Manquante	9	3	,7		
Total		421	100,0		

L'utilisation de l'outil permet d'alimenter l'évaluation annuelle des agents

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
--	--	-----------	-------------	--------------------	--------------------

Valide	Non applicable	195	46,3	46,5	46,5
	Pas du tout d'accord	44	10,5	10,5	57,0
	Plutôt pas d'accord	51	12,1	12,2	69,2
	Ni en accord, ni en désaccord	52	12,4	12,4	81,6
	Plutôt d'accord	65	15,4	15,5	97,1
	Tout à fait d'accord	11	2,6	2,6	99,8
	11	1	,2	,2	100,0
	Total	419	99,5	100,0	
Manquante	9	2	,5		
Total		421	100,0		

Depuis combien de temps le répondant connaît-il l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Moins de 5 ans	158	37,5	41,6	41,6
	Entre 5 et 10 ans	92	21,9	24,2	65,8
	Plus de 10 ans	130	30,9	34,2	100,0
	Total	380	90,3	100,0	
Manquante	9	41	9,7		
Total		421	100,0		

Participation du répondant à la conception de l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	398	94,5	95,7	95,7
	Oui	18	4,3	4,3	100,0
	Total	416	98,8	100,0	
Manquante	9	5	1,2		
Total		421	100,0		

Participation du répondant à l'amélioration de l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	368	87,4	88,5	88,5
	Oui	48	11,4	11,5	100,0
	Total	416	98,8	100,0	
Manquante	9	5	1,2		
Total		421	100,0		

Le répondant est utilisateur

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	59	14,0	14,1	14,1
	Oui	358	85,0	85,9	100,0
	Total	417	99,0	100,0	
Manquante	9	4	1,0		
Total		421	100,0		

Le répondant est formé à l'outil par l'institution

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	203	48,2	48,7	48,7
	Oui	214	50,8	51,3	100,0
	Total	417	99,0	100,0	
Manquante	9	4	1,0		
Total		421	100,0		

Le répondant est formé à l'outil par ses pairs

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	252	59,9	60,7	60,7
	Oui	163	38,7	39,3	100,0
	Total	415	98,6	100,0	
Manquante	9	6	1,4		
Total		421	100,0		

Le répondant est formé à l'outil de manière informelle dans son service

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	245	58,2	59,0	59,0
	Oui	170	40,4	41,0	100,0
	Total	415	98,6	100,0	
Manquante	9	6	1,4		
Total		421	100,0		

Le répondant s'est auto-formé à l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
--	--	-----------	-------------	--------------------	--------------------

Valide	Non	231	54,9	55,4	55,4
	Oui	186	44,2	44,6	100,0
	Total	417	99,0	100,0	
Manquante	9	4	1,0		
Total		421	100,0		

L'outil a-t-il évolué depuis que le répondant le connaît

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	161	38,2	40,9	40,9
	Oui	233	55,3	59,1	100,0
	Total	394	93,6	100,0	
Manquante	9	27	6,4		
Total		421	100,0		

Les Infirmiers sont les acteurs les plus concernés par l'utilisation de l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	60	14,3	15,5	15,5
	Présence/Oui	327	77,7	84,5	100,0
	Total	387	91,9	100,0	
Manquante	9	34	8,1		
Total		421	100,0		

Les Aides-soignants sont les acteurs les plus concernés par l'utilisation de l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	172	40,9	44,8	44,8
	Présence/Oui	212	50,4	55,2	100,0
	Total	384	91,2	100,0	

	9	36	8,6
Manquante	Système manquant	1	,2
	Total	37	8,8
Total		421	100,0

Les puéricultrices sont les acteurs les plus concernés par l'utilisation de l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	335	79,6	86,8	86,8
	Présence/Oui	51	12,1	13,2	100,0
	Total	386	91,7	100,0	
Manquante	9	35	8,3		
Total		421	100,0		

Les Auxiliaires de puériculture sont les acteurs les plus concernés par l'utilisation de l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	328	77,9	85,2	85,2
	Présence/Oui	57	13,5	14,8	100,0
	Total	385	91,4	100,0	
Manquante	9	35	8,3		
	Système manquant	1	,2		
	Total	36	8,6		
Total		421	100,0		

Les brancardiers sont les acteurs les plus concernés par l'utilisation de l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	379	90,0	98,2	98,2
	Présence/Oui	7	1,7	1,8	100,0
	Total	386	91,7	100,0	
Manquante	9	35	8,3		
Total		421	100,0		

Les ASH sont les acteurs les plus concernés par l'utilisation de l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	309	73,4	80,1	80,1
	Présence/Oui	77	18,3	19,9	100,0
	Total	386	91,7	100,0	
Manquante	9	35	8,3		
Total		421	100,0		

Les médecins sont les acteurs les plus concernés par l'utilisation de l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	272	64,6	70,6	70,6
	Présence/Oui	113	26,8	29,4	100,0
	Total	385	91,4	100,0	
Manquante	9	36	8,6		
Total		421	100,0		

Les cadres de santé sont les acteurs les plus concernés par l'utilisation de l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	194	46,1	50,4	50,4
	Présence/Oui	191	45,4	49,6	100,0
	Total	385	91,4	100,0	
Manquante	9	36	8,6		
Total		421	100,0		

Les cadres supérieurs sont les acteurs les plus concernés par l'utilisation de l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	373	88,6	96,9	96,9
	Présence/Oui	12	2,9	3,1	100,0
	Total	385	91,4	100,0	
Manquante	9	36	8,6		
Total		421	100,0		

Les secrétaires sont les acteurs les plus concernés par l'utilisation de l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	342	81,2	88,8	88,8
	Présence/Oui	43	10,2	11,2	100,0
	Total	385	91,4	100,0	
Manquante	9	36	8,6		
Total		421	100,0		

D'autres acteurs sont concernés par l'utilisation de l'outil

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Absence/Non	309	73,4	80,3	80,3
	Présence/Oui	76	18,1	19,7	100,0
	Total	385	91,4	100,0	
Manquante	9	36	8,6		
Total		421	100,0		

Estimation du nombre de déclaration d'EI dans le service du répondant

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Quotidienne	42	10,0	10,8	10,8

Valide	Hebdomadaire	143	34,0	36,7	47,4
	Mensuelle	168	39,9	43,1	90,5
	Annuelle	37	8,8	9,5	100,0
	Total	390	92,6	100,0	
Manquante	9	31	7,4		
Total		421	100,0		

Niveau d'incitation nécessaire pour utiliser l'outil de déclaration d'EI

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Incitations régulières	233	55,3	59,7	59,7
	Pas besoin d'incitation l'outil est utilisé régulièrement	66	15,7	16,9	76,7
	Utilisation spontanée sans rappel	91	21,6	23,3	100,0
	Total	390	92,6	100,0	
Manquante	9	31	7,4		
Total		421	100,0		

L'utilisation de l'outil est contraignante

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	48	11,4	12,1	12,1
	Plutôt pas d'accord	132	31,4	33,3	45,5
	Ni en accord, ni en désaccord	103	24,5	26,0	71,5
	Plutôt d'accord	99	23,5	25,0	96,5
	Tout à fait d'accord	14	3,3	3,5	100,0
	Total	396	94,1	100,0	
Manquante	9	25	5,9		
Total		421	100,0		

La procédure de déclaration des événements indésirables est explicite

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	4	1,0	1,0	1,0
	Plutôt pas d'accord	38	9,0	9,6	10,6
	Ni en accord, ni en désaccord	72	17,1	18,1	28,7
	Plutôt d'accord	239	56,8	60,2	88,9
	Tout à fait d'accord	44	10,5	11,1	100,0
	Total	397	94,3	100,0	
Manquante	9	24	5,7		
Total		421	100,0		

Les formations concernant l'outil sont suffisantes

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Pas du tout d'accord	31	7,4	7,8	7,8

	Plutôt pas d'accord	95	22,6	23,8	31,6
Valide	Ni en accord, ni en désaccord	93	22,1	23,3	54,9
	Plutôt d'accord	150	35,6	37,6	92,5
	Tout à fait d'accord	30	7,1	7,5	100,0
	Total	399	94,8	100,0	
Manquante	9	22	5,2		
Total		421	100,0		

Il existe une bonne lisibilité sur le traitement des événements indésirables

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Pas du tout d'accord	48	11,4	12,1	12,1
	Plutôt pas d'accord	99	23,5	24,9	37,0
Valide	Ni en accord, ni en désaccord	103	24,5	25,9	63,0
	Plutôt d'accord	130	30,9	32,7	95,7
	Tout à fait d'accord	17	4,0	4,3	100,0
	Total	397	94,3	100,0	
Manquante	9	24	5,7		
Total		421	100,0		

Le répondant n'est pas informé du traitement des événements indésirables

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Pas du tout d'accord	66	15,7	16,9	16,9
	Plutôt pas d'accord	83	19,7	21,2	38,1
Valide	Ni en accord, ni en désaccord	89	21,1	22,8	60,9
	Plutôt d'accord	107	25,4	27,4	88,2

	Tout à fait d'accord	46	10,9	11,8	100,0
	Total	391	92,9	100,0	
Manquante	9	30	7,1		
Total		421	100,0		

L'utilisation de l'outil est facile

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	8	1,9	2,0	2,0
	Plutôt pas d'accord	37	8,8	9,3	11,3
	Ni en accord, ni en désaccord	77	18,3	19,3	30,6
	Plutôt d'accord	218	51,8	54,6	85,2
	Tout à fait d'accord	59	14,0	14,8	100,0
	Total	399	94,8	100,0	
Manquante	9	22	5,2		
Total		421	100,0		

L'outil est intégré aux pratiques quotidiennes

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	30	7,1	7,5	7,5
	Plutôt pas d'accord	99	23,5	24,8	32,3
	Ni en accord, ni en désaccord	84	20,0	21,1	53,4
	Plutôt d'accord	162	38,5	40,6	94,0
	Tout à fait d'accord	24	5,7	6,0	100,0
	Total	399	94,8	100,0	
Manquante	9	21	5,0		
	Système manquant	1	,2		
	Total	22	5,2		
Total		421	100,0		

Les utilisateurs se servent de l'outil comme un moyen de pression

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	68	16,2	17,1	17,1
	Plutôt pas d'accord	110	26,1	27,6	44,7
	Ni en accord, ni en désaccord	97	23,0	24,4	69,1
	Plutôt d'accord	106	25,2	26,6	95,7
	Tout à fait d'accord	17	4,0	4,3	100,0
	Total	398	94,5	100,0	
Manquante	9	23	5,5		
Total		421	100,0		

L'outil est peu utilisé par les agents

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	29	6,9	7,2	7,2
	Plutôt pas d'accord	112	26,6	27,9	35,2
	Ni en accord, ni en désaccord	80	19,0	20,0	55,1
	Plutôt d'accord	148	35,2	36,9	92,0
	Tout à fait d'accord	32	7,6	8,0	100,0
	Total	401	95,2	100,0	
Manquante	9	20	4,8		
Total		421	100,0		

Les agents utilisent l'outil par mimétisme aux autres membres de l'équipe

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Pas du tout d'accord	61	14,5	15,7	15,7
	Plutôt pas d'accord	127	30,2	32,7	48,5

Valide	Ni en accord, ni en désaccord	142	33,7	36,6	85,1
	Plutôt d'accord	54	12,8	13,9	99,0
	Tout à fait d'accord	4	1,0	1,0	100,0
	Total	388	92,2	100,0	
Manquante	9	33	7,8		
Total		421	100,0		

L'outil est utilisé pour justifier d'autres demandes

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	35	8,3	9,0	9,0
	Plutôt pas d'accord	95	22,6	24,3	33,2
	Ni en accord, ni en désaccord	105	24,9	26,9	60,1
	Plutôt d'accord	137	32,5	35,0	95,1
	Tout à fait d'accord	19	4,5	4,9	100,0
	Total	391	92,9	100,0	
Manquante	9	30	7,1		
Total		421	100,0		

Le répondant est-il informé du traitement des événements indésirables

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	209	49,6	53,3	53,3
	Oui	183	43,5	46,7	100,0
	Total	392	93,1	100,0	
Manquante	9	29	6,9		
Total		421	100,0		

L'outil Facilite les échanges entre professionnels

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	43	10,2	10,6	10,6
	2	105	24,9	25,9	36,5
	3	113	26,8	27,9	64,4
	4	132	31,4	32,6	97,0
	5	12	2,9	3,0	100,0
	Total	405	96,2	100,0	
Manquante	9	16	3,8		
Total		421	100,0		

L'outil est une source de conflit (interpersonnels ou interservices)

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	36	8,6	8,9	8,9
	Plutôt pas d'accord	104	24,7	25,8	34,7
	Ni en accord, ni en désaccord	124	29,5	30,8	65,5
	Plutôt d'accord	125	29,7	31,0	96,5
	Tout à fait d'accord	14	3,3	3,5	100,0
	Total	403	95,7	100,0	
Manquante	9	18	4,3		
Total		421	100,0		

L'outil est un moyens de pression entre professionnels

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Pas du tout d'accord	52	12,4	12,9	12,9
	Plutôt pas d'accord	118	28,0	29,2	42,1

Valide	Ni en accord, ni en désaccord	118	28,0	29,2	71,3
	Plutôt d'accord	103	24,5	25,5	96,8
	Tout à fait d'accord	13	3,1	3,2	100,0
	Total	404	96,0	100,0	
Manquante	9	17	4,0		
Total		421	100,0		

L'outil est un moyen de délation

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	110	26,1	27,5	27,5
	Plutôt pas d'accord	109	25,9	27,3	54,8
	Ni en accord, ni en désaccord	109	25,9	27,3	82,0
	Plutôt d'accord	63	15,0	15,8	97,8
	Tout à fait d'accord	9	2,1	2,3	100,0
	Total	400	95,0	100,0	
Manquante	9	21	5,0		
Total		421	100,0		

L'outil permet la compréhension des pratiques professionnelles autres

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	21	5,0	5,3	5,3
	Plutôt pas d'accord	53	12,6	13,3	18,5
	Ni en accord, ni en désaccord	120	28,5	30,1	48,6
	Plutôt d'accord	171	40,6	42,9	91,5
	Tout à fait d'accord	34	8,1	8,5	100,0

	Total	399	94,8	100,0
Manquante	9	22	5,2	
Total		421	100,0	

L'outil est un outil d'aide managériale

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non applicable	195	46,3	46,5	46,5
	Pas du tout d'accord	4	1,0	1,0	47,5
	Plutôt pas d'accord	25	5,9	6,0	53,5
	Ni en accord, ni en désaccord	42	10,0	10,0	63,5
	Plutôt d'accord	114	27,1	27,2	90,7
	Tout à fait d'accord	39	9,3	9,3	100,0
	Total	419	99,5	100,0	
Manquante	9	2	,5		
Total		421	100,0		

L'outil est ancré dans les pratiques quotidiennes

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non applicable	1	,2	,2	,2
	Pas du tout d'accord	35	8,3	8,7	9,0
	Plutôt pas d'accord	139	33,0	34,6	43,5
	Ni en accord, ni en désaccord	86	20,4	21,4	64,9
	Plutôt d'accord	126	29,9	31,3	96,3
	Tout à fait d'accord	15	3,6	3,7	100,0
	Total	402	95,5	100,0	
Manquante	9	19	4,5		



L'outil permet l'amélioration des pratiques

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non applicable	225	53,4	55,4	55,4
	Pas du tout d'accord	4	1,0	1,0	56,4
	Plutôt pas d'accord	25	5,9	6,2	62,6
	Ni en accord, ni en désaccord	46	10,9	11,3	73,9
	Plutôt d'accord	95	22,6	23,4	97,3
	Tout à fait d'accord	11	2,6	2,7	100,0
	Total	406	96,4	100,0	
Manquante	9	15	3,6		
Total		421	100,0		

L'outil n'est pas assez utilisé

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non applicable	1	,2	,2	,2
	Pas du tout d'accord	24	5,7	6,0	6,2
	Plutôt pas d'accord	63	15,0	15,7	21,9
	Ni en accord, ni en désaccord	78	18,5	19,4	41,3
	Plutôt d'accord	162	38,5	40,3	81,6
	Tout à fait d'accord	74	17,6	18,4	100,0
	Total	402	95,5	100,0	
Manquante	9	19	4,5		
Total		421	100,0		

L'utilisation de l'outil a été source d'innovation pour d'autres pratiques

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	282	67,0	73,6	73,6
	Oui	101	24,0	26,4	100,0
	Total	383	91,0	100,0	
Manquante	9	38	9,0		
Total		421	100,0		

Protocole de recherche et guide des entretiens

L'entretien est une technique d'enquête « *en congruence avec l'essor de la « grounded theory »¹ selon laquelle la théorie se génère et se développe à travers le processus même de collecte de données* » (BLANCHET & GOTMAN, 2014, p. 15). C'est le caractère vécu de l'information, assimilée dans l'expérience du sujet qui nous intéresse. Le processus exploratoire du discours se distingue des questions prédéterminées d'une enquête par questionnaire et offre une certaine flexibilité. Le type d'entretien choisi est un entretien sur les représentations et sur les pratiques axé sur les conceptions des interviewés et sur la description de leurs pratiques permettant l'expression de discours référentiels et modaux². Le discours recueilli est une représentation du réel et non le reflet du réel. En effet, il s'agit de l'expression de l'interviewé (des pensées construites, des faits expérimentés, des « *idées incarnées et non pas pré fabriquées* » (BLANCHET & GOTMAN, 2014, p. 24)) en relation étroite avec le modèle social de l'entreprise et de son expérience individuel dans ce contexte. La technique de l'entretien permet une analyse du sens que donnent les acteurs à leurs pratiques quotidiennes. Rechercher la traduction personnelle des faits sociaux est également un moyen de préjuger de la dimension humaine des enjeux collectifs traduits dans l'organisation.

Pour autant, le discours recueilli doit être analysé en tenant compte des résistances ou barrières défensives que l'interviewer peut ériger puisqu'il dévoile son avis personnel, il s'expose sur des domaines institutionnels. Il ne faut pas omettre que les faits « *existent en tant que réalité vécue, mais ils sont fabriqués au cours des processus d'interrogation, d'observation et d'expérience* » (RABINOW, 1988, p. 137).

L'enquête par entretien a été réalisée en aval de l'enquête par questionnaire permettant afin de contextualiser les résultats obtenus par le recueil par questionnaire et d' « *enrichir la compréhension des régularités mises en évidence par les traitements quantitatifs* » (BLANCHET & GOTMAN, 2014, p. 44). Nous avons choisi de réaliser un couplage intégré des deux méthodes qui forment in fine les composantes d'une seule enquête.

L'entretien regroupe des questions « *principales* » servant de guide durant l'entretien et des questions « *d'implication* » (THIETART, 2007, p. 241) servant de relais aux questions principales et visant à élaborer avec plus de précision certains éléments de concepts.

1 B. Glaser & A. Strauss, « *The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research* », Chicago, Adline, 1967.

2 Un « *discours référentiel* » décrit l'état des choses et le « *discours modal* » traduit l'état psychologique de l'interviewé (BLANCHET & GOTMAN, 2014, p.29-30)

Objectifs visés :

- * Dégager une communauté de sens sur la notion de qualité et de gestion des outils qualité par les managers.
- * Se familiariser avec les codes verbaux du milieu sur le sujet de la qualité.
- * Collecter des données discursives sur les représentations et les pratiques autour de la gestion de la qualité.
- * Analyser le sens donné par les interviewés sur leurs pratiques managériales, leurs représentations sociales, leurs repères normatifs, leurs interprétations ou lecture de leurs expériences.
- * Compléter la compréhension des données liées à l'enquête par questionnaire et permettre l'interprétation conjointe des données produites.

Les objectifs des entretiens sont traduits de façon plus opérationnelle dans le tableau ci-dessous :

Éléments de problématique	Dimensions d'analyse	Matériaux à prélever
Appropriation de la démarche qualité	Représentations sur la qualité	Représentations, intégration dans la démarche (groupes de travail, EPP,...), intégration dans les pratiques quotidiennes
La qualité outil de gestion	Logiques d'actions	Histoire de l'outil, contexte organisationnel, implantation de l'outil, modes d'adoption, structures encodées
structuration des outils de gestion de la qualité	Analyse de l'outil en usage	Types d'acteurs concernés, contenu des pratiques, référentiels, protocoles, modes opératoires, rapport des acteurs à l'outil, effets de l'outil, interactions, règles et ressources
Articulation entre l'instrument de gestion et le management	Analyse des pratiques	Méthodes, contenu des pratiques, intérêts, enjeux, positionnement

Opérationnalisation de l'analyse des concepts

Nous avons affiné l'opérationnalisation de la phase de recueil par entretien en reprenant les éléments constitutifs des concepts étudiés pour les traduire en manifestations objectivement mesurables (cf. tableau ci-dessous) :

Concepts	Dimensions (éléments constitutifs du concept)	Indicateurs (manifestation objectivement mesurable des dimensions)
Qualité	Représentation	Positive, neutre, négative Concernés par l'usage de l'outil ? rapport d'usage dans l'outil (conception, diffusion, utilisation)
	Valeurs, croyances	Discours officiel/perception individuelle
	Intégration de la démarche qualité dans les pratiques	Inscrite dans les pratiques quotidiennes
	Ancrage culturel	Connaissance, représentations
Management de la qualité	Action managériale sur la structure de l'outil	Signification : communication, formation, tutorat, délégation, regard sur les schèmes interprétatifs Domination : action sur les allocations de ressources Légitimation : régulation normative
	Articulation outil/management	Levier managérial, aide à la gestion, utilisation dans l'évaluation annuelle
	Instrument de gestion de la qualité	Levier de motivation, favorise un processus dynamique d'ACQ, intégrateur de la démarche qualité

Concepts	Dimensions (éléments constitutifs du concept)	Indicateurs (manifestation objectivement mesurable des dimensions)
<i>Théorie de la structuration</i>	<i>Dimensions structurelles</i>	<i>Règles et ressources à disposition Conditions et résultats de l'action Médiation du structurel et du contextuel (contraintes et contingences)</i>
	<i>Reproduction des systèmes sociaux</i>	<i>Action intégrée dans les interactions, Modalités d'interaction avec l'outil (enjeux, risques, gains), avec la technique</i>
	<i>Organisation des systèmes sociaux</i>	<i>Routinisations, institutionnalisations Valeurs intégrées dans les interactions représentations autour de l'outil, modification des relations entre métiers, conséquences inattendues</i>
	<i>Histoire de l'outil (dimension spatio-temporelle)</i>	<i>Implantation, évolution, formations, informations</i>
	<i>Technologie en usage</i>	<i>Types d'acteurs concernés ; intensité d'usage, rapport affectif à l'outil, type d'adoption (mimétisme, coercition), évolution des usages</i>

Entretiens

Public concerné

La catégorie de professionnels interrogés sont les Cadres supérieurs de santé représentant une diversité des profils sociodémographiques (âge, date d'entrée dans la fonction et diversité des fonctions). Ces professionnels ont en effet un statut dit de « cadres intermédiaires », de par leur position centrale sont mobilisateurs de connaissances, en mettant en relation les individus, en confrontant les idées et perceptions des acteurs les uns avec les autres. Leur rôle étant :

d'« adapter, répartir ses ressources en fonction des besoins et des compétences disponibles, les développer si elles manquent, favoriser la polyvalence, les situations qualifiantes, piloter le changement et accompagner l'apprentissage de l'autonomie, de la responsabilité, favoriser la prise de décision et l'activité régulatrice de ses équipes » (DIETRICH, 2009, p. 201)

Canevas général

	Modalités	Justification
Posture épistémologique	<i>Constructiviste pragmatique</i>	<i>Postulant d'une réalité perçue sous le prisme de l'interaction entre l'esprit humain avec cette réalité et non le reflet de cette réalité elle-même.</i>
Choix de la méthode	<i>Abductive</i>	<i>Vision interprétative de la réalité (recherche des causes d'un phénomène)</i>
Nature des données	<i>Qualitative</i>	<i>Données primaires</i>
Type d'entretien	<i>Entretiens individuels semi-directifs</i>	<i>Grille d'analyse prédéfinie</i>
Mode de collecte	<i>Entretien sur les représentations et les pratiques</i>	<i>Accessibilité aux acteurs Type : enquête complémentaire</i>
Population	<i>CHRU, cadre supérieurs de santé</i>	<i>Hôpital public répondant à l'objet de recherche. Acteurs ayant une vision centrale du terrain</i>
Corpus	<i>23 entretiens</i>	<i>Diversifié par la nature du terrain géré par les cadres pour un contraste des</i>

	Modalités	Justification
		<i>situations mais dont le champ de pratiques communes permet d'obtenir des analyses suffisamment significatives Validité par le contexte et non par leur probabilité d'occurrence. Thème de l'enquête faiblement multidimensionnel Jusqu'à saturation</i>
Accès aux interviewés	<i>Accès directs</i>	<i>Choix direct possible par le positionnement du chercheur dans la structure étudiée</i>
Durée du recueil	<i>De 37 mn à 61 mn</i>	<i>Les entretiens se sont réalisés sur le terrain de recherche</i>
Analyse	<i>Analyse de contenu</i>	<i>Construction d'un instrument d'analyse : Retranscription du verbatim, codage des informations. Codage fermé en fonction des hypothèses de recherche : processus de traduction/ Variables explicatives et variables à expliquer établies de façon à priori/Codage des indicateurs de recherche) et traitement des données</i>

Guide d'entretien

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu d'exercice professionnel des interviewés sur un temps initialement prévu d'une heure. Chaque entretien est composé d'une phase introductive, d'une phase de centrage du sujet puis d'une phase d'approfondissement thématique s'appuyant sur le guide d'entretien et enfin une phase de conclusion³.

³ Source : THIETART R-A, & coll., "Méthodes de recherche en management", Paris, DUNOD 3ème édition, 2007, p.116.

Guide d'entretien

Concepts/ dimensions	Descripteurs/ opérationnalisation	Questions	Relances	Objectifs
Qualité à l'hôpital				
-Représentations -Valeurs/croyances	Positive, neutre, négative Intégrée	Pouvez-vous me dire quelle place a la qualité dans votre métier ?	Estimez-vous que cette notion est essentielle dans votre profession ?	Définition de la perception et du niveau d'intégration de la qualité
		Selon votre expérience avez-vous perçu une évolution de la notion de qualité à l'hôpital ?	Pouvez-vous illustrer vos propos ?	
		Quelle est votre définition de la qualité ?		
		A votre avis, de quelle façon la qualité est-elle présente dans votre pratique ?		
-Ancrage culturel	Discours officiel/perception individuelle	Le sujet de la qualité est-il inscrit institutionnellement ?	La qualité est-elle suffisamment ou insuffisamment abordée dans votre établissement ?	
-Intégration de la démarche qualité dans les pratiques	Inscrite dans les pratiques quotidiennes/ routines	La qualité est-elle intégrée dans vos pratiques ?	Si oui, de quelle manière ? Donnez-moi quelques exemples	
Management de la qualité				
-Articulation	Levier managérial, aide à la gestion, utilisation dans	La qualité intègre-t-elle les pratiques managériales ?	De quelle manière ?, Avez-vous quelques exemples à me	Définition du niveau d'intégration de la

Concepts/ dimensions	Descripteurs/ opérationnalisation	Questions	Relances	Objectifs
outil/management	l'évaluation annuelle		citer ?	qualité dans les pratiques managériales
		La qualité est-elle un outil de gestion pour vous ?	A travers quels dispositifs la qualité serait un outil de gestion ?	
-Instrument de gestion de la qualité	Levier de motivation, favorise un processus dynamique d'ACQ, intégrateur de la démarche qualité	Dans quels domaines de votre métier diriez-vous que la qualité est intégrée aux pratiques ?	Evaluation des agents ? motivation des équipes ? amélioration des pratiques ?	
-Action managériale sur la structuration de l'outil de gestion de la qualité	Information, formation, tutorat, délégation	Vous servez-vous d'outils qualité dans votre fonction managériale ?	Avez-vous quelques exemples à me citer	
Théorie de la structuration				
-Histoire/évolution de l'outil	Implantation, évolution, formations, informations rapport d'usage dans l'outil (conception, diffusion, utilisation)	Connaissez-vous l'outil de déclaration des EI de votre institution ?	Comment l'avez-vous connu ? avez-vous participé à sa conception, son implantation, son évolution ?	Compréhension du niveau d'appropriation de l'outil de déclaration des événements indésirables
-Dimension structurelle	Règles et ressources à disposition	L'institution vous propose-t-elle des ressources de compréhension de l'outil et de son utilisation ?	Avez-vous été formé ? avez- vous lu les protocoles d'utilisation ?	
		Etes-vous informé du suivi et de l'analyse des EI ?	A quelle fréquence et de quelle manière ?	
-Reproduction des	Modalités d'interaction avec l'outil (enjeux, risques, gains),	L'utilisation de ce type d'outil par vos équipes apporte-t-elle des	Lesquels ?	

Concepts/ dimensions	Descripteurs/ opérationnalisation	Questions	Relances	Objectifs
systèmes sociaux	avec la technique, représentations autour de l'outil, modification des relations entre métiers, conséquences inattendues	bénéfices ou des inconvénients ?		
		L'utilisation est-elle détournée ?	En quoi ?	
		Avez-vous remarqué un changement dans les relations entre les différents métiers ou services grâce à l'utilisation de cet outil ?		
-Technologie en usage	Concernés par l'usage de l'outil ? Types d'acteurs concernés ; intensité d'usage, rapport affectif à l'outil, type d'adoption (mimétisme, coercition), évolution des usages	A votre avis, qui est concerné par l'usage de l'outil ?	Et vous-même ?	
		Selon votre expérience et depuis que vous êtes en poste avez-vous perçu une modification dans l'utilisation et la perception de l'outil ?	Avez-vous quelques exemples ?	

Echantillon :

La taille de l'échantillon est de 21 cadres supérieurs de santé.

La phase de recueil par entretien s'est arrêtée lorsqu'une saturation a été atteinte. Les profils sont suffisamment variés pour neutraliser des modératrices.

Nom	Fonction	Lieu d'exercice	Ancienneté	Nombre de collaborateurs	Durée entretien	Date
Catherine D.	CSS	CHRU X Pôle Gériatrie et Soins Palliatifs	Cadre depuis 17 ans, CSS depuis 5 ans	7 cadres et 320 agents, 7 services	52 mn	15/01/15
Patrick A.	CSS	CHRU X Pôle Enfants-Néonatalogie	Cadre depuis 16 ans, CSS depuis 8 ans	660 agents, 13 cadres, 10 services	54 mn	2/01/15
Marie Laure D.	CSS	CHRU X Pôle Enfants-Néonatalogie	Cadre depuis 16 ans, CSS depuis 8 ans	700 agents, 12 cadres, 15 services	49 mn	20/01/15
Michel P.	CSS	CHRU X Pôle Laboratoires	Cadre depuis 15 ans, CSS depuis 8 ans	18 cadres, 400 agents, 18 laboratoires	48 mn	20/01/15
Marie-Ange M.	CSS	CHRU X Pôle Laboratoires (détachée de la DQU)	Cadre depuis 16 ans, CSS depuis 9 ans	18 cadres, 400 agents, 18 laboratoires	43 mn	05/02/15
Mireille G.	CSS	CHRU X Pôle Brancardage	Cadre depuis 17 ans, CSS depuis 2 ans	160 Agents, 2 cadres, 2 services	47 mn	30/01/15
Stéphanie G.	CSS	CHRU X Pôle Ressources humaines AS	Cadre depuis 13 ans, CSS depuis 2 ans	Mission transversale pôle RHAS	39 mn	18/02/15
Evelyne R.	CSS	CHRU X Pôle Affaires Juridiques, Qualité, Usagers, Gestion des Risques	Cadre depuis 30 ans, CSS depuis 12 ans	Mission transversale Direction Qualité	40 mn	26/02/15
Isabelle C.	CSS	CHRU X Pôle Urgences Réanimation Médicale	Cadre depuis 19 ans, CSS depuis 8 ans	12 cadres, 500 agents, 11 services	38 mn	04/02/15
Nathalie F.	CSS	CHRU X Pôle Neuro-Tête-Cou	Cadre depuis 22 ans, CSS depuis 2 ans	18 cadres, 500 agents, 8 services	57 mn	09/02/15
Patricia C.	CSS	CHRU X Pôle Structures Médicales Hors Pôle (ALTIR)	Cadre depuis 25 ans, CSS depuis 18 ans	17 cadres, 587 ETP, 7 services	45 mn	28/01/15
Annie C.	CSS	CHRU X Pôle des Spécialités Médicales (Rhumatologie)	Cadre depuis 22 ans, CSS depuis 14 ans	500 agents, 13 cadres, 12 services	37 mn	30/01/15

Nom	Fonction	Lieu d'exercice	Ancienneté	Nombre de collaborateurs	Durée entretien	Date
Valérie C.	CSS	CHRU X Pôle Ecoles Hospitalières	Cadre depuis 20 ans, CSS depuis 6 ans	/	54 mn	11/03/15
Eliane G.	DS	CHRU X Direction des soins	Cadre depuis 30 ans	/	47 mn	10/03/15
Anne-Marie L.	CSS	CHRU X Direction des soins	Cadre depuis 21 ans, CSS depuis 9 ans	7 cadres et 60 agents	43 mn	13/02/15
Jocelyne D.	CSS	CHRU X Pôle Anesthésie, réanimation	Cadre depuis 22 ans, CSS depuis 12 ans	6 cadres 5 services, 250 agents	56 mn	05/02/15
Dorothee J.	CSS	CHRU X Direction de la qualité et des usagers	Cadre depuis 31 ans, CSS depuis 12 ans	20% coordination pôle qualité santé publique sécurité du patient, 80% à la direction qualité en coordination des cadres (x2) et cadres supérieurs à la direction qualité	61 mn	04/02/15
Céline B.	CSS	CHRU X pôle Cardio Médico-Chirurgical	cadre depuis 12 ans, Faisant fonction CSS depuis 3 mois	500 agents, 15 services, 13 cadres	65 mn	20/02/15
Véronique K.	CSS	CHRU X pôle des Bloc opératoires	Cadre depuis 21 ans, CSS depuis 12 ans	420 agents et 15 cadres	44 mn	19/02/15
Nadine P.	CSS	CHRUX Direction de la Qualité et des Usagers	Cadre depuis 30 ans, CSS depuis 19 ans	Référent qualité de plusieurs pôles à la qualité et missions transverses	49 mn	16/02/15
Philippe T.n	CSS	CHRU X Pôle Neuro-Tête-cou	Cadre depuis 16 ans, CSS depuis 2 ans	18 cadres, 500 agents, 8 services	57 mn	23/02/15
Pascale B.t	CSS	CHRU X pôle Cardio Médico-Chirurgical	Cadre depuis 24 ans, FF CSS depuis 1 an	12 services et 28 agents	41 mn	23/02/15
François M.	CSS	CHRU X Chirurgie plastique et reconstructrice de l'appareil locomoteur	cadre depuis 9 ans, CSS depuis 1 ans	8 cadres, 300 agents, 6 services,	49 mn	02/03/15

Exploitation

Méthodologie retenue : analyse de contenu

L'exploitation des entretiens a consisté en une analyse des contenus afin de comprendre les systèmes de représentation contenus dans le discours des personnes interrogées. L'analyse de contenu étant considérée dans notre recherche comme :

« un ensemble de technique d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de descriptions du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces messages » selon Bardin (BARDIN, 1991, p. 47)

Cette analyse doit rendre compte fidèlement du corpus dans son intégralité.

Retranscription et indexation

Le type d'analyse de contenu retenu est une analyse par thématique selon les thèmes définis dans la grille d'analyse élaborée empiriquement et présentée précédemment. Les enregistrements des entretiens ont été, dans un premier temps retranscrits intégralement. Nous avons ensuite procédé à une *« remise en ordre des éléments du corpus pour en faciliter la lecture et la comparaison »* (GAVARD-PERRET, GOTTELAND, HAON, & JOLIBERT, 2012, p. 282) en découpant transversalement l'ensemble du corpus. En effet le discours des personnes interrogées ne respectait pas toujours la chronologie de la grille d'entretien, une remise en ordre chronologique et thématique a donc été réalisée a posteriori. Un travail d'indexation a été réalisé en regroupant et classifiant les données selon la grille d'analyse préétablie.

L'analyse thématique permet en effet un découpage des énoncés à partir des hypothèses. La cohérence recherchée est celle de l'ensemble des entretiens et non de chaque entretien pris dans sa singularité.

« La manipulation thématique consiste ainsi à jeter l'ensemble des éléments signifiants dans une sorte de sac à thème qui détruit définitivement l'architecture cognitive et affective des personnes singulières » (BARDIN, 1991, p. 93)

Pré analyse

Afin de préparer l'analyse, nous avons réalisé une « lecture flottante » afin de déterminer les modalités de découpage du corpus, de catégorisation et de codage du contenu⁴.

La grille d'analyse a pour objet de séparer le factuel des éléments de significations pour réduire la part d'interprétation involontaire. Cette grille a donc permis de coder les informations recueillies puis de les traiter. Il s'agit d'un codage fermé puisqu'il intègre une grille d'analyse prédéfinie avant l'étude.

Mode de catégorisation

« Le codage correspond à une transformation – effectuée selon des règles précises – des données brutes de texte » (BARDIN, 1991, p. 134). Nous avons choisi une catégorisation selon l'ouvrage de Paillé et Mucchielli (PAILLE & MUCCHIELLI, 2003) en formalisant des énoncés, des rubriques et des catégories. L'énoncé permet une extraction synthétique d'un contenu littéral d'un extrait. La rubrique « renvoie à ce dont il est question dans l'extrait du corpus faisant l'objet de l'analyse mais ne renseigne en aucune façon sur ce qui a été dit à ce propos » (PAILLE & MUCCHIELLI, 2003, pp. 52-54). Elle représente une étiquette ou une lecture sommaire d'un extrait, son utilité réside dans l'ordonnancement du corpus. La catégorie est conceptualisante, elle est « un condensé de signification » (PAILLE & MUCCHIELLI, 2003, p. 149) car elle donne un sens à l'extrait :

« La catégorie se situe, dans son essence, bien au-delà de la simple annotation descriptive ou de la rubrique dénominative. Elle est l'analyse, la conceptualisation mise en forme, la théorisation en progression ».
(PAILLE & MUCCHIELLI, 2003, p. 149)

Pour notre recherche le codage est dit « a priori » puisque les catégories ont été établies avant l'analyse sur la base des dimensions, objectifs et descripteurs pré-établis dans le guide d'entretien.

⁴ Source : GAVARD-PERRET, GOTTELAND, HAON, & JOLIBERT – « Méthodologie de la recherche - réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion » [En ligne] – disponible sur : http://www.methodologie-recherche.pearson.fr/libre/page_etudiants.html (consulté le 10/08/15)

GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction

Nous nous rencontrons dans le cadre d'un entretien semi-directif qui si vous en êtes d'accord sera enregistré. La durée de cet entretien est de 45 minutes à une heure.

Centrage du sujet

Cette recherche s'inscrit dans un travail de thèse en sciences de gestion sur le sujet des facteurs d'intégration de la démarche qualité à l'hôpital public. L'objet de la recherche consiste à déterminer les leviers d'appropriation de la démarche qualité en nous appuyant sur l'étude d'un outil de gestion de la qualité : la fiche de déclaration des événements indésirables.

Si jusqu'alors, la qualité était envisagée comme une réduction technique de non-conformités, l'intégration du facteur humain a largement contribué à penser la qualité comme un outil de gestion. La qualité est ainsi porteuse d'une dimension technique essentielle de conformité à une norme ou à un référentiel et d'une dimension humaine par la place de l'acteur dans l'implantation organisationnelle de la démarche. La qualité plus qu'un outil a, en effet, une dimension organisationnelle de gestion. Le manager est un acteur primordial dans la traduction de la démarche qualité à l'échelle de l'institution.

Dans le secteur des services tel que la santé, l'outil de gestion est essentiel puisqu'il est « passeur » de pratiques et de règles sociales. Il n'est jamais créé *ex nihilo* mais souvent traduit, ajusté, importé pour un environnement spécifique, il est contextualisé. L'analyse de l'outil en usage permettra de déterminer si la co-évolution entre l'humain et la technologie offre la possibilité d'institutionnaliser les pratiques de gestion de la qualité et d'identifier des leviers d'intégration de la démarche qualité.

Approfondissement

(Voir grille des questions et relances page suivante)

Conclusion

Je vous remercie pour votre disponibilité et vous garantis l'anonymat quant au traitement de cet entretien. L'analyse de cet entretien sera couplée à d'autres entretiens menés et fera partie d'une analyse globale.

Questions	Relances
Qualité à l'hôpital	
Pouvez-vous me dire quelle place a la qualité dans votre métier ?	<i>Estimez-vous que cette notion est essentielle dans votre profession ?</i>
Selon votre expérience avez-vous perçu une évolution de la notion de qualité à l'hôpital ?	<i>Pouvez-vous illustrer vos propos ?</i>
Quelle est votre définition de la qualité ?	
A votre avis, de quelle façon la qualité est-elle présente dans votre pratique ?	
Le sujet de la qualité est-il inscrit institutionnellement ?	<i>La qualité est-elle suffisamment ou insuffisamment abordée dans votre établissement ?</i>
La qualité est-elle intégrée dans vos pratiques ?	<i>Si oui, de quelle manière ? Donnez-moi quelques exemples</i>
Management	
La qualité intègre-t-elle les pratiques managériales ?	<i>De quelle manière ?, Avez-vous quelques exemples à me citer ?</i>
La qualité est-elle un outil de gestion pour vous ?	<i>A travers quels dispositifs la qualité serait un outil de gestion ?</i>
Dans quels domaines de votre métier diriez-vous que la qualité est intégrée aux pratiques ?	<i>Evaluation des agents ? motivation des équipes ? amélioration des pratiques ?</i>
Vous servez-vous d'outils qualité dans votre fonction managériale ?	<i>Avez-vous quelques exemples à me citer</i>
Outils de gestion /Théorie de la structuration	
Connaissez-vous l'outil de déclaration des EI de votre institution ?	<i>Comment l'avez-vous connu ? avez-vous participé à sa conception, son implantation, son évolution ?</i>
L'institution vous propose-t-elle des ressources de compréhension de l'outil et de son utilisation ?	<i>Avez-vous été formé ? avez-vous lu les protocoles d'utilisation ?</i>
Etes-vous informé du suivi et de l'analyse des EI ?	<i>A quelle fréquence et de quelle manière ?</i>

Questions	Relances
L'utilisation de ce type d'outil par vos équipes apporte-t-elle des bénéfices ou des inconvénients ?	<i>Lesquels ?</i>
L'utilisation est-elle détournée ?	<i>En quoi ?</i>
Avez-vous remarqué un changement dans les relations entre les différents métiers ou services grâce à l'utilisation de cet outil ?	
A votre avis, qui est concerné par l'usage de l'outil ?	<i>Et vous-même ?</i>
Selon votre expérience et depuis que vous êtes en poste avez-vous perçu une modification dans l'utilisation et la perception de l'outil ?	<i>Avez-vous quelques exemples ?</i>

CATEGORISATION DES ENTRETIENS

Concepts/ dimensions	Descripteurs/ opérationnalisation	Questions	Relances	Objectifs
Qualité à l'hôpital				
-Représentations -Valeurs/croyances	Positive, neutre, négative Intégrée	Pouvez-vous me dire quelle place a la qualité dans votre métier ?	Estimez-vous que cette notion est essentielle dans votre profession ?	Définition de la perception et du niveau d'intégration de la qualité
		Selon votre expérience avez-vous perçu une évolution de la notion de qualité à l'hôpital ?	Pouvez-vous illustrer vos propos ?	
		Quelle est votre définition de la qualité ?		
		A votre avis, de quelle façon la qualité est-elle présente dans votre pratique ?		
-Ancrage culturel	Discours officiel/perception individuelle	Le sujet de la qualité est-il inscrit institutionnellement ?	La qualité est-elle suffisamment ou insuffisamment abordée dans votre établissement ?	
-Intégration de la démarche qualité dans les pratiques	Inscrite dans les pratiques quotidiennes/ routines	La qualité est-elle intégrée dans vos pratiques ?	Si oui, de quelle manière ? Donnez-moi quelques exemples	
Management de la qualité				
-Articulation outil/management	Lever managérial, aide à la gestion, utilisation dans l'évaluation annuelle	La qualité intègre-t-elle les pratiques managériales ?	De quelle manière ?, Avez-vous quelques exemples à me citer ?	Définition du niveau d'intégration de la qualité dans les pratiques managériales
		La qualité est-elle un outil de gestion pour vous ?	A travers quels dispositifs la qualité serait un outil de gestion ?	
-Instrument de gestion de la qualité	Lever de motivation, favorise un processus dynamique d'ACQ, intégrateur de la démarche qualité	Dans quels domaines de votre métier diriez-vous que la qualité est intégrée aux pratiques ?	Evaluation des agents ? motivation des équipes ? amélioration des pratiques ?	

Concepts/ dimensions	Descripteurs/ opérationnalisation	Questions	Relances	Objectifs
-Action managériale sur la structuration de l'outil de gestion de la qualité	Information, formation, tutorat, délégation	Vous servez-vous d'outils qualité dans votre fonction managériale ?	Avez-vous quelques exemples à me citer	
Théorie de la structuration				
-Histoire/évolution de l'outil	Implantation, évolution, formations, informations rapport d'usage dans l'outil (conception, diffusion, utilisation)	Connaissez-vous l'outil de déclaration des EI de votre institution ?	Comment l'avez-vous connu ? avez-vous participé à sa conception, son implantation, son évolution ?	Compréhension du niveau d'appropriation de l'outil de déclaration des événements indésirables
-Dimension structurelle	Règles et ressources à disposition	L'institution vous propose-t-elle des ressources de compréhension de l'outil et de son utilisation ?	Avez-vous été formé ? avez-vous lu les protocoles d'utilisation ?	
		Etes-vous informé du suivi et de l'analyse des EI ?	A quelle fréquence et de quelle manière ?	
-Reproduction des systèmes sociaux	Modalités d'interaction avec l'outil (enjeux, risques, gains), avec la technique, représentations autour de l'outil, modification des relations entre métiers, conséquences inattendues	L'utilisation de ce type d'outil par vos équipes apporte-t-elle des bénéfices ou des inconvénients ?	Lesquels ?	
		L'utilisation est-elle détournée ?	En quoi ?	
-Technologie en usage	Concernés par l'usage de l'outil ? Types d'acteurs concernés ; intensité d'usage, rapport affectif à l'outil, type d'adoption (mimétisme, coercition), évolution des usages	A votre avis, qui est concerné par l'usage de l'outil ?	Et vous-même ?	
		Selon votre expérience et depuis que vous êtes en poste avez-vous perçu une modification dans l'utilisation et la perception de l'outil ?	Avez-vous quelques exemples ?	

Entretien N°1- 15 janvier 2015 (52mn)

Nom : Catherine D.

Ancienneté dans la fonction de manager : cadre 17 ans (CSS depuis 5 ans)

Age : 52 ans

Fonction : CSS

Lieu d'exercice : CHRU X, Pôle Gériatrie et Soins Palliatifs (7 services)

Nombre de collaborateurs : 7 cadres et 320 agents (paramédicaux)

Questions	Réponses
Qualité à l'hôpital	
<p>Pouvez-vous me dire quelle place a la qualité dans votre métier ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une place primordiale car tout en découle. • La qualité au départ c'est pour prendre en charge les patients. En tant qu'infirmière cela m'a toujours paru important même si on parlait moins de la qualité avant. Même quand je repense à mes études d'infirmière, j'ai l'impression qu'on parlait déjà de la qualité c'était vraiment axé sur la prise en charge du patient mais en termes de qualité. Même si on n'était pas aussi au point que maintenant puisqu'il existe des procédures. La qualité est partie chez moi de la qualité des soins, des pratiques. • Elle est centrale. Ça ne veut pas dire qu'avant il n'y avait pas de qualité, mais maintenant elle est plus protocolisée. Il y a eu toute une campagne législative peut-être qu'il a fallu attendre que ça vienne du dessus pour que cela soit diffusé, même si chacun avait une notion individuelle de la qualité. Maintenant c'est plus cadré chacun doit aller dans le même sens. • La qualité a été institutionnalisée et c'est une bonne chose.
<p>Selon votre expérience avez-vous perçu une évolution de la notion de qualité à l'hôpital ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Je pense qu'il faut garder une vigilance par rapport à l'institutionnalisation ou aux procédures, aux modes opératoires et à la façon dont c'est présenté au terrain, mais à mon sens même s'il y a un protocole ou une procédure, il faut toujours l'adapter à une situation sinon on peut être amené à faire tout et n'importe quoi. • C'est l'accompagnement de la qualité qui est important, de prendre les outils de la qualité comme des guides, mais de les adapter au cas par cas. On ne peut pas généraliser la qualité n'est pas un calque. On doit adapter un contexte, un événement ou une ressource en place.

Questions	Réponses
	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important d'expliquer aux agents que dans certaines situations il faut réfléchir il faut amener les agents à réfléchir leur expliquer ce qu'est l'idéal mais aussi mettre en avant les capacités discernement de jugement des agents dans chaque situation. C'est vraiment fonction de l'instant et du contexte. • La qualité ça doit se communiquer, ça doit s'expliquer ça doit s'accompagner. C'est aussi une question d'éthique et de management. • On ne doit pas être un dictateur de la qualité, ce n'est pas comme ça que les agents peuvent se l'approprier. • Ce qui est important c'est la législation notamment la HAS bien entendu, mais aussi sa propre expérience.
<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est votre définition de la qualité ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour moi la qualité c'est la toile de fond. • On est actuellement en pleine restructuration de service dans une spécificité qui est la gériatrie, mais les agents mettent en avant les difficultés liées au manque de temps et à la prise en charge conventionnelle du patient. • Moi je dis que je préfère la qualité à la quantité. Il faut revisiter nos pratiques revoir nos organisations. Plutôt que de passer trois heures auprès d'un patient à dire ou à faire n'importe quoi je préfère que mes agents passent cinq minutes à trouver les bons mots et à faire le geste juste. • Il faut dédramatiser la qualité et le contexte n'empêche pas de faire la qualité.
<ul style="list-style-type: none"> • A votre avis, de quelle façon la qualité est-elle présente dans votre pratique ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Par exemple j'ai fait un audit de dossier du patient qui est en cours actuellement. Je me suis fait aider du service qualité pour rentrer dans le cadre institutionnel, mais en l'adaptant aux spécificités du terrain. • Pour monter des projets et j'utilise des outils de la qualité comme le QOQCP. J'ai été formé à l'école des cadres et dans certains établissements. • J'adapte les outils en fonction des projets de façon intuitive. J'utilise par exemple la gestion de projet avec des fiches de tâches, des diagrammes de Gantt, des lettres de mission. • Il est essentiel de garder une marge d'autonomie mais en restant dans le cadre réglementaire. • Cela devient intuitif, je me questionne plus sur la qualité elle est intégrée dans ma pratique. Je décline la qualité au quotidien.
<ul style="list-style-type: none"> • Le sujet de la qualité est-il inscrit 	<ul style="list-style-type: none"> • J'ai travaillé dans plusieurs établissements et j'ai souvent participé aux audits ou à des

Questions	Réponses
institutionnellement ?	<p>travaux en lien avec la qualité, souvent en partant du dysfonctionnement. Et là je me sers des outils qualité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actuellement dans l'institution la qualité est portée par la direction mais c'est un gros établissement. J'ai travaillé dans ce même établissement il y a 10 ans et j'y suis revenue il y a un an. Je note une évolution dans le domaine de la qualité. Notamment grâce à l'utilisation d'un outil qui n'existait pas avant : l'outil de déclarations d'événements indésirables (GRANIT). • Je sens que maintenant on a le choix et que les luttes de pouvoir, les stratégies n'ont plus lieu d'être. • Il y a vraiment une démarche institutionnelle concernant la qualité avec un investissement de certains et une dynamique engagée car nous n'avons plus le choix. • La qualité est plus présente aujourd'hui au CHU. • La volonté institutionnelle est plus forte maintenant. Il y a des contraintes encore et des choses à améliorer mais la qualité est plus portée institutionnellement.
<ul style="list-style-type: none"> • La qualité est-elle intégrée dans vos pratiques ? 	<ul style="list-style-type: none"> • J'ai très peu participé à des projets officiels sur la qualité. Mais au début de ma carrière j'ai travaillé sur les contentions alors qu'il n'y avait aucune recommandation. J'ai fait un DU. J'ai écrit un article et j'ai été retenu dans les recommandations au niveau de la littérature, cela remonte aux années 80.
<ul style="list-style-type: none"> • Management 	
<ul style="list-style-type: none"> • La qualité intègre-t-elle les pratiques managériales ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre de mon management, j'utilise la qualité à tous les niveaux. • Un exemple : dans mon service et dans mon pôle il y a beaucoup de contraintes professionnelles. La spécificité de la gériatrie fait qu'il y a beaucoup d'absentéisme. Comment expliquer aux agents qu'il faut faire plus avec moins ? J'ai travaillé sur la mise en place de toilette partielle. C'est un projet sur la mise en place de toilette séquentielle en prenant en compte les besoins des patients. J'imaginai que ça allait pouvoir améliorer les pratiques et que cela aurait pu être bien accueilli auprès des professionnels. Car je donnais une garantie de qualité et de sécurité : le patient serait lavé un jour sur deux. Mais les agents ont très mal accueillis cette proposition. Pour eux c'était régresser et ne pas mettre en avant la qualité des soins. J'ai donc réuni l'ensemble des personnels et je leur ai demandé de m'expliquer comment ils pouvaient réaliser l'ensemble des soins avec le temps imparti ? • Il était impossible pour eux de réaliser l'ensemble des soins, je les ai donc amenés à

Questions	Réponses
	<p><i>réfléchir. En utilisant l'entretien annuel d'évaluation individuelle des agents j'ai décidé de leur expliquer individuellement les choses. Il fallait les déculpabiliser et leur expliquer la notion de qualité prise en charge des patients.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>J'ai donc travaillé avec eux pour que les idées viennent du terrain et non pas de moi. Je suis revenu en arrière sur ma méthodologie pour moi la qualité c'est cela !! s'adapter à la situation. Finalement on se rend compte qu'on n'est pas sur le bon chemin et donc on revient en arrière.</i> • <i>Donc je les ai tous revus individuellement et je leur ai expliqué les choses et je leur ai demandé quelle était leur adhésion. Certains d'entre eux ont été les porte-parole auprès de leurs collègues au final cela devient de la fertilisation croisée.</i> • <i>Maintenant les personnels me disent que j'avais raison et c'est eux qui ont créé le projet avec des outils que je leur ai fournis.</i> • <i>J'utilise toujours la qualité de façon détournée. Ils ont eux-mêmes créés un outil pour travailler sur cette prise en charge !!</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>La qualité est-elle un outil de gestion pour vous ?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La qualité pour moi est un outil de cohésion de motivation des équipes et aussi d'aide à la compréhension du système. Elle permet d'apporter une autonomie. La qualité est la toile de fond du management.</i> • <i>La qualité permet d'anticiper les changements de les accompagner. C'est une marche en avant, une amélioration continue et une reprise continue du travail engagé.</i> • <i>La qualité fait partie de mon management.</i> • <i>Le travail de fond, d'accompagnement a beaucoup plus d'impact qu'un simple outil de la qualité comme un audit. La qualité demande du temps oui, mais il faut laisser les agents travailler seuls pour proposer et s'approprier les améliorations.</i> • <i>Les personnels font de la qualité sans le savoir. Bien sûr de temps en temps il faut imposer certains outils comme des audits de pratique, mais c'est normal et il faut expliquer les choses.</i> • <i>La qualité est indissociable du management, mais c'est difficile de l'explicitier. Bien sûr on est dans des exigences réglementaires, mais il faut prendre en compte la réalité du terrain les personnels et le contexte.</i> • <i>La qualité doit émerger le terrain et ne doit pas être imposée.</i> • <i>La notion d'adhésion est très importante. Les choses changent quotidiennement les connaissances également, il faut donc évoluer et s'adapter et ne pas avoir peur du</i>

Questions	Réponses
	<p>changement. Nous sommes dans un mouvement permanent.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dans quels domaines de votre métier diriez-vous que la qualité est intégrée aux pratiques ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour moi c'est dans tous les domaines du management.
<ul style="list-style-type: none"> • Vous servez-vous d'outils qualité dans votre fonction managériale ? 	<ul style="list-style-type: none"> • La qualité permet un accompagnement et une promotion des idées des personnels. C'est un support managérial très important. • Je me sers de mon expérience, je m'appuie sur des outils que j'adapte au quotidien. • La qualité pour moi est aussi indissociable de l'éthique. Je donne un exemple : nous travaillons actuellement avec les agents sur le sens donné à leur travail dans le contexte de crise que nous connaissons. J'intègre la qualité dans ce travail. Nous organisons dans notre pôle un séminaire où nous réalisons notamment des scènes de théâtre. Nous créons des scénettes. • On est beaucoup dans le discours avec la qualité un discours souvent négatif. • Nous avons préparé les scènes de théâtre dans lesquelles nous montrons quelle était la réalité du terrain dans les années 80 en comparaison avec maintenant. Je les mets en situation en 1984 : « vous êtes dans un service à l'hôpital en 1984 quel était le contexte alors ? » Il y avait trois patients par chambre, on travaillait 40 heures par semaine, il n'y avait pas protocole, il n'y avait pas de dossier du patient..., mais est-ce que les soins étaient plus sécurisés ? Et je leur demande de faire une comparaison avec aujourd'hui car je voudrais qu'ils prennent conscience que les évolutions, les changements, les protocoles la sécurité aujourd'hui apporte aussi les choses très positives. Aujourd'hui j'ai un métier que j'ai choisi ou non, je peux bénéficier de formations, j'ai droit à 15 RTT, je peux compter sur les services supports... Nous avons aujourd'hui des outils, et donc nous pouvons privilégier la qualité malgré les difficultés. • Je pense que la qualité c'est aussi la créativité. C'est important que les agents s'approprient la qualité et qu'ils ne la voient pas que comme une contrainte, cela ne doit pas être vécu comme ça. Le but ce n'est pas d'avancer contraint et forcé. • La qualité c'est un travail au quotidien constamment. • Pour autant, j'ai besoin du service qualité pour un soutien méthodologique mais c'est au quotidien que l'on travaille la qualité. • Il est important aussi de ne pas culpabiliser les équipes pour ne pas engendrer de la

Questions	Réponses
	<p>frustration.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je me répète mais la qualité est une toile de fond pour moi.
<ul style="list-style-type: none"> • Outils de gestion /Théorie de la structuration 	
<ul style="list-style-type: none"> • Connaissez-vous l'outil de déclaration des EI de votre institution ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui je le connais. Je n'ai jamais participé à son développement ni à sa conception.
<ul style="list-style-type: none"> • L'institution vous propose-t-elle des ressources de compréhension de l'outil et de son utilisation ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Je ne sais pas. Je me suis renseigné seul. J'ai rencontré le service qualité j'ai demandé qu'on m'explique l'outil.
<ul style="list-style-type: none"> • Etes-vous informé du suivi et de l'analyse des EI ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Je suis arrivé au moment où l'outil a été simplifié et où on proposait des formations. En fait le service qualité venait dans les services pour expliquer l'outil. C'est ainsi que je me suis formée à l'outil. • Le point faible c'est que je ne suis pas informé de l'analyse des événements indésirables, je ne sais par quelles sont les notifications faites dans mon pôle. Sauf si je suis interpellée. C'est le grand point négatif. Sauf pour les notifications pour lesquelles je fais un travail de recherche et je mets en place des actions. Lorsque je fais une déclaration, souvent je propose moi-même des démarches d'amélioration. • Je n'ai pas de retour annuel sur les notifications qui sont faites dans mon pôle. J'imagine que l'institution travaille sur ce sujet et essaye d'améliorer le retour de ces déclarations. • Mais c'est un problème que j'ai déjà rencontré dans d'autres établissements.
<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de ce type d'outil par vos équipes apporte-t-elle des bénéfices ou des inconvénients ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Mon équipe utilise très peu l'outil de déclaration. À mon arrivée, les déclarations ne se faisaient pas. Je pense que c'est historique dans ce pôle. • J'ai été obligé de faire des rapports. Je donne un exemple : il y a une erreur d'administration d'un médicament pour un patient lors d'un week-end. L'infirmière ne s'est pas rendue compte de son erreur, le patient n'était pas bien, le médecin a été appelé. Au final c'est le patient qui a informé le médecin de l'erreur médicamenteuse ! Je n'ai pas voulu laissé passer cela, les choses n'ont pas été dites, il n'y a pas eu de traces dans le dossier du patient et il n'y a pas eu de déclaration d'événements indésirables. Pourtant je n'ai pas une culture punitive de l'erreur.
<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation est-elle détournée ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'est pas détourné mais peu utilisé.

Questions	Réponses
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous remarqué un changement dans les relations entre les différents métiers ou services grâce à l'utilisation de cet outil ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Je remarque que l'utilisation de l'outil est aussi dépendant de certaines professions. J'ai senti que le corps médical n'était pas favorable aux déclarations des événements indésirables pour ne pas mettre en exergue les difficultés du pôle. • Il est important d'expliquer que des erreurs qui ne sont pas déclarées deviennent des fautes lorsqu'elles ne sont pas traitées et lorsque l'on a pas analysé leur origine. • Dans mon pôle, je sens que c'est lié à l'histoire. Une infirmière m'a dit « c'est un changement culturel que vous nous demandez ! ». • Il a fallu expliquer que les déclarations d'événements indésirables sont réglementaires et qu'elles participent à l'amélioration des pratiques. • Encore une fois il faut accompagner expliquer et réexpliquer pour que les agents comprennent l'intérêt de ce type d'outil. • J'ai du rencontrer le corps médical pour leur expliquer aussi l'importance de ce type d'outil. Toutes les dimensions doivent être prises en compte y compris les dimensions politiques et stratégiques.
<ul style="list-style-type: none"> • A votre avis, qui est concerné par l'usage de l'outil ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Tout le monde, c'est-à-dire tous les agents et personnels du pôle, y compris les médecins. • Chacun est responsable. Même une ASH doit être en capacité d'utiliser cet outil. Même si pour cela, il faut l'accompagner et l'aider dans ses déclarations. Chacun doit se sentir concerné, ce n'est pas au cadre de tout faire. Mais c'est au cadre d'accompagner d'explicitier et de former.
<ul style="list-style-type: none"> • Selon votre expérience et depuis que vous êtes en poste avez-vous perçu une modification dans l'utilisation et la perception de l'outil ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Après avoir expliqué l'outil, avoir démontré l'intérêt de cet outil, je pense qu'il y a une modification dans la perception de l'outil. • La qualité va de pair avec la transparence, il est important de clarifier les choses. • Il y a également une notion de confiance. C'est pourquoi je leur donne beaucoup d'exemples pour qu'ils puissent comprendre l'intérêt de l'utilisation de l'outil. • La qualité doit être enseignée par l'exemple, par l'explicitation, par la compréhension, c'est essentiel !!! • Je pense que l'utilisation de l'outil et sa perception évoluent tout doucement mais il faudra du temps.

Entretien N°2- 20 janvier 2015 (48 mn)

Nom : Michel P.

Ancienneté dans la fonction de manager : cadre depuis 15 ans, CSS depuis 8 ans

Age : 57 ans

Fonction : CSS

Lieu d'exercice : Pôle laboratoire du CHRU X (18 laboratoires)

Nombre de collaborateurs : 400

Questions	Réponses
Qualité à l'hôpital	
Pouvez-vous me dire quelle place a la qualité dans votre métier ?	<i>Le laboratoire est très important en taille, la qualité a toujours fait parti du développement des laboratoires dès les années 1970. La qualité est intégrée dans mon métier par les spécificités techniques, mais aussi par les processus et les procédures car on doit écrire ce que l'on fait. Dans un laboratoire de ville c'est une biologie de routine, dans un centre hospitalier universitaire il faut être capable de démontrer ce que l'on fait.</i>
Selon votre expérience avez-vous perçu une évolution de la notion de qualité à l'hôpital ?	<i>C'était de la qualité non pas au sens de formalisation des méthodes les processus mais de la qualité de tous les jours. La moindre analyse nécessite la mise en place d'un patient témoin pour être sûr de la reproductibilité, de la justesse des analyses qui étaient faites. On était plus sûr de la qualité technique, scientifique. On voulait être sûr qu'on est le bon résultat. Tout ça s'est développé dans les années 95 ou en pleine épidémie de sida à laboratoire à mélanger les sérums d'un même patient ce qui a causé un gros scandale. Dès lors le ministère a mis en place les guides de bonne exécution des analyses pour éviter les fraudes. Le public a demandé plus de confiance, et ces deux-là que sont nés les COFRAC en comité français d'accréditation ou les laboratoires ont pour obligation d'être certifié. C'est un travail important qui nécessite un appui qualité très important. Dans mon pool il existe une personne dédiée à la qualité. Pour fonctionner on doit travailler avec des méthodes qualité. <i>La qualité beaucoup évoluée dans mon métier. Au départ on avait beaucoup de mal à demander aux techniciens par exemple de faire des</i></i>

Questions	Réponses
	<i>relevés de température sur certaines machines maintenant c'est tout à fait entré dans les mœurs. Aujourd'hui on signale également tous les événements indésirables dans le sens d'une amélioration continue de l'activité. Même si ce signalement n'est pas encore systématique, il existe une évolution.</i>
Quelle est votre définition de la qualité ?	<i>C'est le bon résultat au bon moment avec les bonnes méthodologies. C'est une façon de travailler et d'organiser le travail.</i>
A votre avis, de quelle façon la qualité est-elle présente dans votre pratique ?	<i>Elle est liée à mon métier et donc fait partie intégrante de notre pratique. Cependant, le fait que nous sommes un établissement universitaire on a tendance à mélanger la recherche d'un côté et la qualité de l'autre. Je m'explique, la recherche demande beaucoup d'expérimentation. Le travail quotidien demande de la rigueur et des procédures ou processus encadrés. La technique doit être reproductible et pour l'être, il faut suivre des protocoles et des processus qualité.</i>
Le sujet de la qualité est-il inscrit institutionnellement ?	<i>Elle est portée institutionnellement mais sous la pression. D'abord par la Haute autorité de santé, puis par nos organismes de certification interne. Je ne suis pas sûr que la démarche qualité perdurerait dans le temps si on était pas forcé légalement de la mettre en place. L'obligation réglementaire un côté positif puisque qu'elle nous oblige à travailler mieux. Elle permet de mettre en avant la qualité du travail et son est assuré d'avoir un résultat lorsque l'on suit les protocoles. Mais c'est une façon aussi de lutter contre l'arbitraire dans la relation humaine qui peut y avoir entre un technicien et un biologiste par exemple et de prouver par des protocoles que les résultats sont conformes.</i>
La qualité est-elle intégrée dans vos pratiques ?	<i>La qualité est intégrée dans mes pratiques. Mais il existe également une qualité en annexe. Par exemple avec la démarche 1589 avec le COFRAC on se rend compte que la qualité se fait également avec les services supports comme par exemple le service informatique, avec le processus de ressources humaines. Parfois cela est problématique, car il existe beaucoup de contradictions dans cette gestion. Une démarche qualité qui est commune et difficile à appliquer à de l'humain.</i>
Management	
La qualité intègre-t-elle les pratiques	<i>Souvent je pratique de la qualité dans mes activités managériales, sans</i>

Questions	Réponses
managériales ?	<i>forcément donner le nom de qualité. C'est un outil de management sur lequel je ne mets pas forcément le titre de qualité.</i>
La qualité est-elle un outil de gestion pour vous ?	<i>Dans ma position, je n'ai pas d'implication officielle sur la qualité mais j'utilise la qualité intuitivement.</i>
Dans quels domaines de votre métier diriez-vous que la qualité est intégrée aux pratiques ?	<i>C'est un outil de management notamment pour le cœur de notre métier. Le contexte complexe demande beaucoup d'innovations dans le domaine du management est donc d'innover pour trouver des outils correspondants. Cela est difficile car souvent les outils sont différents d'un service à l'autre et chacun utilise des outils dans son coin sans qu'il y ait une cohérence entre eux.</i>
Vous servez-vous d'outils qualité dans votre fonction managériale ?	<i>Oui je me sers d'outils qualité mais je le lie plus à des outils de management que des outils qualité. Je me sers d'outils comme des outils de gestion de projet de reporting, de tableaux de bord par exemple. J'invente également des outils qualité comme des tableaux de bord de suivi des ressources humaines par exemple. Les outils qualité doivent s'adapter au contexte. Parfois j'échange des outils avec mes collègues, malheureusement je déplore le peu d'échanges avec mes collègues. Souvent c'est par hasard que l'on s'échange des outils. Nous manquons peut-être de lieux d'échanges et il n'y a pas de culture d'entreprise qui permettrait cela. On nous inonde d'outils qui ne sont pas forcément adaptés au terrain. Pour autant certains outils des ressources humaines par exemple sont très performants mais non parce que partager ni présenté enseigner. Il existe une vision polaire qui empêche les échanges entre les services et c'est dommage. Un exemple : je suis la personne qui centralise les listes de personnel dans mon pôle j'ai créé un outil pour échanger avec mes collègues et éviter d'avoir une multitude d'outils qui ne servent à rien. <i>Les cadres de mon pôle utilisent énormément d'outils qualité. D'autant plus qu'ils doivent gérer les habilitations des techniciens de laboratoire. Pour cela il existe des procédures qu'il faut suivre pour former les techniciens mais aussi et surtout les évaluer. Cela fait parti de la démarche qualité du laboratoire et cela est très bien intégré par les cadres des services. Ces outils ont modifié le</i></i>

Questions	Réponses
	<p>fonctionnement du cadre même s'il existe encore du compagnonnage les choses sont plus formalisées. Ces outils d'habilitation sont maintenant identiques dans tous les laboratoires du pôle c'est une très bonne chose. Il y a un effet pervers du système, c'est que maintenant grâce à cette méthodologie on se rend compte qu'il existe des personnes non compétentes et cela met en avant des difficultés d'insertion des personnels Que fait-on de ces personnes ?, pour autant le cadre est responsable des compétences de cette personne. C'est un effet pervers du système. Cela soulève d'autres problématiques.</p>
<p>Outils de gestion /Théorie de la structuration</p>	
<p>Connaissez-vous l'outil de déclaration des EI de votre institution ?</p>	<p>Oui je le connais, j'ai fait la formation je n'ai pas participé à sa conception ou à son évolution. J'ai été formé au tout début de la mise en place de l'outil en 2009. Il s'agissait d'une formation obligatoire pour les cadres supérieurs de santé. Mais dans ma pratique courante que je ne l'utilise que très peu. Je n'en ai pas vraiment l'utilité dans mon domaine. Car dans mon domaine de pratique il existe peu événement indésirable. Cependant j'insiste pour que les personnels utilisent. Les problèmes qui me concernent sont liés aux ressources humaines et je préfère résoudre ces problèmes en face-à-face. Pour autant je sais qu'il serait important de déclarer des problèmes d'absentéisme pour avoir une traçabilité mais c'est la traduction de ces problématiques qui me pose problème. Comment interprètent-on ces données ?</p> <p>Mais au moindre problème de vigilance de logistique j'insiste pour que la déclaration d'événement indésirable soit faite par mes collaborateurs. Je les encourage toujours à faire des déclarations. Cela permet également de discuter autour de l'outil de déclaration d'événements indésirables est-elle utile, est-elle facile ? Comment les personnes ressentent cet outil. Cela permet une discussion sur l'utilité de l'outil sur les conséquences. J'avoue que j'aime aussi prendre mon téléphone et essayer de discuter avec les personnes concernées car souvent dans un deuxième temps on se rend compte que la déclaration d'événement indésirable peut être faite mais de façon différente car on a plus d'explications cela évite des règlements de</p>

Questions	Réponses
	<p>compte et facilite l'amélioration continue de nos pratiques. J'insiste auprès de mes cadres pour favoriser le relationnel mais également pour faire des déclarations d'événements indésirables.</p> <p>Je me rends compte maintenant que je pourrais ou que j'aurais pu utiliser l'outil de déclarations d'événement indésirable de façon plus pertinente ce qui me permettrait-moi d'avoir un poids supplémentaire lorsque je vais en comité de direction et que je discute des problématiques d'absentéisme par exemple. Car je le fais de manière automatique mais il manque des informations sur le nombre de visites au service de santé au travail par exemple, de déclarations de harcèlement au travail, ou de risques psychosociaux. Car l'absentéisme chez nous peut avoir un effet direct sur les délais de rendu de résultat de biologie au patient donc c'est fondamental dans notre domaine. Cela me permettrait d'appuyer des négociations ou d'avoir des arguments pertinents sur les remplacements. Il faut savoir que nous avons beaucoup d'activités humaines d'interprétation, de décryptage. Nous ne pouvons pas nous permettre de fermer un service comme cela est le cas dans les services de soins par exemple. L'exemple que je prends c'est comme un train qu'il y ait une personne ou 10, il faut un conducteur et des techniciens et un contrôle dans le laboratoire c'est la même chose.</p>
<p>L'institution vous propose-t-elle des ressources de compréhension de l'outil et de son utilisation ?</p>	<p>Oui il existe des procédures et des formations.</p>
<p>Etes-vous informé du suivi et de l'analyse des EI ?</p>	<p>Je ne suis pas informé mais c'est la personne qui est en charge de la qualité qu'il est et qui m'en informe. Nous avons au sein du pôle un suivi des événements indésirables par l'intermédiaire de ma collègue chargée de la qualité. Donc nous sommes informés.</p>
<p>L'utilisation de ce type d'outil par vos équipes apporte-t-elle des bénéfices ou des inconvénients ?</p>	<p>Je pense que c'est un bénéfice. On ne se rend pas toujours compte que l'on doit tracer les choses pour nous faire avancer. Notre difficulté et notre culture judéo-chrétienne qui culpabilise beaucoup les personnels. Les agents voient souvent la sanction. Alors que de regarder un fait froidement l'analyser et prendre du recul c'est important même si c'est plus difficile.</p>
<p>L'utilisation est-elle détournée ?</p>	<p>Non elle est rentrée dans les mœurs surtout dans notre domaine puisque nous avons une très forte pression concernant les risques et les vigilances. Il existe</p>

Questions	Réponses
	<p>dans un pourcentage très faible une utilisation de « règlement de comptes ». J'ai un exemple : certains services de soins peuvent faire des déclarations sur des mauvaises prises en charge de tube de prélèvements alors que parfois il suffit de prendre son téléphone pour régler les problèmes. L'outil ne doit pas empêcher le lien humain. La traçabilité est une bonne chose, mais il est fondamental de préserver les relations. Ce n'est pas un outil de gestion des conflits. L'outil ne doit pas être une application technocratique froide. Le constat d'un dysfonctionnement n'est pas suffisant parfois il y a derrière une équipe qui est en souffrance par exemple.</p>
<p>Avez-vous remarqué un changement dans les relations entre les différents métiers ou services grâce à l'utilisation de cet outil ?</p>	<p>Non pas vraiment. Mais il est vrai que certaines problématiques sont apparues au grand jour alors qu'avant elles n'étaient pas réglées ou en catimini. C'est un deuxième effet qui est très positif. C'est pourquoi il est important d'accompagner l'outil et d'être très pédagogue. Pour éviter la culpabilisation de soi-même ou d'autrui. Il est important de prendre du recul. C'est difficile de reconnaître ses erreurs, mais l'analyse à froid est salutaire. J'ai à cœur d'informer et d'accompagner les agents, mais aussi de les stimuler sur cet outil. Il nous arrive souvent de décortiquer à plusieurs cadres, ou avec plusieurs services les dysfonctionnements qui ont lieu et ensuite de mieux comprendre les choses et de mettre en place des actions d'amélioration. Il faut gérer l'humain en s'appuyant sur des faits. Car il existe parfois des dérives voir « des légendes urbaines »... Tout cela n'est pas factuel. Il faut éviter les idées fantasmées et se baser sur des faits.</p>
<p>A votre avis, qui est concerné par l'usage de l'outil ?</p>	<p>Dans le périmètre de mon pôle ce sont les cadres les techniciens et le secrétariat. Il existe peu d'agent d'entretiens qui font des déclarations, elle les confie plutôt au secrétaire ou au cadre. Souvent il existe une appréhension par rapport à l'outil informatique.</p>
<p>Selon votre expérience et depuis que vous êtes en poste avez-vous perçu une modification dans l'utilisation et la perception de l'outil ?</p>	<p>Les gens sont plus habitués maintenant à déclarer. Mais le travail de déculpabilisation est encore important. Je ne perçois pas d'autres évolutions. J'ai eu quelques retours sur des difficultés techniques de remplissage de l'outil lui-même ont été réglé par la suite.</p>

Entretien N°3 - 20 janvier 2015 (49 mn)

Nom : Marie-Laure D.

Ancienneté dans la fonction de manager : cadre depuis 16 ans, cadre supérieur depuis 8 ans

Age : 49 ans

Fonction : CSS

Lieu d'exercice : Pôle Pôle Enfants-Néonatalogie CHRU X, 15 services

Nombre de collaborateurs : 700 collaborateurs, 12 cadres

Questions	Réponses
Qualité à l'hôpital	
Pouvez-vous me dire quelle place a la qualité dans votre métier ?	<i>C'est la place la plus importante, car il s'agit aussi de qualité de service puisque nous sommes au service des patients que nous prenons en charge. Le corps du métier, c'est la qualité de la prise en charge du patient. C'est la base de notre métier. Il ne s'agit pas uniquement de « bien faire ». Bien sûr, il existe beaucoup de procédures, les agents se plaignent d'ailleurs de leur nombre, mais si on veut travailler de manière cohérente vis-à-vis des patients et des familles, il me semble important d'en parler ainsi. La démarche qualité est utilisée pour nous à tous les niveaux de notre pratique.</i>
Selon votre expérience avez-vous perçu une évolution de la notion de qualité à l'hôpital ?	<i>C'est quelque chose que j'ai vu évoluer notamment quand j'ai pris mes fonctions de cadre de santé. Je n'étais pas aussi sensibilisée sur la notion de qualité ; je n'ai pas été formé à la qualité dans ma formation initiale de cadre de santé. Je n'ai pas beaucoup entendu parler de qualité dans la formation initiale car je l'ai faite très tôt : en 1995. Mais la chance que j'ai eue c'est que mes premières fonctions me positionnaient dans une dynamique qualité présente ici dans ce service. Même si au départ la qualité était surtout liée à l'hygiène, c'est ainsi que la qualité s'est intégrée dans nos pratiques et dans l'institution. Nous avons constamment évolué avec la qualité et ses évolutions réglementaires. Les exemples d'application sont nombreux. Par exemple, ici dans notre pôle, tous les paramédicaux ont dans leur poche un livret de bonnes pratiques. Ceci est parti d'une réflexion sur l'intégration des nouveaux arrivants dans les services. Ce point me semble très important. Il y a évidemment une</i>

Questions	Réponses
	<p>adaptation à l'emploi à faire quand un nouvel agent arrive. Nous avons bien sûr des outils de traçabilité, des tuteurs, qui accompagnent le nouvel arrivant. Mais pour les agents qui sont en place, quels sont les moyens qui nous permettent de sécuriser les pratiques et les prises en charge des patients ? Il existe bien entendu des procédures, mais qui sont nombreuses, dans des classeurs ou en version informatique et donc pas accessibles rapidement. Il nous a semblé important de travailler sur un livret paramédical qui reprend les bonnes pratiques de néonatalogie. Chaque personnel détient ce livret et l'emporte avec lui dans sa poche. C'est la base des bonnes pratiques dans notre service. Malgré les procédures que l'on peut consulter, c'est aussi de savoir comment agir rapidement dans des situations particulières ou dans des situations très communes de prise en charge dans notre spécialité. Cela nous a permis d'uniformiser les pratiques, mais aussi de les sécuriser. C'est une réelle démarche qualité.</p> <p>C'est un travail conséquent au départ mais primordial pour le terrain même si je pense qu'il faut aussi pouvoir de temps en temps adapter les situations contexte.</p> <p>La qualité chez nous (à la maternité) a été portée institutionnellement. Nous sommes aidés par des cadres supérieurs dédiés à la qualité. Mais il me semble que la problématique générale est que nous partons de très loin au CHU de Nancy. À la maternité, cela faisait parti de nos pratiques on s'est rendu compte que l'on ne pouvait pas travailler sans et que la qualité faisait partie de notre processus ne prise en charge. Alors qu'au CHU, j'ai l'impression que la qualité a été structurée par le haut, par les réglementations et non pas par le bas, par le terrain alors que c'est cela qui me semble essentiel. Nous avons créé des choses en en faisant adhérer les personnels ; en créant des supports, des audits, des groupes de travail où les personnels étaient fortement impliqués. Nous avons « fait de la qualité par le bas » et non pas par le haut. Au CHU la qualité s'est imposée par le haut il est très difficile dans ces conditions de faire adhérer la base.</p> <p>Il est important d'expliquer et d'accompagner la démarche qualité à la base, auprès des agents qui travaillent. Il faut commencer par leur expliquer</p>

Questions	Réponses
	<p>ce qu'est un processus qualité avant de leur imposer des outils et des méthodes. Si les gens comprennent ils adhèrent beaucoup mieux. Par exemple : nous avons mis en place un blog ici en néonatalogie. Avant de le construire nous sommes partis des besoins des personnels. Lorsque vous demandez à une infirmière ce qu'est la qualité, elle vous répond « un travail de qualité cela veut dire qu'il faut qu'elle fasse ce qu'on lui a demandé de faire et de le faire bien ». Il faut donc travailler avec les personnels pour leur expliquer que cela n'est qu'une partie de la qualité. La qualité c'est cela, mais c'est aussi de le faire dans le respect de certaines bonnes pratiques et cela passe par un savoir-faire, savoir-être, des compétences et que tout ça se réalise en concertation avec les autres services support de l'établissement. La construction de ce bâtiment a été un exemple de prise en compte des besoins des personnels, mais aussi des exigences de vigilance, de qualité, de sécurité et de gestion des risques. L'organisation autour du patient et du personnel permet aussi de penser la qualité. Par exemple nous avons créé des chambres plus grandes, mais dans lesquelles tout a été pensé : un système plein vide, un système de double tiroir pour l'approvisionnement des matériels nécessaires, des charriots individuels dans la pièce... Cela permet d'éviter les déplacements inutiles, mais aussi de sécuriser la prise en charge du patient. En expliquant cela aux personnels, ils adhèrent et comprennent la nécessité d'une amélioration des organisations pour une amélioration des prises en charge des patients et des familles. Cela participe à la démarche continue d'amélioration de la prise en charge. Qu'il s'agisse de pratiques ou d'accueil des patients et des familles, la qualité compte et permet d'avoir un regard global, systémique. Il faut avoir conscience que si il y a un changement quelque part d'autres choses vont forcément être modifiées à leur tour, c'est aussi cela la qualité, penser à tout, et penser les pratiques comme un ensemble global s'inscrivant dans une organisation.</p>
<p>Quelle est votre définition de la qualité ?</p>	<p>La qualité « c'est bien faire ». Même si aujourd'hui on ajoute des notions de finances, de rendement ce qui est normal, la société est ainsi faite, mais je crois que la base (de la qualité) s'est essayer de faire bien, mais aussi reproductible.</p>

Questions	Réponses
<p>A votre avis, de quelle façon la qualité est-elle présente dans votre pratique ?</p>	<p>Nous avons construit ce bâtiment (la maternité) grâce à une démarche qualité. Il a fallu réfléchir sur la prise en charge des patients mais pas uniquement, sur la logistique, sur les finances, sur l'organisation mais aussi sur tous les processus support de l'établissement... J'ai eu une grande chance dans ce projet de construction de ce bâtiment, c'est d'avoir pu bénéficier d'une aide conceptuelle extérieure. Malgré une formation sur la conception de projet, j'ai souhaité me faire accompagner par un expert dans la gestion de projets de la qualité. L'idée est de pouvoir avoir une personne externe qui vous donne un regard extérieur, qui vous aiguille de temps en temps lorsqu'il s'agit d'avancer sur des projets de cette taille. C'est une réelle gestion de projet dans le quel il faut intégrer la place de chacun dans l'organisation, les professionnels, les collaborateurs, les différents services.</p> <p>La démarche qualité nous permet d'avoir une vision systémique. C'est une vraie démarche processus. Cela nous aide à avoir une vision plus éclairée et plus objective d'un projet de grande dimension. On sait tous comment mener un projet, mais il est important de savoir s'appuyer sur une méthodologie.</p>
<p>Le sujet de la qualité est-il inscrit institutionnellement ?</p>	<p>Oui au niveau de la maternité nous avons toujours travaillé dans un esprit qualité.</p>
<p>La qualité est-elle intégrée dans vos pratiques ?</p>	<p>Il faut savoir développer le positionnement, le savoir bien faire et s'aider de la méthodologie ensuite. Il faut toujours réfléchir et se dire « comment faire mieux ? ». Cette logique de qualité est importante, notamment dans une période de crise où l'on nous demande de faire plus avec moins, où par exemple on a plus de patients que de lits, etc.</p>
<p>Management</p>	
<p>La qualité intègre-t-elle les pratiques managériales ?</p>	<p>Oui complètement. Je me sers de la qualité quotidiennement. Même si cela est sans doute intuitif, je ne me dis pas « tiens je vais faire de la qualité. ». J'ai mis en place beaucoup d'outils de suivi et de gestion des personnels, des tableaux de bord, donc j'utilise la qualité. J'ai moi-même créé des outils adaptés à ma pratique.</p>
<p>La qualité est-elle un outil de gestion pour vous ?</p>	<p>Oui bien entendu. La qualité comme outil de gestion me permet de négocier et d'appuyer, mais aussi d'argumenter des demandes, ou des contestations.</p>

Questions	Réponses
	<p><i>Je demande également à mes cadres d'utiliser les outils de la qualité notamment lors de groupes de travail par exemple ou lors des évaluations de pratiques professionnelles (ex : groupe de travail sur les soins palliatifs, sur l'allaitement maternel...). J'incite mes cadres à l'utilisation de la qualité pour et par le terrain.</i></p>
<p>Dans quels domaines de votre métier diriez-vous que la qualité est intégrée aux pratiques ?</p>	<p><i>Dans tous les domaines et notamment dans le management.</i></p>
<p>Vous servez-vous d'outils qualité dans votre fonction managériale ?</p>	<p><i>Oui, notamment dans la gestion projet. Selon les axes du projet de pôle nous travaillons à développer des axes grâce à des outils qualité. Donc la qualité c'est quelque chose qui se fait au quotidien.</i></p> <p><i>Cela permet également de favoriser l'autonomie, la créativité des personnels.</i></p> <p><i>Il est important que la qualité vienne du terrain. Moi je suis celle qui donne les moyens de faire avancer, mais c'est illusoire de croire que c'est les cadres qui font avancer les choses. C'est la base, le terrain, qui apportent les éléments fondamentaux pour avancer. J'estime qu'il y en a plus dans la tête de 20 personnes que dans une seule. Alors bien entendu je suis un soutien méthodologique, pour orienter, pour apporter des outils et pour guider les personnels.</i></p> <p><i>Il est très important pour les personnels que lorsqu'ils travaillent sur un projet ils en voient l'aboutissement. Qu'il y ait un retour pour les personnels. C'est souvent cela qui est un frein à la qualité. Les personnels n'ont pas de retour sur investissement. J'ai des exemples sur lesquels les personnels se sont démotivés parce qu'ils se sont investis avec le sentiment de n'avoir aucun retour. Il n'y a rien de plus frustrant pour les agents que lorsque l'on parle de projet mais que rien ne se réalise.</i></p> <p><i>Ce qui a été le plus difficile dans ma fonction de cadre, c'est d'accompagner les personnels sans leur donner les solutions, car je suis quelqu'un de très méthodique et de carrée. Je suis donc vigilante sur l'accompagnement des personnels sans être trop directif. En même temps, grâce à la démarche qualité, nous savons où nous allons et avec quels</i></p>

Questions	Réponses
	<p>moyens nous pouvons y aller. Mon travail est aussi une forme de pédagogie autour de la qualité.</p> <p>Je pense également qu'il est important de savoir d'où on part et de ne pas oublier ses racines, ses origines car quelle que soit le niveau hiérarchique, la qualité consiste à remettre le patient au centre. C'est le cœur de notre métier, et c'est souvent cela que l'on oublie dans toutes les réorganisations que j'ai pu connaître. Il me semble que de remettre le patient au centre du projet cela facilite la mise en œuvre d'une nouvelle organisation.</p>
Outils de gestion /Théorie de la structuration	
<p>Connaissez-vous l'outil de déclaration des EI de votre institution ?</p>	<p>Oui, je connais l'outil de déclarations d'événements indésirables du CHU depuis que nous avons intégré le CHU (il y a quelques mois).J'ai toujours connu cet outil de déclaration d'événements indésirables qui était en version papier et non informatique dans notre service.</p> <p>Nous avons toujours eu cette culture de déclarations d'événements indésirables. Dans le service de néonatalogie, nous avons toujours été sensibles sur la déclaration d'événements indésirables.</p> <p>Nous avons depuis très longtemps mis en place des comités de retour d'expérience pour travailler sur les dysfonctionnements et les événements indésirables déclarés. Ce comité est hebdomadaire et se base sur les déclarations d'événements indésirables. Dans ce comité sont présents les cadres, les médecins, mais aussi les personnels de terrain ou les personnels spécifiques en fonction du type de déclaration. Il y a toujours un binôme qui présente une déclaration, un dysfonctionnement à tout le comité et qui suit le traitement et l'analyse de cet événement. Cela fait des années que nous travaillons ainsi.</p> <p>La difficulté pour nous a été notre rattachement au CHU car notre culture qualité était bien plus développée. J'ai l'impression maintenant que nous retournons en arrière. Les choses sont plus complexes.</p>
<p>L'institution vous propose-t-elle des ressources de compréhension de l'outil et de son utilisation ?</p>	<p>Nous avons eu des formations, il y a même eu une charte de déclaration non punitive des événements indésirables.</p>
<p>Etes-vous informé du suivi et de l'analyse des EI ?</p>	<p>Oui, nous étions informés une fois par mois de tous les événements et de</p>

Questions	Réponses
	<i>toutes les analyses et traitement des déclarations.</i>
L'utilisation de ce type d'outil par vos équipes apporte-t-elle des bénéfices ou des inconvénients ?	<i>Cela n'amène que des bénéfices. C'est toujours compliqué d'inciter les personnes à déclarer. Mais lorsqu'on leur montre que lorsque l'on a déclaré, ce qui est intéressant c'est qu'est-ce qu'on met en place pour améliorer la pratique, c'est plus compréhensible pour eux. Le fait que ce soit des personnels de terrain qui analysent et traitent les déclarations d'événements indésirables favorise la perception positive de la déclaration d'événements indésirables. D'ailleurs les personnels ont toujours un retour sur les déclarations qu'ils ont faites. Dès lors, les personnels comprennent qu'il s'agit d'une aide pour l'amélioration des pratiques. Nous notons un engagement très fort des personnels. D'ailleurs, même dans les comités de retour d'expérience, les personnels sont très présents.</i>
L'utilisation est-elle détournée ?	<i>Je n'ai pas l'impression.</i>
Avez-vous remarqué un changement dans les relations entre les différents métiers ou services grâce à l'utilisation de cet outil ?	<i>L'outil de déclarations d'événements indésirables nous a permis d'avoir de meilleures relations avec les autres services. Par exemple sur la prise en charge du médicament : nous avons pu travailler avec la pharmacie, ou avec le bloc opératoire... Cela engage le dialogue, mais permet également d'expliquer nos propres pratiques et de montrer quel est l'impact des activités des uns sur celle des autres. Sans qu'il y ait une notion négative de la perception de l'activité de l'autre.</i>
A votre avis, qui est concerné par l'usage de l'outil ?	<i>L'ensemble des personnels.</i>
Selon votre expérience et depuis que vous êtes en poste avez-vous perçu une modification dans l'utilisation et la perception de l'outil ?	<i>Non, même si nous sommes rattachés au CHU, nous avons continué à utiliser l'outil de déclaration d'événements indésirables comme nous le faisons avant. Tous nos personnels ont été formés à l'outil du CHU, mais nous fonctionnant de la même façon qu'avant pour l'analyse et le traitement des déclarations d'événements indésirables. L'outil du CHU renvoie la déclaration sur un gestionnaire des risques qui n'est pas forcément au courant des pratiques de terrain, pourtant c'est lui qui doit traiter et analyser les déclarations d'événements indésirables. C'est pourquoi nous continuons d'intégrer les personnels de terrain dans le traitement et</i>

Questions	Réponses
	<p><i>l'analyse de ces déclarations.</i></p> <p><i>L'outil n'est pas un problème, c'est la façon dont on l'utilise, mais aussi la façon dont sont traités les événements qui sont différents. Un exemple : nous avons un problème de frigo, il faut augmenter les relevés de température, il faut pour cela changer de matériel et donc de changer la procédure. Mais les personnels préfèrent modifier une procédure, car ils ont compris l'importance de ces relevés grâce aux déclarations d'événements indésirables. Cette modification du travail est alors comprise et acceptée de bon gré.</i></p> <p><i>Je pense que la taille de l'établissement n'a pas forcément un impact. Finalement un pôle est une représentation réduite d'une grande organisation. Ce que je reproche pour l'instant, c'est que l'on nous impose la qualité par le haut. Bien entendu c'est une histoire de culture, mais cela se construit au quotidien et avec le terrain. Nous avons pu faire avancer les choses grâce à cela. Pour autant nous avons beaucoup de procédures ou de protocoles, mais du coup les choses sont écrites, calés, expliquées et permet aussi de sécuriser les personnels.</i></p>

CATEGORISATION DES ENTRETIENS

CONCEPT : Qualité à l'Hôpital

Objectif : Définition de la perception et du niveau d'intégration de la qualité

Ancrage Culturel

DIMENSION	N°Entr	EXTRAIT	ENONCE	RUBRIQUE	CODE	CATEGORIE	CODE2
	5	<ul style="list-style-type: none"> On est toujours dans des axes répétitifs et cela ne favorise pas l'adhésion de la démarche qualité Pour moi je trouve que la culture qualité n'est pas encore assez intégrée sur le terrain, même s'il y a une évolution. Je vois avec un recul de 40 ans que les choses ne sont plus comparables Maintenant, nous sommes submergés de nouveaux outils de gestion, de logiciels, etc. On veut de plus en plus bomer les choses, le temps occupé à utiliser ces outils c'est le temps que l'agent ne passera pas dans sa pratique quotidienne. Bien sûr il faut entendre l'évolution mais ça plus ça et plus ça c'est compliqué alors si en plus il faut parler de qualité, c'est difficile ! Elle est portée institutionnellement depuis la première certification, elle est structurée puisqu'il existe une direction qualité 	La qualité est structurée portée institutionnellement, mais mal diffusée car trop fortement instrumentée	Outils	Outil-Négative	Les outils entravent l'intégration de la qualité	OUT_NEG
	7	<ul style="list-style-type: none"> J'ai senti une évolution parce que la qualité est beaucoup plus formalisée, on a des référents qualité maintenant. Par contre pour les équipes cela a entraîné quelque part une perte de lisibilité. Je m'explique ce qui est ressenti, c'est que on vient nous dire ce qu'il faut qu'on fasse alors qu'on ne nous entend pas à notre niveau (alors qu'on est capable de définir une qualité souhaitée). On laisse très peu la place aux acteurs L'organisation du suivi de la qualité est compliquée pour les équipes Aujourd'hui je trouve que l'organisation engendre une séparation des tâches, et peut-être que les nouveaux cadres n'ont pas une vision globale du métier tel que nous en avions une avant. J'ai l'impression qu'on parlait presque plus de qualité avant que maintenant. Tout ce qui nous arrive de la direction qualité, donne l'impression de rajouter des couches supplémentaires. 	Complexification des organisations de travail	organisation de travail	QUA-Complex	Le formalisme issu de la qualité en traîne une perte de lisibilité	QUA_NONLISIBLE
	11	<ul style="list-style-type: none"> Je pense qu'il faut des années pour vraiment mettre en place une culture qualité et ce n'est pas encore gagné ! Je trouve que la dynamique qualité a été très lente j'ai presque envie de dire que la politique qualité est très récente ! Je pense que la réussite de la qualité c'est la continuité ! 	La culture qualité nécessite du temps	Culture	QUA-Temps	La culture qualité s'inscrit au quotidien et dans la continuité	QUA_CONTINUE
	13	<ul style="list-style-type: none"> Nos mauvais résultats de certification nous ont en quelque sorte contraint adhérer à la démarche qualité. Si tout le monde utilisait les mêmes outils en faisant remonter les dysfonctionnements et l'analyse à tout le monde cela aurait été plus simple. Le problème c'est aussi la lourdeur méthodologique ! On a eu l'impression de pédaler pour rien ! Le travail n'était pas valorisée il y avait peu de communication également. Certains outils obligent les gens à adhérer à une certaine dynamique qualité. Après les outils mis à disposition ne sont pas forcément les mieux adaptés. Il y a des choses qui commencent à devenir des réflexes, les gens ont maintenant l'habitude de faire des notifications d'événements indésirables etc. Les outils ne sont pas forcément conviviaux. 	La qualité est structurée portée institutionnellement, mais mal diffusée car trop fortement instrumentée	Outils	Outil-Négative	Les outils entravent l'intégration de la qualité	OUT_NEG
	15	<ul style="list-style-type: none"> Aujourd'hui je me dis que la qualité commence à rentrer sur le terrain, mais aussi pour les médecins, les gens qui faisaient de la qualité étaient les gens que l'on « mettait au placard » et qui ne faisait rien Je pense aussi que la qualité est à la une des préoccupations certains moments lorsqu'il y a des procédures de certifications mais que à d'autres moments il y a d'autres priorités comme la réorganisation ou la restructuration et de ce fait que la qualité passe au second plan 	La culture qualité nécessite du temps	Culture	QUA-Temps	La culture qualité s'inscrit au quotidien et dans la continuité	QUA_CONTINUE
	16	<ul style="list-style-type: none"> Je suis convaincue que la qualité est une histoire de personne. C'est lié à des valeurs et pas forcément à tout ce qu'on va vous imposer comme réglementation. Je pense qu'il y a encore un grand écart entre le terrain et la hiérarchie en termes de niveau de réflexion et de prise de conscience sur la qualité. 	La culture qualité nécessite du temps	Culture	QUA-Temps	La culture qualité s'inscrit au quotidien et dans la continuité	QUA_CONTINUE

CATEGORISATION DES ENTRETIENS

CONCEPT : Management de la Qualité

Objectif : Définition du niveau d'intégration de la qualité dans les pratiques managériales

turation de l'outil de gestion de la qualité

DIMENSION	N°Entr	EXTRAIT	ENONCE	RUBRIQUE	CODE	CATEGORIE	CODE2
	3	<ul style="list-style-type: none"> •Selon les axes du projet de pôle nous travaillons à développer des axes grâce à des outils qualité. Donc la qualité c'est quelque chose qui se fait au quotidien.Cela permet également de favoriser l'autonomie, la créativité des personnels. •Il est important que la qualité vienne du terrain. •En même temps, grâce à la démarche qualité, nous savons où nous allons et avec quels moyens nous pouvons y aller. Mon travail est aussi une forme de pédagogie autour de la qualité. 	Structuration des outils de gestion de la qualité par l'intégration dans la gestion quotidienne	Pratique managériale	QUA-Structurante	Qualité intégrée dans la pratique quotidienne	QUA_INTEG REE
	5	<ul style="list-style-type: none"> •J'utilise ces outils de manière intuitive sans même penser que j'utilise des outils qualité. •C'est intégré dans ma pratique. En fait je ne me pose même plus de questions. Je ne peux pas concevoir la qualité d'un côté et la pratique de l'autre. C'est indissociable pour moi. 	Structuration des outils de gestion de la qualité par l'intégration dans la gestion quotidienne	Pratique managériale	QUA-Structurante	Qualité intégrée dans la pratique quotidienne	QUA_INTEG REE
	6	<ul style="list-style-type: none"> •J'utilise des outils de manière constante et quotidienne, notamment dans les groupes de travail. 	Structuration des outils de gestion de la qualité par l'intégration dans la gestion quotidienne	Pratique managériale	QUA-Structurante	Qualité intégrée dans la pratique quotidienne	QUA_INTEG REE
	8	<ul style="list-style-type: none"> •on est obligé d'utiliser des outils pour monter des projets pour mettre en place des démarches qualité. Ce sont des outils qu'on me donne et que j'utilise régulièrement au quotidien. 	Structuration des outils de gestion de la qualité par l'intégration dans la gestion quotidienne	Pratique managériale	QUA-Structurante	Qualité intégrée dans la pratique quotidienne	QUA_INTEG REE
	10	<ul style="list-style-type: none"> •Bien entendu on utilise des outils mais il faut savoir les utiliser. On utilise bien les outils, si on les a digérés, et si on est convaincu surtout ! 	Structuration des outils de gestion de la qualité par l'intégration dans la gestion quotidienne	Pratique managériale	QUA-Structurante	Qualité intégrée dans la pratique quotidienne	QUA_INTEG REE
	11	<ul style="list-style-type: none"> •Bien sûr. J'utilise les outils que l'institution nous donne, comme des grilles d'audit par exemple. Je participe notamment à des méthodes ALARM ou à des CREX. Des méthodes de résolution de problèmes sur des événements indésirables graves etc. Cela me semble évident d'utiliser la qualité au quotidien ! •Je pense que la qualité est partout. •Après tout je pense que nous faisons de la qualité au quotidien sans vraiment le savoir, ou s'en mettre des mots dessus. Nous le faisons de manière naturelle. •Je chercherai presque ce qui ne fait pas partie de la qualité ! 	Structuration des outils de gestion de la qualité par l'intégration dans la gestion quotidienne	Pratique managériale	QUA-Structurante	Qualité intégrée dans la pratique quotidienne	QUA_INTEG REE

CATEGORISATION DES ENTRETIENS

Action managériale sur la struct

15	<ul style="list-style-type: none"> • J'utilise les outils de l'institution notamment pour les missions de recrutement. Lorsque j'ai travaillé pour le projet de soins, j'ai beaucoup utilisé les outils qualité, comme le QQOQCP, les votes pondérés, les matrices de décision... On a fait aussi beaucoup d'audit. 	Structuration des outils de gestion de la qualité par l'intégration dans la gestion quotidienne	Pratique managériale	QUA-Structurante	Qualité intégrée dans la pratique quotidienne	QUA_INTEG REE
17	<ul style="list-style-type: none"> • bien entendu j'utilise encore des outils pour de gestion de projet, ou des tableaux de bord par exemple. On utilise même parfois le Pareto ! Mais en fait on en fait tous les jours sans forcément mettre le nom d'un outil qualité. • On fait un Ishikawa et on fait un rétro planning etc. Récemment j'ai mis en place un diagramme de Gantt pour un projet de déménagement d'un service dans une autre structure. 	Structuration des outils de gestion de la qualité par l'intégration dans la gestion quotidienne	Pratique managériale	QUA-Structurante	Qualité intégrée dans la pratique quotidienne	QUA_INTEG REE
19	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, j'ai toujours eu des outils. Par exemple sur notamment la qualité des transmissions orales, j'ai utilisé les outils qualité. • Ce n'est pas dans la connaissance théorique des choses que cela se passe mais dans la perception des enjeux. 	Structuration des outils de gestion de la qualité par l'intégration dans la gestion quotidienne	Pratique managériale	QUA-Structurante	Qualité intégrée dans la pratique quotidienne	QUA_INTEG REE
21	<ul style="list-style-type: none"> • J'utilise aussi des outils comme des audits par exemple. Les outils qualité m'ont notamment permis de faire un état des lieux des services. • Je me suis toujours servi de manière naturelle des outils qualité sur des thématiques différentes bien entendues. En dehors des outils institutionnels utilise également mes propres outils. 	Structuration des outils de gestion de la qualité par l'intégration dans la gestion quotidienne	Pratique managériale	QUA-Structurante	Qualité intégrée dans la pratique quotidienne	QUA_INTEG REE

CATEGORISATION DES ENTRETIENS

CONCEPT : Théorie de la structuration

Objectif : Compréhension du niveau d'appropriation de l'outil de déclaration des événements indésirables

DIMENSION	N°Entr	EXTRAIT	ENONCE	RUBRIQUE	CODE	CATEGORIE	CODE2
Histoire/évolution de l'outil	1	<ul style="list-style-type: none"> Oui je le connais. Je n'ai jamais participé à son développement ni à sa conception. 	Outil connu sans participation à son développement	Accompagnement à l'outil	OUTIL-Pédagogie	Outil non accompagné	OUTIL_CONNU
	2	<ul style="list-style-type: none"> Oui je le connais, j'ai fait la formation je n'ai pas participé à sa conception ou à son évolution. J'ai été formé au tout début de la mise en place de l'outil en 2009. Il s'agissait d'une formation obligatoire pour les cadres supérieurs de santé. Mais dans ma pratique courante que je ne l'utilise que très peu. 	Outil Connu/Formation non pertinente	Accompagnement à l'outil	OUTIL-Pédagogie	Mauvais accompagnement de l'outil	OUTIL_NON accompagné
	4	<ul style="list-style-type: none"> Avant que Granit existe il existait déjà un logiciel de déclarations les événements indésirables (2005) sous format papier à l'hôpital pour enfants. Concernant l'outil Granit, je n'ai pas participé à sa conception ou à son évolution. J'ai été formé à l'outil. C'était des formations en amphithéâtre de façon plénière avec le concepteur de l'outil, un médecin. La difficulté est que ce médecin n'était pas du tout pédagogue. donc il était difficile d'être formé correctement. Il fallait se débrouiller tout seul. il n'y avait qu'une seule session de formation. • • C'était ni fait ni à faire. Cette personne était très brillante mais incapable de se mettre à la portée de l'utilisateur !! D'ailleurs l'outil techniquement et très pointu, pour un administrateur, un concepteur, c'est un super outil mais pour l'utilisateur sur le terrain il est peu convivial et présente beaucoup de difficultés techniques qui ne permettaient pas une utilisation facile et optimale de cet outil. Résultat : les statistiques qui sont faites, sont basés sur des déclarations, or cela ne tient pas compte du nombre de déclarations qui ne sont pas faites parce que l'outil n'est pas utilisable. Au final il existe très peu de visibilité sur la réalité des dysfonctionnements sur le terrain. 	Outil Connu trop complexe/Formation non pertinente	Accompagnement à l'outil	OUTIL-Pédagogie	Mauvais accompagnement de l'outil	OUTIL_NON accompagné
	5	<ul style="list-style-type: none"> Oui. Je n'ai pas participé à sa conception ou à son développement. J'ai été formé (en fait c'était une information et non une formation) Il existe maintenant des "itinéraires qualité" 	Outil Connu/Formation non pertinente	Accompagnement à l'outil	OUTIL-Pédagogie	Mauvais accompagnement de l'outil	OUTIL_NON accompagné
	6	<ul style="list-style-type: none"> Oui je le connais. Je n'ai pas participé à sa conception ou à son évolution. Avant on faisait les déclarations d'événements indésirables sur papier ou par mail. C'est la direction des soins qui analysait. Ensuite avec l'arrivée d'une direction qualité il y a eu la mise en place de l'outil. Nous avons eu des formations par pôle. C'était le service qualité qui venait nous faire des formations. C'est une formation qui s'est déroulée lors d'une réunion cadre avec une présentation d'un diaporama. Il n'y a pas eu de formation spécifique pour les agents. Celle-ci est survenue ensuite lorsque l'outil a évolué en 2012. Avant ce sont les cadres qui relayaient l'information auprès des équipes. Aujourd'hui il y a des formations itinéraire qualité sur lesquels on peut inscrire des agents. 	Outil connu/formation existante	Accompagnement à l'outil	OUTIL-Pédagogie	Outil Accompagné	OUTIL_ACCOMPAGNE
	7	<ul style="list-style-type: none"> Oui très bien. Je n'ai pas participé à sa conception ou à son évolution. Je le connais depuis son existence. J'ai eu une formation de deux heures sur l'utilisation de l'outil à son démarrage. Mais c'étaient les formations plénières dans un amphithéâtre. J'avoue que cette formation n'a pas été satisfaisante. Nous ne comprenions toujours pas ce qu'il fallait déclarer dans cet outil. 	Outil Connu/Formation non pertinente	Accompagnement à l'outil	OUTIL-Pédagogie	Mauvais accompagnement de l'outil	OUTIL_NON accompagné

CATEGORISATION DES ENTRETIENS

8	<ul style="list-style-type: none"> •Oui. J'ai participé à sa conception. En tant que correspondant qualité nous avons travaillé dessus. . Même si il était compliqué peut-être dans la mise en œuvre, et dans l'ergonomie en définitive. Moi j'avais bien compris l'utilité d'avoir un outil comme ça parce qu'on n'en avait pas du tout avant. Donc je n'ai pas mal vécu la mise en œuvre. •Nous avons été formés, en formation plénière dans des amphithéâtres. Ensuite les correspondants qualité nous ont demandé de former les personnels. L'impact des formations été varié puisque les formations se déroulaient avec un médecin et un cadre supérieur de santé. Donc en fonction des personnalité. •En ce qui me concerne j'ai souhaité apporter dans ces formations des exemples ce qui a facilité l'intégration de l'outil. Mais il est vrai que l'outil est peut-être trop compliqué au départ. 	Outil Connu/Formation non pertinente	Accompagne ment à l'outil	OUTIL- Pédagogie	Mauvais ccompagnement de l'outil	OUTIL_NON accompag né
9	<ul style="list-style-type: none"> •Oui. Je suis gestionnaire des risques donc non seulement je connais mais en plus je pense qu'à l'heure actuelle tous les moyens sont bons pour travailler à l'amélioration des pratiques et de l'organisation en général surtout dans ce type d'établissement qui n'a pas une santé financière resplendissante. •Même si l'outil ne plaît pas. Je connais l'outil depuis 2005 depuis sa mise en œuvre, j'ai participé à monde à son évolution en faisant remonter des dysfonctionnements. •J'ai été formé en session plénière dans un amphithéâtre avec le médecin qui avait construit l'outil et le coordonnateur des vigilances. D'emblée j'ai été intégré dans le circuit des gestionnaires de risques. •Je n'étais pas formé à cela, on a eu quelques réunions durant lesquels je ne comprenais pas. Donc je me suis formée à ma façon. 	Outil Connu/Formation non pertinente	Accompagne ment à l'outil	OUTIL- Pédagogie	Mauvais ccompagnement de l'outil	OUTIL_NON accompag né
10	<ul style="list-style-type: none"> •Oui évidemment. Je l'ai connu lorsque j'ai été formé dans les années 2005. Il s'agissait de formation en amphithéâtre. 	Outil connu/formation existante	Accompagne ment à l'outil	OUTIL- Pédagogie	Outil Accompagné	OUTIL_ACC OMPAGNE
11	<ul style="list-style-type: none"> •Oui je le connais. •Depuis 2013 le service qualité nous a proposé des outils vous permettant de former les personnels sur le terrain. C'est le cadre référent du pôle et le cadre supérieur de santé dédiée à la qualité du pôle qui font les formations sur le terrain. Nous avons réalisé 10 dates de formations. Depuis 2014 ce sont les cadres qui forme les nouveaux agents avec le PowerPoint officiel. 	Outil connu/formation existante	Accompagne ment à l'outil	OUTIL- Pédagogie	Outil Accompagné	OUTIL_ACC OMPAGNE
12	<ul style="list-style-type: none"> •Oui évidemment ! Je connais l'outil depuis son début puisque j'ai participé à la construction de son cahier des charges dans les années 2000 (en tant que cadre dans le groupe de travail). •D'ailleurs les formations que nous avions à ce moment-là était réalisée par des médecins a été très peu accessibles et compréhensibles par le terrain. Il y a eu un certain nombre de formations, mais insuffisamment c'est pourquoi nous devons encore à l'heure actuelle accompagner les agents. 	Outil Connu/Formation non pertinente	Accompagne ment à l'outil	OUTIL- Pédagogie	Mauvais ccompagnement de l'outil	OUTIL_NON accompag né
13	<ul style="list-style-type: none"> •Ah ça je le connais ! J'ai un peu plus de mal pour connaître son utilisation ! •Je n'ai pas participé à la conception. •Je n'ai pas eu de formation. On nous l'a « balancé » comme ça. Je l'ai connu par nécessité au moment d'utilisation. 	Outil Connu/Formation non pertinente	Accompagne ment à l'outil	OUTIL- Pédagogie	Mauvais ccompagnement de l'outil	OUTIL_NON accompag né
14	<ul style="list-style-type: none"> •Oui. Je l'ai connu en 2007 à l'arrivée à l'hôpital d'enfants parce que l'hôpital l'enfant était le site pilote de Granit •Mais on a « ramé ». Quand je suis arrivé l'outil était déjà créé. Nous avions un produit, on nous l'a présenté, en formation plénière. •Non pas de formation on insistait pour avoir des formations et ensuite on faisait du service après vente auprès des agents. 	Outil Connu/Formation non pertinente	Accompagne ment à l'outil	OUTIL- Pédagogie	Mauvais ccompagnement de l'outil	OUTIL_NON accompag né
15	<ul style="list-style-type: none"> •Oui je ne connais l'outil. J'ai connu l'outil par des formations et des informations •Je n'ai pas participé à sa conception. Les formations se posaient en amphithéâtre. Initialement je me suis dit c'est très bien, il va falloir qu'on s'y mette mais je ne suis pas allergique à l'informatique donc j'attendais surtout aussi d'avoir des retours des tableaux de bord. Et j'ai rapidement déchanté. 	Outil Connu trop complexe/Formatio n non pertinente	Accompagne ment à l'outil	OUTIL- Pédagogie	Mauvais ccompagnement de l'outil	OUTIL_NON accompag né

CATEGORISATION DES ENTRETIENS

Théorie de la structuration

	16	<ul style="list-style-type: none"> • Je l'ai connu d'une part parce que j'ai une formation en tant que cadre supérieur de santé. Par la voix de la direction des soins, des formations qui je crois étaient plénières. Formation trop généralistes pour moi ! Je n'ai pas participé à sa conception ou à son évolution. J'étais utilisateur. 	Outil Connu/Formation non pertinente	Accompagnement à l'outil	OUTIL-Pédagogie	Mauvais accompagnement de l'outil	OUTIL_NON accompagné
	17	<ul style="list-style-type: none"> • Oui Madame. J'étais cadre en anesthésie et quand Granit est apparu cela m'a paru une excellente idée. Pourquoi ? Parce que je pensais que c'était une extension de ce que je faisais déjà • Il y a eu des formations en amphi mais qui ne nous apportait rien puisqu'en sortant de ces formations il fallait se former pratiquement soi-même. 	Outil Connu/Formation non pertinente	Accompagnement à l'outil	OUTIL-Pédagogie	Mauvais accompagnement de l'outil	OUTIL_NON accompagné
	18	<ul style="list-style-type: none"> • Oui Granit ! Au départ c'était très compliqué. Il a fallu rentrer dedans car l'outil était beaucoup moins simple que maintenant • Nous avons eu des informations sur l'outil. Actuellement nous pouvons faire appel au référent qualité qui vient nous expliquer vous informez sur l'outil. Aussi nous donner des conseils et nous accompagner. 	Outil connu/formation existante	Accompagnement à l'outil	OUTIL-Pédagogie	Outil Accompagné	OUTIL_ACCOMPAGNE
	19	<ul style="list-style-type: none"> • Oui bien sûr. L'outil a été imposé au départ dans les services. Je eu des petites formations, et une information plénière sur laquelle on avait rien retenu. 	Outil Connu/Formation non pertinente	Accompagnement à l'outil	OUTIL-Pédagogie	Mauvais accompagnement de l'outil	OUTIL_NON accompagné
	20	<ul style="list-style-type: none"> • Oui. Malheureusement l'outil était une vraie usine à gaz • J'ai été formé par mes pairs. Je connaissais l'intérêt de cet outil. 	Outil connu/formation inexistante	Accompagnement à l'outil	OUTIL-Pédagogie	Outil non Accompagné	OUTIL_NON_ACCOMPAGNE
	21	<ul style="list-style-type: none"> • Oui. Je n'ai pas été formé, mais il y avait pas mal de communication autour de cet outil et je me suis formée toute seule. Au départ je trouvais que cet outil était catastrophique ! 	Outil connu/formation inexistante	Accompagnement à l'outil	OUTIL-Pédagogie	Outil non Accompagné	OUTIL_NON_ACCOMPAGNE
Dimension structurelle	1	<ul style="list-style-type: none"> • Je ne sais pas. Je me suis renseigné seul • Le point faible c'est que je ne suis pas informé de l'analyse des événements indésirables, je ne sais par quelles sont les notifications faites dans mon pôle. Sauf si je suis interpellée. C'est le grand point négatif. • Mais c'est un problème que j'ai déjà rencontré dans d'autres établissements. 	Peu d'accès à l'information institutionnelle/manque de retour	Communication	OUTIL-NonSuivi	Pas de retour	OUTILNON_COMMUNICATION
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Mais au moindre problème de vigilance de logistique j'insiste pour que la déclaration d'événement indésirable soit faite par mes collaborateurs. Je les encourage toujours à faire des déclarations. Cela permet également de discuter autour de l'outil de déclaration d'événements indésirables est-elle utile, est-elle facile ? Comment les personnes ressentent cet outil. Cela permet une discussion sur l'utilité de l'outil sur les conséquences. • Oui il existe des procédures et des formations. • Nous avons au sein du pôle un suivi des événements indésirables par l'intermédiaire de ma collègue chargée de la qualité. Donc nous sommes informés. 	Outil support d'information	Communication	OUTIL-NonSuivi	Information existante	OUTIL_COMMUNICATION
	3	<ul style="list-style-type: none"> • (Maternité) Nous avons eu des formations, il y a même eu une charte de déclaration non punitive des événements indésirables. • Oui, nous étions informés une fois par mois de tous les événements et de toutes les analyses et traitement des déclarations. 	Outil institutionnalisé	Communication	OUTIL-NonSuivi	Intégration complète de l'outil	OUTIL_INTEGRE

CATEGORISATION DES ENTRETIENS

4	<ul style="list-style-type: none"> • Différents modes d'emploi aux procédures ont été diffusées. Dans les évolutions de l'outil il y a eu de nouvelles formations internes, les cadres ont été reformés pour que eux-mêmes puissent former les agents. A un moment donné les cadres déclaraient pour les agents afin de faciliter les déclarations. • Lorsque l'on envoie une notification, normalement il y a tout un circuit au pouvoir allez retrouver cette notification. Ce qui est difficile c'est que pour savoir ce qui est advenu de cette notification il faut soi-même aller chercher l'information. Imaginez l'agent de terrain qui n'a pas de retour sur sa notification, on comprend pourquoi ils sont démotivés dans l'utilisation de cet outil. Nous devrions avoir un retour en théorie mais en pratique non 	Peu d'accès à l'information institutionnelle/manque de retour	Communication	OUITIL-NonSuivi	Pas de retour	OUTILNON_COMMUNICATION
5	<ul style="list-style-type: none"> • J'ai très peu de retour sur les notifications qui sont faites. Lorsque j'ai des retours, c'est le gestionnaire des risques qui m'appelle parce que il faut donner des explications ou analyser la notification. • Nous avons des statistiques annuelles du nombre de notifications qui sont faites dans notre pôle par le service qualité. Mais nous n'avons pas de retour concernant l'analyse les dysfonctionnements et les actions d'améliorations qui ont été mises en place. • Le fait de ne pas avoir de retour ne nous permet pas de travailler les dysfonctionnements dans le pôle. 	Peu d'accès à l'information institutionnelle/manque de retour	Communication	OUITIL-NonSuivi	Pas de retour	OUTILNON_COMMUNICATION
6	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenant oui nous avons des tableaux trimestriels par la direction de la qualité, mais c'est très récent (un an). Avant nous n'avions aucun retour. • Maintenant lors d'une déclaration le déclarant un retour par mail lui disant que sa déclaration a été prise en compte. Il n'y a pas toujours un retour sur l'analyse de l'événement, et sur la mise en place d'une action. C'est la aussi difficile pour les agents qui font de multiples déclarations mais qui n'ont pas de retour par rapport à cela. 	Peu d'accès à l'information institutionnelle/manque de retour	Communication	OUITIL-NonSuivi	Pas de retour	OUTILNON_COMMUNICATION
7	<ul style="list-style-type: none"> • Oui mais depuis très peu de temps. D'autre part les tableaux de bord qu'on nous envoie sont illisibles. • J'en ai vu un seul en deux ans • C'est pourquoi je réalise mon propre outil de suivi. Donc c'est un double travail. 	Outils de suivis complexes manque de lisibilité	Communication	OUITIL-NonSuivi	Retour non pertinent	OUTILNON_COMMUNICATION
8	<ul style="list-style-type: none"> • Au départ non. Maintenant le service qualité nous envoie trimestriellement des tableaux de bord au niveau du pôle mais cela n'est toujours pas régulier. Pour moi ce n'est pas encore bien structuré, et c'est encore difficile de travailler dessus, le tableau de bord et difficile à comprendre et à travailler avec. • De plus les cadres de santé ne font pas parti des personnes concernées par cette diffusion ce que je ne trouve pas normal. 	Amorce d'un retour sur le suivi des EI	Communication	OUITIL-NonSuivi	Information existante	OUTIL_COMMUNICATION

CATEGORISATION DES ENTRETIENS

9	<ul style="list-style-type: none"> Nous avons des retours mais que très récemment. Ce sont des retours trimestriels. Je demande des extractions sur les notifications de mon pôle, on les analyse d'ailleurs récemment pour avoir des statistiques on nous a mis en place une recherche par mot-clé. Donc il y a une nette évolution. On a eu à une période des plaintes des personnels qui n'avaient pas de retour, et parce que je pense que l'outil n'était pas facile il était mal connu et depuis qu'il est des formations les personnes savent maintenant qu'il faut se reconnecter à l'outil 	Amorce d'un retour sur le suivi des EI	Communication	OUITIL-NonSuivi	Information existante	OUTIL_COMMUNICATION
10	<ul style="list-style-type: none"> Non justement. C'est aussi ce qui a entraîné une sous-utilisation de granit. Si on avait pu au bout de six mois dire à l'équipe voici quels sont les événements indésirables on aurait pu faire quelque chose et on aurait pu s'en servir pour pointer les choses sur lesquelles il fallait travailler. En fait il n'y a pas eu de montée en puissance de l'outil du fait du non retour Nous avons de temps en temps des tableaux de bord mais cela ne veut rien dire parce qu'il n'y a pas encore assez de déclarations. D'autre part pour aller voir ce que devient votre notification il faut se reconnecter et cela bien sûr ne motive par les agents à s'y intéresser. 	Peu d'accès à l'information institutionnelle/manque de retour	Communication	OUITIL-NonSuivi	Pas de retour	OUTILNON_COMMUNICATION
11	<ul style="list-style-type: none"> Non. Je suis informé de manière ponctuelle lorsque nous réalisons des suivis d'événements indésirables. Mais pas institutionnellement. Ce qui est difficile c'est que l'anonymat n'est pas toujours préservé Cela manque de structuration au niveau institutionnel. Pour autant c'est important puisque c'est un indicateur de la qualité du pôle. 	Peu d'accès à l'information institutionnelle/manque de retour	Communication	OUITIL-NonSuivi	Pas de retour	OUTILNON_COMMUNICATION
12	<ul style="list-style-type: none"> Actuellement le terrain reçoit un tableau de bord trimestriel. Il est ce qu'il est ! Mais l'outil doit être effectivement amélioré. 	Outils de suivis complexes manque de lisibilité	Communication	OUITIL-NonSuivi	Retour non pertinent	OUTILNON_COMMUNICATION
13	<ul style="list-style-type: none"> Non très peu. Sur le pôle nous n'avions pas le retour du nombre de notifications réalisées. Avec en plus une difficulté d'avoir un retour pour le notifiant qui est obligé de se reconnecter pour avoir le retour. Donc on ne sait pas ce que devient la déclaration ! En termes de structuration et d'organisation, c'est très moyen. 	Outils de suivis complexes manque de lisibilité	Communication	OUITIL-NonSuivi	Retour non pertinent	OUTILNON_COMMUNICATION
15	<ul style="list-style-type: none"> Non et c'est bien là le problème. Quand une personne fait une notification, elle le faisait parce qu'elle avait parlé de cela autour d'elle et que en équipe ils avaient décidé de faire une déclaration. Et donc le retour était plus collectif. Mais si on se connectait pas en ne savait pas quel était le retour. 	Peu d'accès à l'information institutionnelle/manque de retour	Communication	OUITIL-NonSuivi	Pas de retour	OUTILNON_COMMUNICATION
17	<ul style="list-style-type: none"> Non on n'en a jamais vu et on a toujours aucun. Et lorsqu'on reçoit quelque chose c'est beaucoup trop à distance des événements. C'est en retard. 	Peu d'accès à l'information institutionnelle/manque de retour	Communication	OUITIL-NonSuivi	Pas de retour	OUTILNON_COMMUNICATION
18	<ul style="list-style-type: none"> Non pas du tout. Même si les choses sont en évolution, je n'ai pas vraiment de retour officiel. 	Peu d'accès à l'information institutionnelle/manque de retour	Communication	OUITIL-NonSuivi	Pas de retour	OUTILNON_COMMUNICATION
19	<ul style="list-style-type: none"> Il y a toujours eu des difficultés sur le retour des déclarations au notifiant. La structuration de l'outil et son organisation ne correspondaient pas à la réalité. 	Peu d'accès à l'information institutionnelle/manque de retour	Communication	OUITIL-NonSuivi	Pas de retour	OUTILNON_COMMUNICATION
20	<ul style="list-style-type: none"> Non on n'était jamais informé. 	Peu d'accès à l'information institutionnelle/manque de retour	Communication	OUITIL-NonSuivi	Pas de retour	OUTILNON_COMMUNICATION

CONCEPT : Théorie de la structuration

Objectif : Compréhension du niveau d'appropriation de l'outil de déclaration des événements indésirables

Théorie de la structuration

DIMENSION	N°Entr	EXTRAIT	ENONCE	RUBRIQUE	CODE	CATEGORIE	CODE2
	16	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut qu'il y ait une volonté d'appartenance à l'institution mais pas une volonté d'appartenance à son service • Il y a aussi eu des attitudes hiérarchiques qui n'ont pas favorisé l'adhésion du terrain. • Cela a permis d'améliorer les relations entre cadres supérieurs de santé, on s'est rapproché car cela a été également un moyen possible de communication 	L'organisation a pu détourner l'outil pour son propre bénéfice	Représentations	DETOURNEMENT-Organisationnel	Si l'outil est détourné à des fins organisationnelles, hiérarchiques, les représentations seront négatives et l'outil mal perçu	OUTL_CONFIANCE
	18	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les professionnels sont concernés • Je ne sais pas si ça favorise, mais je pense que les équipes se sentent entendues elles savent que l'on peut faire quelque chose si ça ne va pas. Cela laisse des traces et les équipes ont envie d'explicitier les choses et de dire ce qui ne va pas. • Maintenant effectivement l'outil est plus facile à utiliser. Il y a une amélioration. Car avant, il fallait faire plusieurs pages et si on oublie une case tout disparaissait et fallait recommencer • Il y a eu aussi pendant un certain temps une culture punitive de l'erreur et non respects de l'anonymat qui n'ont pas favorisé l'adhésion et l'appropriation de l'outil. 	L'organisation a pu détourner l'outil pour son propre bénéfice	Représentations	DETOURNEMENT-Organisationnel	Si l'outil est détourné à des fins organisationnelles, hiérarchiques, les représentations seront négatives et l'outil mal perçu	OUTL_CONFIANCE
	19	<ul style="list-style-type: none"> • Tout le monde. • Cela a favorisé les dialogues pour des événements un peu plus graves. • Il y a eu des maladroites managériales hiérarchiques qui n'ont pas favorisé l'implantation de l'outil. • Ensuite l'outil n'était pas fonctionnel, on pouvait pas faire de statistiques, par exemple on peut pas savoir l'âge de la victime, on arrivait par à savoir quel était la gravité de l'événement. Donc moi j'utilisais un cahier sur lequel j'essayais de faire mes propres statistiques, bref c'était du bricolage et du travail supplémentaire ! 	L'organisation a pu détourner l'outil pour son propre bénéfice	Représentations	DETOURNEMENT-Organisationnel	Si l'outil est détourné à des fins organisationnelles, hiérarchiques, les représentations seront négatives et l'outil mal perçu	OUTL_CONFIANCE

Concept qualité à l'hôpital

Représentations Valeurs/croyances

QUA-Org	8
QUA-Negativ	6
QUA-Techno	7

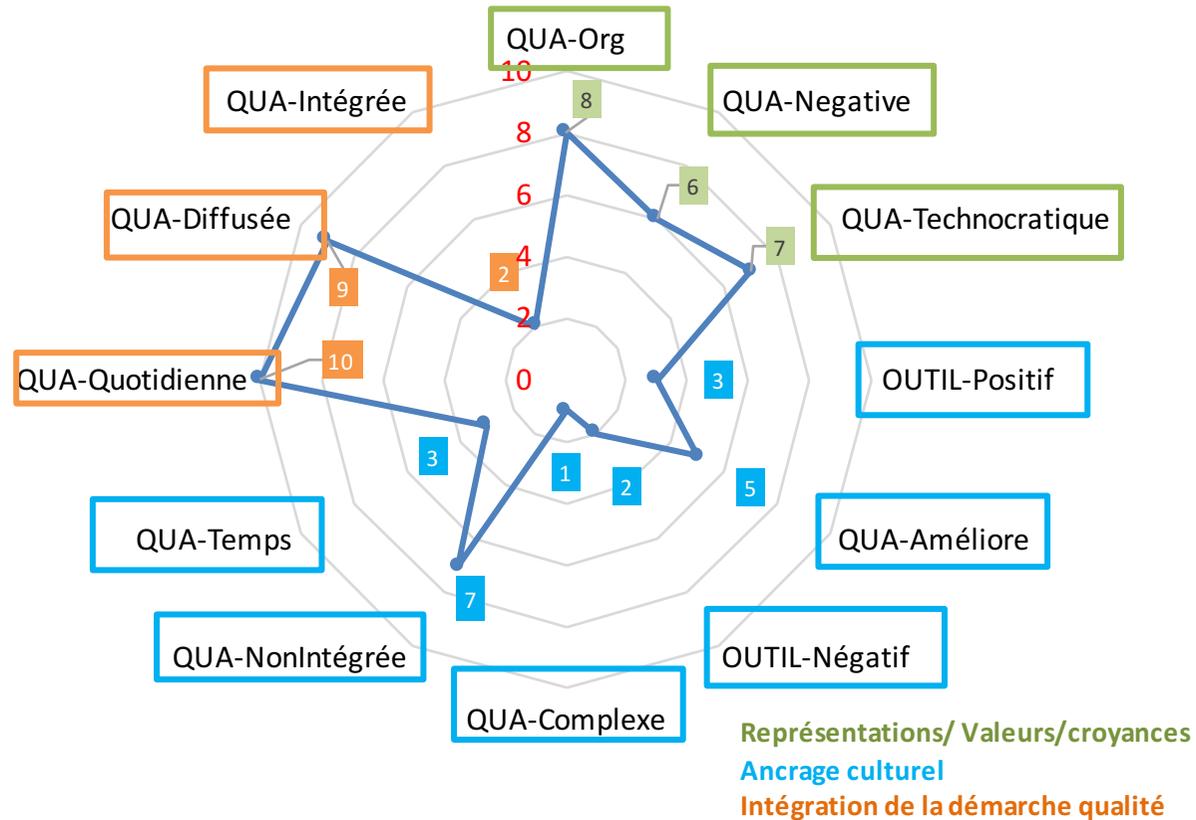
Ancrage culturel

OUTIL-Positif	3
QUA-Amélior	5
OUTIL-Négat	2
QUA-Comple	1
QUA-NonInté	7
QUA-Temps	3

Intégration de la démarche qualité dans les pratiques

QUA-Quotidi	10
QUA-Diffusée	9
QUA-Intégrée	2

Présentation des catégorisations sur la dimension "Qualité à l'Hôpital"



Management de la qualité

Articulation outil/management

QUA-Soutien	7
QUA-OutilGe	24
QUA-Pratiqu	2
QUA-Equilibr	1

Instrument de gestion de la qualité

QUA-ACQ	2
QUA-Lisibilité	2

Action managériale sur la structuration de l'outil de gestion de la qualité

QUA-Expérie	3
QUA-Structur	10

Articulation Outil/Management
Instrument de gestion de la qualité
Action Managériale sur la structuration de l'outil de gestion de la qualité

Théorie de la structuration

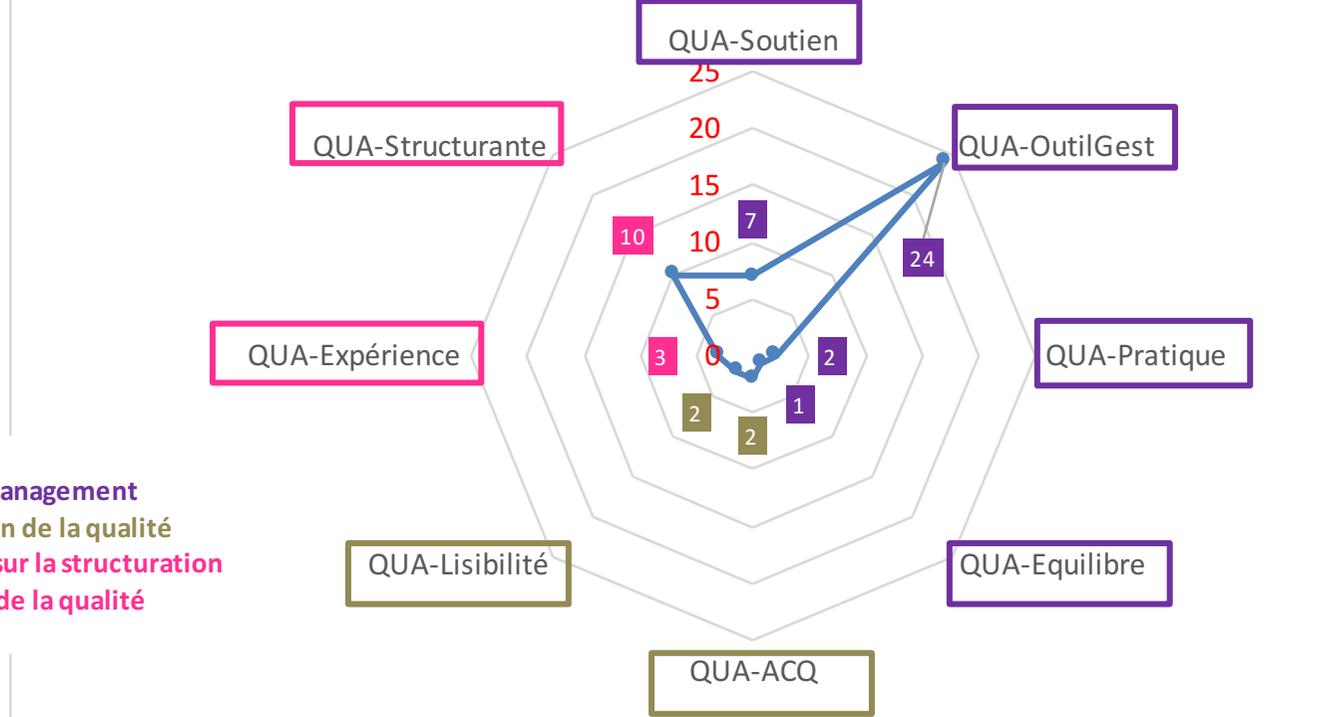
Histoire/évolution de l'outil

OUTIL-Pédag	20
OUTIL-Cultur	1

Dimension structurelle

OUTIL-NonSt	18
OUTIL-Suivi	2

Présentation des catégorisations sur la dimension "Management de la Qualité"



Présentation des catégorisations sur la dimension "Théorie de la Structuration"



Reproduction des systèmes sociaux

USAGE-Moin	1
USAGE-Bénéf	14
USAGE-Bénéf	1
USAGE-Dévié	5

Technologie en usage

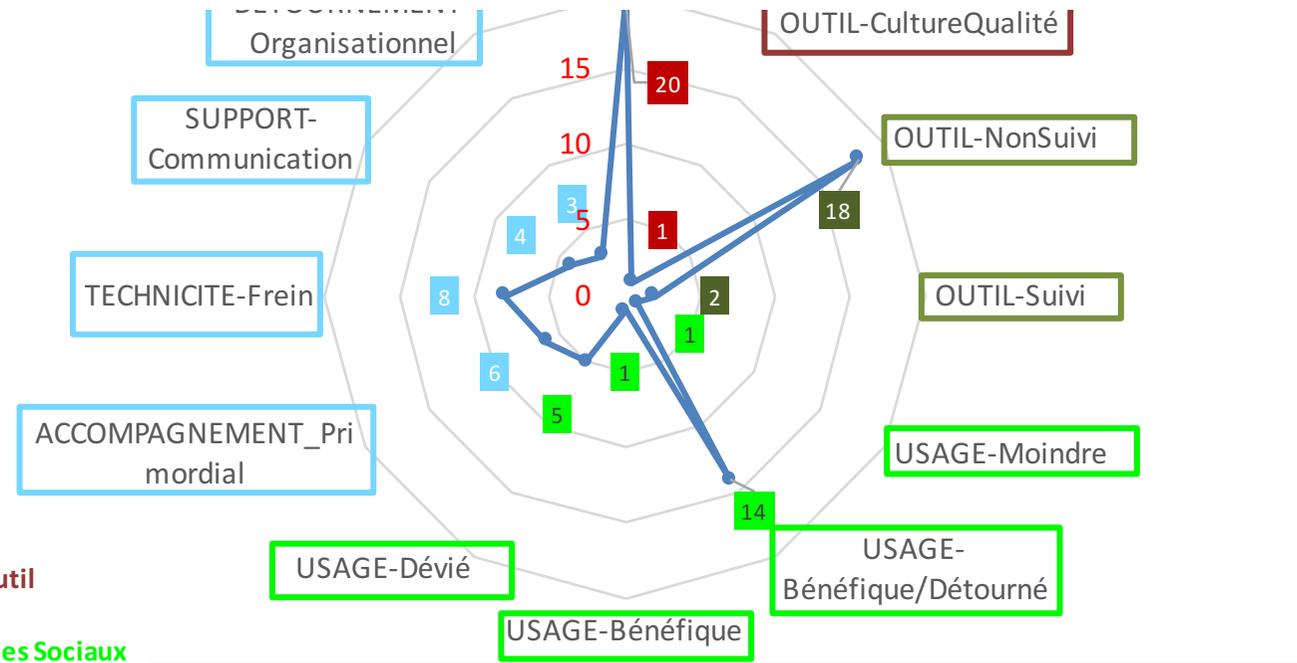
ACCOMPAGN	6
TECHNICITE-I	8
SUPPORT-Co	4
DETOURNEM	3

Histoire/Evolution de l'outil

Dimension Structurale

Reproduction des Systèmes Sociaux

Technologie en Usage



Liste des documents traités dans les données secondaires

Documents traités sur autorisation de la Direction Qualité de l'établissement sous couvert de non diffusion de données à caractère confidentielles et anonymisation.

Documents en lien avec la gouvernance

- . Organigramme général - 13/01/2015
- . Rapport de certification V2010 – juin 2013
- . Cartographie des processus globale
- . Cartographie des processus détaillée
- . Cartographie des processus par type de prise en charge

Documents institutionnels à visée pédagogique

- . Focus sur la gestion des évènements indésirables - CME février 2013
- . Document à objectif pédagogique Que déclarer dans GRANIT ? version 2 - 04/11/2014
- . Notifier les évènements indésirables Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Pourquoi ? Comment ? Formation 2009-2010
- . Formation CARTOGRAPHIE DES RISQUES – novembre 2013
- . Statistiques formations gestionnaire des risques

Présentation instances

- . La gestion des évènements indésirables – point d'étapes – novembre 2013
- . Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins – mai 2012
- . Analyse des risques a priori – méthodologie
- . Visite de suivi Certification V2010-juin 2014
- . Visite de suivi Certification V2010 Juin 2014 Cellule de Veille Cellule d'analyse des EI
- . Analyse des risques a priori – bloc opératoires
- . Restitution enquête gestionnaire de risques – mai 2012
- . Analyse des causes profondes :
 - . Méthode ALARM
 - . Groupe Gestion et Suivi des Risques Professionnels – méthodologie DU
 - . Cellule d'analyse des évènements indésirables – 2013
 - . La gestion des évènements indésirables : Organisation

Tableaux de bord

- . Bilan évènements indésirables 2011
- . Tableaux de bord notifications granit 2012
- . Statistiques détaillées 2012
- . Tableaux de bord notifications granit 2013
- . Tableaux de bord notifications granit 2013 – janvier
- . Statistiques détaillées 2013
- . Statistiques détaillées 2014

Procédure, Fiche technique, Formulaire, guide, charte...

- . Rédaction d'un rapport en lien avec un évènement indésirable déclaré dans GRANIT – Fiche technique – Version 1 - 06/06/2014
- . Fiche alternative de notification des évènements indésirables – Formulaire - 21/10/2013
- . Demande d'extraction des données GRANIT – Formulaire -03/11/2014
- . Rédaction d'un rapport en lien avec un évènement indésirable déclaré dans GRANIT – Formulaire -05/06/2014
- . Notice d'utilisation de GRANIT pour répondre à une demande d'informations complémentaires- Guide – Version 1 - 09/01/2014
- . Notice d'aide à l'utilisation de GRANIT à destination des gestionnaires de risques - Guide – Version 1 - 18/12/2013
- . Notice d'aide à l'utilisation de GRANIT à destination des notifiants - Guide – Version 1 - 06/01/2014
- . Notice d'utilisation de GRANIT pour répondre à une demande d'informations complémentaires – Guide – Version 1 - 09/01/2014
- . Document à objectif pédagogique Que déclarer dans GRANIT ? - Version 2 - 04/11/2014
- . Organisation du Comité de Retour d'Expérience (CREX) relatif aux événements indésirables liés au circuit du médicament – Procédure - Version 1 - 21/05/2014
- . Gestion des évènements indésirables- Procédure - Version 3 - 17/06/2014
- . Guide Pratique d'annonces d'un EI lié aux soins- Guide – Version 2 - 18/03/2014
- . Gestion documentaire- Procédure –Version 1 - 09/08/2011
- . Charte de l'utilisation du système de notification et de gestion des événements indésirables
- . Logigramme : Que devient ma notification d'événement indésirable ?
- . Logigramme : Que devient ma notification d'événement indésirable grave ?

Notes intervenants qualité

- . Descriptif organisationnel – coordonnateur adjoint gestion des risques
- . Retranscription d'entretiens : 2h31
- . Liste des gestionnaires de risques au 12 Décembre 2014
- . Documents en lien avec la certification du CHRX sur le critère 8f gestion des événements indésirables
- . Extraits groupes de travail gestion des risques depuis 2011 (nombreux documents)
- . Comptes rendus groupes de travail (nombreux documents)

Extraits outil de gestion des événements indésirable

- . Activités médicales et/ou liées aux soins
- . Chute d'un patient
- . Prestations logistiques

ETUDE PRELIMINAIRE : EXEMPLES DE THEMES ABORDES DANS LES TRAVAUX DE RECHERCHE

Année	Titre du mémoire
1995-96	<ul style="list-style-type: none"> • Approche de la démarche qualité au bloc opératoire
1996-97	<ul style="list-style-type: none"> • La qualité d'une politique orientée client...le défi ! • La matériovigilance en action • La qualité en imagerie vasculaire : Accueil - Hygiène - Sécurité au service de l'utilisateur
1997-98	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil offert...accueil perçu...accueil attendu...L'évaluation : un indicateur de satisfaction • La qualité des soins et la prise en charge de la dépendance à domicile : un défi à relever • Assurance qualité en radiologie : projet de mise en œuvre
1999-00	<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation des soins : moyens de motivation de l'équipe ? • Apprendre à s'auto-évaluer. Le nouveau challenge des équipes soignantes • L'information au service de la qualité. Un enjeu pour le cadre • La matériovigilance : une exigence au service de la sécurité des soins
2000-01	<ul style="list-style-type: none"> • La démarche qualité : une opportunité pour permettre un travail en partenariat autour de l'adéquation entre formation et emploi • L'entretien annuel d'évaluation au service de l'amélioration de la qualité
2001-02	<ul style="list-style-type: none"> • L'exploitation du questionnaire de sortie des patients : moyen d'évaluation de la satisfaction du patient mais aussi moyen de motivation des personnels chargés du soins alimentation à l'hôpital • La traçabilité : outil de la démarche qualité. Aide à la régulation des dysfonctionnements
2002-03	<ul style="list-style-type: none"> • Le signalement des événements indésirables dans la gestion des risques : un défi pour le cadre d'imagerie médicale
2003-04	<ul style="list-style-type: none"> • La période d'auto-évaluation dans l'accréditation : l'opportunité pour le cadre ergothérapeute de réorganiser le service • L'évaluation des pratiques professionnelles en diététique : une démarche indispensable à l'amélioration continue de la qualité du soin nutritionnel
2004-05	<ul style="list-style-type: none"> • Travail de nuit et qualité des soins • L'assurance qualité de la radioprotection pour la prévention des risques liés aux rayonnements ionisants pour les patients • Soins de qualité - qualité dans les soins - Tisser le lien entre "cure" et "care". Un enjeu de qualité pour les professionnels de santé au service des usagers
2005-06	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyse des pratiques professionnelles. Entre nécessité et utopie...
2006-07	<ul style="list-style-type: none"> • Acculturation à la qualité : quels enjeux pour le cadre de santé • La démarche qualité au service de la prévention de l'évènement indésirable au bloc opératoire : lié aux appareils médicochirurgicaux
2007-08	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle qualité pour quel management ? • Itinéraire d'un dysfonctionnement : de l'intuition à la formalisation
2008-09	<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation des pratiques professionnelles au service des compétences collectives : le cadre de santé, un acteur clé dans le management du changement • Procédures-compétences, mariage réussi ?
2010-11	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer...pour évoluer • Du management de la qualité des soins au management de la qualité du soin • La démarche qualité en laboratoire : manager par la qualité ou pour la qualité • Manager la qualité, un défi pour le cadre de santé • La démarche qualité : un enjeu managérial

Année	Titre du mémoire
2011-12	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Etude des représentations de la qualité à l'hôpital, vers une vision partagée des démarches qualité ?</i> • <i>Le management par la qualité</i> • <i>La qualité. Une démarche à vivre au quotidien.</i> • <i>Qualité des soins et formation : quel rôle pour le cadre de santé ?</i> • <i>L'Evaluation des Pratiques Professionnelles, Stratégie managériale dans la conduite du changement.</i> • <i>Le bien-être au travail et la qualité des soins</i>
2012-13	<ul style="list-style-type: none"> • <i>De l'évaluation des pratiques professionnelles à l'évolution des compétences, la place du cadre</i> • <i>Le cadre de santé : générateur d'efficience ?</i>

DETAIL DES RESULTATS DE L'ETUDE PRELIMINAIRE



Grille ALARM

Source : « Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé » Haute Autorité de Santé, 2012, p.156- 161.

1. Facteurs liés au patient	
<p><i>Dans toutes les situations cliniques, l'état de santé du patient aura l'influence la plus directe sur la pratique et les résultats. D'autres facteurs comme la personnalité, le langage et toutes incapacités peuvent aussi être importants car ils peuvent influencer la communication avec l'équipe et augmenter la probabilité d'occurrence d'un événement. Ceci est renforcé auprès des populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers : les personnes âgées ; les patients porteurs de maladies chroniques ; les enfants et adolescents ; les personnes atteintes d'un handicap ; les personnes démunies ; les personnes détenues.</i></p>	
1.1. Antécédents	
Exemples	Antécédents médicaux ; Habitus
Question	<ul style="list-style-type: none"> les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'événement ?
1.2. État de santé (pathologies, co-morbidités)	
Exemples	Complexité, gravité. Personnes vulnérables (personnes âgées, enfants, personnes handicapées...)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet événement ? quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?
1.3. Traitements	
Exemples	Risques connus associés aux traitements. Modalités particulières d'hospitalisation (détenus, hospitalisation sans consentement...)
Question	<ul style="list-style-type: none"> le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'événement (ex : un traitement particulier) ?
1.4. Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux	
Exemples	Problèmes de compréhension, d'expression orale, barrière de la langue. Qualité de l'entourage, position familiale particulière, métier particulier. Personnes démunies, personnes détenues
Questions	<ul style="list-style-type: none"> le patient avait-il des problèmes d'expression ? une communication difficile ? la langue parlée et comprise par le patient était-elle une difficulté lors de la prise en charge ? des facteurs sociaux ont-ils participé à la survenue de l'événement ? est-ce que le patient/son entourage était utile et coopératif ?
1.5. Relations conflictuelles	
Exemples	Mauvaise qualité de la relation du patient envers les soignants et les soins. Influence négative liée à une hospitalisation antérieure, à l'histoire de la personne ou sa représentation du monde hospitalier. Comportements (agressivité, irrespect, méfiance, opposition, absence d'écoute ou indifférence aux soins)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> quelle était la relation du patient avec les soignants et les soins ? quelle était l'implication du patient dans la prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant, etc.) ?

2. Facteurs liés aux tâches à accomplir

La définition ainsi que la planification adéquate sont des facteurs de sécurité des tâches à accomplir. Les protocoles et les procédures permettent de définir les tâches et les processus ainsi que les compétences nécessaires pour leur réalisation.

2.1. Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)

Exemples	Absence, indisponibilité, inadaptation de protocoles auprès du personnel. Mauvaise qualité de l'information dans les protocoles. Méconnaissance, oubli de l'existence de protocoles, refus d'utilisation (Il peut s'agir de protocoles diagnostics, thérapeutiques, de soins, organisationnels...)
Questions	<ul style="list-style-type: none">• existe-t-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause dans l'événement ?• si les protocoles existent, sont-ils connus, disponibles et utilisés ? Les protocoles sont-ils toujours d'actualité ?

2.2. Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)

Exemples	Difficulté de réalisation ou non réalisation d'un examen (indisponibilité des secteurs médico-techniques...). Difficulté d'accès ou indisponibilité des résultats d'examens. Délais de transmission des résultats inadaptés à l'état clinique du patient. Doutes sur la fiabilité ou la pertinence des résultats (transmission orale, incomplète ou de mauvaise qualité, défaut d'identification du patient). Désaccords ou doutes sur l'interprétation des résultats d'examens (défaut d'avis spécialisé...)
Questions	<ul style="list-style-type: none">• les examens complémentaires ont-ils été réalisés et les résultats disponibles en temps utile ?• existe-il un accord (consensus) concernant l'interprétation des résultats d'examens ?

2.3. Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)

Exemples	Absence ou insuffisance d'utilisation de moyens techniques lors de la prise de décision : équipement spécifique, algorithme décisionnel, logiciel, recommandations, « reminders »...
Questions	<ul style="list-style-type: none">• les moyens nécessaires à une prise de décision existent-ils ?• sont-ils disponibles ?• ont-ils été utilisés ?

2.4. Définition des tâches

Exemples	Définition des tâches imprécise (quel personnel, quelle compétence, quel acte, quel délai et pour quel résultat) ou absence de définition.
Questions	<ul style="list-style-type: none">• les tâches concernées étaient-elles bien définies ?• la définition des tâches prend-elle en compte les compétences des différentes professions ?• la définition des tâches est-elle connue, partagée, respectée dans l'équipe ?• existe-t-il une incompréhension de la part du personnel sur les tâches à effectuer ?

2.5. Programmation, planification

Exemples	Défaut de programmation opératoire (absence, modification...). Planification des soins ou des tâches non adaptée.
Questions	<ul style="list-style-type: none">• les tâches concernées étaient-elles planifiées ?• l'intervention était-elle programmée ?• le programme a-t-il été respecté, modifié ?• la personne appropriée a-t-elle été consultée quand cela était nécessaire pour le déroulement des soins ?

3. Facteur lié à l'individu (le ou les professionnels impliqués)

Les facteurs individuels comprennent la connaissance, la qualification, et l'expérience de chaque membre de l'équipe et vont affecter leur pratique clinique.

3.1. Qualifications, compétences

Exemples	Inadéquation des qualifications et des compétences (savoir-faire) ou des connaissances (savoir). Manque d'entraînement à des situations particulières (urgences vitales, gestes particuliers...). Manque de motivation.
Questions	<ul style="list-style-type: none">• pensez-vous que vous aviez suffisamment de connaissances et d'expérience pour prendre en charge ce problème, cette complication ?• aviez-vous déjà réalisé ce geste, cette procédure ?

3.2. Facteurs de stress physique ou psychologique

Exemples	Mauvaise disposition physique et mentale (ex : effets de la charge de travail, de la maladie, etc. sur l'état psychologique et physique des individus).
Questions	<ul style="list-style-type: none">• vous sentiez-vous fatigué, affamé ou malade ?• étiez-vous stressé ?

4. Facteurs liés à l'équipe

Chaque professionnel est membre d'une unité, d'une équipe, et plus largement de l'hôpital. La façon dont un professionnel travaille et son impact sur le patient est contrainte et influencée par les autres membres de l'équipe et par la façon dont ils communiquent entre eux, s'assistent, s'organisent et se contrôlent. La relation thérapeutique qui s'établit entre une équipe et un patient est un facteur influençant la qualité des soins.

4.1. Communication entre professionnels

Exemples	Défaut de communication dans l'équipe ou en dehors du service, du département ; entre juniors et seniors au sein de l'équipe ; entre différentes professions ; entre professionnel du même niveau. Difficultés d'expression des désaccords ou des préoccupations. Conflit ou mauvaise ambiance au sein de l'équipe. Déficience des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.
Questions	<ul style="list-style-type: none">• la communication entre vous-même et les autres membres de l'équipe est-elle effective ?• la communication est-elle précise, complète et non ambiguë ?• utilise-t-elle un vocabulaire standard (commun) et pas de jargon ?• est-il possible d'exprimer des désaccords ou des préoccupations au sein de l'équipe ?• existe-t-il un temps ou un espace pour cela ?• la collaboration et l'ambiance sont-elles satisfaisantes ?• comment qualifieriez-vous la qualité relationnelle dans l'équipe de travail (ambiance, existence de conflits...) ?• est-ce que la communication entre votre service (département ou pôle) et les autres services (départements ou pôles) est effective ?

4.2. Communication vers le patient et son entourage

Exemples	Insuffisance d'échange d'informations entre les professionnels et le patient ou son entourage. Défaut de qualité de la relation avec le patient ou son entourage.
Questions	<ul style="list-style-type: none">• l'équipe a-t-elle eu (passé) suffisamment de temps avec le patient pour lui expliquer les procédures et les conséquences possibles ou complications ?• y a-t-il eu des difficultés linguistiques, culturelles ou des incompréhensions entre l'équipe et le patient et son entourage ?• quelles-sont les habitudes du service en termes d'information du patient et de son entourage ?

4.3. Informations écrites (dossier patient, etc.)

Exemples	Absence, indisponibilité, incomplétude ou qualité insuffisante des informations écrites (dossier patient, comptes-rendus, fiches...). Divergences dans les écrits. Illisibilité et manque de signature des documents.
Questions	<ul style="list-style-type: none">• les dossiers des patients (supports d'informations) sont-ils accessibles, lisibles, identifiés, et complets ?• les dossiers des patients (supports d'informations) mettent-ils suffisamment en évidence les facteurs de risques ?• quel est le niveau de partage des informations écrites dans l'équipe (nombre de supports, confidentialité...) ?

4.4. Transmissions et alertes

Exemples	Défaut de transmissions orales ou écrites. Manque d'informations cruciales.
Questions	<ul style="list-style-type: none">• comment sont rapportées et partagées les informations cruciales pour la prise en charge du patient entre professionnels ?• les informations sur l'évaluation des patients sont-elles partagées et utilisées par les membres de l'équipe de soins en temps utile.

4.5. Répartition des tâches

Exemples	Incohérence ou déséquilibre de la répartition des tâches dans l'équipe. Glissement de tâches. Soins ne relevant pas du champ d'expertise du service.
Questions	<ul style="list-style-type: none">• comment s'organise le travail entre les membres de l'équipe ?• l'équipe est-elle d'accord sur la répartition des tâches ?• a-t-il été défini qui prend en charge le patient ou réalise un acte particulier ?

4.6. Encadrement, supervision

Exemples	Défaut d'encadrement. Défaut de coordination dans le service. Définition non claire des responsabilités dans l'équipe. Défaut de supervision ou de réponse à une demande de soutien. Supervision inadaptée des médecins et des autres personnels. Indisponibilité ou manque de réactivité des seniors (ou référents). Difficulté dans la recherche d'information auprès d'un autre professionnel (avis spécialisés...).
Questions	<ul style="list-style-type: none">• avez-vous eu un encadrement (supervision) ou un soutien suffisant ?• un conseil ou l'aide d'un autre membre de l'équipe étaient-ils disponibles tout le temps ?• la communication entre le management/supervision et l'équipe de soins est-elle adéquate ?• les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont-elles disponibles dans le secteur d'activité ?

4.7. Demandes de soutien ou comportements face aux incidents	
Exemples	Manque de soutien par les pairs après un incident. Manque de soutien entre différentes professions (ex : cadre soignant et jeune médecin). Faible propension des juniors à solliciter de l'aide. Déficit d'adaptation à une situation imprévue.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • quels soutiens sont disponibles en cas de problèmes ? • avez-vous eu un soutien suffisant ? • existe-t-il un soutien effectif dans l'équipe ?
5. Facteurs liés à l'environnement de travail	
<i>L'environnement de travail au sein d'une unité ou d'un département, qu'il soit physique (locaux, matériels, fournitures...) ou organisationnel (disponibilité de ressources humaines qualifiées, organisation du travail, horaires...), conditionne la qualité et la sécurité des soins dispensés par une équipe.</i>	
5.1. Administration	
Exemples	Lourdeur du fonctionnement administratif du secteur de soins. Difficultés de révision des processus administratifs.
Question	• est-ce que les règlements et les procédures administratifs sont communiqués de façon adéquate ?
5.2. Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)	
Exemples	Défauts des bâtiments et de l'environnement (conception, fonctionnalité, espace, température, lumière, ...). Déficit de maintenance des locaux. Hygiène insuffisante des locaux ou défaillance du nettoyage.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • votre pratique a-t-elle été affectée par l'environnement de travail (chaleur, bruit...) ? • les locaux sont-ils adaptés au type de prise en charge ?
5.3. Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites	
Exemples	Indisponibilité, lenteur ou qualité du brancardage et des transferts. Non respect des règles d'hygiène et de sécurité lors des transports. Non respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • les modalités de déplacement du patient ont-elles participé à la survenue de l'événement ? • des circuits et des modes de transport spécifiques ont-ils été définis pour les différents types de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées) ?
5.4. Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)	
Exemples	Dysfonctionnements des équipements et approvisionnements. Fourniture ou équipement non disponible, inadapté ou défectueux (ex : matériel d'urgence...). Fourniture ou équipement mal utilisés (déficit de formation des personnels, déficit de notices explicatives...). Déficit de maintenance des équipements. Absence d'équipement de secours, de solution dégradée ou de dépannage d'urgence permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique. Fonctionnalité insuffisante des équipements (ex : ergonomie, conception, sécurité, normalisation). Déficit de stérilisation.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • avez-vous disposé des fournitures ou des matériels médicaux nécessaires ? • les équipements que vous avez utilisés ont-ils fonctionné de façon adéquate et efficacement ? • y avait-il une information suffisante et fiable concernant tous les équipements ? • comment a été assurée la formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel ? • l'établissement dispose-t-il d'un programme de maintenance ? • comment est assuré le dépannage d'urgence des équipements en panne, notamment concernant les dispositifs biomédicaux critiques (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence) ? • cette procédure est-elle connue des professionnels ?
5.5. Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)	
Exemples	Déficit de communication des systèmes d'information entre eux. Inaccessibilité d'informations numérisées ou doutes sur la qualité de l'information. Mauvaise gestion des accès informatiques. Déficit de maintenance (délais excessifs de dépannage...). Bugs informatiques.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • le système d'information est-il adapté aux orientations stratégiques de l'établissement, du service ? • le système d'information facilite-t-il l'accès en temps utile à des informations valides ? • le système d'information aide-t-il les professionnels dans leur processus de décision ? • existe-t-il des difficultés de fonctionnement du système d'information ? • existe-t-il plusieurs systèmes d'information ? • le système d'information du bloc opératoire est-il intégré au système d'information hospitalier ?

5.6. Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)	
Exemples	Mauvaise combinaison des compétences ou des effectifs. Mauvaise adaptation au poste de travail. Absence de dispositions pour assurer la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. Indisponibilité d'un personnel apte à exécuter correctement et dans les temps une tâche spécifique. Mauvaise gestion des gardes et astreintes.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • la composition de l'équipe était-elle appropriée ? • des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont-ils définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24 ? • si oui, ces informations sont-elles connues des professionnels ?
5.7. Charge de travail, temps de travail	
Exemples	Irrégularité des coupures ou des temps de repos. Charge de travail inadaptée ou trop importante (cumul de gardes, volume des soins, nombre de patients...). Participation à des activités ou des tâches obligatoires sans lien avec le poste occupé (travail administratif...).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • avez-vous eu une augmentation de la charge de travail non prévue ou soudaine ? • avez-vous dû faire face à (ou hiérarchiser) plus d'un cas en même temps ? • deviez-vous passer du temps à des activités non cliniques ?
5.8. Retards, délais	
Exemples	Précipitation dans la réalisation d'actes. Influence néfaste de délais imposés (inclusion dans un programme opératoire...). Mauvaise appréciation de la notion d'urgence (urgences immédiates, urgences différées...).
Question	<ul style="list-style-type: none"> • y a-t-il eu des retards dans la mise en œuvre des procédures de soins ?
6. Facteurs liés à l'organisation et au management	
<i>L'équipe est influencée par les actions de management et les décisions prises à un niveau supérieur dans l'organisation. Ceci inclut les politiques de remplacement, d'utilisation de personnel intérimaire, de formation continue, d'intégration et d'évaluation, les politiques de gestion des équipements, mais également la politique sur la qualité et la gestion des risques.</i>	
6.1. Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)	
Exemples	Structure hiérarchique de l'organisation imprécise (méconnaissance de l'organigramme). Degré d'autonomie du personnel insuffisant. Niveaux décisionnels trop importants, inefficaces. Changements récents d'organisation interne.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • comment la structure hiérarchique ou des niveaux décisionnels trop nombreux ont-ils influencé négativement le cours de l'événement ? • les circuits de décision et de délégation sont-ils définis, diffusés et connus des professionnels ?
6.2. Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant	
Exemples	Gestion du personnel inadéquate. Description des postes insuffisante. Insuffisance de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Les besoins en compétences et effectifs des secteurs d'activité ne sont pas identifiés. Absence d'intégration des nouveaux arrivants.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • les compétences nécessaires à une fonction ou à un service sont-elles identifiées ? • existe-t-il une organisation afin d'intégrer tout nouvel arrivant dans l'établissement (information sur l'établissement et le secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction) ? • pensez-vous que votre période d'adaptation à l'hôpital/spécialité/service vous a préparé à cette situation ? Avez-vous du collaborer avec un nouveau médecin ou personnel de soins (intérim) avec qui vous n'aviez jamais travaillé ?
6.3. Politique de formation continue	
Exemples	Formation ou entraînement insuffisant du personnel. Politique de formation continue insuffisante (analyse des besoins et offre de formation insuffisantes, pas de plan de formation...).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • existe-t-il un plan de formation continue établi en accord avec les besoins des services ? • les actes ou procédures de soins nécessitant une formation ou un entraînement sont-ils identifiés ?
6.4. Gestion de la sous-traitance	
Exemple	Insuffisance de la prestation sous-traitée.
Question	<ul style="list-style-type: none"> • comment la fonction sous-traitée est-elle intégrée dans le fonctionnement du service et de l'équipe ?

6.5. Politique d'achat	
Exemples	Influence de la politique d'achat sur la disponibilité ou la qualité des produits (livret thérapeutique, listes limitatives de commande...). Rupture de stock ou d'approvisionnement.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • existe-t-il une politique d'achat ou d'approvisionnement prenant en compte les besoins des services, des utilisateurs et des patients ? • comment sont assurés les approvisionnements en situation normale, en urgence, les jours fériés, les week-ends ?
6.6. Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement	
Exemples	Gestion documentaire, procédures de révision et de mise à jour des protocoles, rédaction et suivi de l'utilisation des protocoles. Hygiène et sécurité au travail insuffisantes. Culture de sécurité insuffisante. Sécurité et gestion des risques non perçues comme des objectifs importants. Absence de stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches de sécurité des soins.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • comment qualifieriez-vous la culture sécurité de l'établissement ? • existe-t-il une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins diffusée dans l'établissement et connue des professionnels ? • l'établissement évalue-t-il et hiérarchise-t-il les risques dans les secteurs d'activité ? • existe-t-il des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mis en œuvre dans le secteur d'activité ? • existe-t-il une gestion documentaire dans l'établissement ? • si oui, la gestion documentaire définit-elle les modalités de rédaction, de diffusion et de révision des documents ? • les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont-elles identifiées ? • existe-t-il un document unique établi sur les conditions de travail des personnels ? • si oui, un plan d'amélioration des conditions de travail est-il défini ?
6.7. Ressources financières	
Exemples	Influence néfaste de la politique ou de problèmes financiers sur le fonctionnement de l'établissement.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • existe-t-il des facteurs financiers ayant influencé cet événement ? • l'établissement décline-t-il en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et s'il y a lieu de recettes ?
7. Facteurs liés au contexte institutionnel	
<i>L'organisation elle-même est influencée par le contexte institutionnel, la réglementation et le contexte économique et politique du secteur.</i>	
7.1. Politique de santé publique nationale	
Exemples	Influence de la politique de santé sur le fonctionnement de l'établissement. Contraintes réglementaires.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • l'établissement fait-il l'objet actuellement de mesures de la part d'un organe de l'État ? • existe-t-il des contraintes réglementaires en vigueur pour cet établissement ayant influencé le déroulement de l'événement (CPOM, etc.) ?
7.2. Politique de santé publique régionale	
Exemples	Ressources sanitaires insuffisantes ou défectueuses (CPOM...). Faiblesse des échanges ou des relations avec les autres établissements (réseaux, coopérations...).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • l'établissement a-t-il mis en place des partenariats en cohérence avec les pathologies qu'il prend en charge ? • l'établissement est-il organisé en relation avec d'autres établissements pour le type de prise en charge concerné par l'événement ? • dans l'affirmative, le personnel connaît-il les modalités de cette organisation ?
7.3. Systèmes de signalement	
Exemples	Absence de culture de signalement des situations dangereuses (vigilances...). Absence d'apprentissage par le retour d'expérience des événements indésirables.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • l'événement s'est-il déjà produit dans l'établissement ? • le personnel déclare-t-il les événements qu'il rencontre ? • comment est organisé l'établissement pour recueillir et analyser les événements indésirables ?

N°	Activités du processus	Sous-activités du processus	Modes de défaillance	Causes	Effets	Moyens de détection
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Détection	Gravité	Fréquence	IPR	Actions de prévention	Détection 2	Gravité 2	Fréquence 2	IPR 2
			0					0
			0					0
			0					0
			0					0
			0					0
			0					0
			0					0
			0					0
			0					0
			0					0
			0					0

Détection	
Note	Critère
1	Détection automatisée (100%)
2	Détection humaine
3	Détection aléatoire
4	Aucun moyen de détection
Gravité	
Note	Critère
1	Aucune incidence sur la conformité produit
2	Produit non-conforme mais fonctionnel
3	Produit non-conforme non fonctionnel
4	Produit non-conforme avec mise en danger du patient
Fréquence	
Note	Critère
1	De une à deux fois par an
2	Au moins une fois par mois
3	Au moins une fois par semaine
4	Au moins une fois par jour

Critères	1	2	3	4
1	1	2	3	4
2	2	4	6	8
3	3	6	9	12
4	4	8	12	16

1	4	9	16
2	8	18	32
3	12	27	48
4	16	36	64

Les actions de préventions sont déclenchées si la gravité est égale à 4 ou si l'IPR est supérieur ou égal à 16 (IPR = 12 actions non systématiques)

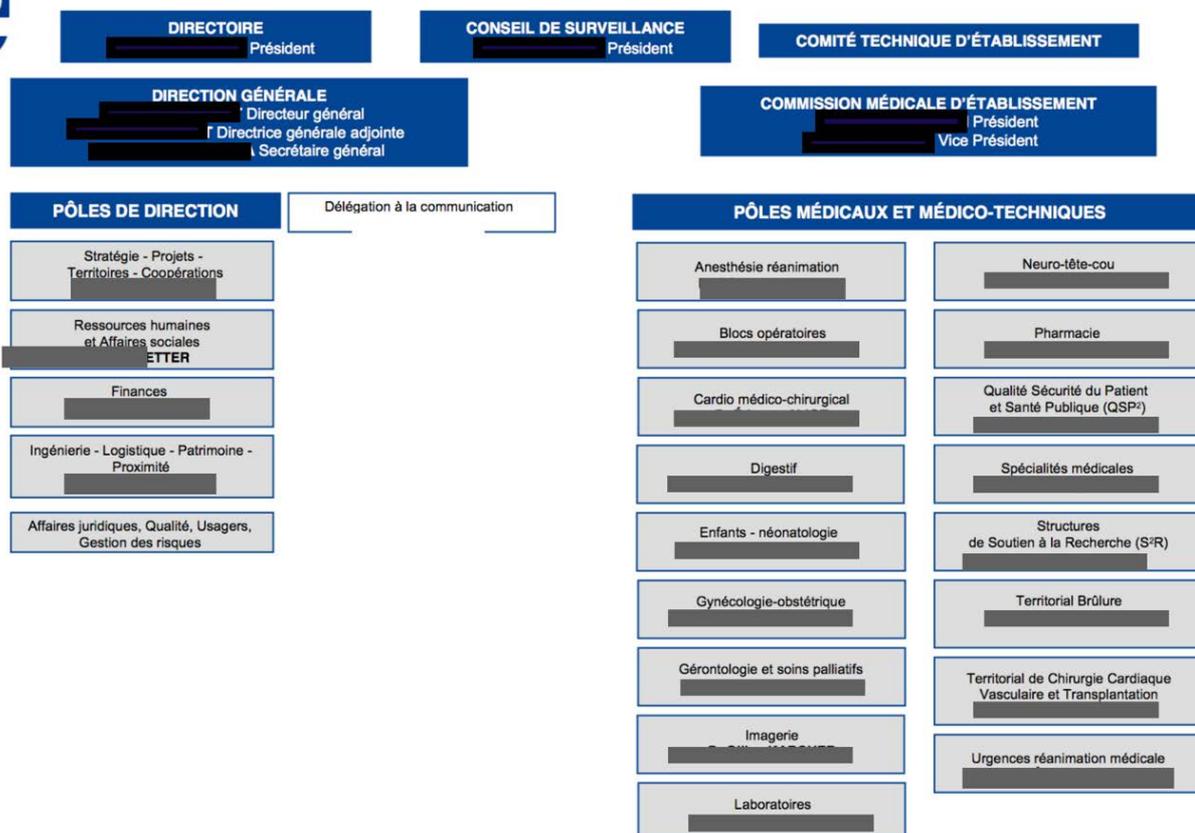
N° Mode défaillance	Action	Responsable	Délais	Critère d'efficacité	Mesure d'efficacité
19					
21					
22					
23					
28					
29					
30					

Organigramme Général du CHRU X



ORGANIGRAMME DU CHRU

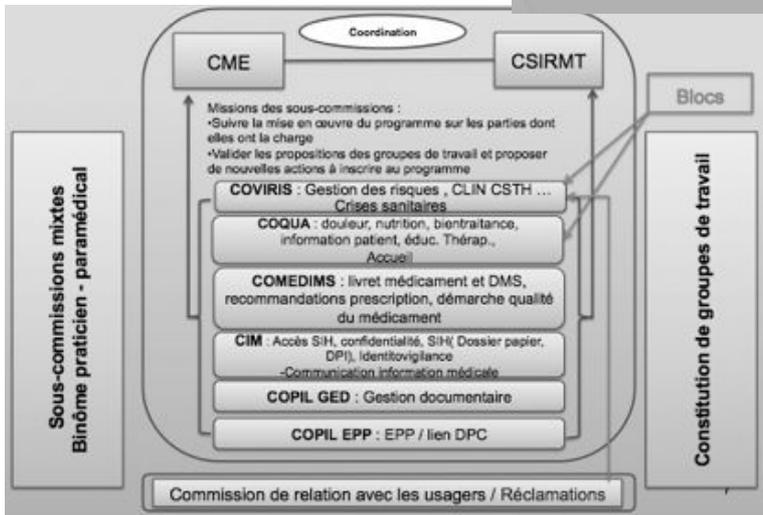
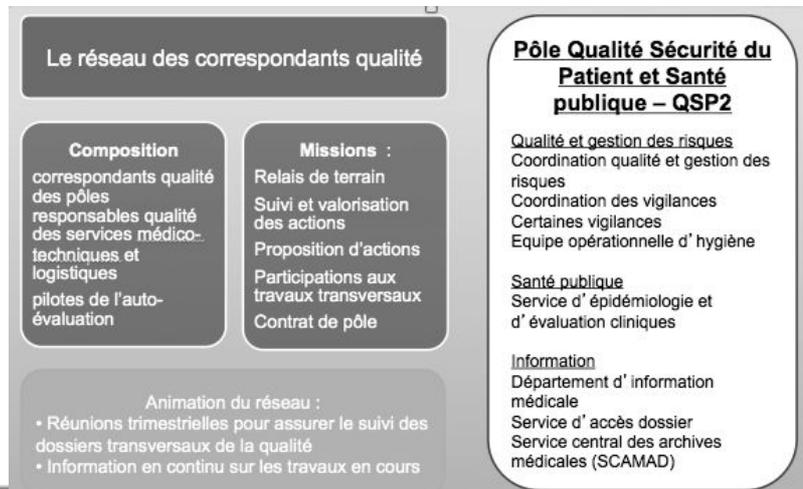
13/01/2015



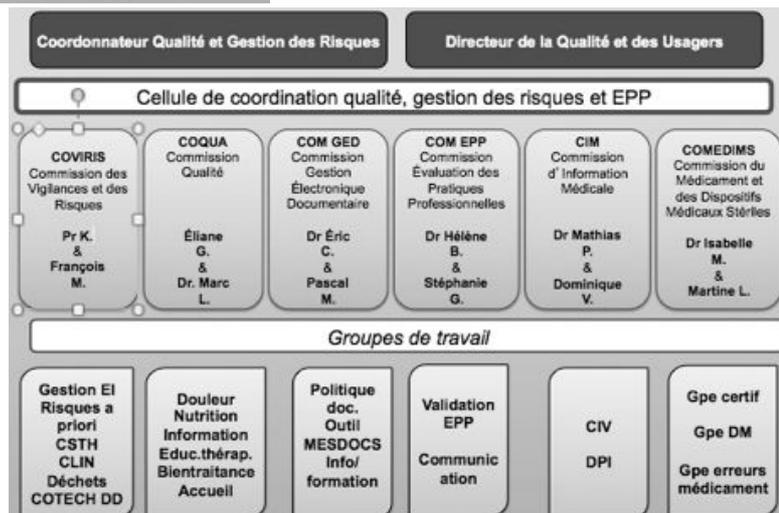
Source : Site Internet du CHRU <http://www.chu-xxxx.fr/index.php/presentation/organigrammes> consulté le 20 juillet 2015

Schématisation de l'organisation de la qualité et gestion des risques au CHRU X

STRUCTURATION DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES ¹



ORGANIGRAMME GENERAL DE LA QUALITE ²



ORGANIGRAMME DETAILLE DE LA QUALITE ³

¹ Extrait du PowerPoint de présentation de la Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins du CHRU X présenté en CME le 27 juin 2013

² Extrait du PowerPoint de présentation de la Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins du CHRU X adoptée le 22 mai 2011.

³ Ibid.

Verbatim : extraits d'entretiens réalisés au CHRU X

QUALITE TECHNOCRATIQUE NON ADAPTEE

Extrait entretien N°5 :

« Du fait de mon expérience j'ai vécu l'évolution de la qualité à l'hôpital. Au moment des premières certifications, j'ai été pilote d'un groupe de travail et à ce moment-là je trouve que la qualité était épique. Il n'y avait rien d'écrit, on ne savait pas ce qu'on entendait par procédure d'accréditation, et on nous demandait de produire quelque chose sans avoir été vraiment informé. Il en va de même pour la deuxième procédure de certification, où on s'est dit que l'on recommençait ce qu'on avait fait lors de la première certification, on avait travaillé pour cette certification, mais on a eu l'impression qu'on avait rien fait parce qu'il n'y a pas eu de suivi, de retour et donc il a fallu recommencer. On est toujours dans des axes répétitifs et cela ne favorise pas l'adhésion de la démarche qualité. »

Extrait entretien N°6 :

« Actuellement la méthodologie qu'on nous propose n'est pas réaliste sur le terrain, les grilles d'audits par exemple qui nous sont proposées demanderaient trois jours de travail. Les cadres ne peuvent pas passer leur journée à cela c'est là qu'il y a un réel décalage entre les injonctions et le travail réel ou du moins la possibilité de réaliser cela sur le terrain. Par exemple sur la dernière procédure de certification, nous avons reçu de nouvelles procédures hygiène dans un service qui s'occupe des maladies infectieuses la veille de la visite des experts visiteurs à 22 heures le soir ! Comment voulez-vous que l'on comprenne ce qu'est la qualité avec ce genre d'exemple ! C'est un des paradoxes de la qualité lorsqu'elle n'est que réglementaire. C'est une aberration ! Ce sont des choses inadmissibles.

Je pense que la qualité c'est du bon sens ! Ce n'est pas quelque chose de miraculeux, mais c'est notre quotidien et notre envie de bien faire ! »

Extrait entretien N°7 :

« Ce qui est ressenti, c'est qu'on vient nous dire ce qu'il faut qu'on fasse alors qu'on ne nous entend pas à notre niveau (alors qu'on est capable de définir une qualité souhaitée). On laisse très peu la place aux acteurs. Il y a trop de rouages, les équipes ne s'y retrouve pas !

Lorsque les premières procédures de certification sont arrivées, moi je travaillais dans un service très pointu « d'unités hospitalières sécurisées interrégionales » prenant en charge des détenus du Grand Est de la France. À cette époque-là, j'avais écrit toutes les procédures concernant cette organisation. C'est ensuite que sont arrivés les modèles de la gestion documentaire. Un exemple d'aberration : c'est que on m'a demandé de recommencer toutes les procédures selon le modèle établi. C'est-à-dire de faire un copier coller dans un moule ! Imaginer la perte de temps ! Cela ne rentrait pas dans le moule... Alors que tout cela était valable avant. D'ailleurs on n'attendait pas que la réglementation arrive pour mettre en place des choses ! Nous savions mettre en place les moyens nécessaires aux exigences de fonctionnement. »

Extrait entretien N°17 :

« Le problème de l'arrivée de la démarche qualité à l'hôpital, c'est qu'on a trouvé que les Américains faisaient bien et qu'il fallait faire pareil ! Mais malheureusement nous sommes une civilisation latine et non pas des cartésiens comme les Américains. On a voulu plaquer cela avec des qualitiens qui sont venus de l'industrie et qui nous ont fait violence. On s'est senti mis en accusation car ils nous ont expliqué qu'on ne faisait pas de la qualité ! Alors qu'on faisait bien ce que l'on faisait ! On est latin et on n'aime pas la standardisation !

On oublie souvent l'histoire des organisations et donc on oublie de comprendre pourquoi on n'en est là. C'est ce qui n'a pas été fait dès le départ. L'accréditation version 1 : on l'a pris dans les dents [SIC] ! On avait l'impression qu'on nous disait « vous ne faites rien ! ». Ce n'est pas parce que la qualité s'énonce d'en haut de la pyramide, qu'en bas dans l'atelier on ne réalise pas les pièces ! [SIC]

On a nettement l'impression encore actuellement, qu'il y a des gens qui « pensent » la qualité et que lorsqu'il faut faire quelque chose on dit « les cadres n'ont qu'à faire ! ».

NON PRISE EN COMPTE DE L'ORGANISATION

Extrait entretien N°17 :

« Un exemple : on vous dit qu'on va travailler sur l'identito-vigilance et qu'on va faire une démarche qualité dont l'objectif est que chaque patient doit porter un bracelet d'identification. Jusque-là c'est bien ! c'est en lien avec la réglementation. Mais, lorsqu'on vous dit qu'il faudra utiliser les mêmes bracelets d'identification que ce que l'on met à la morgue aux patients décédés, et qu'en plus ces bracelets ne sont pas adaptés, car on perd les étiquettes, ou alors ils ne tiennent pas... Et surtout lorsqu'on (le service économique) vous dit qu'en fait il faut vider le stock existant et qu'il y en a encore pour un an comment voulez-vous que les gens considèrent cette démarche comme une démarche qualité ! L'infirmier ou l'aide-soignant qui est à proximité du patient et qui a l'habitude de mettre ce type de bracelets aux patients décédés, forcément cela lui hérissé le poil ! [SIC] »

L'OBLIGATION REGLEMENTAIRE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA QUALITE PEUT ETRE POSITIVE

Extrait entretien N°9 :

« J'ai vu l'évolution de la qualité car de toute façon l'accréditation et la certification nous obligent à marcher par processus, on est plus dans des procédures, donc on est structurée et l'évolution est là. Autour du processus il y a toute une démarche, il y a une organisation, il y a les procédures, la gestion documentaire, les collègues cadres et techniciens qui sont de plus en plus impliqués. La démarche qualité petit à petit s'est de plus en plus imposée. Un cadre qui n'est pas impliqué dans la qualité ne peut pas la transmettre. »

Extrait entretien N°12 :

« Par exemple lorsque les protocoles d'hygiène ont été structurés au CHU dans les années 85, on s'est rendu compte que ça permettait d'uniformiser des pratiques et donc de sécuriser aussi les activités. Il fallait rentrer dans une dynamique qualité pour harmoniser les activités. »

LA COMPLEXITE DES OUTILS DE GESTION EST SOURCE DE DIFFICULTES D'IMPLANTATION

Extrait entretien N°7 :

« Au départ nous avons eu énormément de problèmes techniques avec l'outil. En effet lorsque l'on commençait une déclaration d'événements indésirables l'outil se mettait en panne. Les infirmiers se sont vite lassés de l'outil. Actuellement comme l'outil connaît encore des problèmes techniques ce sont souvent les cadres qui font des déclarations à la place des agents ... »

Extrait entretien N°9 :

« Au départ je me disais avec cet outil on ne pourrait pas faire grand-chose car il y avait des champs [informatiques] libres partout, je ne comprenais pas ce qu'il fallait remplir, l'outil n'était pas explicite. Donc je me le suis approprié et j'en ai fait ce que j'ai voulu en faire ! Ce n'était pas un outil convivial et on n'avait pas le choix. J'incitais les agents à faire des GRANIT [Outil informatique de déclaration d'événements indésirables] même si j'avais beaucoup de retours des agents sur la difficulté d'utilisation de l'outil. »

Extrait entretien N°14 :

« Au départ l'outil a été une catastrophe. Très difficile à utiliser techniquement, ça ne fonctionnait pas, sa "bugait" [SIC] tout le temps, on n'arrivait pas à valider. Quand un agent faisait une notification, il venait me voir et moi j'étais obligé d'appeler le concepteur pour lui dire : « avez-vous bien reçu la notification ? non ! et bien ça ne marche pas... », il fallait recommencer etc. C'était l'horreur on n'était jamais sûr que la notification était prise en compte. C'était un truc fait maison [SIC] qui ne fonctionnait pas »

Extrait 2 entretien N°15 :

« Initialement, je me suis dit « c'est très bien, il va falloir qu'on s'y mette » et je ne suis pas allergique à l'informatique donc j'attendais aussi d'avoir des retours, des tableaux de bord. Au départ j'étais partant à fond ! [SIC] Et j'ai rapidement déchanté... J'ai tenu bon jusqu'au bout ! j'ai toujours déclaré, même s'il fallait faire 36 000 déclarations partout, des GRANIT, des déclarations d'accident, des rapports à la direction etc. C'était complexe, mais je suis de nature à persévérer. »

Extrait entretien N°17 :

« Au départ l'outil était beaucoup trop compliqué pour nos agents. On est infirmier, on n'est pas des techniciens ou des agents de saisie informatique. D'autre part, pour saisir informatiquement il faut un ordinateur ! Il faut trouver un ordinateur qui fonctionne, qui soit accessible, avoir le temps s'en servir... »

Extrait entretien N°18 :

« Au départ c'était très compliqué. Il a fallu rentrer dedans car l'outil était beaucoup moins simple que maintenant, si on ne remplissait pas une case, il fallait tout recommencer sans être averti ! Les critères n'étaient pas adaptés à la réalité. Il fallait décrire l'ensemble des événements mais l'outil ne s'adaptait pas à tous les événements. Donc un moment on a un peu laissé tomber GRANIT parce que ça nous a "gonflé"[SIC]. Certains événements n'ont pas été déclarés parce que on trouvait que c'était trop compliqué et qu'on n'aurait pas de réponse et qu'il n'y avait aucun retour, ou alors on nous disait qu'on ne faisait pas bien. L'outil n'était pas adapté. J'ai un exemple : actuellement nous avons des problèmes avec des Holter [appareil de mesure de l'activité électrique du cœur], nous avons fait plusieurs notifications et n'avons eu aucune réponse ! »

Extrait 2 entretien N°18 :

« Il y a eu des problèmes également d'ordinateur qui ne fonctionnaient pas, sur lesquelles on ne pouvait pas se connecter pour avoir le retour d'une notification, voire même on pouvait pas faire de déclarations. Il y a beaucoup de pertes de temps et d'énergie pour essayer de convaincre les équipes. Moi-même parfois j'aurais dû faire des déclarations que je n'ai pas faites parce que l'utilisation était trop complexe. »

Extrait entretien N°19 :

« Au départ l'outil n'était pas utilisé car l'accès Internet était compliqué. Tout le monde n'avait pas de boîte mail. Le problème aussi c'est lorsque l'on déclarait on avait aucun retour. D'autre part l'outil était beaucoup trop compliqué. Pourtant l'outil me paraissait important puisque je demandais déjà aux agents de tracer ce qui n'allait pas. Il était important d'avoir une preuve factuelle, donc les agents utilisaient le papier. Moi j'avais évidemment compris l'intérêt [de l'outil]. Pour le terrain c'est une autre paire de manches [SIC], en effet, au départ on leur reprocher presque de ne pas savoir écrire, ou de déclarer n'importe quoi !! Si on crée de la culpabilité, les personnels ont peur qu'on utilise cela contre eux et donc au final ils ne l'utilisent plus ! »

Extrait entretien N°20 :

« Malheureusement l'outil était une vraie usine à gaz [SIC], on ne savait jamais si on avait envoyé la notification, pour le remplir c'était compliqué, il n'y avait rien d'ergonomique dans l'utilisation de cet outil ! Il y avait des boutons "sauvegarder", "envoyer", c'était équivoque. Il y a d'ailleurs un pourcentage de déclarations qui n'était jamais envoyé. Il faut dire que l'outil a été construit par des personnes qui n'ont pas forcément rendu l'outil accessible terrain. La faute en incombe également à la direction et pas uniquement concepteur. Trop de méthodes tue la démarche ! »

Extrait entretien N°21 :

« Au départ je trouvais que cet outil était catastrophique ! On nous disait que le logiciel était sous-utilisé, mais personnellement, je pensais qu'il était trop compliqué pour qu'il soit utilisé correctement. Il y avait trop d'item, si vous n'aviez pas rempli tous les champs, on ne pouvait pas enregistrer sa notification et on ne pouvait pas saisir tout ce que l'on voulait. D'autre part, si les agents n'avaient pas d'adresse e-mail dédiée, ils ne pouvaient pas enregistrer, donc il fallait mettre son adresse mail personnelle ou l'adresse e-mail du cadre... Autant vous dire que si pour moi et pour l'encadrement l'outil est difficile, il est évident que pour le terrain cela ne pouvait pas suivre. »

PEDAGOGIE NECESSAIRE

Extrait entretien N°7 :

« J'ai eu une formation de deux heures sur l'utilisation de l'outil à son démarrage. Mais c'étaient les formations plénières dans un amphithéâtre. J'avoue que cette formation n'a pas été satisfaisante. Nous ne comprenions toujours pas ce qu'il fallait déclarer dans cet outil. »

Extrait entretien N°8 :

« Nous avons été formés, en formation plénière dans des amphithéâtres. Ensuite les correspondants qualité nous ont demandé de former les personnels. L'impact des formations été varié puisque les formations se déroulaient avec un médecin et un cadre supérieur de santé... En ce qui me concerne j'ai souhaité apporter dans ces formations des exemples ce qui a facilité l'intégration de l'outil.»

Extrait entretien N°17 :

« Il y a eu des formations en amphi mais qui ne nous apportait rien puisqu'en sortant de ces formations il fallait se former pratiquement soi-même. »

USAGES DETOURNES DE L'OUTIL

Extrait entretien N°2 :

« Il existe dans un pourcentage très faible une utilisation de « règlement de comptes ». J'ai un exemple : certains services de soins peuvent faire des déclarations sur des mauvaises prises en charge de tube de prélèvements [sanguins] alors que parfois, il suffit de prendre son téléphone pour régler les problèmes. L'outil ne doit pas empêcher le lien humain. La traçabilité est une bonne chose, mais il est fondamental de préserver les relations. Ce n'est pas un outil de gestion des conflits. L'outil ne doit pas être une application technocratique froide. Le constat d'un dysfonctionnement n'est pas suffisant parfois il y a derrière une équipe qui est en souffrance par exemple »

Extrait entretien N°5 :

« Comme nous n'avons pas de retour sur les notifications j'ai demandé au cadre que les déclarants impriment leurs déclarations afin que nous ayons une traçabilité sur ce qui a été déclaré. Mais cela était du travail en plus. On a fait cela pendant six mois. »

Extrait entretien N°6 :

« Comme les agents se plaignent que même s'ils font 15 déclarations ils n'ont pas forcément de retour, on leur demande d'éviter de faire plusieurs déclarations, mais de n'en faire qu'une seule. C'est ce qu'on a trouvé pour éviter la démotivation des équipes.

Les agents ont parfois envie de faire des déclarations sur ce qui ne leur plait pas. Il y a encore beaucoup de pédagogie à faire. En même temps c'est aussi un moyen pour eux de s'exprimer. C'est un outil d'expression ! »

DETournement DE L'OUTIL PAR L'ORGANISATION

Extrait entretien N°13 :

« [...] Il y avait une vision punitive de l'erreur. En effet pour notifier il faut signaler qui on est. Les paramédicaux ont une identité et des valeurs en termes de responsabilités et donc ils déclarent souvent. Malheureusement la façon dont cela est traduit, avec des retours négatifs est une erreur. Reprocher aux personnes de déclarer n'incite pas à la déclaration. »

Extrait entretien N°17 :

« [...] D'autant plus qu'à chaque fois qu'on faisait une déclaration, on se demandait si ça allait nous retomber sur la tête, car c'est ce qui a été fait au début. Aucun respect de l'anonymat. C'était en fait lié à une absence de gestionnaires de risques et tout ce qui était déclaré tombait dans l'escarcelle de certaines personnes hiérarchiquement bien placées qui en faisaient un outil de vigilance dans le sens de « vigiles de supermarché » [SIC] et non pas dans le sens d'un outil de qualité !

Donc, pour faire adhérer les agents c'était quelque chose ! Car les séances de « flagellations publiques » [SIC] étaient très délétères. Ceux qui étaient convaincus par la démarche qualité et qui se sont lancés dans l'utilisation de l'outil se sont faits taper sur les doigts... il était donc difficile de convaincre les autres de déclarer ! Il y avait un climat de suspicion. »

OUTIL DE GESTION FACILITATEUR

Extrait entretien N°4 :

« Il me semble que la qualité peut être un biais très utile, je m'explique : les déclarations d'événements indésirables vous permettent de mettre à jour des dysfonctionnements. L'analyse et le traitement de ces dysfonctionnements nous apportent des éléments que nous pouvons utiliser comme un levier de progression pour se positionner, mais aussi pour se protéger.

Clairement, en dehors de l'évolution réglementaire, la qualité est une bonne chose même s'il reste beaucoup d'efforts à faire. Auparavant, on ne parlait de qualité qu'au moment des accréditations. On commence à voir arriver une émergence de la culture qualité. Même s'il existe encore un creux entre deux procédures de certification. Cela fait à peu près 5 ou 6 ans que l'on voit monter cette culture quotidiennement, notamment par l'augmentation des déclarations d'événements indésirables, par le souci de bien faire et la réflexion des personnels sur ce qui peut être fait pour améliorer les pratiques. La qualité n'est rien en soi, s'il n'y a pas des personnes convaincues derrière. L'outil est un support de communication »

Extrait entretien N°7 :

« Nous sommes dans un monde hospitalier où on parle beaucoup de procédures, mais face à une situation qui nous semble dysfonctionner, on a tendance à aller directement vers une solution avant d'analyser la réelle problématique. Et c'est là que la qualité nous apprend à travailler avec bon sens, en réfléchissant, avec des méthodologies adaptées qui nous permettent de réfléchir avant de foncer sur une solution [...] Cela apporte des bénéfices, je sens que les équipes sont de plus en plus impliquées, car elles voient que leurs déclarations [d'événements indésirables] ne sont pas lettres mortes.

C'est une prise en compte des vraies difficultés pour les agents. Donc ils se sentent écoutés. Cela nous permet aussi de leur montrer les progrès dans le service. »

Extrait entretien N°9 :

« Lorsqu'on a un problème avec une équipe au quotidien, vous savez très bien qu'il faut trouver un sujet pour favoriser la cohésion. Pour cela, il suffit de trouver un dysfonctionnement qui leur a « pourri la vie ! » [SIC] et tu leur dis : « on va travailler qualité et on va trouver une solution ! » et tout le monde adhère et ensuite on avance sur un autre projet qui fera peut-être moins l'adhésion. Mais la qualité c'est aussi cela avancer à petits pas »

Extrait entretien N°13 :

« Lorsqu'il y a des grosses problématiques et qu'il faut les analyser, en réalité on ne met pas des outils efficaces en place, comme par exemple les revues mortalités-morbidité (RMM). Si tout le monde utilisait les mêmes outils, en faisant remonter les dysfonctionnements et l'analyse à tout le monde, cela serait plus simple. Le problème c'est aussi la lourdeur méthodologique !

J'ai l'impression qu'il y a tout de même sur le terrain des choses qui sont acquises, comme la traçabilité par exemple. Le fait aussi d'avoir mis en place des logiciels sur la prescription médicamenteuse ... ces outils obligent aussi à mettre en place une méthodologie. »

1.1.1 Le nécessaire rôle organisationnel

NECESSAIRE ROLE ORGANISATIONNEL

Extrait entretien N°4 :

« Il me semble que c'est la politique « des petits pas » qui nous permet d'avancer et d'intégrer la qualité dans nos pratiques. C'est ce qui fait progresser les choses. Le punitif ne sert à rien.

Je m'attache régulièrement à rencontrer les personnels sur des déclarations de dysfonctionnements comme des erreurs médicamenteuses par exemple. Cet entretien me permet non seulement de porter la parole, évidemment de travailler sur l'erreur, mais aussi je demande aux personnels de réfléchir eux-mêmes à l'origine de ces dysfonctionnements et surtout de mettre en place une réflexion au sein de leurs équipes afin que ce type d'événement puisse servir d'apprentissage pour l'ensemble des équipes. Je leur demande de témoigner dans leur service pour éviter le même type d'erreur, mais aussi pour inciter les autres personnels à déclarer et de montrer que la déclaration n'entraîne par une punition. »

Extrait entretien N°12 :

« Il y a eu un certain nombre de formations, mais insuffisamment c'est pourquoi nous devons encore à l'heure actuelle accompagner les agents. En 2013, les cadres et cadres supérieurs de santé sont allés sur le terrain pour former les personnels. Nous avons un support de formation et nous réalisons des déclarations avec les formés. Mais il y a 8000 agents ! On ne peut pas faire des formations de manière individuelle. Il faut compter sur le dynamisme de l'encadrement. Parfois nous faisons de l'individuel et parfois nous formons 50 personnes en même temps. Presque 2500 personnes ont été formées. En incluant tous les métiers, les administratifs, les secrétaires etc. On n'en profitait pour faire une formation sur la gestion documentaire et d'autres choses. »

Extrait entretien N°14 :

« On a fait un gros travail en 2012 après la certification pour informer les gens. On leur a expliqué que pour suivre une notification il fallait se reconnecter. Donc on a formé environ 2000 agents aux outils mais je ne suis pas persuadé que les agents vont retourner voir leurs notifications.

Il y a bien sûr un frein car les agents n'ont pas leur propre adresse e-mail donc il faut qu'il se reconnecte alors que si vous avez une adresse mail, on s'adresserait directement à eux. À mon avis il y a aussi un lien faire avec l'encadrement car le cadre doit mettre en place l'action. On a commencé à faire des retours globaux sur les services c'est encore ponctuel on a pris du retard cela devait être fait trimestriellement. D'autant plus que la HAS a mis le doigt dessus et qu'il faut vraiment qu'on soit dans les clous ! »

1.1.2 La présence de freins culturels

EXEMPLES DE FREINS CULTURELS

Extrait entretien N°3 :

« Il est très important pour les personnels que lorsqu'ils travaillent sur un projet ils en voient l'aboutissement. Qu'il y ait un retour pour les personnels. C'est souvent cela qui est un frein à la qualité. Les personnels n'ont pas de retour sur investissement. L'outil GRANIT [Outil informatique de déclaration d'événements indésirables] renvoie la déclaration sur un gestionnaire des risques qui n'est pas forcément au courant des pratiques de terrain, pourtant c'est lui qui doit traiter et analyser les déclarations d'événements indésirables. C'est pourquoi nous continuons d'intégrer les personnels de terrain dans le traitement et l'analyse de ces déclarations. »

Extrait entretien N°7 :

« Un exemple d'aberration : cela fait deux ans que je me bats pour changer un parcours patient. Je m'explique. Nous sommes le service transport des patients, lorsqu'un patient sort du bloc opératoire, qu'il vient de se faire opérer, des médecins exigent que nous les ramenions dans leur service d'hospitalisation. Hors entre le bloc opératoire et le service d'hospitalisation se trouve le service de radiologie et le chirurgien demande toujours après l'opération un cliché radiographique post-opératoire de contrôle. Au lieu de nous laisser transporter le patient en radiologie puis dans son unité d'hospitalisation on nous fait faire un double transport. Le patient est « trimbalé » dans le froid (car il faut sortir du bâtiment) réinstallé dans sa chambre pour que, généralement quelques minutes plus tard, on nous demande de le remettre dans un brancard pour l'emmener au service de radiologie. Tout cela pour une histoire de responsabilité des médecins prescripteurs. Vous imaginez le coût de non qualité ! D'autant plus qu'en termes de prise en charge, on est très mauvais, notamment ce qui concerne la prise en charge de la douleur ! Cela va en dehors de tout bon sens. »

Extrait entretien N°10 :

« Sur des problèmes de prescriptions médicamenteuses, j'ai réussi à convaincre les personnels de déclarer dès qu'il y avait une prescription qui n'était pas faite. Le retour de bâton ne s'est pas fait attendre de la part de la communauté médicale. C'était un moyen d'alerter sur la dangerosité de la problématique ! Malheureusement certaines infirmières se sont vues demander des comptes par les médecins cela a vite « tourné vinaigre ! » [SIC] ».

1.1.3 La non prise en compte des utilisateurs

NON PRISE EN COMPTE DES UTILISATEURS

Extrait entretien N°4 :

« L'outil, dès le départ, s'arrêtait régulièrement, donc lorsque vous aviez commencé à rédiger une notification, le logiciel plantait [SIC] et donc tout ce que vous aviez fait était perdu. J'ai très rapidement arrêté de déclarer. Il est il en était de même pour les personnels.

Cela fait écho à la difficulté d'intégration de nouveaux outils de communication, ou de logiciels, de nouvelles technologies par les personnels de terrain. Cela existe à l'échelle de l'institution, je me rends compte que les personnels ont de plus en plus de mal à s'adapter. Pourtant refuser les évolutions technologiques est une erreur. La vraie question, est de savoir comment les accompagner et comment les encadrer »

Extrait entretien N°18 :

« Maintenant l'outil apporte des bénéfices. Avant, c'était un handicap, une contrainte ce n'était pas du tout adapté. C'était encore un truc qui nous était balancé vitesse grand V [SIC] sans nous poser la question de ce qui était adapté ou en phase avec la réalité. L'outil n'était pas adapté à nos besoins même si on comprenait l'utilité de l'outil. »

1.1.4 L'accompagnement in situ de l'outil

NECESSAIRE ACCOMPAGNEMENT IN SITU DE L'OUTIL

Extrait entretien N°1 :

« Dans mon pôle, je sens que c'est lié à l'histoire. Une infirmière m'a dit « c'est un changement culturel que vous nous demandez ! ». Il a fallu expliquer que les déclarations d'événements indésirables sont réglementaires et qu'elles participent à l'amélioration des pratiques. Encore une fois il faut accompagner expliquer et réexpliquer pour que les agents comprennent l'intérêt de ce type d'outil. La qualité va de pair avec la transparence, il est important de clarifier les choses. Il y a également une notion de confiance. C'est pourquoi je leur donne beaucoup d'exemples pour qu'ils puissent comprendre l'intérêt de l'utilisation de l'outil. La qualité doit être enseignée par l'exemple, par l'explicitation, par la compréhension, c'est essentiel !!! Je pense que l'utilisation de l'outil et sa perception évoluent tout doucement mais il faudra du temps. »

Extrait entretien N°3 :

« Le fait que ce soit des personnels de terrain qui analysent et traitent les déclarations d'événements indésirables favorise la perception positive de la déclaration d'événements indésirables. D'ailleurs les personnels ont toujours un retour sur les déclarations qu'ils ont faites. Dès lors, les personnels comprennent qu'il s'agit d'une aide pour l'amélioration des pratiques. Nous notons un engagement très fort des personnels. D'ailleurs, même dans les comités de retour d'expérience (CREX), les personnels sont très présents.

L'outil n'est pas un problème, c'est la façon dont on l'utilise, mais aussi la façon dont sont traités les événements [indésirables] qui sont différents. Un exemple : nous avons un problème de frigo, il faut augmenter les relevés de température, il faut pour cela changer de matériel et donc de changer la

procédure. Les personnels d'eux-mêmes préfèrent modifier la procédure, car ils ont compris l'importance de ces relevés grâce aux déclarations d'événements indésirables. Cette modification des pratiques de travail est ainsi comprise et acceptée de bon gré. »

Extrait entretien N°5 :

« Il y a un rôle pédagogique à avoir sur la façon de formuler une déclaration. Mais si on a plus de déclarations, c'est parce que les agents ont compris maintenant que les déclarations étaient anonymes, alors qu'avant elles ne l'étaient pas. Et cela était problématique. Effectivement lorsqu'un médecin voyait une notification qui le concernait, il savait qui en était l'auteur ce qui posait des problèmes relationnels sans pour autant traiter la problématique. »

Extrait entretien N°7 :

« Il faut aussi rappeler, qu'au moment des procédures de certification, on nous a assommé [SIC] sur le terrain en disant « il faut faire des déclarations ! Il faut faire des déclarations ! ». Cependant, on n'a jamais vraiment pris le temps d'expliquer ce qu'il fallait déclarer. Car déclarer c'est facile ! aussi faut-il que ce soit un réel dysfonctionnement ! On n'a jamais expliqué clairement ce qu'était un événement indésirable. L'outil est une chose, la compréhension de la gestion des risques est autre chose. Il y a une notion de connaissances avoir. »

Extrait entretien N°9 :

« Derrière la qualité, il faut des hommes convaincus et convaincants ! Il faut être à l'écoute sur le terrain et savoir entendre lorsqu'un agent nous dit que la procédure où le protocole n'est pas adapté au terrain. Ce qui est intéressant c'est de travailler en binôme, les personnels de terrain qui apporte la connaissance du métier et les personnels de la qualité qui apporte la méthodologie. »

Extrait entretien N°12 :

« Les personnels ont un retour sur les événements indésirables. Mais, on a beau leur expliquer qu'il y a des gestionnaires des risques derrière les notifications, ils ont du mal à comprendre la façon dont sont analysés les dysfonctionnements déclarés. Je m'explique : une infirmière qui fera une notification va coter [évaluer] l'événement indésirable selon une certaine criticité, le gestionnaire qui va analyser cette notification va parfois diminuer cette criticité car lui a une vision globale. Or les agents ne supportent pas que l'on diminue leurs criticités, car de ce fait, la priorité de l'action à mettre en place est différente. En fait, ils [les personnels] n'ont pas compris encore ce qu'est un événement indésirable... »

Extrait entretien N°14 :

« Il y a eu deux choses : la complexité de l'outil, mais aussi le manque de communication autour de l'outil. L'outil n'a pas été accompagné sur le terrain et on ne l'a pas reconnu comme un outil qui serait institutionnel. On ne lui a pas donné de sens : pourquoi notifier ? On ne nous a pas forcément expliqué ce qu'était un événement indésirable.

L'outil a maintenant bien évolué, il s'est inscrit dans le paysage de l'hôpital. Il y a une volonté institutionnelle qui a commencé à poindre et qui s'affirmait de plus en plus. L'outil a ainsi continué à être plus facile d'emploi, notamment avec la nouvelle version de l'année dernière. On tient compte vraiment les desiderata des gens, c'est beaucoup plus simple et l'institution s'est ainsi mieux structurée. »

Extrait entretien N°19 :

« Il faut transformer les événements indésirables en une sorte « d'histoire pour raconter ce qui s'est passé » afin de que les personnels puissent intégrer la notion de danger et de sécurité. On peut ainsi se servir de ce qui ne va pas pour exposer les situations à risque.

J'ai l'exemple d'une infirmière intérimaire qui s'est trompée dans l'administration d'un traitement injectable, bien entendu il s'agit d'une erreur humaine. Mais je lui ai demandé quelles étaient ses propositions d'actions d'améliorations et je l'ai envoyé en formation sur la responsabilité juridique. Elle a ensuite été porteuse de changements dans d'autres services en racontant ce qui lui était arrivé. De quelque chose de négatif on peut construire quelque chose de très positif pour l'institution. En fait, la façon dont on fait passer le message est importante et c'est aussi pour cela que l'outil a mal été intégré aux pratiques quotidiennes. La façon dont on traduit les choses peut détourner l'utilité première de l'outil. »

Extrait entretien N°20 :

« Je pense qu'on aurait pu plus accompagner l'outil. Il était tellement compliqué que c'était difficile. Comment demander un agent de déclarer lorsque pour déclarer il faut utiliser que 50 clics pour que ça marche !! Il faut penser qu'il y a la résistance naturelle déjà. »

Extrait entretien N°21 :

« Je pense que cet outil n'a pas favorisé l'intégration d'une culture qualité. Car sa mise en place a été très brutale et je pense qu'il faut laisser le temps aux gens d'intégrer les évolutions. Pourtant j'adhère totalement à la démarche qualité... »

1.1.5 La possibilité d'évolutions négatives suite à la mise en place de l'outil

EXEMPLES D'ÉVOLUTIONS NÉGATIVES OU D'INCOHÉRENCES SUITE A LA MISE EN PLACE DE L'OUTIL

Extrait entretien N°7 :

« Oui je trouve que depuis l'existence de l'outil il y a moins de dialogue entre les services et les métiers. Déclarer un dysfonctionnement par GRANIT [Outil informatique de déclaration d'événements indésirables] est une solution de facilité. Avant nous téléphonions au service pour discuter sur les problématiques, aujourd'hui on fait un GRANIT point. J'en suis venu à freiner les agents sur les déclarations d'événements indésirables pour justement pouvoir traiter des dysfonctionnements en direct avec les personnes concernées et éviter que cela ne devienne des règlements de compte. »

Extrait entretien N°17 :

« On a très peu de retour sur les événements déclarés. Et lorsqu'on reçoit quelque chose c'est beaucoup trop à distance des événements. C'est en retard. L'exemple type concerne les agressions de personnel. Je suis informé des déclarations qui sont faites quatre jours après la déclaration ! Mais je ne reçois jamais aucune notification de déclarations par GRANIT.

Mais le pire ce n'est pas ça, c'est l'agent à qui on demande tout déclarer et qui n'a jamais de retour ! On lui demande de faire des déclarations mais on ne sait pas ce que cela devient. Pendant longtemps des déclarations étaient faites et tombaient dans le vide parce qu'il n'y avait pas de gestionnaire derrière pour analyser les incidents ! Il y eut des gestionnaires de risques qui ont été nommés alors qu'ils n'étaient pas au courant de leur nomination ! ! »

Extrait entretien N°21 :

« Un exemple : nous avons une coupure d'électricité sur tout le bâtiment pendant six minutes sans reprise du groupe électrogène et c'est très long alors que pratiquement tous nos patients sont sous respirateur ! Nous avons pris des mesures immédiates pour pallier à ce dysfonctionnement mais nous avons dû travailler à l'aveugle donc j'ai fait un GRANIT. Là l'outil a un vrai intérêt. Mais quelques jours après, nous avons eu une réunion avec la direction des soins et figurez-vous qu'elle n'était pas au courant ! Là ce n'est pas normal que sur un pôle de réanimation la direction des soins ne soit pas mise au courant de cet événement grave alors que nous avons fait la déclaration le jour même !! D'ailleurs le gestionnaire des risques qui a répondu à cette notification n'était pas vraiment au courant de l'histoire....

Je préférerais qu'il y ait moins de GRANIT, mais que ceux qui sont faits soient bien analysés plutôt qu'il y ait beaucoup de déclarations (et donc statistiquement on est content) mais qu'ensuite aucune analyse n'est faite ! De manière générale la mise en place d'outils tel que celui-ci n'a pas toujours été réalisée avec bon sens.

1.1.6 La possibilité d'évolutions positives suite à la mise en place de l'outil

EXEMPLES D'ÉVOLUTIONS POSITIVES GRACE A LA MISE EN PLACE DE L'OUTIL

Extrait entretien N°4 :

« Je pense que ce genre d'outil a permis « de lever le couvercle » sur ce que l'on taisait avant. Le fait d'externaliser le problème, de le faire apparaître au grand jour, les analyses qui sont faites ensuite, permet d'aborder un peu plus sereinement les difficultés. On est à la recherche de la compréhension et non des responsables, la compréhension pour que cela ne se reproduise plus. Je sens que petit à petit les choses avancent. Je donne un exemple : notamment sur des erreurs médicamenteuses, nous avons pu améliorer nos pratiques avec le service pharmacie. C'est une lutte quotidienne. Il y a une prise de conscience, cela permet d'ouvrir des portes étaient fermées avant mais il ne faut pas être naïf évidemment... »

Extrait entretien N°6 :

« Le traitement de certains événements indésirables a permis de faciliter les relations interservices et transversales. Je donne un exemple : nous avons eu de graves problèmes techniques sur le logiciel de prescription de chimiothérapie. On a arrêté avant qu'il y ait un incident grave. Mais cela a permis aux informaticiens, au pharmacien, à l'équipe médicale et paramédicale de trouver des solutions en se mettant autour d'une table. Ça c'est un exemple très positif car une heure a suffi pour traiter le problème.

Je pense que maintenant les agents comprennent qu'il y a une vision non punitive de l'erreur. Par exemple, nous avons eu beaucoup de déclarations d'erreurs médicamenteuses, ou des erreurs d'administration de perfusions etc., mais les agents n'ont jamais été punis. Je pense qu'ils comprennent maintenant. Même si on leur a demandé de faire des formations sur la prévention des erreurs médicamenteuses, de se remettre en question sur la pratique. Ils ont bien compris qu'on n'était pas dans un contexte de punition, mais de déclarations et de protection du patient. Et que l'on cherche ce qui s'est passé pour mettre en place des actions d'amélioration et servir d'exemple aux autres agents.

L'évolution c'est que maintenant l'outil est de plus en plus utilisé même par les ASH [Agents de Service Hospitaliers] qui l'utilisent régulièrement. Nous les inscrivons aux formations sur l'outil faites par nos cadres. »

Extrait entretien N°8 :

« Je pense quand même que l'outil a apporté des bénéfices. Pour donner un exemple, au service des urgences il y a beaucoup de violences et d'agressions, on a demandé au personnel de faire des déclarations GRANIT [Outil informatique de déclaration d'événements indésirables]. Un jour, une infirmière a été particulièrement violentée, elle a fait une déclaration GRANIT. Mais elle s'est plainte qu'il n'y avait aucune suite à cela, elle a été déposer plainte, il y a eu un jugement, et elle s'est sentie très seule face à cela. Elle ne s'est pas sentie soutenue par l'institution. J'ai interpellé la DRH, la direction des affaires juridiques en expliquant cela. Et puisque nous avons déclaré beaucoup d'événements de ce genre, il existe maintenant grâce à cela une procédure pour tous les personnels qui déclarent des agressions. Ils reçoivent un courrier de la DRH qui leur précise que ce n'est pas normal d'être agressé et qu'ils peuvent contacter un psychologue du travail s'ils le souhaitent, mais qu'ils ont également la possibilité de faire appel à une aide juridique. Le gestionnaire des risques leur propose des formations. Et le service juridique suit cela. Il existe vraiment un suivi maintenant. Et les personnels sont complètement accompagnés grâce à cela. Il y a également un travail qui a été fait au sein du CHSCT pour la gestion de l'agressivité au sein de l'établissement. Les personnels ont vu le bénéfice et l'utilité de l'outil. »

Extrait entretien N°16 :

« Cela a permis d'améliorer les relations entre cadres supérieurs de santé, on s'est rapproché car cela a été également un moyen possible de communication. Nous avons envie d'être constructifs, de se mettre autour d'une table, cela nous permet aussi d'apprendre à se connaître et d'avancer. C'est une évolution professionnelle. Par le biais de tous les dysfonctionnements, nous sommes amenés à nous rencontrer et à travailler ensemble. Donc cela nous a rapproché. Nous avons encore des équipes qui sont dans le clivage, entre métiers ou entre services mais où la hiérarchie a un certain recul et une volonté de travailler ensemble qui nous permet d'apaiser les choses »

Extrait entretien N°16 :

« Je pense que [grâce à l'outil de déclaration] les équipes se sentent entendues elles savent que l'on peut faire quelque chose si ça ne va pas. Cela laisse des traces et les équipes ont envie d'explicitier les choses et de dire ce qui ne va pas. »

Extrait entretien N°20 :

« Avec l'équipe cadre nous avons développé des itinéraires qualité par exemple. Tous les jeudis nous avons donc trois thèmes qualité pendant 20 minutes chacun, dans un amphithéâtre nous présentons cela à tout le monde et nous en sommes à la cinquième saison. Nous construisons des thèmes avec les cadres que nous présentons en impliquant les infirmières. »

1.1.7 La portée démocratique des outils de gestion

PORTEE DEMOCRATIQUE DE L'OUTIL

Extrait entretien N°15 :

« Je me suis rendu compte que dans l'équipe il y avait des référents GRANIT [Outil informatique de déclaration d'événements indésirables] qui accompagnaient les collègues à faire des déclarations. Les agents se formaient entre eux. »

Extrait entretien N°14 :

« Il est important que les services voient le correspondant qualité, car c'est l'institution qui l'a mis en place. Je pense que la qualité est souvent personne dépendante. L'institution doit impulser quelque chose, elle doit donner les grandes lignes, mais il faut que ce soit bien accompagné sinon cela ne marche pas. »

Extrait entretien N°16 :

« C'est une histoire de communication mais aussi de volonté personnelle. Il faut qu'il y ait une volonté d'appartenance à l'institution et non pas une volonté d'appartenance à son service »

Extrait n°1 entretien N°17 :

« Mais il faudrait presque un GRANIT pour signaler les événements « désirables » c'est-à-dire utiliser l'outil pour dire ce jour-là j'étais très content, le brancardier était super sympa, le docteur machin a été drôlement aimable, ce jour-là j'avais tout ce qu'il fallait au niveau de la pharmacie etc. »

Extrait n°2 entretien N°17 :

« Cela peut aussi être un bon outil de management parce que ça peut mettre en exergue des choses qui sont généralement invisibles. Par exemple une récurrence de problématiques permet de mettre en place une analyse et des actions. De temps en temps la déclaration est le seul moyen pour mettre en exergue ce qui ne va pas. »

Extrait entretien N°19 :

« Si l'outil est respecté dans sa philosophie alors il apporte plus de bénéfices. Cela permet de mettre des barrières de récupération avant que les événements indésirables graves ne se produisent et d'identifier les choses que l'on n'a pas vu.

Parfois l'outil permet également de stigmatiser sur des règles qui n'ont pas été respectées. Mais la déclaration peut être intéressante aussi pour d'autres personnes. Certaines personnes peuvent dire « tiens nous on n'a pas eu ce type d'événement mais cela pourrait arriver dans notre service. » Donc l'utilité de l'outil à un intérêt pédagogique. »

1.1.8 L'outil peut être révélateur de failles organisationnelles et donc vecteur d'ouverture

L'OUTIL PEUT ETRE UN REVELATEUR DE FAILLES ORGANISATIONNELLES ET DONC VECTEUR D'OUVERTURE

Extrait entretien N°2 :

« Il y a un effet pervers du système, c'est que maintenant grâce à cet outil, on se rend compte qu'il existe des personnes non compétentes et cela met en avant des difficultés d'insertion des personnels. Il est important de prendre du recul. »

Extrait entretien N°3 :

« L'outil de déclarations d'événements indésirables nous a permis d'avoir de meilleures relations avec les autres services. Par exemple sur la prise en charge du médicament : nous avons pu travailler avec la pharmacie, ou avec le bloc opératoire... Cela engage le dialogue, mais permet également d'expliquer nos propres pratiques et de montrer quel est l'impact des activités des uns sur celle des autres. Sans qu'il y ait une notion négative de la perception de l'activité de l'autre »

Extrait entretien N°14 :

« J'ai connu l'outil en 2007 à l'hôpital pour enfants parce que l'hôpital pour enfants était le site pilote de GRANIT [outil informatique de déclaration des événements indésirables]. Mais on a « ramé » [SIC]. Quand je suis arrivé l'outil était déjà créé. Nous avons un produit, on nous l'a présenté, en formation plénière. Mais j'ai insisté pour que les médecins initiateurs du projet viennent nous expliquer l'outil sur le terrain, je les ai obligés, ils ont dû expliquer et montrer les choses ce qui n'a pas été facile. À l'hôpital pour enfants nous avions une version papier qui marchait très bien. Nous avons même un pendant informatique de cette version papier qui était fait sur Excel. Et c'était très bien fait. En fait GRANIT s'est inspiré de cela. L'outil était excellent et géré en interne à l'hôpital pour enfants. On bricolait mais cela fonctionnait très bien. Il aurait fallu s'en inspirer... »

Analyse quantitative questions ouvertes : Réponses intégrales

Question : L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ? Si oui, précisez (nombre de modifications, type de modifications, ...)

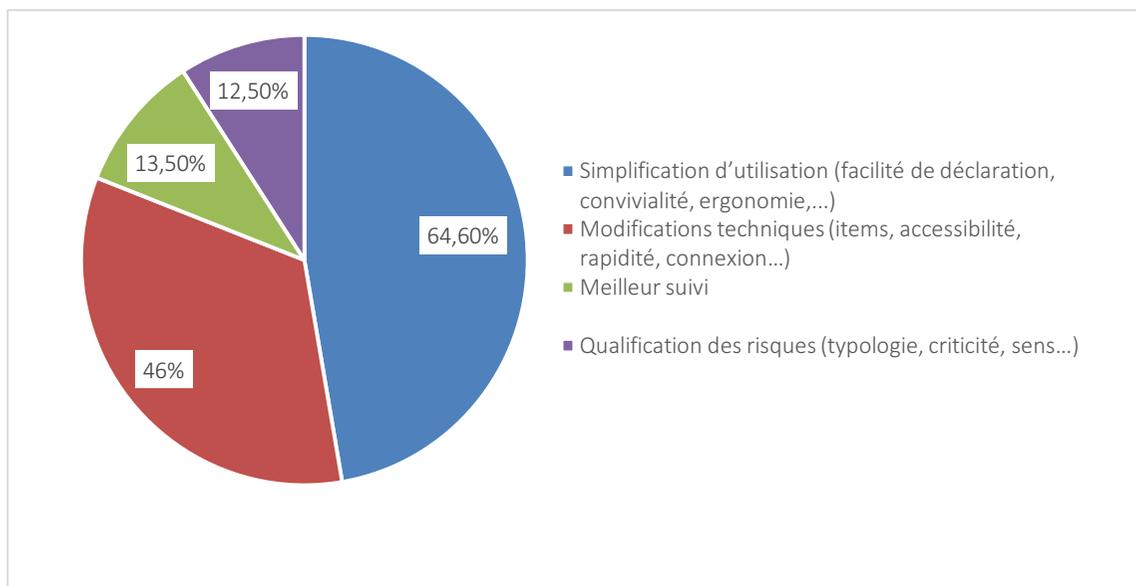
184 répondants soit 43,70% de l'échantillon global dont 133 répondants (72,28%) hors CHRU

Qualification des répondants :

Fonction	Nombre	Pourcentage/ répondants
Cadres de santé	123	66,84%
Cadres supérieurs de santé	18	9,78%
Infirmiers	32	17,39%
Aides-soignants	2	1,08%
Puéricultrices	4	2,17%
Auxiliaires de puériculture	4	2,17%
ASH	1	0,54%

L'ensemble des réponses font état d'au moins une modification de l'outil un déclarant précise qu'il y a déjà eu 13 modifications. En majorité il s'agit de simplification de l'outil dans son utilisation (119 réponses dans ce sens). Beaucoup d'évolutions techniques sont rapportées (85 réponses), elles concernent l'ergonomie, la convivialité du logiciel de déclaration et la diminution du temps nécessaire pour une déclaration. Le reste des évolutions rapportées concernent des évolutions de fond sur le contenu des items à cocher (23 réponses) et sur l'amélioration dans le suivi de l'événement déclarer (23 réponses). En effet, certains outils informatiques sont programmés pour diriger la déclaration directement vers un gestionnaire de risque qualifié pour répondre et suivre l'événement déclaré.

Type d'évolution	Nombre de réponses
Simplification d'utilisation (facilité de déclaration, convivialité, ergonomie,...)	119
Modifications techniques (items, accessibilité, rapidité, connexion...)	85
Meilleur suivi	25
Qualification des risques (typologie, criticité, sens...)	23



Aspects négatifs relatés par les répondants :

- . manque de respect de l'anonymat (x2)
- . temps limité de déclaration sinon pertes de données
- . Lourdeurs dans le suivi (réponses très tardives ou pas de réponses)
- . Lenteur du logiciel

N° question naire	Fonction	L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ?
1	CS ¹	Nous avons plus de retour et de suivi des évènements qu'avant
3	CS	Une modification de saisie
4	CS	Je ne connais pas le nombre de modifications. Plus convivial, simplicité améliorée, modifications du classement des événements. Possibilité de répondre directement...
5	CS	La classification des différents types d'événements est davantage lisible, accès plus aisé pour aller « vers le bon lien » en fonction de l'événement indésirable
6	CS	Semble plus simple, plus rapide et plus précis mais il reste des modifications à apporter
7	CS	Simplification d'accès pour la déclaration (suppression d'une arborescence compliquée)- Remplissage simplifié (plus de synthèse et question limitée à l'essentiel, avec contact si besoin d'information complémentaire pour l'analyse). Retour systématique avec suivi des démarches .
8	CS	1 fois
9	CS	Aucune idée
11	CS	Plus simple dans son renseignement.
12	CS	Simplification des items et des icônes. Plus ergonomique
13	CS	Simplification de l'utilisation par des items différents
14	CS	Plus simple et plus rapide
15	CS	Plus intuitif
16	CS	L'ergonomie a changé et l'approche est plus conviviale.
17	CS	Simplification du logiciel => moins chronophage dans la déclaration
18	CS	Plus accessible dans le remplissage, adapté maintenant pour tous les agents Lors d'une déclaration, avons maintenant retour sur les dysfonctionnements annoncés
19	CS	Modifications des catégories des risques en 2013
20	CS	Ergonomie plus adaptée et renseignement des items facilité

¹ CS : cadre de sante ; CSS : cadre supérieur de santé ; IDE : infirmier ; AS : aide-soignant ; PUER : puéricultrice ; APUER : auxiliaire de puériculture ; ASH : agent d'entretien

N° question naire	Fonction	L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ?
21	CS	Accès simplifié et plus rapide
22	CS	Présentation, simplifications
26	CS	Utilisation plus facile Amélioration des retours et des échanges avec les responsables qualité
27	CS	Simplification de la déclaration
28	CS	Simplicité d'accès et de connexion
29	CS	Le nombre d'items à renseigner a diminué / Il est plus simple et ergonomique d'utilisation et donc plus rapide. Par contre, perte de données si on ne va pas assez vite pour les rentrer.
31	CS	Facilité d'utilisation améliorée, Convivialité
32	CS	Plus pratique
33	CS	Une évolution interface plus abordable ; arborescence plus détaillée
34	CS	L'utilisation a été simplifiée (gain de temps)
35	CS	Simplification du logiciel depuis environ 1 an, rubriques plus intuitives d'utilisation
36	CS	Plus de facilités à distinguer la nature de l'évènement indésirable.
37	CS	Outil simplifié dans le choix des items
38	CS	Simplification de l'outil
40	CS	Simplification, améliorations en termes de lisibilité et d'ergonomie
41	CS	2 modifications : - Analyse des EI ² avec retours de la Direction Qualité - Simplification de l'outil
42	CS	Il a été modifié 3 fois. C'est beaucoup plus simple actuellement à faire la déclaration de l'évènement indésirable. Les actions correctrices et les détails sont demandés au cadre de santé et non au déclarant, c'est dommage car cela permettrait de le faire réfléchir.

² EI : évènement indésirable

N° question naire	Fonction	L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ?
43	CS	Accessibilité, Rapidité, Facilitation des renseignements
46	CS	Simplification de l'outil.
47	CS	Une modification : simplification en 2014
48	CS	Rationalisation de l'outil. Facilitation de la déclaration grâce aux menus déroulants
49	CS	Une modification = simplification de l'outil
50	CS	Une utilisation facilitée du logiciel Un guide d'aide pratique dans l'évaluation de la gravité d'un EI
51	CS	Plus simple d'utilisation
53	CS	Simplification des questionnaires
54	CS	Plus intuitif, moins lent et moins de BUG entraînant la perte des données
55	CS	2 fois
57	CS	Interface plus dynamique
58	CS	Avant il y avait certains champs qui étaient obligatoirement à remplir (victime par exemple) et lorsqu'il n'y avait pas de victime, il fallait tout de même remplir tout ce champs en expliquant les conséquences éventuelles... Pas ou peu de réponse des gestionnaires de risque donnant l'impression de déclarer dans le vide... Actuellement, l'outil a été allégé et doit encore subir des modifications (surtout pour le traitement par les gestionnaires de risque dont je fais partie) qui donneront un aspect plus convivial et ergonomique qu'auparavant.
59	CS	Plus simple à l'utilisation depuis 2013
60	CS	L'outil a été simplifié dans son utilisation (moins long à remplir et session informatique plus longue)
61	CSS	Au début, amélioration de la rapidité et de l'accès Une 2ème fois, amélioration de la convivialité
62	CSS	1 à ma connaissance concernant l'ergonomie du logiciel
63	CSS	Logiciel plus ergonomique + facile à compléter (avec moins items à renseigner) Retour d'information aux déclarants + régulier Retour du nombre d'EI + typologie / pôle
64	CSS	Simplification de l'outil

N° question naire	Fonction	L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ?
66	CSS	<i>Simplification de la déclaration</i>
67	CSS	<i>Simplification dans la déclaration, retour pour analyse des situations vers personnes compétentes, suites données type CREX³, retour de résultats ex chutes...</i>
68	CSS	<i>Au niveau des gestionnaires de risque le traitement des EI a été simplifié</i>
69	CSS	<i>Recherche des items simplifiée</i>
70	CSS	<i>Simplification de l'outil facilitant la notification.</i>
71	CSS	<i>Amélioration de l'interface</i>
73	CSS	<i>Nombreuses simplification dans la déclaration, champs inutiles supprimés, moins de champs bloquants, rapidité de déclaration</i>
74	CSS	<i>simplification</i>
REPONSES HORS CHRU DE NANCY		
75	CSS	<i>Suppression de certains items notamment création d'un document spécifique pour les chutes des patients Modifications sur la forme également permettant au déclarant plus d'expression libre</i>
76	CSS	<i>1 fois, pour clarifier et simplifier la feuille</i>
77	CS	<i>1 évaluation avant chaque itération de la certification</i>
78	CSS	<i>Trois fois 1. Déclaration EI papier à une programme informatisé 2. Amélioration des types de déclaration par rubriques : vigilances réglementaires, sentinelles et autres risques. Logigramme et processus de signalement EI.</i>
80	CSS	<i>2 X sur la forme : plus lisible, plus simple d'utilisation pour le déclarant sur le fond : avec une partie déclaration et une partie analyse par le responsable gestion des risques, évaluation de la criticité</i>
81	CS	<i>Modifications de la partie concernant la description de l'événement : choix plus facile des processus concernés</i>

³ CREX : Comité de retour d'expérience

N° question naire	Fonction	L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ?
		<i>par la FEI⁴</i>
83	CS	<i>De souvenirs au moins 5 fois</i>
87	CS	<i>Nous sommes à la version N°13 beaucoup de modification la dernière «rappel des démarches à suivre concernant les AT, l'incident transfusionnel, la pharmacovigilance, les infections nosocomiales, la matériovigilance et l'identitovigilance.</i>
88	CS	<i>Passage de l'outil papier à l'informatisation avec des items plus précis et mieux adaptés</i>
90	CS	<i>Facilités pour le compléter Items plus précis et compréhensibles pour les utilisateurs informatisation</i>
91	CS	<i>Prise en compte des difficultés liées à l'utilisation du support trop lourd à sa création. Les dernières modifications ont concernées la traçabilité des déclarations et les réponses aux déclarants. Plusieurs évolutions depuis sa création.</i>
92	CS	<i>L'informatisation de l'outil La communication autour de l'outil a été développée</i>
93	CS	<i>En premier lieu il s'agissait de fiches papier / puis j'ai participé à l'informatisation avec le service qualité et le service de radiothérapie / puis nous avons affiné ce questionnaire pour qu'il soit moins lourd d'utilisation pour les réfractaires</i>
94	CS	<i>- Critères plus détaillés - Espace pour expliquer la situation en texte libre - Evolution du document papier vers un logiciel informatique Transmission aux cadres et aux groupes institutionnels concernés</i>
95	CS	<i>Plusieurs modifications ont été réalisées tel que ajout des case pré remplies pour aider les usagers à remplir les fiches de manière plus simple et plus rapide, ajout d'un lexique pour les fiches de signalement de la maltraitance.</i>
97	CS	<i>Réduction du nombre de type d'EI (simplification de la déclaration)</i>

⁴ FEI : Fiche d'événement indésirable

N° question naire	Fonction	L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ?
		Apparition du type « violence agressivité » Apparition de l'impact patient : traçabilité dossier et information patient de l'EI
99	CS	2 : Une modification dans la classification des EI et une sur la cotation de la criticité
100	CS	Il y a un suivi par des référents qui sont chargés de suivre et gérer l'évènement
101	CS	2 modifications papier puis passage au support informatique
103	CS	Support papier au départ, actuellement document informatisé.
104	CS	Informatisation du document disponible sur intranet Analyse par pôle des FSEI par des CREX permanents (seul moyen d'optimiser l'outil à mon sens) Suivi en ligne du traitement des FSEI ⁵
105	CS	Version papier versus informatique via l'intranet
106	CS	Depuis 1 mois en version informatique
107	CS	Classement des FEI par ordre de priorité Priorité donnée à celles concernant des patients
109	CS	Treize versions ont été réalisées depuis sa mise en place. Des items ont été supprimés ou ajoutés en fonction des observations des utilisateurs, de la fréquence des événements déclarés (fugue, intrusion, agression...). Une feuille spécifiquement dédiée au signalement des chutes des résidents à été créée en parallèle.
110	CS	Version informatisée
111	CS	système informatisé depuis 2 ans.
112	CS	Le nouveau formulaire demande à l'agent déclarent d'évaluer la gravité « selon vous.... » l'ancien formulaire demandait simplement d'évaluer la fréquence. Projet d'informatisation de l'outil de déclaration
113	CS	la présentation, la simplification du document
114	CS	Mise en place d'un suivi possible du traitement des EI, Réponse systématique , informatisation des déclarations des fiches d'évènements indésirables

⁵ FSEI : Fiche de signalement d'évènement indésirable

N° question naire	Fonction	L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ?
116	CS	Mise en informatique de la saisie des EI pour édition de tableaux de bord et analyse au sein de la cellule qualité du pôle ainsi que celle inter pôle
121	CS	Du papier à l'informatisation
123	CS	Deux modifications en quatre années. Mise en place des différentes vigilances et suite à la nouvelle loi concernant l'harcèlement, l'item violence a été rajoutée.
124	CS	A ma connaissance, deux fois : l'une sur la forme et très ressèment sur l'annulation de l'anonymat des rédacteurs afin d'optimiser l'analyse.
130	CS	La déclaration des EI se faisait sur papier depuis plusieurs années (5 ans ?), et depuis 3 ans environ nous avons un logiciel spécifique (ENNOV) qui est aussi notre logiciel de gestion documentaire
132	CS	Ajout d'items pour faciliter le tri des informations et le traitement des données. Ajout du degré de gravité de l'EI et de l'information au patient + traçabilité dans le dossier patient.
133	CS	- Sur un formulaire papier au départ puis informatisé par la suite Formulaire « chute » à part pour mieux cibler cet EI
134	CS	Dans un premier temps format papier puis mis en ligne sur intranet, j'ai connu donc trois modifications du papier à l'ordi et deux modifications informatiques
136	CS	Remplissage facilité, Items plus précis
137	CS	Vigilances
138	CS	Des rubriques spécifiques ont été rajoutées : identitovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance...
139	CS	Une modification. 2 types de traitement de la fiche : 1 ^{ère} intention et/ou institutionnel Augmentation du choix des rubriques
140	CS	Déclinaison des fiches CREX institutionnelles en fiches spécifiques aux secteurs d'activité (radiothérapie et médecine nucléaire)
142	CS	1 modification, mise en page différente, plus de rubriques possibles pour décrire l'évènement
143	CS	Au départ une seule feuille de déclaration d'évènements indésirables. Désormais : feuille de matério vigilance, pharmaco vigilance, déclaration d'évènements indésirables, déclaration de violence physique ou verbale.

N° question naire	Fonction	L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ?
144	CS	<i>L'outil a été simplifié pour une meilleure vision de l'évènement</i>
145	CS	<i>Simplification Indications pour situer le niveau de gravité</i>
150	CS	<i>Outil papier dans un premier temps, informatisé depuis 2014</i>
151	CS	<i>2 modifications essentielles : simplification et regroupement des items, informatisation de l'outil</i>
153	CS	<i>Interface plus fonctionnelle, Retour par les gestionnaires de risques réguliers et plus proches en temps de l'évènement</i>
154	CS	<i>L'outil est désormais informatisé. Ce qui permet de réduire la partie administrative « papier » mais surtout d'avoir une diffusion aux services concernés en temps réel. Mais cette innovation a pour conséquence une chute des déclarations de la part des agents qui se disent parfois « pistés » tellement les récepteurs de la déclaration sont diversifiés</i>
157	CS	<i>Modifications des rubriques au fur et à mesure des bilans annuels qui regroupent les évènements par catégorie</i>
158	CS	<i>Réorganisation et intégration de nouveaux items Saisie plus synthétique</i>
159	CS	<i>Le format a été modifié, le contenant également</i>
161	CS	<i>2 modifications sur les 6 ans ou je connais le document dans l'établissement ou je travaille actuellement. La première en 2012 : ajout de l'item suggestion de solutions par le déclarant et fréquence. La seconde il y a 1 mois : ajout de la gravité</i>
162	CS	<i>Il a subi 2 modifications en 6 ans avec modification de l'outil (fiche de déclaration en elle-même), du traitement/chemin des fiches, mise en commun sur plusieurs sites</i>
164	CS	<i>Passage du papier à l'informatique</i>
165	CS	<i>Les évènements indésirables ne sont plus consultables par tous dès réception mais tout d'abord visés par les supérieurs concernés afin d'éviter les règlements de compte, les identités de personnes divulguées, ...</i>
166	CS	<i>L'outil a été simplifié dans les différents items à remplir, et une feuille explicative a été associée à son changement. Par contre cette feuille n'est toujours informatisée</i>
167	CS	<i>2 Versions successives, évolution dans le sens de la facilité d'utilisation (moins de question, déclaration sur une seule page).</i>

N° question naire	Fonction	L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ?
168	CS	Mise en place de l'item « dommages liés aux soins » pour lequel une formation a été formalisée (annonce, pris en charge et déclaration)
171	CS	3 modifications Modifications sur la nature et le type d'évènements Augmentation du champ de réponse libre
172	CS	Changement de l'intitulé des catégories Simplification des formulaires avec moins d'étapes
173	CS	Au moins 2 modifications : - Pour certains évènements indésirables, création de fiches « pré remplies » (ex : chute, violence...) Amélioration grâce à un tableau de bord de suivi des évènements indésirables du service pour chaque CS
178	CS	Apport de précision, distinction d'évènement courant ou exceptionnel, circuit de l'évènement
180	CS	Support informatique a remplacé le support papier. Il a été simplifié afin de le rendre plus accessible
182	CS	3 améliorations : - Suite à un changement du système informatique dans le service - Suite à des remarques de certains services qui demandaient plus de précision Suite à la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) pour uniformiser les 3 laboratoires concernés
183	CS	Formulaire papier est devenu informatique
185	CS	Criticité des risques ajoutée, fiche devenue informatique
186	CS	Plusieurs modifications en lien avec évolutions règlementaires et simplification du mode de remplissage.
188	CS	2 modifications au niveau de la présentation et du contenu des items
189	CS	Ergonomie, facilité d'utilisation
195	CS	Simplification de l'utilisation de l'outil. Plus rapide à remplir et surtout plus simple à remplir.
199	CS	Passage a l'informatique Modification des suivis de fiches d'événements indésirables l'an dernier
200	CS	Il a été simplifié depuis la première version.

N° question naire	Fonction	L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ?
202	CS	Passage d'une argumentation littérale à une grille de recueil détaillée associée à des remarques organisées en critères objectifs et adaptés à la structure.
204	CS	modification pour les erreurs médicamenteuses, modification pour simplifier la rédaction du document avec possibilité de cocher des réponses, apparition des évènements indésirables graves trois à quatre modifications du document
205	CS	23/03/2009 Création 01/01/2012 Mise en commun et Suppression de la procédure de gestion des non conformités et de la procédure de déclaration de chute 10/12/2012 Actualisation 10/2013 Mise à jour, Formalisation de l'analyse des évènements indésirables
206	CS	Modification du formulaire par l'équipe qualité / gestion des risque
208	CS	Modification afin de faciliter le remplissage et rendre l'outil plus attractif pour les agents
209	CS	Une note explicative a été réalisée
211	CS	au moins 4 modifs, niveaux de criticité ajoutés
212	CSS	Les critères ont été réévalués en fonction des risques énoncés, On parle +d'évènements indésirables et plus de délation On répertorie vraiment ce qui est considéré comme un EI
213	CS	Modification de la présentation du document, (items supplémentaires...) en 2014. Mise à disposition du document sur intranet en 2014.
215	CSS	Il me semble que l'outil a gagné en précision par rapport aux items qui le composent. Je ne crois pas (de mémoire) qu'il y a eu toutefois de modifications profondes. L'évolution paraît essentiellement correspondre au traitement des fiches et aux conduites à tenir associées (Ex. rôle des CREX,...)
217	CS	La maltraitance y a été rajouté
218	CS	Informatisation actuellement
221	CS	Une modification, sur la forme et en version informatique.
222	CS	Nous en sommes à la V9 Evolution de la cellule qualité et mode de gestion, dont la charte de non « sanction » disciplinaire pour les

N° question naire	Fonction	L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ?
		<i>déclarations fin 2013 et d'encouragement à déclarer !</i>
226	CS	<i>Outil un peu moins complexe dans sa conception</i>
227	IDE	<i>Simplification globale avec surtout un gain de temps pour renseigner la fiche de dysfonctionnement</i>
234	IDE	<i>Le nombre de page a diminué, plus facile d'accès, moins compliqué</i>
237	IDE	<i>Facilité d'emploi</i>
241	IDE	<i>Plus simple qu'avant !</i>
247	AS	<i>Avant cela se faisait sur des documents</i>
248	IDE	<i>Une modification qui a rendu l'outil plus simple et plus rapide d'utilisation</i>
249	IDE	<i>Le changement de présentation de la page d'accueil et les formulaires à remplir</i>
250	IDE	<i>Plus rapide, moins compliqué</i>
252	IDE	<i>Tout a changé, tout est simplifié</i>
253	IDE	<i>Plus ciblé, plus facile à remplir, ne nous fait pas perdre beaucoup de temps</i>
254	PUER	<i>Granit simplifié, plus rapide à renseigner</i>
255	IDE	<i>Simplifié. Une seule page sur Granit à remplir avant d'imprimer.</i>
260	IDE	<i>Ne saurais dire le nombre de modifications. Réponse par internet du Granit déclaré</i>
274	IDE	<i>Simplification</i>
287	IDE	<i>Accès plus facile, déroulement des questions de même</i>
291	ASH	<i>Plus facile d'accéder sur GRANIT</i>
316	IDE	<i>Simplifications</i>
318	IDE	<i>Déclaration beaucoup plus simple, plus claire et succincte (gain de temps)</i>
319	IDE	<i>1 modification en 2014 où la déclaration a été modifiée</i>
322	PUER	<i>Présentation</i>
330	PUER	<i>2 ou 3 fois, changement des items à remplir, simplification</i>
331	APUER	<i>Simplification du formulaire</i>
333	PUER	<i>Page d'accueil formulaire</i>
334	APUER	<i>Simplification de l'outil</i>

N° question naire	Fonction	L'outil a-t-il évolué depuis que vous le connaissez ?
337	APUER	A été simplifié, moins compliqué à remplir
338	APUER	simplifié
359	IDE	1 modification, plus simple d'utilisation et surtout plus rapide
360	IDE	Plus rapide qu'au début
361	IDE	Sous items supplémentaires, notion de gravité
363	IDE	Changement de la page d'accueil
366	IDE	1 modification : simplifié
370	IDE	Beaucoup plus facile de manipulation
374	IDE	Beaucoup plus simple d'utilisation
379	IDE	Il y a plus de précisions à apporter
386	IDE	Usage simplifié
391	IDE	Amélioration de la procédure de déclaration
393	IDE	Plus lisible et donc plus facile d'utilisation
399	IDE	1 fois : amélioration du logiciel, plus facilement utilisable
403	AS	Plus simple, moins de questions à remplir, apparition d'items
414	IDE	Format papier à ordinateur
416	IDE	Plus pratique, plus clair, modification de la présentation
419	IDE	Outil informatique simplifié
420	IDE	Plus rapide

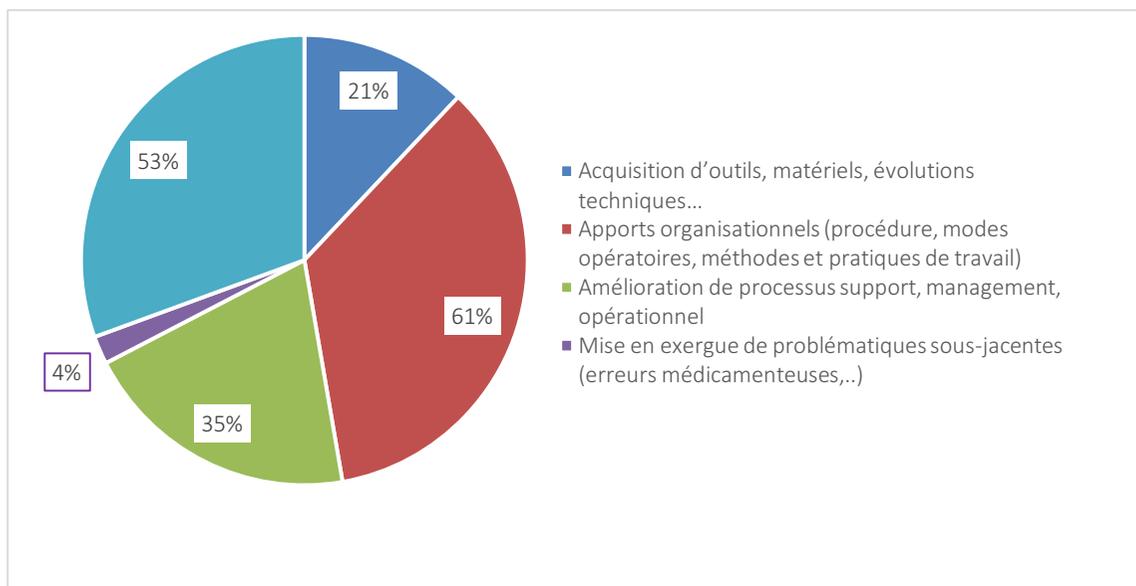
Question : L'utilisation de l'outil a-t-il été source d'innovation pour d'autres pratiques ?

85 répondants soit 20,19% de l'échantillon global dont 68 répondants (80%) hors CHRU

Qualification des répondants :

Fonction	Nombre	Pourcentage/ répondants
Cadres de santé	68	80%
Cadres supérieurs de santé	8	9,41%
Infirmiers	6	7,05%
Aides-soignants	1	1,17%
Puéricultrices	1	1,17%
ASH	1	1,17%

Type d'innovation	Nombre de réponses
Acquisition d'outils, matériels, évolutions techniques...	18
Apports organisationnels (procédure, modes opératoires, méthodes et pratiques de travail)	52
Amélioration de processus support, management, opérationnel	30
Mise en exergue de problématiques sous-jacentes (erreurs médicamenteuses,...)	3
Apports culturels, relationnels (échanges, ouverture, dynamique qualité, formations...)	45



Les innovations apportées par l'outil de déclaration d'événements indésirables sont majoritairement des apports organisationnels (52 réponses) :

- . « Mise en place de protocole sur un aléa thérapeutique (extravasation de perfusion chez un nouveau-né) »
- . « Amélioration des conditions de travail »
- . « Mise en place de quick audit interne et institutionnel en lien avec les EI récurrent »
- . « amélioration du transport des biberons de lait maternel entre la Maternité et la Néonatalogie, uniformisation des chariots d'urgence entre la Néonatalogie et la salle de naissance, amélioration du matériel du chariot de transport néonatal...etc »

La mise en place de ce type d'outil de gestion apporte également selon les personnes interrogées (45 réponses) un décloisonnement entre les services, une meilleure communication et une compréhension des enjeux qualité :

- . « Permet de « dé diaboliser » l'outil GRANIT et de ne plus le voir comme un moyen de délation mais comme un moyen d'améliorer les pratiques professionnelles. »
- . « Nombreux exemples en lien avec une meilleure connaissance de l'origine des dysfonctionnements et une meilleure collaboration entre les unités de soins. »

- . « *Vigilance sur l'utilisation et la maintenance préventive du matériel* »
- . « *Communications inter services et organisation de groupes de travail communs autour d'un dysfonctionnement évoqué dans la déclaration d'un événement indésirable.* »
- . « *Ouverture du dialogue avec d'autres corps de métiers pour des améliorations matérielles, « techniques » par exemple* »
- . « *Permet un recoupement et une vision plus élargi des pratiques de chacun par la visibilité des contraintes et possibilité des différents acteurs.* »
- . « *Recherche d'amélioration des pratiques professionnelles et organisationnelles inter service* »
- . « *Mise en place de procédures de fonctionnement inter-professionnel pour éviter des événements indésirables, des rencontres inter services pour améliorer la coordination ...* »
- . « *Formations internes* »
- . « *Lien entre besoins de formation et gestion d'événements indésirables tels que gestion de l'agressivité-violence* »

Les répondants (30 réponses) font également part d'une amélioration des processus opérationnels, de management, soutien ou de prise en charge :

- . « *Amélioration du parcours patient* »
- . « *Amélioration du circuit du médicament* »
- . « *Permet d'améliorer la qualité de prise en charge des patients* »
- . « *Evolution des organisations et des pratiques* »
- . « *Mise en œuvre de groupes de travail sur les valeurs, amélioration des pratiques...* »
- . « *Décloisonnement des services et analyse sur une logique de circuit patient* »
- . « *La déclaration des reports d'admission à J0 couplée avec des indicateurs et une réduction de la DMS⁶ a permis l'augmentation du capacitaire en secteur conventionnel et donc une réorganisation complète du service : organisation de travail, formation des nouveaux arrivants spécifique à la spécialité, aspect logistique, programmation des séjours...* »
- . « *Réorganisation du brancardage, Organisation des consultations externes* »
- . « *A permis d'adopter une certaine réflexivité sur les difficultés rencontrées par les agents* »

L'utilisation de l'outil de déclaration d'événement indésirable permet également l'acquisition de nouveaux matériels ou des évolutions techniques (18 réponses) :

- . « *Achat de mobilier ergonomique, sécurisation des rangements en hauteur...* »

⁶ DMS : Durée moyenne de séjour

- . « Changement des auto-piqueurs »
- . « Modification de l'outil achat de matériel »
- . « Tubulures à perfusion »
- . « A l'origine de la création d'ATI (atelier de technique d'irradiation) en radiothérapie »

N° question naire	Fonction	L'utilisation de l'outil a-t-il été source d'innovation pour d'autres pratiques ?
4	CS	Changement d'un type de tube de prélèvement pour supprimer une non-conformité de délai d'acheminement. Systématisation de l'appel au service prescripteur en cas de mauvais routage d'un prélèvement avec indication des différentes conduites à tenir possibles : choix laissé à l'initiative du service prescripteur.
7	CS	Pour des dysfonctionnements itératifs, cela a permis de définir des pistes et axes d'amélioration.
10	CS	L'outil a été simplifié dans la forme ; la déclaration est plus simple et plus rapide
11	CS	Déclaration d'erreurs médicamenteuses qui étaient souvent tues, sont maintenant déclarées
17	CS	Développement global de la démarche qualité. Ouverture vers les autres services, échanges, réflexion.
23	CS	Oui dans le cadre du CREX dont c'est l'outil de réflexion principal.
25	CS	Amélioration DXcare- amélioration du fonctionnement des Pockets- Procédure de détermination des Groupe sanguin-
30	CS	Pour des analyses en équipe, pour des retours d'expérience, pour des corrections de pratiques
32	CS	EPP ⁷ ; RMM
37	CS	A permis d'améliorer le support de prescription chimio (problème informatique)
54	CS	Mise en place d'un CREX médicament (au niveau institutionnel) qui permet d'analyser les événements signalés, d'améliorer les pratiques et d'avoir des échanges entre professionnels et services. Par ailleurs, ce CREX permet de « dé diaboliser » l'outil GRANIT et de ne plus le voir comme un moyen de délation mais comme un moyen d'améliorer les pratiques professionnelles.

7 EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

StatistiquesSPSS-Questions Ouvertes

N° question naire	Fonction	L'utilisation de l'outil a-t-il été source d'innovation pour d'autres pratiques ?
57	CS	Nouvelle pratique de dématérialisation des données comme pour le DPI, PHARMA, résultat bilans sanguins
59	CS	Fiche de réclamation : créée pour suppléer à GRANIT en intra pôle laboratoire et pour répertorier les réclamations des autres services nécessitant ou ne nécessitant pas de GRANIT, utilisation de ces fiches : quand il n'y a pas d'impact sur le parcours patient ou sur les soins du patient lui-même, quand il est constaté un problème technique ou de réactif pouvant avoir des effets sur la qualité des résultats de laboratoire, voir « medocs labo210-form-0080 »
63	CSS	RMM ⁸
64	CSS	Mise en place de CREX suite à la déclaration d'EI par exemple
70	CSS	Rédaction de procédures institutionnelles Mise en place d'un CREX institutionnel médicament
74	CSS	Analyse des causes profondes
HORS CHRU		
78	CSS	Chutes sur sol mouillé => repenser le protocole de lavage des sols non restitution des médicaments personnels lors d'une hospitalisation => proposition d'écrire une procédure fugue de patients en SPDT ou SPDRE => amélioration de la sécurité des extérieurs pour prévenir les possibilités de fugue.
80	CSS	mise en place de groupes de travail : CREX, EPP, sur des thématiques particulières avec des analyses de pratiques, de processus et élaboration de procédures ou mode opératoires
85	CS	A permis de rebondir sur les autres outils qualité comme les CREX à partir de la FEI.
87	CS	Concernant la déclaration des chutes un document spécifique a été créé il est évalué à part des autres FEI. Une EPP chute et contention est mise en place.
89	CS	Déclaration des actes de violence
91	CS	Mise en place de CREX dans les unités. Mise en place d'EPP en lien avec des événements récurrents
93	CS	Suite aux FSEI nous avons mis en place un certain nombre de do-list ou check list qui permettent de lisser les

⁸ RMM : Revue Mortalité-Morbidité

N° question naire	Fonction	L'utilisation de l'outil a-t-il été source d'innovation pour d'autres pratiques ?
		<i>pratiques et d'améliorer la fiabilité des pratiques ; nous avons mis en place des contrôles de salles en arrivant le matin plus importants Nous avons écrits de modes opératoires manquants aux bonnes pratiques Mis en place des CREX dans les services Réalisé des audits et des EPP suite à des signalements qui nous avaient interpellés Réglé un grand nombre de litiges entre les équipes Formalisés des fonctionnements qui ne l'étaient pas (appels des astreintes) Et beaucoup de choses que j'oublie car nous avons en moyenne deux actions par mois ce qui est très important au bout du compte depuis toutes ces années</i>
95	CS	<i>Suite aux dysfonctionnements révélés par les Fiche de signalement des évènements indésirables, il y eu : Création d'une fiche de signalement maltraitance Création de fiche de suivi des repas livrés Création de fiche de sorties Rédaction de divers protocoles Mise en place d'un badgeage ...etc.. je ne sais plus ce que nous avons mis d'autres en place mais certainement d'autres choses. Comme tu l'as compris on appelle cette déclaration « fiche de signalement des évènements indésirables. C'est un outil très pratique utilisé fréquemment par les équipes.</i>
97	CS	<i>Analyse des FEI en CREX commun par l'équipe d'hospitalisation et le plateau technique : amélioration du parcours patient</i>
99	CS	<i>Il ne s'agit pas à proprement parler d'innovation mais d'évolution des organisations et des pratiques. La déclaration des reports d'admission à J0 couplée avec des indicateurs et une réduction de la DMS⁹ a permis l'augmentation du capacitaire en secteur conventionnel et donc une réorganisation complète du service : organisation de travail, formation des nouveaux arrivants spécifique à la spécialité, aspect logistique, programmation des séjours... La déclaration des prises en charge (PEC) nécessitant un secteur protégé mais réalisées en secteur</i>

⁹ DMS : Durée moyenne de séjour

N° questionnaire	Fonction	L'utilisation de l'outil a-t-il été source d'innovation pour d'autres pratiques ?
		<i>conventionnel par manque de lits de soins intensifs d'hématologie a permis d'argumenter un projet de labellisation de 3 lits supplémentaires par l'ARS¹⁰ (amélioration de la PEC et augmentation de la valorisation de l'activité)</i>
102	CS	<i>Fiches de non-conformités, Fiches de réclamation</i>
104	CS	<i>Réorganisation du brancardage Programmation d'examen Organisation des consultations externes Mise en place de protocole sur un aléa thérapeutique (extravasation de perfusion chez un nouveau-né)</i>
105	CS	<i>Evolution de certaines organisations Mise en place de protocoles, procédure</i>
107	CS	<i>-Problèmes récurrents des médicaments délivrés en glacière car +2 +8 et retour des glacières avec les produits dedans !! procédures ont été rédigées /modalités de délivrance : prise en compte des glacières dans les services.... -Dysfonctionnements dans la gestion des DMI¹¹ : problèmes de gestion entre BLOC et PUI¹² !!une nouvelle gestion des stocks est en place au bloc et dans la PUI. -DJIN¹³ : erreurs des PPH¹⁴ : / modalité des pratiques ont été modifiées..../ contrôles en place</i>
108	CS	<i>Pour les contentions, audit de pratique et mise en place d'une feuille de prescription plus adaptée et détaillée</i>
109	CS	<i>Elaboration d'une FEI spécifique aux Chutes Etude des FEI en COVIR¹⁵ dans le cadre des AT et AES¹⁶ Utilisation des FEI dans le cadre de la RMM du CREX.</i>
113	CS	<i>Amélioration des conditions de travail</i>

¹⁰ ARS : Agence Régionale de Santé

¹¹ DMI : Dispositifs Médicaux Implantables

¹² PUI : Pharmacie à Usage Interne

¹³ DJIN : Dispositif Journalier Individuel et Nominatif

¹⁴ PPH : Préparateurs en Pharmacie

¹⁵ COVIR : Comité des vigilances et des risques

¹⁶ AES : Accidents par Exposition au Sang

N° question naire	Fonction	L'utilisation de l'outil a-t-il été source d'innovation pour d'autres pratiques ?
		<ul style="list-style-type: none"> - magasin pharma : achat de mobilier ergonomique, sécurisation des rangements en hauteur..... Sécurisation du circuit du médicament Gestion informatisée des médicaments stupéfiants
114	CS	Fiche d'évènement indésirable utilisée parfois pour réaliser des CREX
116	CS	Mise en place de quick audit interne et institutionnel en lien avec les EI récurrent Décloisonnement des services et analyse sur une logique de circuit patient
117	CS	Amélioration de la qualité de vie, amélioration des conditions de travail
119	CS	Les FSEI ont permis de construire et d'alimenter les CREX
124	CS	Réorganisation des locaux, amélioration du circuit du médicament, identifier les vigilances (materio, identito, reacto, hemo...)
125	CS	Circuit du médicament = <ul style="list-style-type: none"> - apposition étiquette patient sur toutes les perfusions, - évolution de notre logiciel prescription médicamenteuse suite à des erreurs (prescription et administration) Formations internes : itinéraire qualité (présentation d'un thème particulier et description des contraintes des différents acteurs de soins)
126	CS	Création d'une fiche d'évènement indésirable spécifique aux Chutes Utilisation au COVIR pour faire le point sur les AT & AES Élément à part entière dans la création des fiches RMM du CREX, notamment pour le suivi des erreurs médicamenteuses.
130	CS	CREX erreurs médicamenteuses
131	CS	Une fiche similaire a été créée pour la déclaration des chutes de patient
132	CS	Sécurisation du rangement des dossiers patient pour le bloc, création d'une check-list de validation de la préparation du dossier patient, protocole de préparation des dossiers pour le bloc, amélioration de l'installation des enfants pour une cystographie, amélioration du transport des biberons de lait maternel entre la Maternité et la Néonatalogie, uniformisation des chariots d'urgence entre la Néonatalogie et la salle de naissance, amélioration du matériel du chariot de transport néonatal...etc Nombreux exemples en lien avec une meilleure connaissance de l'origine des dysfonctionnements et une

N° questionnaire	Fonction	L'utilisation de l'outil a-t-il été source d'innovation pour d'autres pratiques ?
		<i>meilleure collaboration entre les unités de soins.</i>
133	CS	<i>Pour certains dispositifs médicaux</i>
134	CS	<i>Il permet de suivre des indicateurs (chute, escarre)</i>
136	CS	<i>Utilisation de l'outil informatique</i>
140	CS	<i>A l'origine de la création d'ATI (atelier de technique d'irradiation) en radiothérapie Élément de construction pour mettre en place une AMDEC¹⁷ (médecine nucléaire) Appui pour l'élaboration du compte qualité</i>
143	CS	<i>Circuit du médicament</i>
147	CS	<i>Réorganisation du circuit du médicament en EHPAD¹⁸</i>
150	CS	<i>Elaboration de protocoles de prise en charge de patients et amélioration de cette prise en charge Respect de l'exhaustivité du contenu du dossier patient Vigilance sur l'utilisation et la maintenance préventive du matériel Communications inter services et organisation de groupes de travail communs autour d'un dysfonctionnement évoqué dans la déclaration d'un évènement indésirable.</i>
158	CS	<i>- Lien entre besoins de formation et gestion d'événements indésirables tels que gestion de l'agressivité-violence ; Ouverture du dialogue avec d'autres corps de métiers pour des améliorations matérielles, « techniques » par exemple</i>
160	CS	<i>Mise en œuvre de groupes de travail sur les valeurs, amélioration des pratiques...</i>
161	CS	<i>Exploitation dans les CREX</i>
162	CS	<i>Pas d'exemple précis à donner mais permet un recoupement et une vision plus élargi des pratiques de chacun par la visibilité des contraintes et possibilité des différents acteurs. Coordination accrue avec les possibilités de chacun</i>
171	CS	<i>Modification d'organisation sur la distribution des médicaments dans le cadre d'une erreur sur le circuit du</i>

¹⁷ AMDEC : Analyse des modes de défaillances de leurs effets et de leurs criticités

¹⁸ EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

N° question naire	Fonction	L'utilisation de l'outil a-t-il été source d'innovation pour d'autres pratiques ?
		<p>médicament</p> <p>Concernant les FEI transport mise en place de réunions avec le prestataire type CREX</p>
173	CS	<p>Je ne sais pas si on peut parler d'innovation mais la déclaration des évènements indésirables comme les chutes a entraîné une remise en question des pratiques : la déclaration nécessite d'indiquer le « score de risque » de chute calculé, selon le protocole en vigueur dans le service dès l'admission du patient. Or, les soignants étaient peu sensibilisés à cette évaluation. Après avoir déclaré plusieurs chutes, les bonnes pratiques se sont diffusées au sein de l'équipe.</p> <p>Il en va de même pour les vigilances : pharmacovigilance. Après avoir intégré l'importance de déclarer des évènements indésirables tels que la réception de médicaments non commandés, les soignants ont davantage respecté les procédures de réception, contrôle, vérification et commande des produits médicamenteux.</p>
174	CS	<p>Mise en place de formation (OMEGA par exemple)</p> <p>Rédaction et mise en place de nouvelles procédures</p>
178	CS	<p>Déclaration des incidents pharmaceutiques, biomédicaux,... Recherche d'amélioration des pratiques professionnelles et organisationnelles inter service</p>
180	CS	<p>A permis d'adopter une certaine réflexivité sur les difficultés rencontrées par les agents. De permettre ainsi une communication et une écoute plus actives.</p>
182	CS	<p>Gestion des risques</p> <p>Satisfaction du patient</p>
188	CS	<p>La mise en place de CREX, pour les évènements indésirables à risque faible</p>
189	CS	<p>Utilisation plus générale de l'outil informatique : labo, demandes de convalescence ...</p>
192	CS	<p>Une patiente allergique au latex admise au bloc opératoire pour césarienne en urgence a été sondée avec une sonde urinaire en latex alors que toute l'équipe présente en salle avait connaissance de cette allergie. Le geste n'a pas eu de conséquences pour la patiente. Les mesures prises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - retrait des sondes urinaires en latex de la salle de césarienne <p>décision d'éviction systématique de tout matériel à base de latex pour les césariennes urgentes (rédaction de nouveaux protocoles)</p>
193	CS	<p>Mise en place du comité de retour d'expérience pour traiter les incidents liés aux médicaments puis à tous les soins .</p>

N° question naire	Fonction	L'utilisation de l'outil a-t-il été source d'innovation pour d'autres pratiques ?
198	CS	Suite à un problème de calcul de dose lors de l'utilisation d'un PSE ¹⁹ révélé dans une déclaration d'évènement indésirable, nous avons élaboré un protocole de soins sur l'utilisation du PSE. Suite à des problèmes de stupéfiants : réunion pour trouver une amélioration dans la gestion des stupéfiants
202	CS	L'utilisation des FSEI a permis de faire émerger des problèmes en particulier en ce qui concerne le matériel et a dans ce sens permis l'amélioration des pratiques professionnelles, la qualité et la sécurité des soins.
203	CS	- Amélioration des transmissions interdisciplinaire dans le dossier de soin - Modification de l'outil achat de matériel Mise en place de référents « ergomotricité » dans les différents services de l'établissement
205	CS	Entretien du linge personnel et professionnel – Changement des auto-piqueurs – aiguille de Huber – Communication et information avec les familles des résidents d'EHPAD – aménagement de locaux
210	CS	C'est un reflexe qui est repris concernant d'autres pratiques. Il a permis aux personnes d'être actrices dans leurs fonctions
212	CSS	Mise en place de CREX qui permet de revoir sa pratique, de mettre en évidence les erreurs commises et de les corriger , de permettre aux équipes de se rencontrer et de partager ensemble , mise en place d'EPP, de nouvelles procédures
214	CS	Mettre en place des procédures de fonctionnement inter-professionnel pour éviter des évènements indésirables, des rencontres inter services pour améliorer la coordination ...
216	CS	Eviter les Erreurs médicamenteuses à cause du DPI
217	CS	Erreurs médicamenteuses → CREX → formation chambre des erreurs
219	CSS	Exemple d'un CREX dans l'un des unités du pôle qui a permis de préciser et développer d'autres pratiques.
221	CS	Mise en place de CREX
222	CS	Innovation pour déclencher un CREX Aider pour la légitimité de certains items ou mise en place dans les EPP Innovation dans La lisibilité des risques et recherches d'axes d'améliorations

19 PSE : Pousse Seringue Electrique

StatistiquesSPSS-Questions Ouvertes

N° question naire	Fonction	L'utilisation de l'outil a-t-il été source d'innovation pour d'autres pratiques ?
		<i>Plus proche de la cellule qualité et mises en réflexions inter services</i>
252	IDE	<i>Les insulines sont désormais mises dans chaque casier de patient</i>
256	IDE	<i>Certification, EPP, gestion des risques professionnels</i>
298	PUER	<i>Analyse en CREX : amélioration des pratiques</i>
357	AS	<i>Manque de matériels, violence</i>
363	IDE	<i>Permet d'améliorer la qualité de prise en charge des patients, est un moyen pour les soignants de se protéger vis-à-vis de leur prise en charge des patients</i>
367	IDE	<i>Utile de savoir les erreurs que l'on ne doit plus commettre (ex : retour de blanchisserie : linge détérioré avec verre brisé...)</i>
387	IDE	<i>Permet de faire remonter quelques dysfonctionnements</i>
401	ASH	<i>Améliorer le quotidien du travail</i>
414	IDE	<i>Tubulures à perfusion</i>

SUIVI TRAVAUX EVOLUTION GRANIT V6 MISE EN PLACE LE 28 OCTOBRE 2013

Date de la demande	Problématique	Objectif	Action	Responsable	Echéance	En cours
02/12/2013	La fiche mission des gestionnaires de risques doit englober la problématique de la coordination avec les prestataires (idem méthode mise en place par Marie- T pour les évènements laboratoire ; exemple les problèmes de transport)	Eclairer les gestionnaires dans leurs missions transversales	Mettre à jour la fiche mission des gestionnaires de risques - Pour les vigilants ok / pour les gestionnaires de risque sinon de cellule de veille		31/12/2013	En cours
02/12/2013	Les notifiants ont la possibilité d'envoyer un mail à la cellule de veille pour signaler un incident fonctionnel. La cellule de veille doit tenir un tableau de suivi de ces demandes pour une évaluation.	Évaluer les dysfonctionnements fonctionnels (connaître les soucis rencontrés par les notifiants, les mesurer...).	Elaborer un tableau Excel des dysfonctionnements fonctionnels et le maintenir via les messages adressés à la BAL Cellule Veille par les notifiants.		31/12/2013	Non débuté
		Evaluer les dysfonctionnements techniques	Communiquer mensuellement les chiffres de la DSI (appel centre de service pour dysfonctionnement granit)		31/12/2013	Non débuté
			Intégrer ces chiffres dans le tableau global		31/12/2013	Non débuté
02/12/2013	Les gestionnaires peuvent aussi s'adresser à la cellule de veille pour les incidents qu'ils rencontrent ainsi que les demandes éventuelles d'amélioration souhaitées. Ces demandes doivent également faire l'objet d'un suivi.	Améliorer l'outil Granit.	Elaborer un tableau Excel des améliorations proposées et le maintenir via les messages adressés à la BAL Cellule Veille par les gestionnaires de risque.		31/12/2013	Non débuté
			Intégrer les demandes faites directement à		31/12/2013	Non débuté
02/12/2013	Actualiser les listes de relances dans la nouvelle version V6. Ces listes sont vides à ce jour	Continuer à relancer les gestionnaires			15/12/2013	Non débuté
02/12/2013	Actualiser la liste des EIG dans la nouvelle version V6. Ces listes sont vides à ce jour.	Continuer à surveiller les EIG pour remontée éventuelle en Cellule d'Analyse				Réalisé
02/12/2013	Élaborer une tutorial pour notifier.	Aider les notifiants à faire leur	Ecrire ce tutorial.		10/12/2013	Réalisé



SUIVI TRAVAUX EVOLUTION GRANIT V6 MISE EN PLACE LE 28 OCTOBRE 2013

Date de la demande	Problématique	Objectif	Action	Responsable	Echéance	En cours
		déclaration dans Granit.	Mettre à disposition ce tutorial dans l'aide en ligne du portail.		15/12/2013	Non débuté
02/12/2013	Avoir un synopsis des cas de demandes de rapport circonstancié (DAJ, DS...) et élaborer un logigramme des circonstances dans lesquelles un rapport est nécessaire. Bien expliquer le devenir de ces rapports et les actions à mettre en place à plus ou moins long terme.	Aider les cadres de santé dans l'élaboration des rapports circonstanciés en cas d'incident	Ecrire ce logigramme		04/12/2013	En cours
02/12/2013	Proposer un modèle de rapport circonstancié qui pourra être mis dans (et dans la BOC: s de soins)	Elaborer un rapport circonstancié type pour le CH Rappeler aux cadres interrogés pour des informations complémentaires, la mise à disposition d'un rapport type consultable et recopiable sur leur espace personnel Rendre possible l'envoi d'un document en cas de réponse d'un cadre à une demande d'informations complémentaires.	Mettre un lien vers au moment de la demande d'informations complémentaires Rendre possible l'ouverture d'un lien vers un fichier attaché au moment de répondre à une demande d'informations complémentaires		04/12/2013	En cours
02/12/2013	Élaborer un tutorial pour traiter un évènement indésirable.	Aider les gestionnaires de risque dans la prise en charge de leurs notifications	Ecrire ce tutorial. Mettre à disposition ce tutorial dans l'aide en ligne du portail.	L	10/12/2013 15/12/2013	Réalisé Non débuté
02/12/2013	Les mails adressés aux différentes étapes (workflows) aux notifiants, gestionnaires et cadres contactés répondent à un standard Ennov. Dans la mesure du possible, ils doivent être améliorés et personnalisés à chaque étape.	Améliorer la compréhension des mails granit à l'ensemble des acteurs de l'outil	Faire une proposition de mails adaptés aux différentes étapes de prise ne charge d'une notification Intégrer les textes proposés dans l'outil	L	E	Réalisé Non débuté

SUIVI TRAVAUX EVOLUTION GRANIT V6 MISE EN PLACE LE 28 OCTOBRE 2013

Date de la demande	Problématique	Objectif	Action	Responsable	Echéance	En cours
02/12/2013	Les notifications faites en formation sont numérotées à la suite des notifications réelles et sont dans la base production. On ne les distingue que par l'objet du mail Ennov : Notification simple formation - EI.... Elles ne doivent pas être prises en compte à des fins de suivi d'actions et de statistiques	Epurer les événements concernés				Non débuté
02/12/2013	Contrôler la présence obligatoire du titre d'une notification	Améliorer l'exhaustivité des informations saisies	Ajouter un contrôle obligatoire de la saisie du titre			En cours
02/12/2013	Interdire la saisie d'une date de notification postérieure à la date du jour.	Améliorer l'exhaustivité des informations saisies	Etudier la possibilité d'ajouter un contrôle obligatoire de la date saisie par le calendrier			En cours
02/12/2013	L'intitulé « Type de victime : » de la notification apparaît avec une erreur d'orthographe à l'étape Cellule Veille et les suivantes : « Type de vitimes : »	Supprimer les erreurs d'orthographe	Corriger l'erreur d'orthographe		01/12/2013	Réalisé
02/12/2013	Les notifiants oublient de stipuler les données du patient (nom, prénom, date de naissance) en cas de chute	Optimiser le recueil des informations utiles	Ajouter dans le formulaire au niveau du type de victime, une ligne précisant : "Si la victime est un patient, merci de compléter les données ci-dessous :"		01/12/2013	Réalisé
02/12/2013	Dans l'aide en ligne de la rubrique Gravité, remplacer au niveau 4 – Gravité très importante, Diagnostic par Pronostic (demande du Dr	Supprimer les erreurs dans l'utilisation des termes	Corriger l'erreur de notion médicale		01/12/2013	Réalisé
02/12/2013	Supprimer les boutons « Actions » et « Commenter »	Empêcher l'accès à ces boutons par les gestionnaires à l'exception du bouton « Actions » utile à l'administrateur	Etudier la possibilité de supprimer ces boutons - Faire appel si besoin à un technicien			Non débuté
02/12/2013	Supprimer l'onglet « Document ».	Empêcher l'accès à ces actions inutiles dans la V6	Etudier la possibilité de supprimer cet onglet - Faire appel si besoin à un technicien Point complexe voire impossible			Non débuté

SUIVI TRAVAUX EVOLUTION GRANIT V6 MISE EN PLACE LE 28 OCTOBRE 2013

www.chu-nancy.fr

Date de la demande	Problématique	Objectif	Action	Responsable	Echéance	En cours
02/12/2013	Rapprocher le bouton d'aide de la rubrique Gravité.	Rendre plus accessible le bouton d'aide				Réalisé
02/12/2013	Rendre obligatoire le fait de choisir un autre destinataire que "destinataire à choisir"	Eviter de bloquer la notification.	Didier Romain veille sur les notifications en question pour les réorienter au gestionnaire			Non débuté
02/12/2013	Pouvoir envoyer un demande d'information complémentaire à plusieurs personnes (demande de		Etudier cette possibilité (limiter à 2,3 ... Personnes) Point complexe			Non débuté
02/12/2013	Conserver l'historique des questions – réponses des demandes successives d'informations complémentaires.	Faciliter le travail des gestionnaires en visualisant l'ensemble des demandes et des réponses faites successivement sur une notification	Etudier cette possibilité (recréer les sous process fiche actions...) Point complexe - Autre possibilité avec un champ texte implémenté au fur et à mesure			Non débuté
02/12/2013	Élaborer une relance automatique (à J+7) aux personnes ayant été contactées par les gestionnaires via une demande d'informations complémentaires et n'ayant pas encore répondu.	Eviter de bloquer indéfiniment ces notifications auprès des personnes interrogées via Granit.	Expérimenter cette relance pour les chutes		15/12/2013	En cours
			L'étendre aux notifications de tout type		15/01/2014	Non débuté
02/12/2013	Ajouter le titre de la notification (demande de ↓) dans la vue. En règle générale, toutes les vues sont à revoir dans leur présentation.	Améliorer la prise en charge des déclarations à traiter par les gestionnaires de risque (y compris la Cellule de Veille).	Faire une proposition de vues adaptées aux notifiants, gestionnaires et administrateurs (se référer au document onglet "VUES").		01/12/2013	En cours
			Intégrer les propositions des vues dans Granit.			Non débuté
02/12/2013	Une fois la notification prise en charge par un membre d'un groupe de gestionnaires de risques, rendre possible la lecture de cette notification par tous les autres membres du groupe (demande de ↯).	Rendre accessible en lecture les notifications d'un groupe de gestionnaires à l'ensemble de ces membres.	Etudier cette possibilité - Faire appel si besoin à un technicien Point complexe voire impossible problème de confidentialité			Non débuté

SUIVI TRAVAUX EVOLUTION GRANIT V6 MISE EN PLACE LE 28 OCTOBRE 2013

Date de la demande	Problématique	Objectif	Action	Responsable	Echéance	En cours
02/12/2013	Les chutes sont à envoyer directement aux gestionnaires sans passer par la Cellule de Veille	Supprimer la réorientation systématique des chutes par la Cellule de Veille	Faire parvenir directement aux gestionnaires les notifications de type "Chute d'un patient"		01/12/2013	Réalisé
02/12/2013	La Boîte aux Lettres Cellule Veille ne fonctionne pas efficacement	Améliorer l'efficacité de la Cellule de Veille	Faire parvenir directement dans la boîte de réception de la BAL Cellule Veille les notifications adressées à la Cellule de veille			Non débuté
			Archiver automatiquement les mails envoyés depuis la BAL Cellule Veille dans le sous répertoire "Eléments envoyés" de cette BAL			Non débuté
			Archiver automatiquement les mails supprimés depuis la BAL Cellule Veille dans le sous répertoire "Eléments supprimés" de cette BAL			Non débuté
02/12/2013:	Blanchisserie) ne reçoit pas les notifications "Linge" sur son adresse messagerie blanchisserie service clients : cli r		Permettre d'utiliser dans le paramétrage des gestionnaires l'adresse client			Réalisé

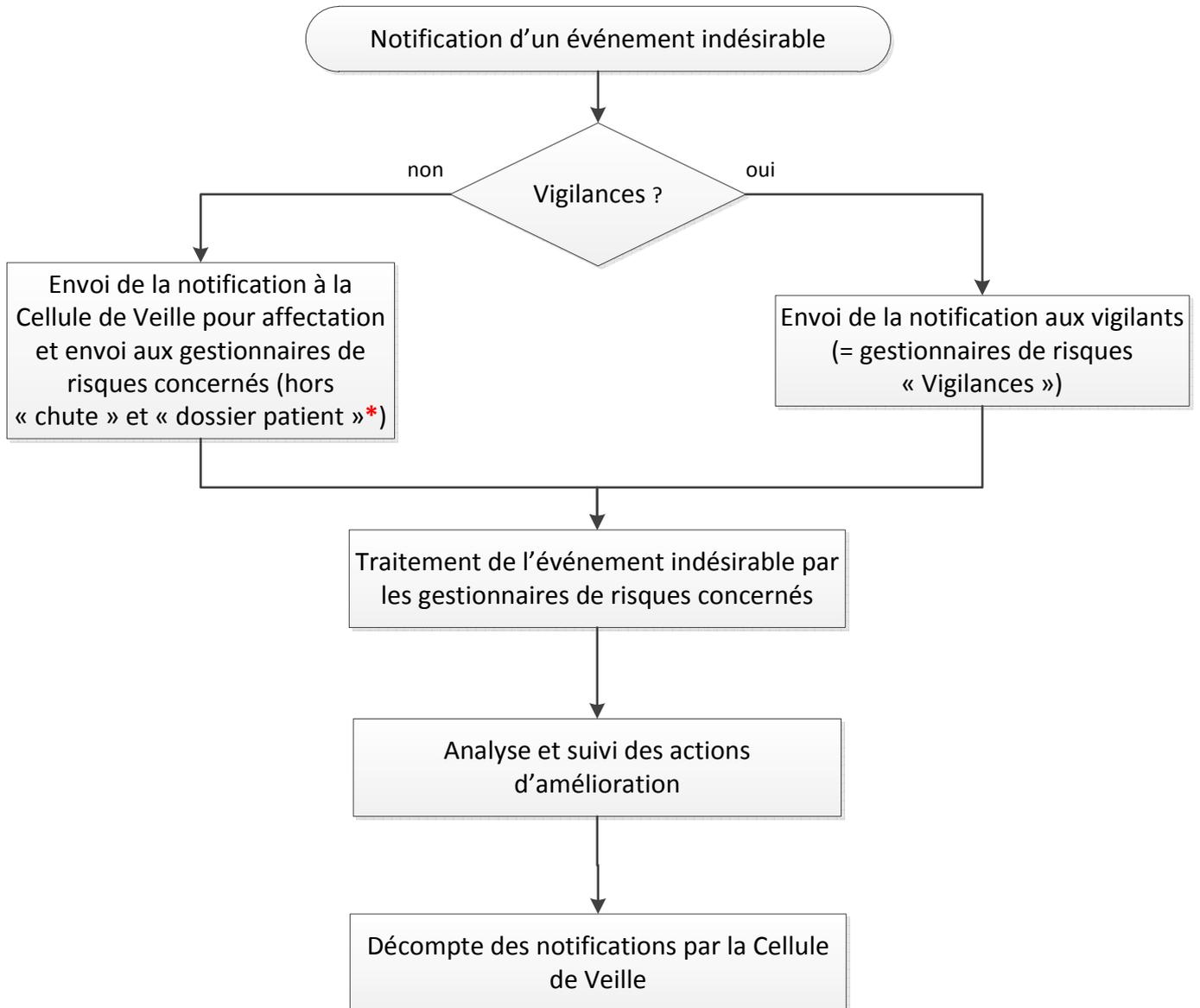
SUIVI TRAVAUX EVOLUTION GRANIT V6 MISE EN PLACE LE 28 OCTOBRE 2013

Date de la demande	Problématique	Objectif	Action	Responsable	Echéance	En cours	
02/12/2013	Ajouter dans les tableaux de bord mensuels la répartition mensuelle des notifications par famille : - Activités médicales et/ou liées aux soins - Chute d'un patient - Prise en charge médicamenteuse - Prestations et logistiques - Risque général et environnement - Risques professionnels - Vigilances - Autres évènements	Adapter les tableaux de bord mensuels à la nouvelle cartographie des risques	Mettre à disposition ces chiffres en début de mois.			En cours	
			Les intégrer dans les tableaux de bord.			En cours	
02/12/2013	Les tableaux de bord doivent tenir compte du changement de version au 28 octobre 2013. Le détail donné <u>par type d'évènements parmi les évènements liés aux soins</u> doit être revu.	Faire coïncider les deux cartographies (V5 et V6) dans les tableaux de bord.	Détailler les chiffres au plus fin par type d'évènements.			En cours	
			Mettre à disposition ces chiffres en début de mois .				
			Donner les règles de regroupement opéré dans la V5.			25/11/213	Réalisé
			Elaborer un tableau de correspondance de ces chiffres entre la V5 et la V6 et appliquer ce tableau dans les tableaux de bords mensuels.				En cours
			Elaborer le tableau de bord d'octobre 2013 (période charnière entre la V5 et la V6)				Réalisé
	Etudier la possibilité de transmettre les chiffres d'octobre 2013 avant la V6						
	Intégrer les chiffres d'octobre 2013 dans la base de recueil des données statistiques				Non débuté		
	Elaborer les tableaux de bord nouvelle version V6		Mette à jour la base de recueil des données statistiques			En cours	

SUIVI TRAVAUX EVOLUTION GRANIT V6 MISE EN PLACE LE 28 OCTOBRE 2013

Date de la demande	Problématique	Objectif	Action	Responsable	Echéance	En cours
02/12/2013	Chaque notification doit faire l'objet d'une réponse au notifiant. L'ensemble du personnel ne dispose pas d'une messagerie Outlook. Aussi, si un agent n'a pas accès à une messagerie Outlook, il ne peut pas recevoir de message des gestionnaires.	Améliorer l'accessibilité à l'outil Granit.	Informer le personnel (dépourvu de messagerie électronique de se connecter sous sa propre session au portail Granit (via le tutorial et les formations des CSS dans les pôles)			Non débuté
		Améliorer la prise en charge des notifications par les gestionnaires et le suivi auprès des notifiants.	Envisager à l'avenir des réponses semi-automatiques selon la criticité mise par le gestionnaire.			Non débuté
02/12/2013	Les gestionnaires de risques proposent des actions d'améliorations qui doivent faire l'objet d'une synthèse et d'une validation en Cellule d'Analyse	Suivre les actions proposées par les gestionnaires de risque.	Etudier la possibilité d'utilisation de mot-clés (pouvant servir de recherche comme ceux utilisés dans le titre pour les laboratoires)			Non débuté
			Établir une priorité dans ce suivi pour les notifications ayant une criticité élevée.			Non débuté
	Le module Statistiques est sous employé à ce jour	Pouvoir se familiariser avec l'outil Statistiques proposé par Ennov V6	Etudier la possibilité de recevoir une formation interne Ennov		sept-14	Non débuté
02/12/2013	La version V6.6 est annoncée en 2014	Etudier la possibilité de migrer (aménagement sur le plan technique, outil statistique plus performant payant?..)			sept-14	Non débuté
05/12/2013	Possibilité de lier une notification à une autre ou à un dossier existant (demande O Agulles)	Lier des EI entre eux ou à un dossier	Ajouter cette fonctionnalité qui existait en V5			Réalisé
05/12/2013	Les gestionnaires de risques souhaitent disposer de statistiques concernant les EI qu'ils traitent avec un classement pas sous	Obtenir un classification des types EI afin d'en faire ressortir des statistiques qualitatifs	Créer un champ libre dans la partie "traitement" par le gestionnaire afin qu'il puisse saisir des sous catégories d'EI			
11/12/2013	La notice d'utilisation à destination des gestionnaires de risque n'a pas d'emplacement prévu sur le portail	Avoir un emplacement où mettre la notice d'utilisation à destination des gestionnaires	Ajouter une question "Comment traiter ?" sur la page d'accueil de GRANIT			Non débuté
16/11/2013	Des notifications nouvelles sont produites dans GRANIT avec l'ancienne version et sont envoyées aux anciens membres de la cellule de veille.	Ne plus pouvoir accéder à l'ancienne version de GRANIT	Supprimer les accès à l'ancienne version de GRANIT			Non débuté

Que devient ma notification d'événement indésirable ?



* Les notifications concernant les chutes et les dossiers patients sont envoyées directement aux gestionnaires de risques concernés

	Guide	
	Notice d'aide à l'utilisation de GRANIT à destination des notifiants	
	Version 1	
	Applicable le : 06/01/2014	
Rédaction	Vérification	Approbation

Sommaire

1. Identification et accès à GRANIT	2
2. Le portail GRANIT	4
2.1. Notifier.....	4
2.2. Aide en ligne	4
2.3. Navigateur.....	4
3. Navigateur	5
3.1. Notifications	6
3.2. Documents en cours par type	6
3.3. Documents en cours par statut.....	7
3.4. Mes notifications à traiter.....	7
4. Notifier	8
4.1. Accéder au formulaire	8
4.2. Compléter le formulaire.....	9
4.3. Enregistrer et envoyer le formulaire.....	11
4.4. Demande d'informations complémentaires	12
4.5. Clôture de la notification	14
5. En cas de problème	14

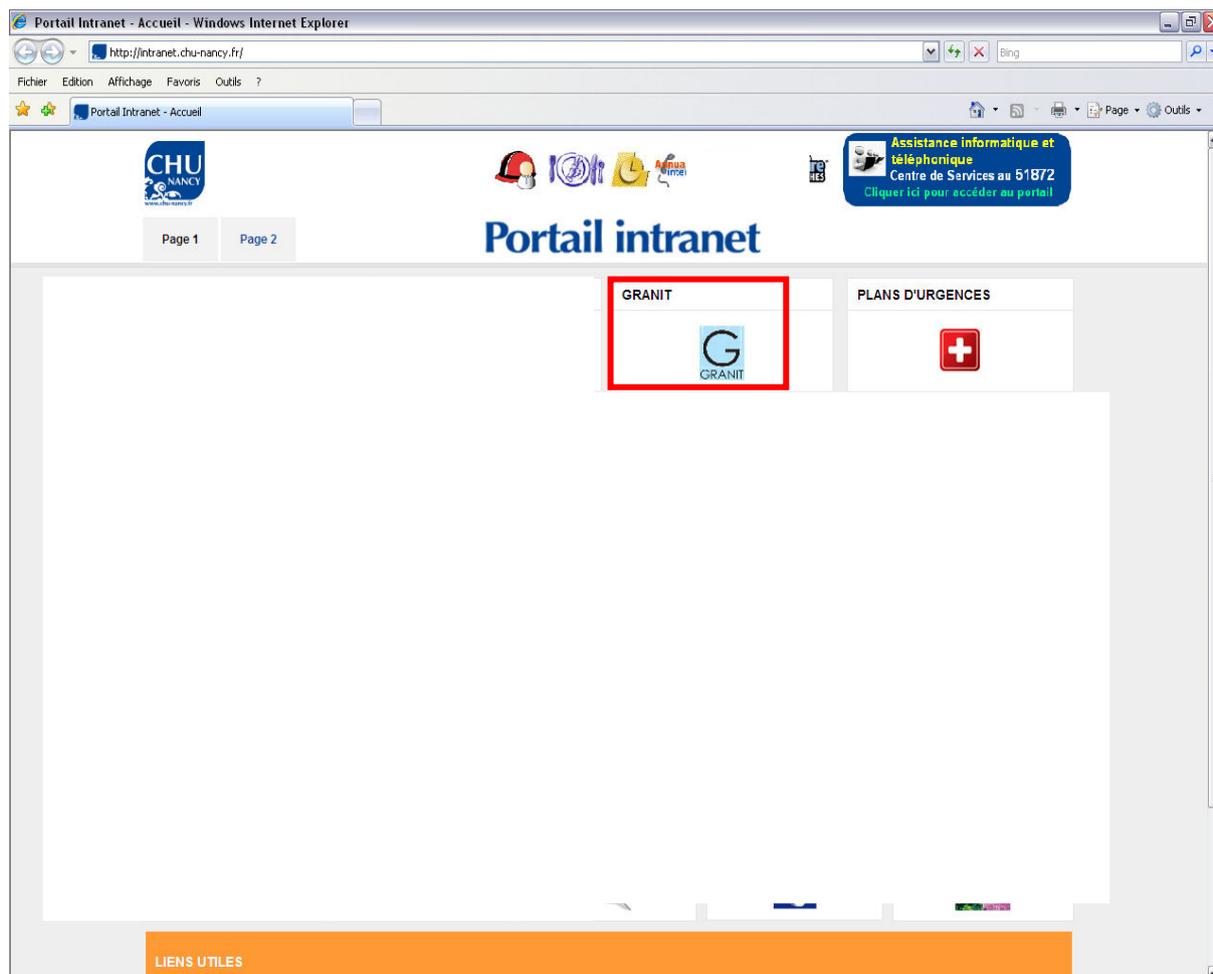
1. Identification et accès à GRANIT

- **Vous n'avez jamais ouvert de session Windows** : vous devez en ouvrir une, une première fois, en mettant, en identifiant et en mot de passe, votre numéro de paie (uxxxxxx). Vous pourrez ensuite changer votre mot de passe comme indiqué sur les fenêtres ci-dessous.



- **Vous disposez déjà d'une session Windows active**, il vous suffit de l'ouvrir pour pouvoir accéder à GRANIT.

Pour accéder au portail GRANIT, allez sur le site intranet du CH _____, puis cliquez sur le logo GRANIT.



- Vous avez ouvert, sur le poste de travail, la session avec votre identifiant et votre mot de passe, la connexion à GRANIT est automatique.
- Vous souhaitez vous connecter depuis la session Windows d'une autre personne, cliquez sur le bouton « Déconnexion » , en haut à gauche du portail GRANIT (cette action n'est possible que si vous disposez déjà d'un compte Windows actif sinon, vous référer à la page 2).

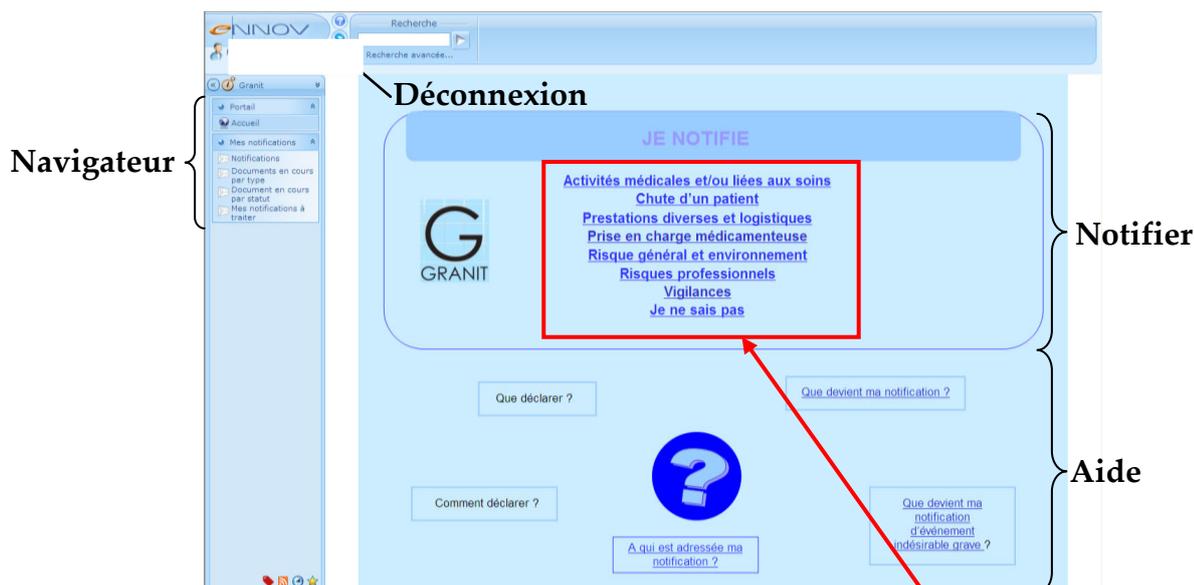


L'écran de « login » apparaît. Indiquez votre identifiant (UXXXXXX) et votre mot de passe habituel pour accéder au système d'information du CH

Attention : L'identifiant commence par un **U**. Le mot de passe peut associer minuscules, majuscules, chiffres et autres caractères.

2. Le portail GRANIT

Le portail GRANIT est maintenant ouvert.



2.1. Notifier

Pour accéder au formulaire de notification, choisissez le thème dans la liste suivante :

- Activités médicales et/ou liées aux soins (dossier patient, maltraitance, ...)
- Chute d'un patient
- Prestations diverses et logistiques (linge, transports, ...)
- Prise en charge médicamenteuse (prescription, administration, ...)
- Risque général et environnement (fugue, perte d'objet, ...)
- Risques professionnels (risques psychosociaux, chute d'un personnel, ...)
- Vigilances (matérovigilance, identitovigilance, ...)
- Je ne sais pas

Tout événement indésirable est à déclarer sauf **les incidents informatiques ponctuels** (contacter le centre de service informatique), **les accidents du travail** (doivent faire l'objet d'une déclaration avec le formulaire spécifique à la DRH) et **les problèmes ponctuels relevant des services techniques** (faire un incident dan:

2.2. Aide en ligne

Dans la rubrique « Aide » vous pouvez accéder aux informations suivantes :

- *Que devient ma notification ?* : présente le circuit de prise en charge des notifications ;
- *Que devient ma notification d'événement indésirable grave ?* : présente le circuit de prise en charge des notifications d'événements indésirables graves ;
- *A qui est adressée ma notification ?* : permet d'accéder à la liste des gestionnaires de risques ;
- *Comment déclarer ?* : permet d'accéder à la notice d'aide à l'utilisation de GRANIT à destination des notifiants
- *Que déclarer ?* : précise quels événements indésirables sont à déclarer.

2.3. Navigateur

Le navigateur vous permet de consulter les notifications que vous avez déclarées.

« Seule la version électronique du document est valide »

Page 4 sur 15

3. Navigateur

Le navigateur est divisé en deux parties. La première partie, concerne le portail GRANIT et permet, en cliquant sur le bouton « Accueil », de revenir à l'écran principal.

La seconde partie, concerne les notifications. Elle est composée de 4 vues différentes, qui permettent de visionner les événements indésirables par critères.

Réf.	Titre	Date de création	Type d'événement	Statut
EH-2013-03159	tubulaire transustion sanguine percée	28/10/2013	vigilances/Matériovigilance	Notification
EH-2013-03161	test mail après redémarrage laborieux	29/10/2013	Autres événements	Traitement
EH-2013-03162	bistouri électrique	29/10/2013	Autres événements	Notification
EH-2013-03164	fuite au niveau de la collerette de l'écoflac	29/10/2013	Prise en charge médicament	Traitement
EH-2013-03175	crousse de champagne défectueuse	29/10/2013	Vigilances/Matériovigilance	Traitement
EH-2013-03177	etiquette discordante entre tube et la feuille d	29/10/2013	Autres événements	Terminer
EH-2013-03188	CHUTE	30/10/2013	Chute d'un patient	Notification
EH-2013-03193	tubulure de perfusion	30/10/2013	Vigilances/Matériovigilance	Terminer
EH-2013-03195	VOL	30/10/2013	Autres événements	Notification
EH-2013-03200	Alimentation périmée	30/10/2013	Prestations et logistiques/Re	Terminer
EH-2013-03201	Alimentation non présentable	30/10/2013	Prestations et logistiques/Re	Terminer
EH-2013-03202	Fruits abîmés	30/10/2013	Prestations et logistiques/Re	Terminer
EH-2013-03203	Chute	30/10/2013	Chute d'un patient	Terminer
EH-2013-03204	Non prise en charge au bloc de CCV pour po	30/10/2013	Activité médicales et/ou liées	Traitement
EH-2013-03206	Fugue	30/10/2013	Risque général et environner	Traitement
EH-2013-03210	Chute du patient	30/10/2013	Chute d'un patient	Terminer
EH-2013-03212	Discordance entre fiche de fabrication et étiqu	30/10/2013	Prise en charge médicament	Notification
EH-2013-03215	Fugue	31/10/2013	Risque général et environner	Notification
EH-2013-03217	rampe de perfusion fissurée	31/10/2013	Vigilances/Matériovigilance	Traitement
EH-2013-03218	chute d'un patient	31/10/2013	Chute d'un patient	Notification
EH-2013-03219	null	31/10/2013	Risques professionnels	Notification
EH-2013-03221	oubli pochette de stupefiants par conseiller	31/10/2013	Prestations et logistiques	Notification
EH-2013-03227	hyz_eaye	31/10/2013	Autres événements	Terminer
EH-2013-03233	Dispensation d'Oxycontin	31/10/2013	Prise en charge médicament	Notification
EH-2013-03243	chute d'un patient	01/11/2013	Chute d'un patient	Notification
EH-2013-03246	null	01/11/2013	Autres événements	Notification
EH-2013-03247	CHUTE	01/11/2013	Chute d'un patient	Notification
EH-2013-03250	medecin d astreinte de nuit non joignable	02/11/2013	Activité médicales et/ou liées	Notification
EH-2013-03252	NON OBSERVANCE ET AGRESSIVITE D'UNE	02/11/2013	Risque général et environner	Notification
EH-2013-03256	null	02/11/2013	Chute d'un patient	Notification

Les icônes des outils sont standards :

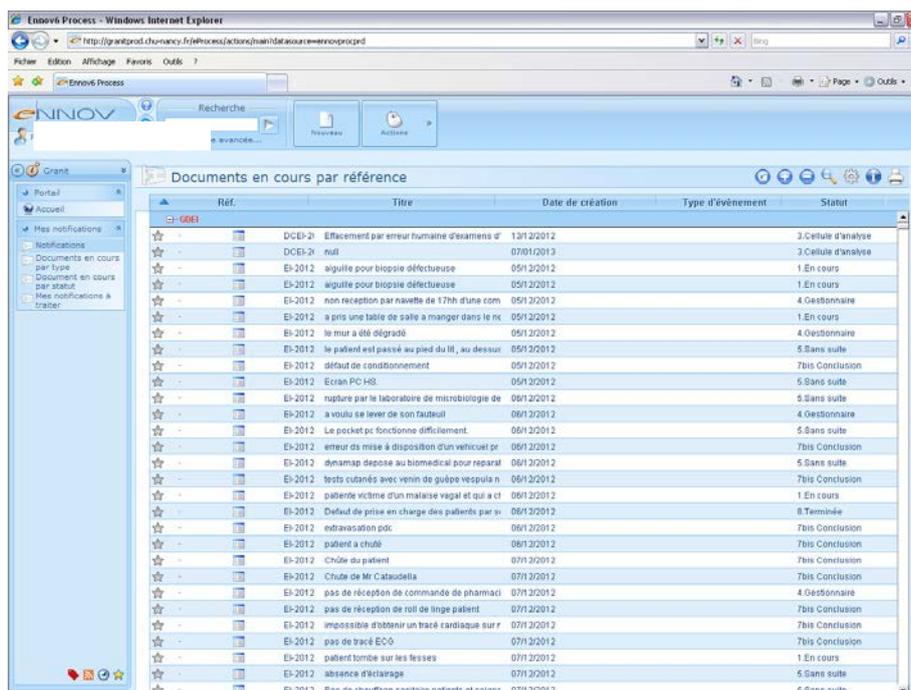
-  : recherche alphanumérique dans la fenêtre courante
-  : rafraîchir l'écran
-  : déployer l'ensemble de l'arborescence
-  : replier toute l'arborescence
-  : permet de configurer les filtres en sélectionnant les notifications par date
-  : donne des informations sur la vue choisie
-  : permet d'imprimer la vue
- Dans d'autres fenêtres de sélection, l'icône «  » correspond à un outil qui n'affiche que les items déjà sélectionnés dans la liste. Un second clic réaffiche tous les items, sélectionnés et non sélectionnés.

Quatre vues différentes sont disponibles :

- Notifications
- Documents en cours par type
- Documents en cours par statut
- Mes notifications à traiter

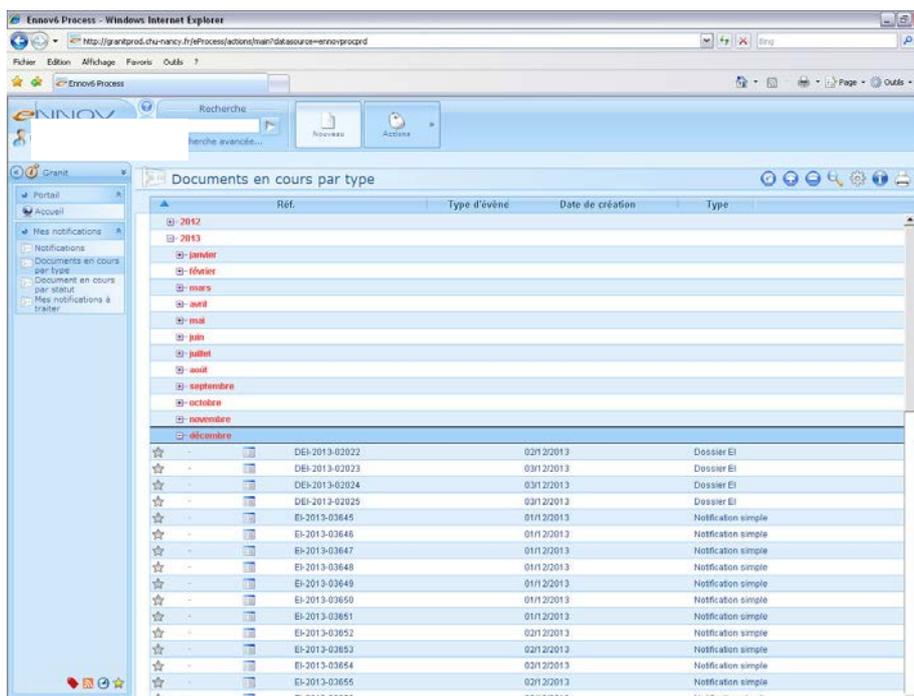
3.1. Notifications

Cette vue permet d'accéder à l'ensemble des notifications vous concernant, c'est-à-dire les notifications que vous avez **rédigées** ou auxquelles vous avez été sollicité pour une **demande d'informations complémentaires**.



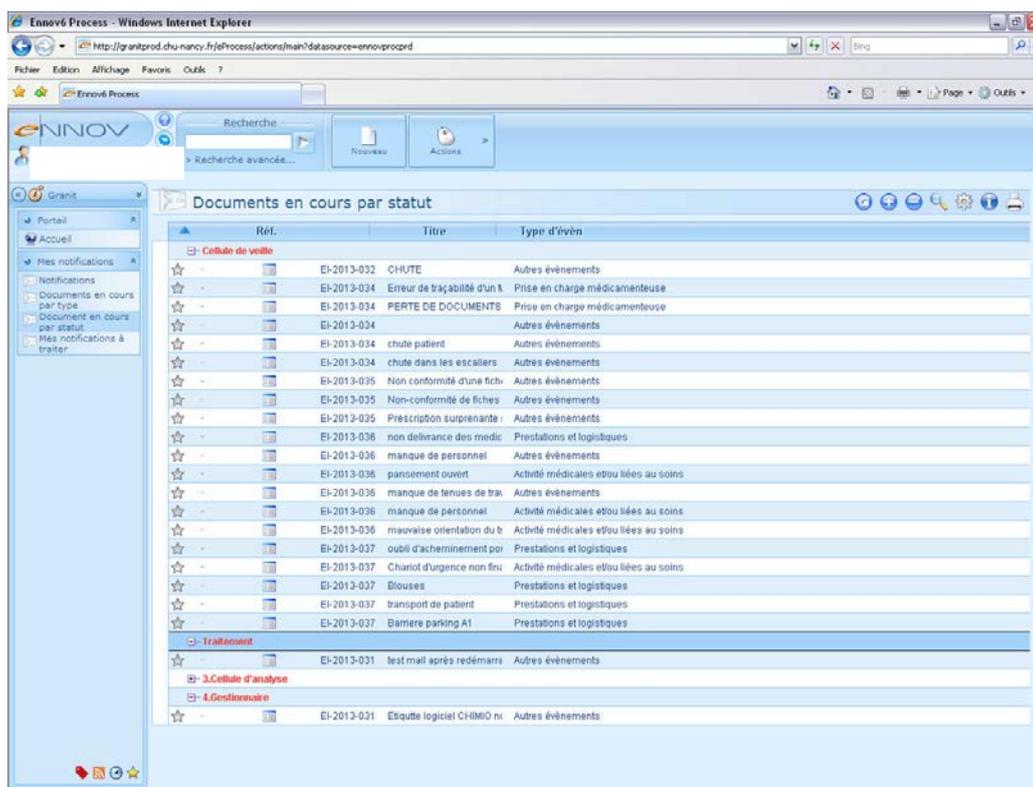
3.2. Documents en cours par type

Cette vue permet de filtrer les notifications vous concernant par type d'événement indésirable.



3.3. Documents en cours par statut

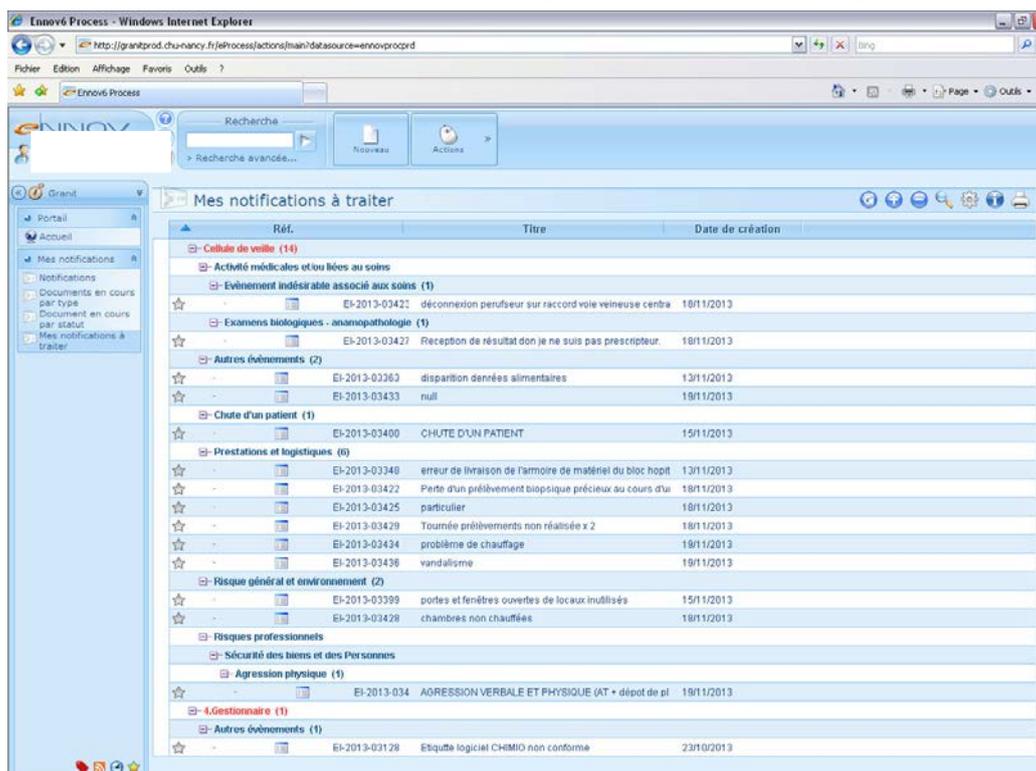
Cette vue permet de filtrer les notifications vous concernant, en fonction de l'étape à laquelle elles se trouvent.



3.4. Mes notifications à traiter

Cette vue regroupe l'ensemble des notifications :

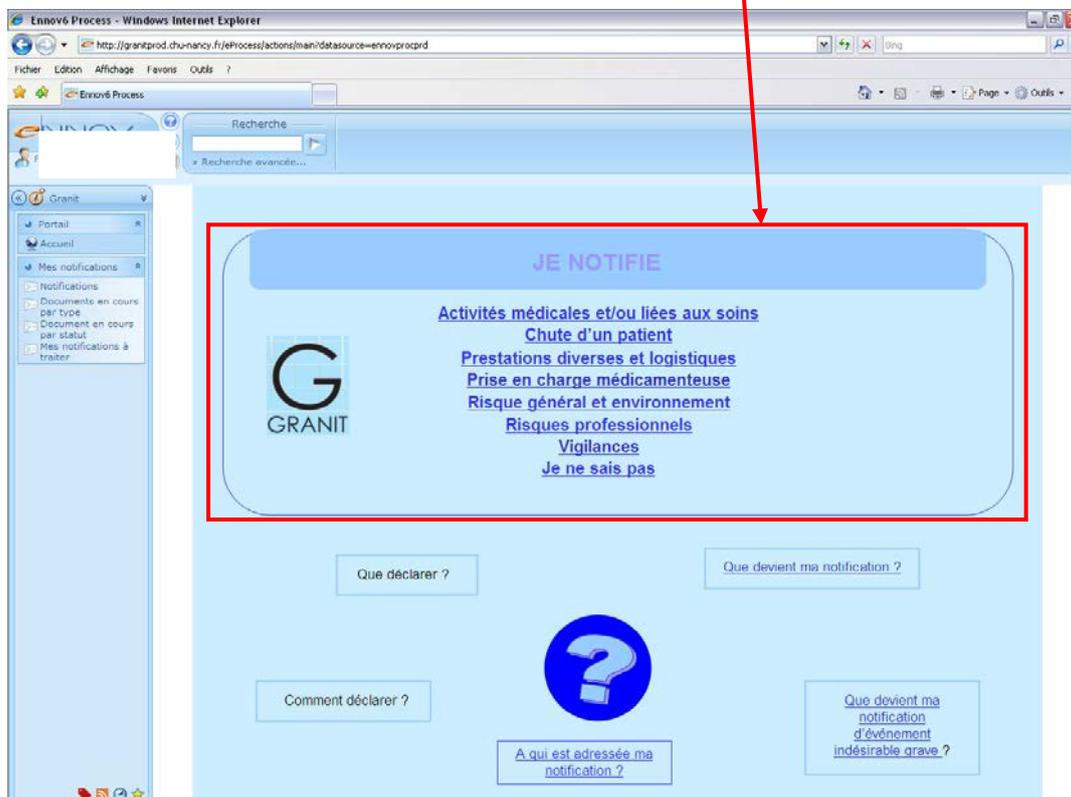
- que vous avez rédigées, envoyées et qui sont en cours de prise en charge ;
- que vous avez enregistrées et non envoyées ;
- qui nécessitent des informations complémentaires de votre part.



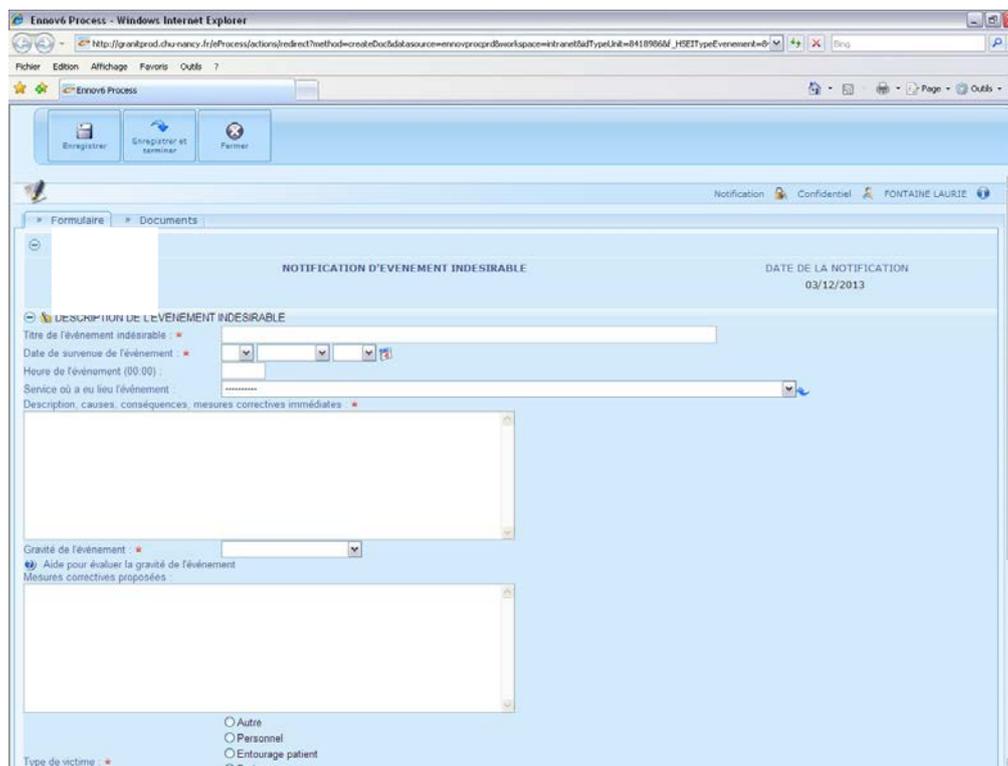
4. Notifier

4.1. Accéder au formulaire

Pour déclarer un événement indésirable, sélectionnez le type d'événement dans la partie « Je notifie » du portail GRANIT.



Le formulaire de notification s'ouvre.



Les champs suivis d'une étoile rouge (✳) sont obligatoires. S'ils ne sont pas complétés, vous ne pourrez pas valider votre notification.

« Seule la version électronique du document est valide »

Page 8 sur 15

4.2. Compléter le formulaire

Pour compléter la notification, commencez par lui donner un titre qui résume l'événement indésirable.



The screenshot shows the 'NOTIFICATION D'EVENEMENT INDESIRABLE' form. The title field is filled with 'Chute d'un patient'. The date is set to 2 décembre 2013 and the time to 15:00. A red arrow points to the title field.

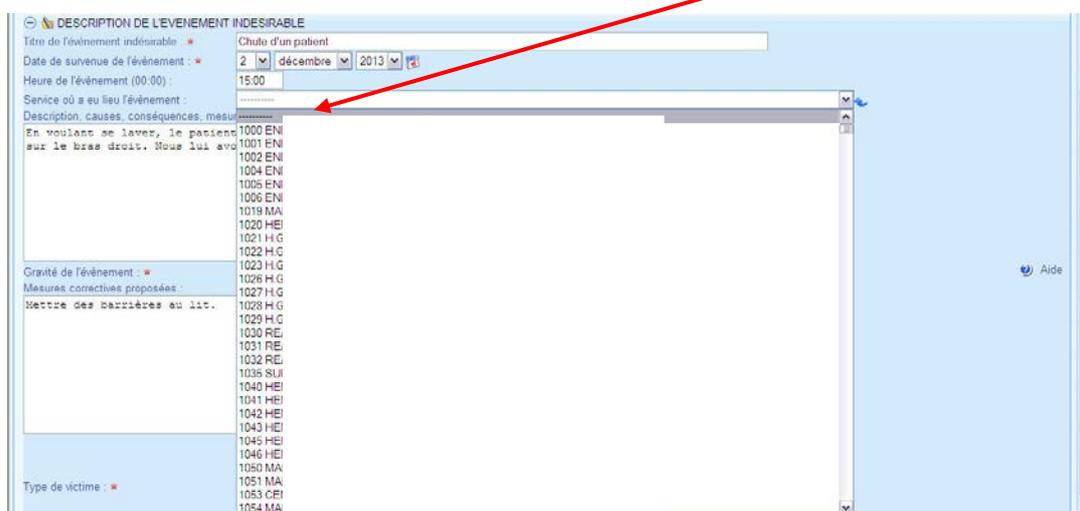
Précisez ensuite la date à laquelle s'est produit cet événement indésirable. Vous avez la possibilité de saisir la date manuellement ou de cliquer sur le calendrier à côté pour la sélectionner.

Précisez l'heure de survenue de l'événement indésirable.



The screenshot shows the date and time fields. The date is 2 décembre 2013 and the time is 15:00. A red arrow points to the date field.

Sélectionnez ensuite le service dans lequel s'est déroulé l'événement indésirable. Vous pouvez saisir le numéro de votre UF afin de la trouver plus rapidement. Si après l'avoir sélectionné, vous vous apercevez que vous n'avez pas cliqué sur le bon UF, vous pouvez revenir à la liste de choix principale, en sélectionnant les tirets puis en re cliquant sur la flèche de choix.



The screenshot shows the service selection dropdown menu. The selected service is '1023 H.G.E SECTEUR 3'. A red arrow points to the dropdown menu.

Complétez le champ de description de l'événement indésirable, en précisant les causes, les conséquences ainsi que les mesures correctives immédiates qui ont été réalisées. Votre description doit être claire et apporter le plus de précisions possibles, quant au lieu de déroulement de l'événement indésirable.



The screenshot shows the description field filled with the text: 'En voulant se laver, le patient est tombé sur le sol. Il a un hématome sur le bras droit. Nous lui avons rappelé les consignes'. A red arrow points to the description field.

Vous devez maintenant exprimer la gravité de l'événement. Pour cela, basez-vous sur l'échelle de gravité, disponible en cliquant sur l'aide ou à la page 15 de cette notice d'utilisation. Sélectionnez ensuite la gravité retenue en cliquant sur la flèche de choix.

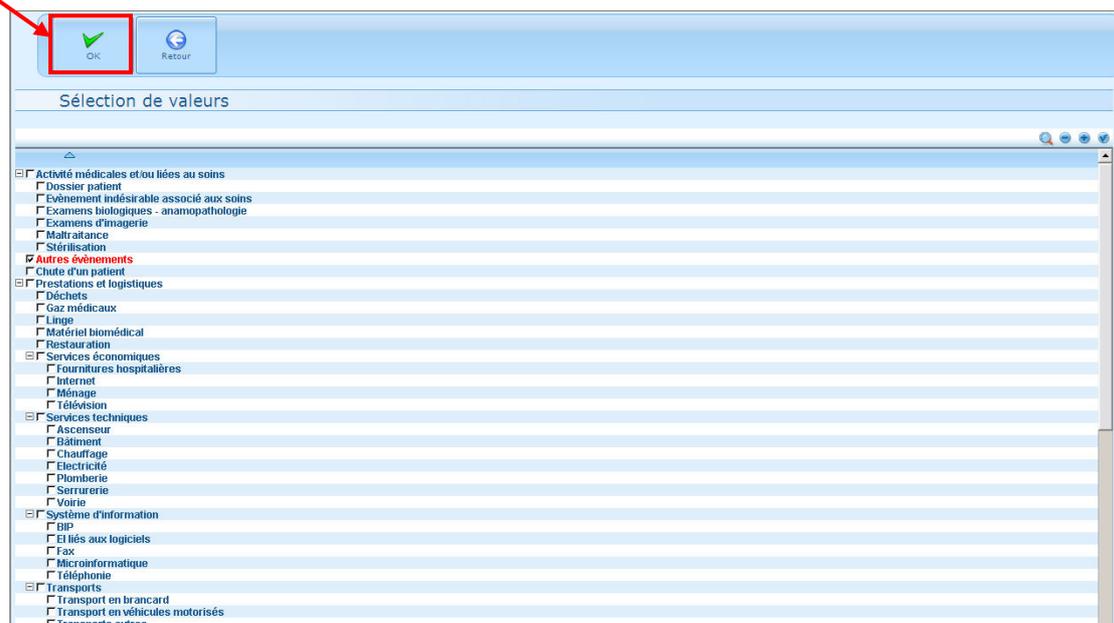
Si vous avez des mesures correctives à proposer, vous pouvez les renseigner dans la partie « Mesures correctives proposées ».

Précisez ensuite le type de victime de l'événement indésirable. S'il s'agit d'un patient ou d'un personnel, renseignez les informations demandées ci-dessous, en complétant le numéro d'admissions ou de paie, le nom, le prénom et la date de naissance. L'identification précise de la victime est indispensable pour une meilleure investigation par le gestionnaire de risque.

La partie notifiant sera complétée automatiquement, en se basant sur l'identification renseignée lors de la connexion. Si vous n'avez pas d'adresse mail, vous avez la possibilité d'en saisir une autre, en cliquant sur le + à côté du champ E-mail.

Le type de risque est saisi automatiquement, en fonction de votre choix sur le portail GRANIT. Si vous le souhaitez, vous pouvez donner plus de précisions en choisissant un risque en détail. Pour cela, cliquez sur la flèche bleue à côté du risque sélectionné préalablement.

La liste des risques s'ouvre. Sélectionnez votre type de risque puis cliquez sur OK pour valider votre choix.



4.3. Enregistrer et envoyer le formulaire

Lorsque vous complétez votre notification, trois boutons sont disponibles :



Enregistrer vous permet de sauvegarder votre notification. Si vous êtes interrompu ou si, lors de la rédaction de votre notification, vous devez demander des informations complémentaires au sujet de votre déclaration, vous pouvez enregistrer afin de ne pas perdre les informations que vous avez saisies.

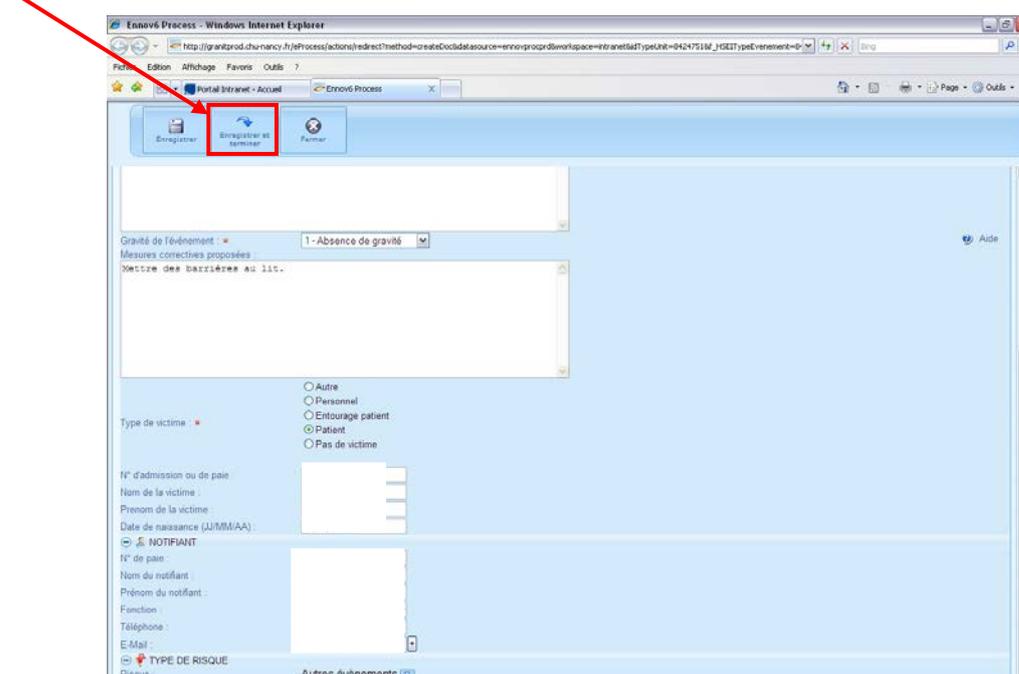


Enregistrer et terminer vous permet d'envoyer la notification afin que celle-ci puisse être traitée.

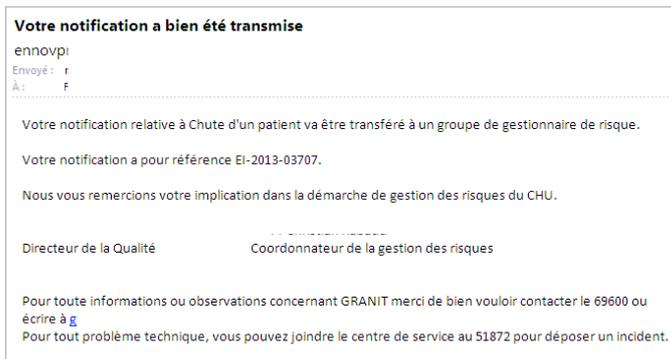


Fermer vous permet de fermer le formulaire de notification sans l'enregistrer.

Après avoir complété votre formulaire de notification, cliquez sur le bouton « Enregistrer et terminer » pour que votre déclaration puisse être traitée par les gestionnaires de risques.



Vous recevrez alors un mail, à l'adresse indiquée dans la notification, pour vous informer que votre notification a bien été transmise.

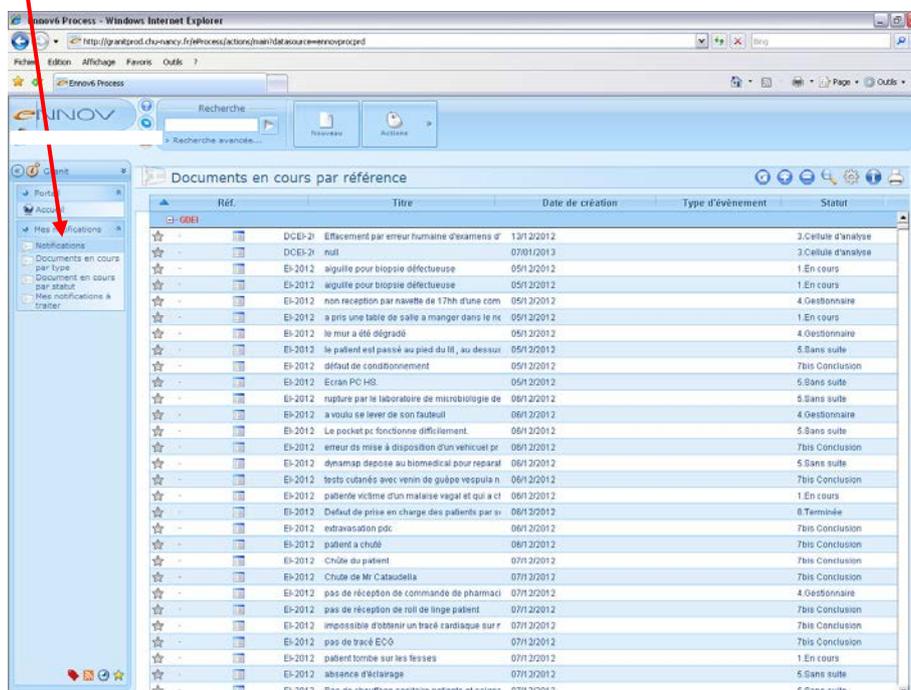


4.4. Demande d'informations complémentaires

Suite à une notification d'événement indésirable, vous pouvez être sollicité pour une demande d'informations complémentaires. Vous recevrez un mail vous informant de cette demande.



Pour répondre à cette demande, cliquez sur le lien du mail ou retournez sur la notification depuis le portail GRANIT.

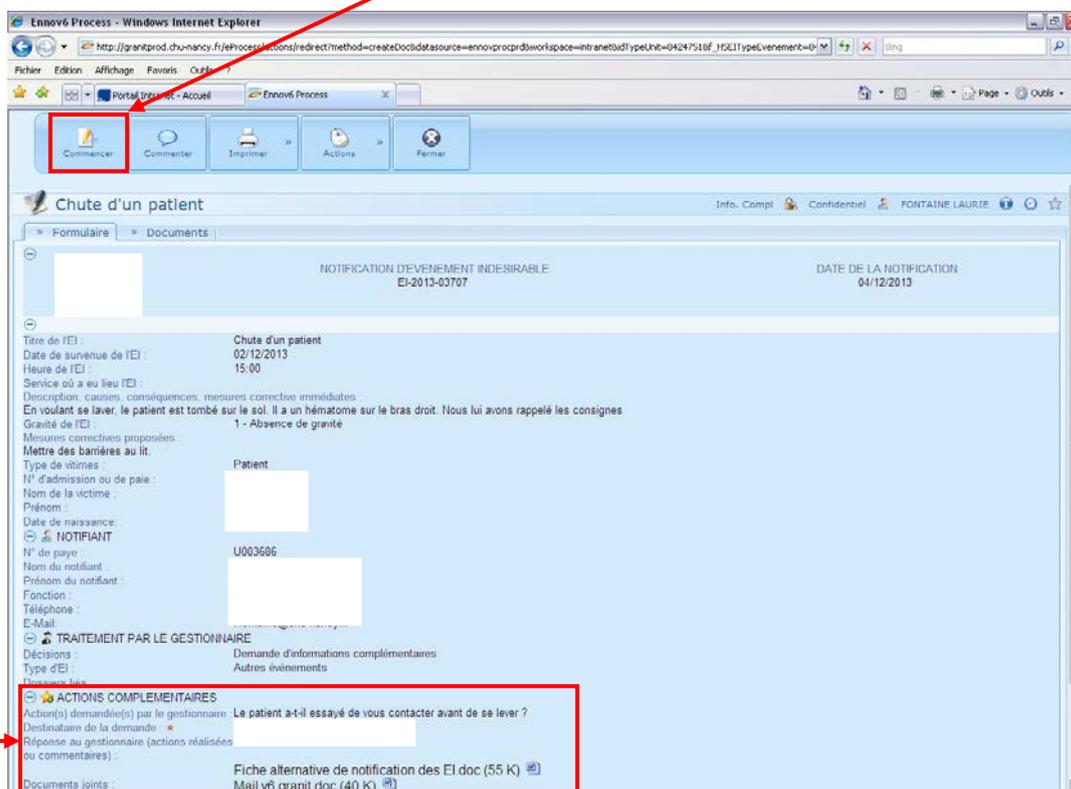


Si vous ne disposez pas d'adresse mail, cette vue vous permet de voir la décision prise par le gestionnaire de risque.

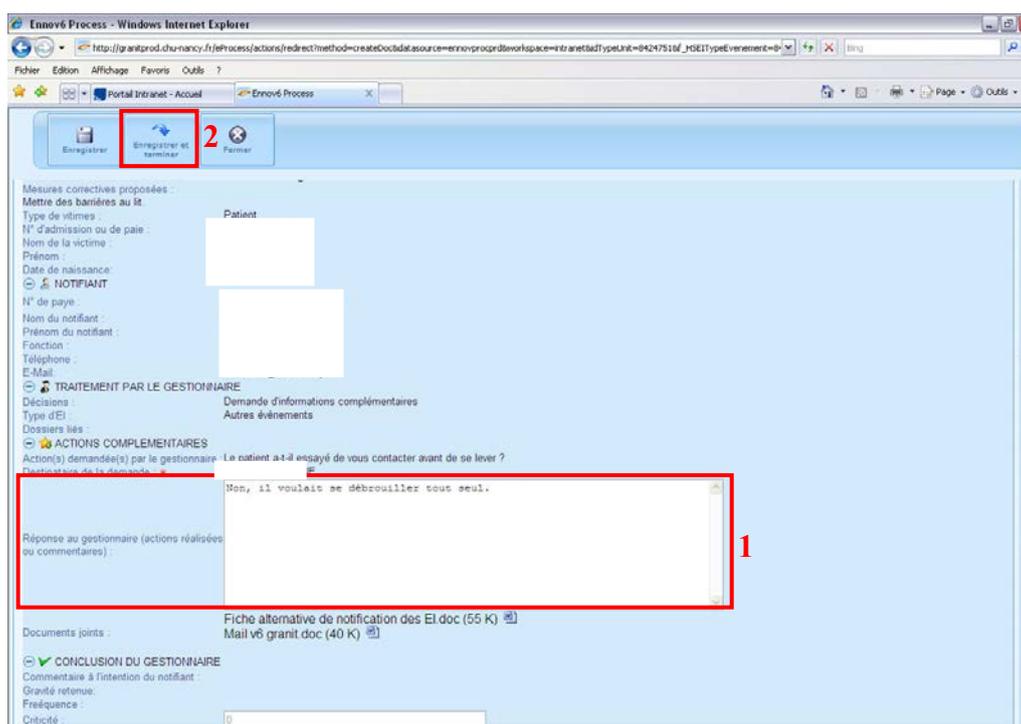
Prenez connaissance de la demande du gestionnaire de risque en lisant la partie « Action(s) demandée(s) par le gestionnaire ». Il se peut que des documents aient été joints à la demande. Pour les consulter, cliquez sur le logo à côté du document.



Cliquez ensuite sur le bouton « Commencer » en haut à gauche pour renseigner les informations complémentaires.



Complétez la demande d'informations complémentaires en remplissant le champ de réponse au gestionnaire. Après avoir renseigné les informations demandées, vous pouvez renvoyer la notification en cliquant sur le bouton « Enregistrer et terminer ».



« Seule la version électronique du document est valide »

4.5. Clôture de la notification

Lorsqu'un gestionnaire de risque aura pris en charge votre notification, vous recevrez un mail d'information.

Notification simple formation - EI-2013-03707 : Process clos

ennovp

Envoyé :

À :

Pour information, la fiche ci-dessous est close.

Cliquer sur le lien pour accéder directement => <http://granitornd.chu->

Référence : EI-2013-03707

Entité : GDEI

Emetteur : I

5. En cas de problème

Vous êtes confronté à un problème fonctionnel, contactez la cellule de veille de la Direction de la Qualité au 59944 ou par mail à l'adresse suivante : [i.](mailto:)

Vous êtes confronté à un problème technique ou informatique, contactez le centre de services de la Direction du Système d'Information au ou par mail à l'adresse suivante : [i.](mailto:)

Annexe : Echelle de gravité

1- Absence de gravité :

- Pas d'incidence mineure sur l'organisation des soins
- Pas d'atteinte de l'intégrité physique du patient ou du professionnel
- Aggravation légère de son état de santé – Prolongation de l'hospitalisation
- Arrêt de travail inférieur à 3 jours
- Dégâts mineurs pour le Ct (inférieurs à la franchise d'assurance)
- Pas d'atteinte à l'image

2- Gravité modérée :

- Désorganisation des soins – Rupture de continuité des soins
- Aggravation de l'état de santé du patient (lésions non graves) – Réhospitalisation – Intervention médicale ou chirurgicale
- Arrêt de travail compris entre 3 et 10 jours (ITT)
- Dysfonctionnement prolongé
- Effets localisés sur l'environnement (rejet non contrôlé de liquides contaminés)
- Dégâts modérés pour le CHU (supérieurs à la franchise d'assurance)
- Atteinte mineure à l'image (tribunal)

3- Gravité importante :

- Séquelles graves – Incapacité physique partielle
- Arrêt de travail supérieur à 21 jours
- Arrêt de l'activité d'une ou plusieurs unités (24h)
- Effets importants sur l'environnement (décharge sauvage)
- Atteinte majeure à l'image (article dans le journal)

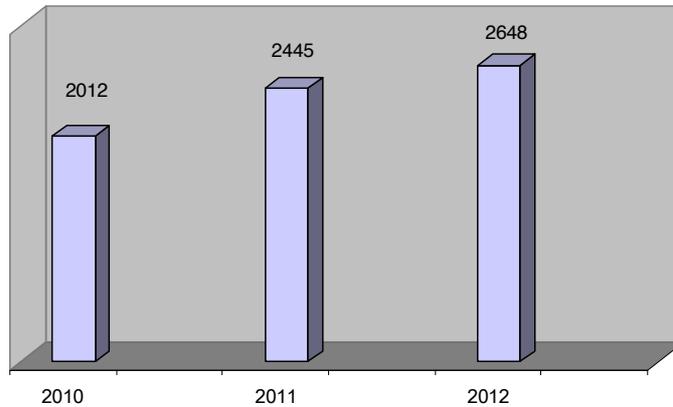
4- Gravité très importante :

- Pronostic vital engagé – Décès ou incapacité physique totale – Lésions graves – Invalidité supérieure à 80%
- Irréversibilité
- Arrêt de service de plus d'une semaine – Destruction totale ou partielle de l'établissement
- Impact régional ou national

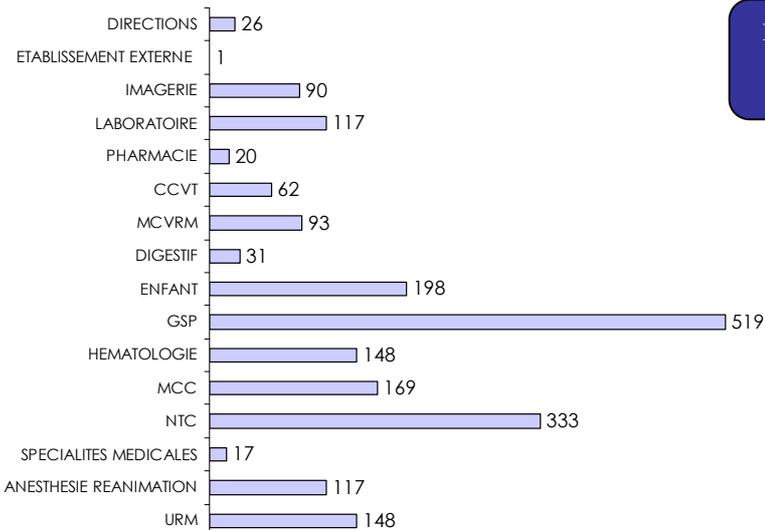
TABLEAUX DE BORD NOTIFICATIONS GRANIT 2012

L'outil GRANIT a été déployé sur l'ensemble du [] en novembre 2009. Une **augmentation de 31,6%** du nombre de notifications est constatée entre 2010 et 2012.

EVOLUTION DU NOMBRE DE NOTIFICATIONS

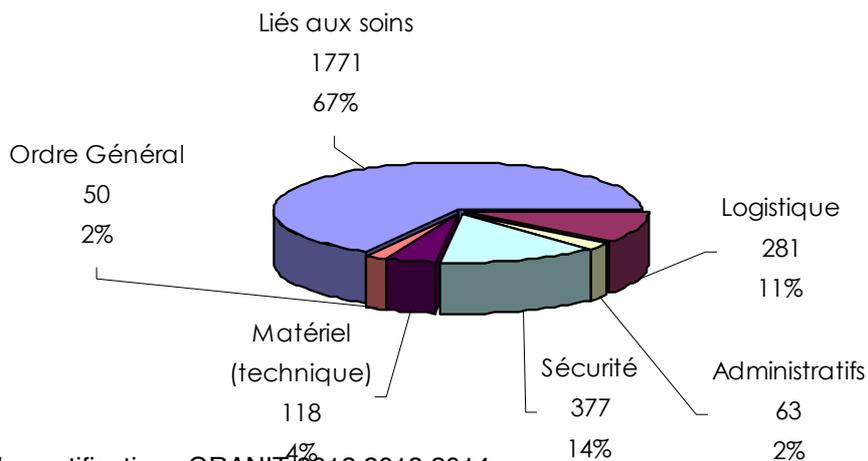


REPARTITION DU NOMBRE DE NOTIFICATIONS PAR POLE



Pour le pôle GSP, les notifications de chutes représentent 42% de l'ensemble des notifications du pôle

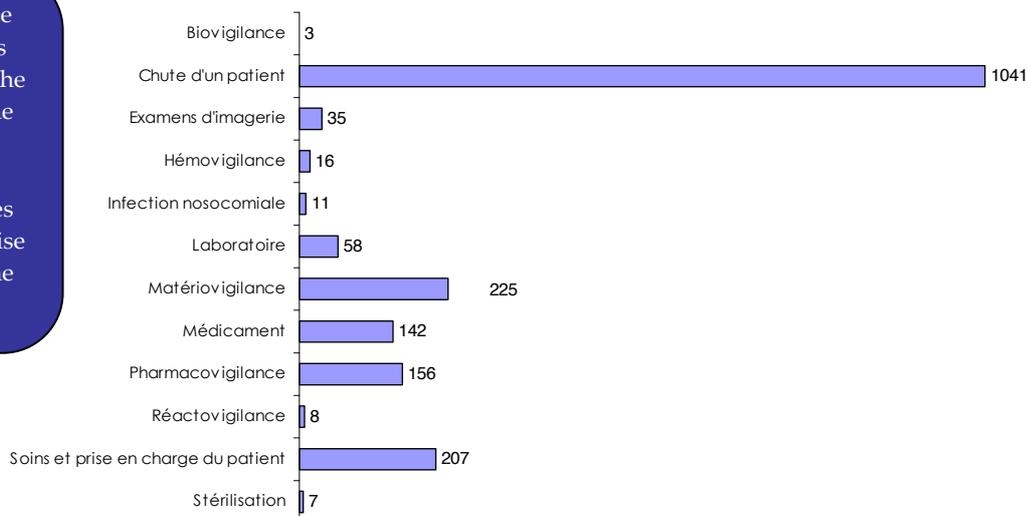
REPARTITION DU NOMBRE DE NOTIFICATIONS PAR FAMILLE



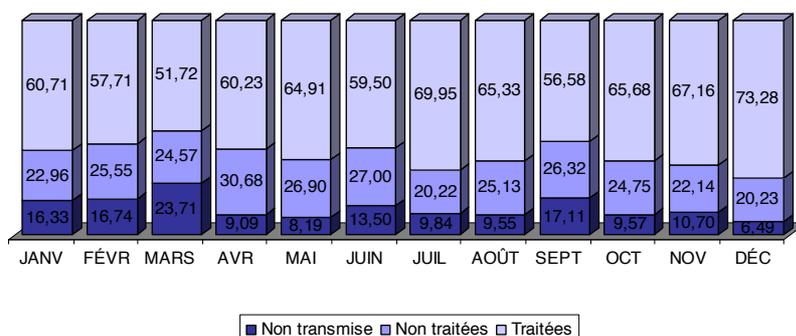
TABLEAUX DE BORD NOTIFICATIONS GRANIT 2012

REPARTITION DU NOMBRE DE NOTIFICATIONS POUR LES EI LIES AUX SOINS

Le nombre important de notifications des chutes s'explique par la démarche institutionnelle ancienne concernant les chutes. Par contre, pour les évènements relevant des actes de soins et de la prise en charge, il persiste une sous notification.



ETAT INFORMATIQUE DES NOTIFICATIONS

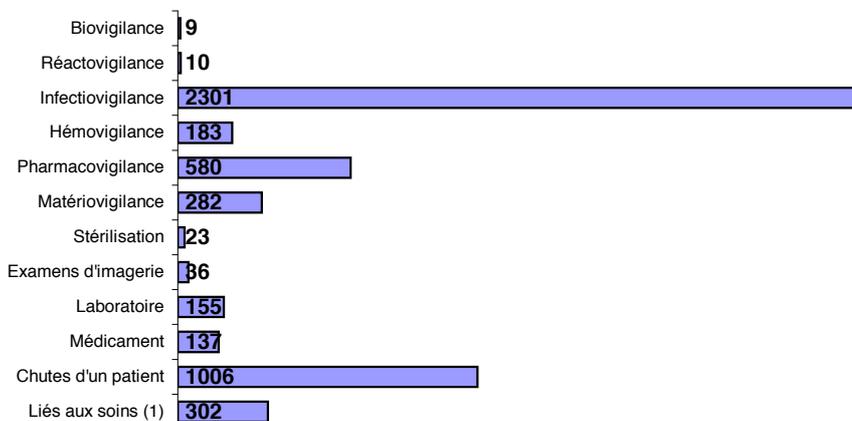


ACTIONS MISES EN ŒUVRE SUITE À L'ANALYSE D'ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES GRAVES

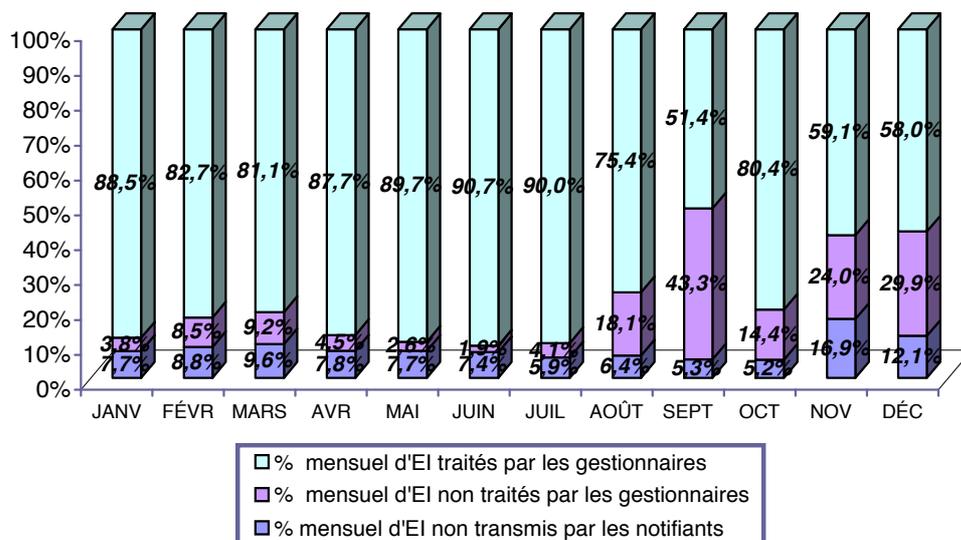
ÉVÉNEMENTS	ACTIONS
Utilisation d'un produit non approprié dans un dispositif de rinçage (produit abrasif à la place de l'eau) <i>26 juillet 2012</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sécurisation du stockage du TCleanol dans une armoire fermée. - Finalisation de la rédaction de la procédure « fauteuil ». - Rappels des obligations de service (note de service / règlement de fonctionnement).
Résultats de bilan sanguin discordant entre la télétransmission et le compte-rendu <i>28 juillet 2012</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Formalisation d'une procédure concernant le paramétrage du logiciel (GLIMS). - Contractualisation avec les secteurs (délai de mise à disposition des examens et notion d'urgence). <p><i>Ces actions intègrent la démarche qualité du laboratoire.</i></p>
Administration d'un traitement inadapté (SINTROM) apparaissant dans le logiciel PHARMA <i>22 septembre 2012</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction d'une note d'information (n°11/13) concernant la conduite à tenir suite à un transfert d'un patient par rapport aux prescriptions PHARMA

TABLEAUX DE BORD NOTIFICATIONS GRANIT 2013

REPARTITION DU NOMBRE D'EVENEMENTS INDESIRABLES LIES AU PATIENT



ETAT DE TRAITEMENT DES NOTIFICATIONS



La baisse du % mensuel d'EI traités par les gestionnaires en fin d'année s'explique par :

- 1) Le changement de gestionnaires Chutes en septembre
- 2) La mise en place de la version V6 fin octobre
- 3) L'interruption des relances aux gestionnaires de risque depuis la V6

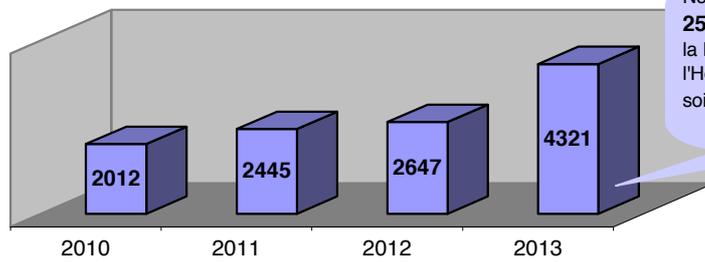
(1) **Liés aux soins** : Cet item regroupe les événements indésirables de type Acte infirmier, Acte médical, Anomalie de la filière de soins, Anomalie de la prise en charge du patient lié aux activités de soins, Autres événements médicale et/ou lié aux soins et Evènement Indésirable associé aux soins.

TABLEAUX DE BORD NOTIFICATIONS GRANIT 2013

ACTIONS MISES EN OEUVRE SUITE A L'ANALYSE D'EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES	
EVENEMENTS	ACTIONS
Déperdition de poussière suite à une opération de maintenance	<ul style="list-style-type: none"> * Elaboration d'une fiche de méthodologie concernant le nettoyage et la désinfection en profondeur d'une chambre située en secteur sensible, et y compris l'hygiénisation des réseaux de gaines de traitement d'air. <li style="padding-left: 40px;">définir pour les autres secteurs avec échéancier * Mise en place d'un groupe de travail (L... .. sécurité / EOHH / LBE)
Décès d'une patiente : alarmes scopes coupées	<ul style="list-style-type: none"> * Une procédure de vérification des alarmes à effectuer dans les réanimations et soins continus est en cours de validation
Crise convulsive d'un enfant de 1 an suite à une déshydratation aiguë induite par une erreur médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> * Restriction de dispensation de glucose 10% 500mL et 1 L vers le secteur concerné
Arrêt d'une intervention au bloc opératoire pour matériel défectueux	<ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;">* Mise en place d'un groupe de travail stérilisation * Elaboration des procédures de gestion des non-conformité entre le bloc opératoire et la stérilisation.
Erreur de patient lors de la réalisation d'un examen	<ul style="list-style-type: none"> * Rappel des procédures « identitovigilance » dans le secteur de soins concerné par le cadre de santé de l'unité * Rappel des règles de bonnes pratiques « identitovigilance » lors de l'audit institutionnel * Optimisation de l'utilisation du logiciel Appli TMH par tous les services de l'établissement * Réflexion autour de la mise à disposition du brancardier d'un support écrit pour aller chercher les patients
Erreur de dossier lors de la prise en charge d'un patient au bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;">* Retrait du modèle de bracelet actuel * Sensibilisation des cadres de l'HE au problème d'identification <li style="padding-left: 40px;">* Sensibilisation des équipes de chirurgie viscérale <li style="padding-left: 40px;">* Sensibilisation des équipes du bloc opératoire * Etude des résultats de l'audit identitovigilance de novembre 2013
Console d'assistance sur le réseau d'oxygène non rebranché au retour de bloc du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;">* Mise en place d'une check list institutionnelle ECMO

TABLEAUX DE BORD NOTIFICATIONS GRANIT 2013

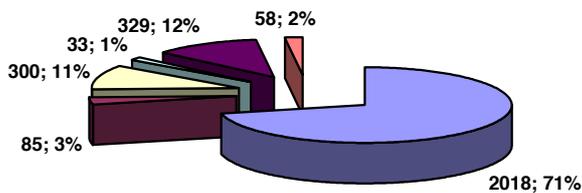
EVOLUTION DU NOMBRE DE NOTIFICATIONS DANS GRANIT



Nombre d'EI auquel il faut rajouter **2558 déclarations hors Granit** de la Pharmacovigilance, l'Hémovigilance et l'Infectiovigilance, soit au total **6879** déclarations d'EI.

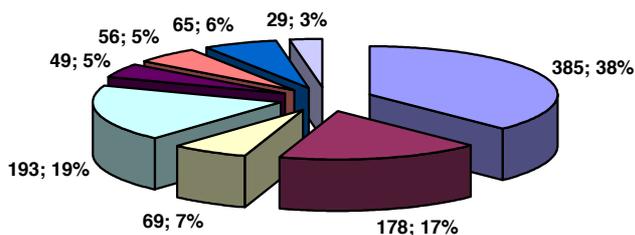


REPARTITION DU NOMBRE DE NOTIFICATIONS PAR FAMILLE GRANIT (du 01/01/2013 au 27/10/2013)



- Médicaux
- Matériel
- Sécurité
- Général
- Logistique
- Administratif

REPARTITION DU NOMBRE DE NOTIFICATIONS PAR FAMILLE GRANIT (du 28/10/2013 au 31/12/2013 changement de la version de Granit)



- Activités médicales et/ou liées aux soins
- Chute d'un patient
- Prise en charge médicamenteuse
- Prestations et logistiques
- Risque général et environnement
- Risques Professionnels
- Vigilances
- Autres événements

TABLEAUX DE BORD SUIVI DES NOTIFICATIONS GRANIT Août 2014

NOMBRE DE NOTIFICATIONS		EVOLUTION DES DONNEES		CUMUL DES NOTIFICATIONS (depuis le début de l'année)		EVOLUTION DES DONNEES CUMULEES	
Août 2014	Août 2013	Nb	%	2014	2013	Nb	%
1016	276	740	268,12%	7088	2331	4757	204,08%

FAMILLE D'EVENEMENTS INDESIRABLES (nouvelle typologie des risques V6)	Août 2014	
	Nb	%
Activités médicales et/ou liées aux soins (1)	119	11,7%
Dossier Patient	549	54,0%
Chute d'un patient	74	7,3%
Prise en charge médicamenteuse	65	6,4%
Prestations et logistiques	80	7,9%
Risque général et environnement	29	2,9%
Risques professionnels	31	3,1%
Vigilances	59	5,8%
Autres évènements	10	1,0%
Type d'EI non mentionné	0	0,0%

EVENEMENTS INDESIRABLES LIES AU PATIENT	Juin 2014		Juillet 2014		Août 2014	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Liés aux soins (2)	128	38,1%	124	34,3%	98	33,1%
Chutes d'un patient	80	23,8%	69	19,1%	74	25,0%
Médicament	31	9,2%	76	21,0%	54	18,2%
Laboratoire	22	6,5%	22	6,1%	12	4,1%
Examens d'imagerie	4	1,2%	5	1,4%	4	1,4%
Stérilisation	1	0,3%	3	0,8%		
Matérovigilance	53	15,8%	50	13,8%	41	13,9%
Pharmacovigilance (3)	8	2,4%	3	0,8%	5	1,7%
Hémovigilance (4)	2	0,6%	5	1,4%	2	0,7%
Infectiovigilance (5)	4	1,2%	4	1,1%	6	2,0%
Réactovigilance	1	0,3%	1	0,3%		
Biovigilance	2	0,6%				
Totaux	336	100,0%	362	100,0%	296	100,0%

	ETAT DE TRAITEMENT DES NOTIFICATIONS			
	Cumul 2014		Cumul 2013	
	Nb	%	Nb	%
	Non transmises par les notifiants	310	4,4%	175
Non traitées par les gestionnaires	776	10,9%	144	6,2%
Traitées par les gestionnaires	6002	84,7%	2012	86,3%

(1) **Activités médicales et/ou liées aux soins** : Cette famille comporte les évènements indésirables de type : Evènement indésirable associé aux soins, Examens de biologie - anatomopathologie, Examens d'imagerie, Maltraitance et Stérilisation.

(2) **Liés aux soins** : Cet item regroupe les évènements indésirables de type Evènement Indésirable associé aux soins (EI médical et EI paramédical)

(3) (4) (5) : Sont cumulées sur ces lignes aux Evènements Indésirables notifiés dans Granit, **les déclarations hors Granit des vigilants** respectivement Pharmacovigilance, Hémovigilance et Infectiovigilance.



L'Info du Jour est le journal interne électronique et quotidien du CHR diffusé par e-mail à tous les agents détenteurs d'un poste informatique. L'Info du Jour est également en ligne sur l'intranet de l'établissement et affichée dans les services par les cadres.

Infos du Jour autour de GRANIT sur la période octobre 2013 – avril 2014

GRANIT, le retour ! (28.10.13)



GRANIT relooké, GRANIT amélioré, GRANIT simplifié est de retour sur votre écran intranet aujourd'hui 28 octobre 2013.

Plus conviviale et plus ergonomique, son utilisation est facilitée pour les professionnels et pour les gestionnaires de risque.

Principales améliorations :

- > accès direct à la notification sur la page d'accueil
- > formulaire simplifié
- > accès aux statistiques pour les gestionnaires de risque via le bureau GRANIT
- > simplification du traitement des notifications

Contacts :

*Direction de la Qualité et des Usagers,
Centre de Service "Informatique et Télé"*

GRANIT, savoir l'utiliser, c'est mieux ! (29.10.13)

Pour contribuer à l'usage du nouvel outil GRANIT en ligne sur l'intranet du CH et destiné au signalement des événements indésirables, la Direction de la Qualité et des Usagers organise du 4 novembre au 17 décembre 2013, pendant 1 heure, au sein de chaque pôle, des sessions de formation aux outils informatiques "qualité".

Cette formation a pour objectif de transmettre :

- les modalités pratiques de notification d'un événement indésirable sur GRANIT
- la méthode de recherche de documents dans IV
- l'accès à la base d'information sur l'évaluation des pratiques professionnels au CH

Contact : Direction de la Qualité et des Usagers,

GRANIT, savoir l'utiliser, c'est mieux ! (31.10.13)

La Direction de la Qualité et des Usagers organise du 4 novembre au 17 décembre, pendant 1 heure, au sein de chaque pôle, des sessions de formation aux outils informatiques "qualité".

Cette formation a pour objectif de transmettre :

- les modalités pratiques de notification d'un événement indésirable sur GRANIT
- la méthode de recherche de documents dans I
- l'accès à la base d'information sur l'évaluation des pratiques professionnels au CH

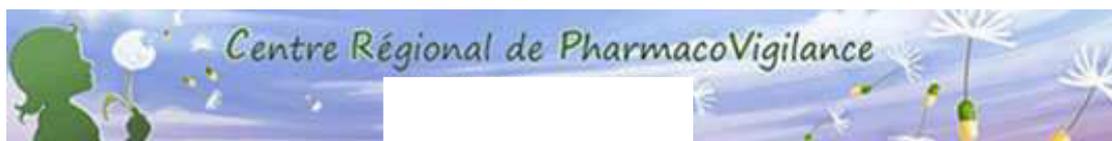
Contact : Direction de la Qualité et des Usagers, I

Formés aux outils qualité du CH (12.13)



Plus de 1000 agents du CH formés aux outils informatiques qualité de l'établissement par la Direction de la Qualité et des Usagers depuis début novembre 2013. Organisées dans l'ensemble des pôles, les sessions d'1 heure permettent aux équipes de se familiariser avec les modalités pratiques de notification d'un évènement indésirable sur GRANIT, la méthode de recherche de documents dans : l'accès à la base d'information sur l'évaluation des pratiques professionnels au CH. Des sessions sont encore programmées en décembre et janvier 2014.

Mieux déclarer pour mieux agir ! (05.02.14)



Le Centre Régional de Pharmacovigilance a pour rôle de surveiller les effets indésirables médicamenteux et lance une campagne d'information en proposant de courtes sessions de formation en pharmacovigilance (1h maximum par session) à l'ensemble des pôles médicaux du CH.

Au programme : pourquoi, comment et quand notifier une suspicion d'effet indésirable médicamenteux, démonstration pratique de déclarations sur GRANIT, discussion avec le corps médical et partage d'expériences.

En savoir + sur le CRPV : <http://>

GRANIT : mieux utilisé et plus performant (06.03.14)

Augmentation importante du nombre de notifications sur GRANIT, 953 en janvier 2014 contre 261 en janvier 2013, grâce à votre vigilance et à l'utilisation de cet outil qui répond désormais mieux à vos attentes. Merci.

L'occasion de faire quelques précisions pour une utilisation plus efficace du système :

1. Pour toute notification, cliquer sur le bouton "Enregistrer et terminer" pour transmettre votre notification. Sinon elle reste bloquée dans GRANIT.

!!! Cliquer sur "Enregistrer" permet uniquement de conserver vos données dans une fiche numérotée sans la transmettre aux gestionnaires de risque pour traitement.

2. Ne pas déclarer dans GRANIT les évènements indésirables suivants :

- Les incidents informatiques ponctuels : contacter le 5 18 72
- Les problèmes ponctuels relevant des services techniques : utiliser

3. Attention à la cotation de la gravité de l'évènement indésirable déclaré.

La gravité de l'évènement doit être exprimée en vous basant sur l'échelle de gravité disponible en cliquant sur :

4. La notice d'aide à l'utilisation de GRANIT pour les notifiants est disponible sur le portail Granit en cliquant sur Comment déclarer ? en bas de l'écran

Itinéraires qualité : le b.a-ba en ligne (25.03.14)

Près de 800 agents du C ont participé aux mardis de la qualité organisés de décembre 2013 à mars 2014 par le pôle QSP². Prochaines sessions prévues en septembre. Objectif : s'approprier la démarche qualité à travers 6 itinéraires thématiques (présentations disponibles sur [g](#) :

> **La politique qualité** fondée sur le principe des « petits pas » : fixer des objectifs simples, évaluer régulièrement le niveau de conformité du par rapport au référentiel et évaluer systématiquement les résultats.

> **La certification** : fonctionnement et enjeux face à la visite de suivi des experts de la Haute Autorité de Santé en ji

> **L'identitovigilance** : qui positionne l'identification du patient comme premier acte de soins et qui concerne tous les acteurs à toutes les étapes de la prise en charge du patient.

> **Les évènements indésirables** : problème majeur de santé publique. Leur identification et déclaration via GRANIT permettent leur analyse par les gestionnaires de risque et donc leur prévention.

> **La gestion des risques a priori** : démarche préventive basée sur l'identification des risques et l'évaluation des mesures de maîtrise du risque déjà en place.

> **Le dommage lié aux soins** : pour l'annoncer au patient, le guide pratique rappelle qu'il faut se rendre immédiatement disponible, construire la démarche d'information dans le temps, prendre le temps d'écouter et accompagner, éviter la reproduction de l'évènement.

GRANIT : des boutons de commande plus précis (23.04.14)

A compter d'aujourd'hui, l'intranet GRANIT affiche 2 nouveaux boutons de commande pour vos notifications :

1. **"Sauvegarder sans envoyer"** : cliquer sur ce bouton permet uniquement de conserver vos données dans une fiche numérotée sans la transmettre aux gestionnaires de risque pour traitement. Vous pouvez retravailler cette fiche autant que nécessaire et l'envoyer ultérieurement.
2. **"Terminer et envoyer"** : cliquer sur ce bouton permet de transmettre votre notification aux gestionnaires de risque pour traitement.

Missions principales de la fonction de Directeur Adjoint à la Direction Qualité

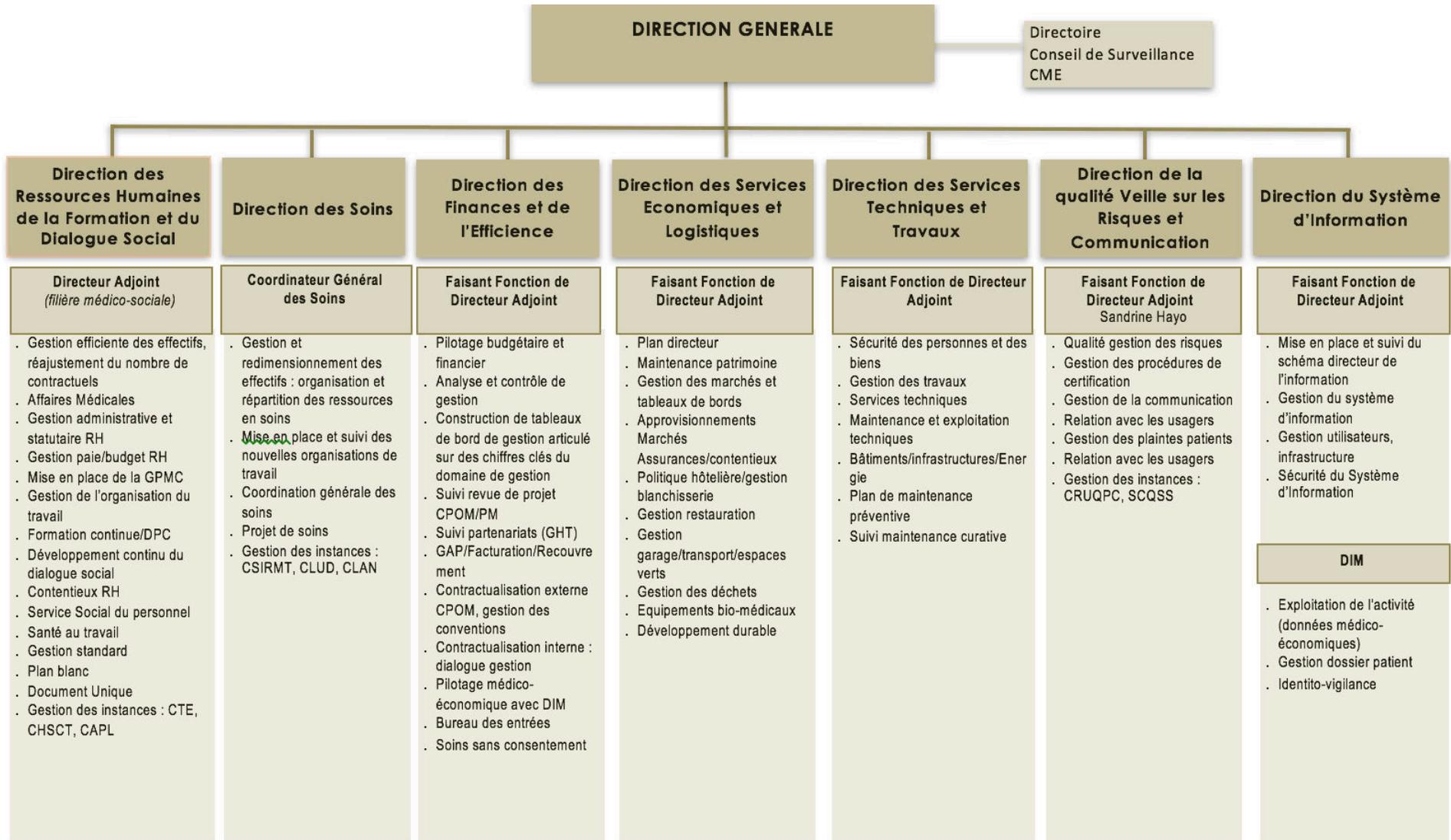
Missions principales :

- * Définir et piloter la mise en œuvre de la politique qualité et gestion des risques dans le contexte stratégique de l'établissement.
- * Définir, piloter et contrôler la mise en œuvre de la politique et du plan d'action assurance qualité de l'établissement.
- * Garantir la conformité aux référentiels par rapport aux exigences et aux réglementations en vigueur, en relation avec les clients et les fournisseurs.
- * Définir et assurer le déploiement opérationnel de la gestion des risques et du programme d'action de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS)
- * Piloter, coordonner et mettre en œuvre les procédures de certification
- * Coordonner les actions d'évaluation des pratiques et les audits internes.
- * Définir et construire des indicateurs et élaborer des tableaux de bord de suivi
- * Définir et participer au développement d'une culture qualité au sein de l'établissement
- * Élaborer les cahiers des charges et les contenus de formation en lien avec l'activité
- * Gérer en collaboration avec la Direction du Système d'Information les sites Internet et Intranet de l'établissement

Liens hiérarchiques et fonctionnels :

- * Le Directeur Adjoint en charge de la qualité, des risques et de la communication est en lien hiérarchique et fonctionnel direct avec le Directeur d'Etablissement.

Organigramme du CHY



Orientations détaillées du projet qualité et gestion des risques- Source : dans le projet d'établissement 2015-2019 du CHY

Axe 1 : Structurer le dispositif qualité et gestion des risques
• Rédaction d'une politique qualité et gestion des risques claire et partagée
• Création et communication d'un canevas du dispositif de pilotage
• Adaptation du champ d'intervention de la cellule qualité/gestion des risques
• Impulsion de la démarche d'approche processus
• Développement du PAQSS ¹ 2015/2019
• Développement de la communication, formation et sensibilisation
Axe 2 : Informer le patient, patient co-acteur de sa sécurité
• Faciliter la communication et l'information des usagers
• Faciliter la participation des représentants des usagers
• Poursuite du développement des programmes d'Education Thérapeutique du Patient
• Développement d'actions d'éducation à la santé en continu et dans le cadre de la semaine sécurité des patients
• Evaluation de la satisfaction des patients
Axe 3 : Développer le dossier du patient
• L'actualisation et communication du guide d'utilisation du dossier patient
• Formation continue
Axe 4 : Préparer et obtenir la prochaine certification en 2016 (V2014)
• Formation externe et interne à partir de 2015
• Création du Compte Qualité
• Méthode du patient traceur
• Organisation politique et logistique de la démarche de certification V2014 et suivi des recommandations de la V2010 en cours
Axe 5 : Définir et mettre en œuvre une politique de gestion globalisée des risques
• Construction d'une cartographie des risques globale et adaptée au CH
• Suivi des plaintes et réclamations liées aux soins et traitées en Commission des usagers
• Conforter la coordination et le suivi des vigilances sanitaires en lien avec la réglementation et les orientations nationales
• Gestion du risque infectieux en collaboration avec l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène
• Développement de la culture qualité et sécurité
• Déclaration et prise en compte des événements indésirables dans leur ensemble
• Retour d'expérience : clé de l'apprentissage de la culture sécurité
• Amélioration des Pratiques Professionnelles
Axe 6 : Développer la gestion documentaire
• Construction de la Gestion Documentaire
• Harmonisation de la Gestion Documentaire qualité
• Révision des documents « support » dans un souci de simplification
• Mise en place d'un tableau de bord institutionnel qualité/risques/évaluations

1 PAQSS : Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. Dans le Décret n°2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la Commission Médicale d'Établissement dans les établissements publics de santé Art. R. 6144-2-2- La CME : « propose au directeur le programme d'actions mentionné à l'article L. 6144-1. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L. 6111-2. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi. »

Niveaux de certification (certification V2010)- Source HAS¹

Certification	<i>Sans recommandation</i>	La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée. La prochaine procédure de certification est fixée à échéance d'au plus 4 ans.
Certification avec recommandation(s)	<i>Au moins une recommandation</i>	L'établissement doit mettre en œuvre les mesures préconisées. Il en fournit la preuve soit dans le cadre de la procédure en cours soit en prévision de la prochaine procédure à échéance d'au plus 4 ans.
Certification avec réserve(s)	<i>Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)</i>	3 à 12 mois sont laissés à l'établissement pour produire un rapport de suivi sur les sujets concernés et apporter la preuve qu'il s'est amélioré sur ces points.
Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure(s)	<i>Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)</i>	L'établissement n'est pas certifié (d'où la dénomination « décision de surseoir »). Il ne le sera que s'il démontre au cours d'une visite de suivi réalisée de 3 à 12 mois après la visite initiale qu'il a significativement amélioré les points de dysfonctionnement constatés.
Non certification	<i>Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements</i>	L'établissement n'est pas certifié. La Haute Autorité de Santé examine avec la Direction de l'établissement et la tutelle régionale, dans quels délais, il est susceptible de se réengager dans la démarche.

¹Source : HAS – Accréditation & certification in -La V2010 - [en ligne]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2007462/fr/la-v2010 - Consulté le 14/06/2016

Annexe : Composition et missions des membres du système de management de la qualité et de la gestion des risques

Cadre supérieur de santé en charge de la Qualité

Missions :

- * Oriente, coordonne et anime la mise en œuvre du management qualité – gestion des risques ;
- * Coordonne la préparation des procédures de certifications ;
- * Communique aux instances l'état d'avancement de la démarche de certification : CME, SCQSS, CRUQPC, CSIRMT;
- * Assure la veille dans le domaine de la qualité de la gestion des risques ;
- * Administre le logiciel qualité et gestion des risques ;
- * Coordonne la communication du CHFT ;
- * Réalise des supports de communication sur la politique et les actions dans le domaine de la qualité – gestion des risques.

Responsable Assurance Qualité

Missions :

- * Met en œuvre la politique qualité et sécurité des soins et le PAQSS ;
- * Assure l'expertise méthodologique dans la mise en œuvre ; opérationnelle de la démarche qualité et gestion des risques ;
- * Assure le suivi méthodologique et l'accompagnement des procédures de certification ;
- * Participe à l'animation de groupes d'amélioration de la qualité et à la formation des personnels ;
- * Informe la SCQSS de l'évolution du PAQSS ;
- * Communique aux instances l'état d'avancement de la démarche de certification : CTE, CHSCT, SCQSS, CRUQPC ;
- * Participe sur demande à des projets et groupes de travail ;
- * Administre le logiciel qualité et gestion des risques ;
- * Coordonne la gestion documentaire.

Secrétaire qualité

Missions :

- * Met en forme les procédures, centralise, suit et classe le système documentaire ;
- * Enregistre les données qualité et de gestion des risques (enquêtes qualité, mesures de la satisfaction, indicateurs, tableaux de synthèses) ;
- * Prépare la logistique des réunions qualité-gestion des risques et rédige les comptes rendus.

Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Missions :

- * Apporte conseil et expertise méthodologique à la commission médicale d'établissement et à la conférence médicale d'établissement pour l'élaboration du programme d'actions ;

- * Contribue à la lisibilité de ce programme d'actions par les professionnels de l'établissement et les autorités, favoriser son appropriation par les acteurs directs ;
- * Assure une cohérence des actions engagées par les différents professionnels impliqués dans la gestion des risques associés aux soins, que ceux-ci soient directement liés aux patients ou liés à la vie hospitalière (vigilances, hygiène, risques directement associés à la pratique de soins, risques professionnels, risques environnementaux, risques techniques, risques liés aux travaux, ou autres risques ayant un impact pour la sécurité du patient) ;
- * Assure une cohérence de la démarche de gestion des risques associés aux soins avec les différents projets de l'établissement dans les domaines de la qualité, de l'évaluation des pratiques, du développement professionnel continu, de la certification d'établissement, de l'accréditation d'activités ou encore notamment de l'accréditation des médecins des spécialités à risques ;
- * S'assure de l'effectivité, dans l'établissement, des dispositifs de vigilance et de signalement.

Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse : Pharmacien / Praticien EOHH

Missions :

- * S'assure que le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est défini, mis en œuvre et évalué ;
- * Rend compte à la direction et à la CME du fonctionnement du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ;
- * Propose à la direction et à la CME les améliorations de ce système qu'il estime nécessaires.

Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière

Missions :

- * Coordonne l'action des professionnels dans les domaines de la lutte contre les infections nosocomiales, y compris la prévention de la résistance contre les infections bactériennes aux antibiotiques ;
- * Prépare, chaque année, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales ;
- * Elabore le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- * Définit, en relation avec les professionnels de soins, les méthodes et les indicateurs adaptés aux activités de l'établissement de santé permettant l'analyse et le suivi des risques infectieux liés aux soins ;
- * Participe à l'évaluation des pratiques dans les domaines de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- * Emet un avis lors de la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des infections nosocomiales dans l'établissement.

Correspondants locaux des Vigilances

Missions :

- * Enregistrent et analysent les incidents ou risques d'incident ;
- * Procèdent aux actions préventives nécessaires ;

- * Effectuent les déclarations aux autorités compétentes des éventuels dysfonctionnements ;
- * Accompagnent de manière régulière les professionnels de santé (informations, conseils, assistance, sensibilisation)
- * Mettent en œuvre les recommandations émanant de l'autorité compétente et suivent la mise en œuvre des actions entreprises dans un souci d'amélioration continue ;

- * Matéiovigilance : surveillance des incidents et risques d'incidents résultant de l'utilisation d'un dispositif médical, après sa mise sur le marché.
- * Réactovigilance : surveillance des incidents et risques d'incidents résultant de l'utilisation d'un dispositif médical de diagnostic in vitro (DMDIV)
- * Pharmacovigilance : Surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain.
- * Cosmétovigilance : Surveillance du risque d'effet indésirable attribuable à l'utilisation d'un produit cosmétique mis sur le marché.
- * Infectiovigilance : Surveillance et réduction du risque d'infection nosocomiale, liée aux soins
- * Identitovigilance : Surveillance liée aux actions d'identification du patient

Infirmière Hygiéniste

Missions :

- * Dans le cadre des travaux qualité, l'infirmière hygiéniste du CHFT contribue aux réflexions de la cellule qualité concernant la surveillance et la prévention du risque infectieux.

Correspondants hygiène

Missions :

- * Relaient les actions de prévention, de surveillance et d'évaluation des infections nosocomiales définies dans le programme de lutte contre les infections nosocomiales et mises en œuvre par l'EOHH ;
- * Diffusent l'information provenant de l'EOHH ;
- * Font remonter les informations provenant des unités de soins/services à l'EOHH ;
- * Participent aux réunions d'information et de formation ;
- * Conseillent les professionnels pour l'application des documents qualité ;
- * Sensibilisent les professionnels à l'utilisation des recommandations de bonnes pratiques
- * Favorisent les actions de prévention des infections associées aux soins (mise en place des précautions standards et complémentaires, suivi des mesures d'hygiène de base, bon usage des produits...)
- * Réalisent des audits, enquêtes, sur sollicitation de l'EOHH et de la Direction Qualité et Veille sur les Risques ;
- * Participent à l'élaboration de procédures ;
- * Participent à la surveillance et au signalement d'évènements inhabituels ou sévères ;
- * Évaluent la mise en place des pratiques et des moyens (faisabilité des recommandations préconisées, essai de nouveaux dispositifs médicaux, produits, matériel et techniques, ...).

- * Actualisent les informations (présentation des nouvelles recommandations, dispositifs médicaux, produits et matériels, information aux nouveaux arrivants, stagiaires, ...)

Référents qualité et gestion des risques :

Cadres de proximité ou responsables de service, responsables de l'organisation et de la mise en œuvre de la démarche qualité et gestion des risques au sein des unités et services

Missions :

- * Informent : relais permanents entre le secteur d'activité et la Direction qualité et Veille sur les risques ;
- * Organisent la mise en œuvre des démarches qualité et gestion des risques du CHFT ;
- * Conseillent les équipes en ce qui concerne les méthodologies mises en œuvre ;
- * Conduisent des actions spécifiques sur des points techniques particuliers sur sollicitation de la Direction qualité et Veille sur les risques ;
- * Assurent le relai des documents qualité intégrés dans la gestion documentaire auprès des équipes.

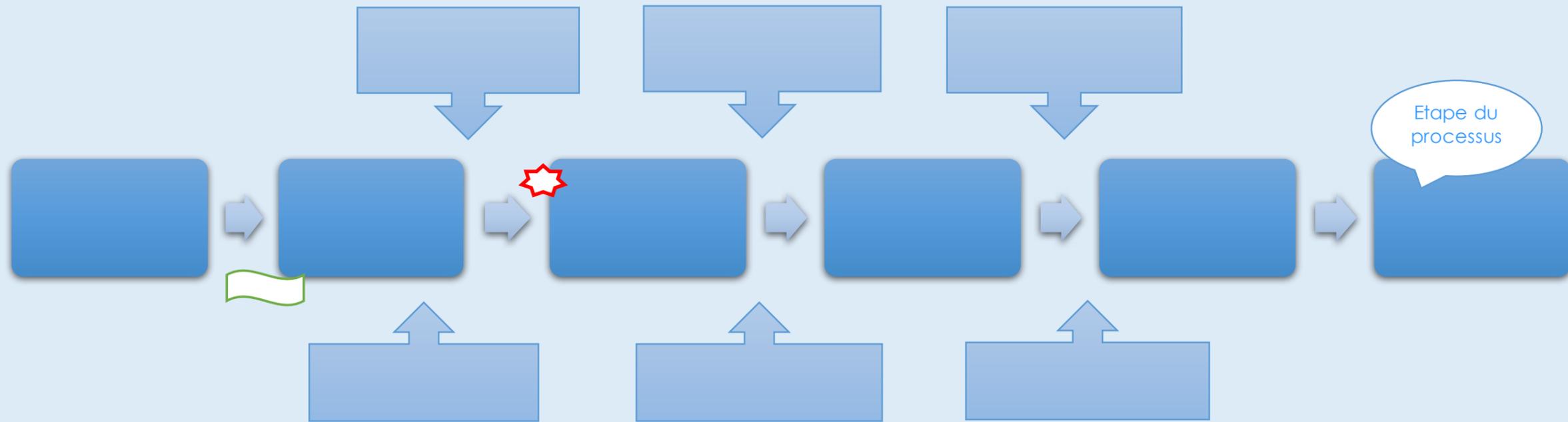
Auditeurs internes

Missions :

- * Évaluent l'efficacité du contrôle interne nécessaire à l'établissement (certification, indicateurs généralisés...) ;
- * Participent à l'élaboration de plans d'audits ;
- * Réalisent des missions d'audits ;
- * Participent à la communication ascendante des informations recueillies sur le terrain dans le cadre de leur mission ;
- * Ponctuellement, accompagnent les professionnels dans la mise en œuvre opérationnelle des actions d'amélioration définies.

Pilote	Finalité	Risques
Critères HAS rattachés	Clients du processus - Exigences	Processus en interaction
Données d'entrée	Etapes - Activités	Données de sortie
→		←
Ressources	Réglementation	Indicateurs
	Documentation interne	

Etapes / Activités du processus



Possibilité d'insérer les interfaces liées à un risque



Possibilité de référencer les documents internes reliés à une étape spécifique du

Campagne IPAQSS 2016 Les résultats

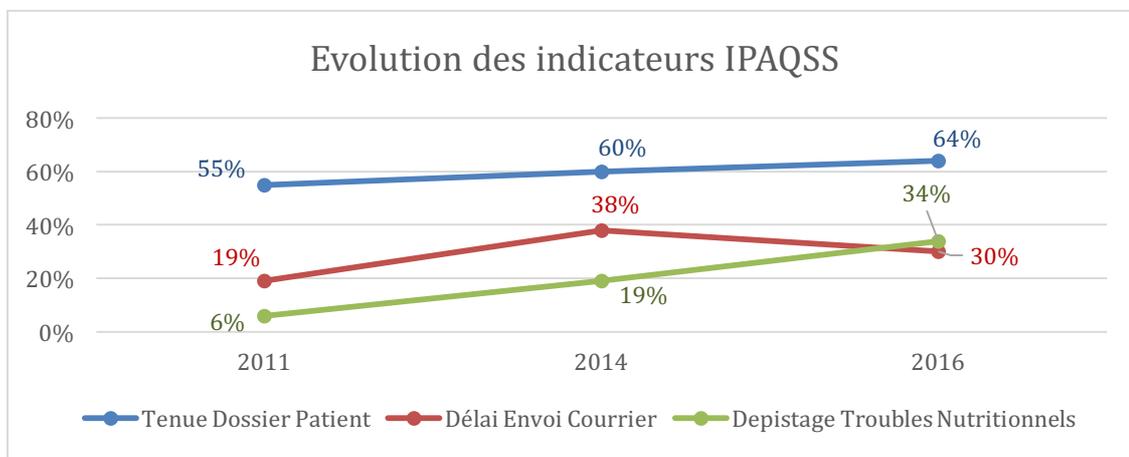


Rappel du calendrier

- ☞ Du 9 au 13 Mai : réalisation de l'audit par l'équipe d'auditeurs internes
- ☞ Du 17 au 27 Mai : saisie des grilles de recueil sur la plateforme QUALAS par l'équipe du DIM et le secrétariat Qualité
- ☞ 15 Juin : validation de l'audit par le Directeur
- ☞ 21 Juin 2016 : Réunion de clôture de l'audit (analyse des résultats et rédaction du rapport d'audit)
- ☞ Fin Juin publication des résultats aux professionnels (Rapport RA QUA 006 publié dans APTA et diffusion InfoQualité n°4)

Merci à l'équipe d'auditeurs et aux professionnels pour leur participation active !

Résultats Globaux depuis 2011

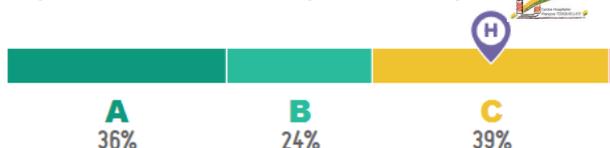


Résultats du CHFT publiés sur Scope Santé en comparaison des autres établissements

Tenue du dossier patient en santé mentale ?

Date des données : 2013

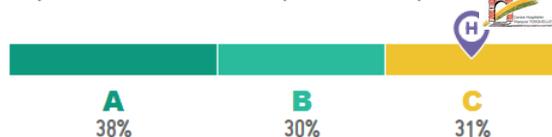
Repartition nationale des hôpitaux et cliniques



Depistage des troubles nutritionnels en santé mentale ?

Date des données : 2013

Repartition nationale des hôpitaux et cliniques :



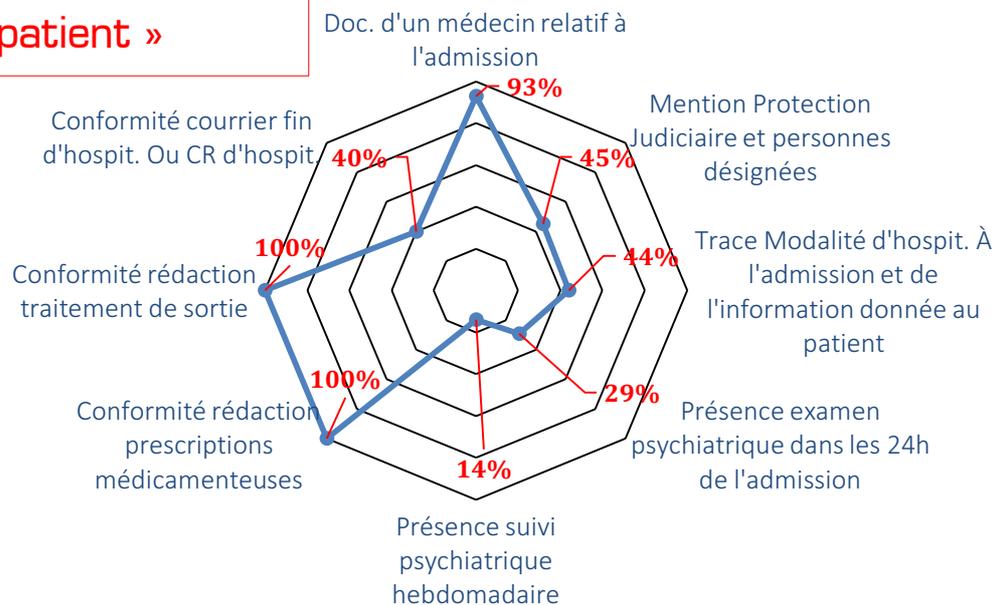
Résultats détaillés

Indicateur	Résultats 2016	Evolution depuis 2014	Moyenne nationale ¹
Tenue du dossier patient	64%	↗	79%
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	30%	↘	52%
Dépistage des troubles nutritionnels	34%	↗	61%



Plus d'infos ? Télécharger le rapport sur Apta
Référence RA QUA 006

Résultats détaillés des critères composant le score de l'indicateur « tenue du dossier patient »



RAPPELS REGLEMENTAIRES :

- * La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le Code de Santé Publique (article R 1112-1).
- * Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.
- * L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (article R 1112-1 du CSP).
- * En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique. Il fait partie du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et une expertise conduite par le Ministère de la Santé préconise le calcul de la perte de poids avant l'admission et un calcul de l'IMC.

¹ Moyenne nationale pondérée des établissements en santé mentale - Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins - Qualité de la tenue du dossier patient en santé mentale adulte - Résultats nationaux de la campagne 2014, Données 2013, 3e campagne nationale - HAS, décembre 2014



Document Unique relatif à l'évaluation des risques professionnels

Le Document Unique a été mis en place en 2009. En 2013 lors de la précédente certification, la HAS émet une recommandation sur «l'évaluation des risques a priori »

Les actions mises en oeuvre

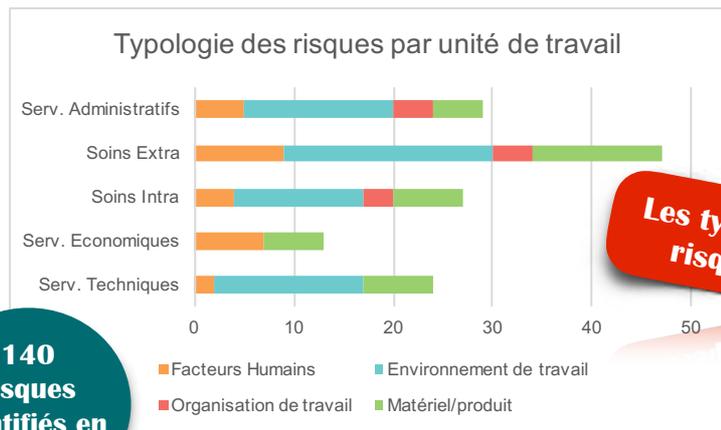
En mai 2015, la DRH a remobilisé le « COFIL Document Unique », qui se réunit tous les mois. Une mise à jour du document a été réalisée en intégrant les risques psychosociaux :

- *Découpage de l'établissement en Unités de travail
- *Mise en place d'un diagramme de Farmer permettant une évaluation du risque (criticité) identique pour la gestion des risques a priori et a posteriori et permettant la priorisation des risques.
- *Rencontre des équipes sur le terrain pour mise à jour des risques évalués en 2009 et identification de nouveaux risques
- *Evaluation des moyens de préventions existants.

A poursuivre...

- *Construction en cours d'un plan de prévention
- *Unité de travail Pharmacie/ Médecin : identification des risques à réaliser...

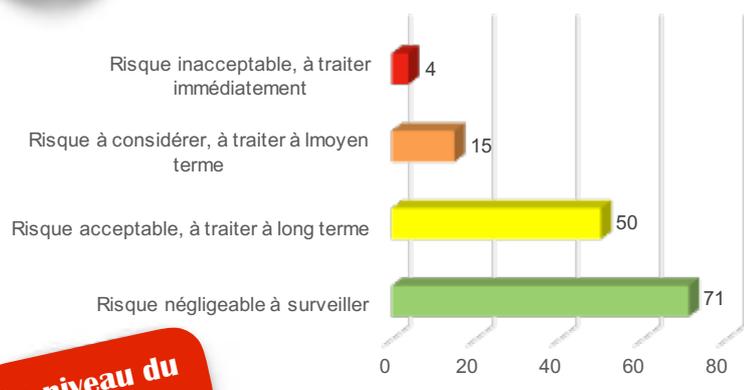
Quelques illustrations des risques évalués au CH



Les types de risques

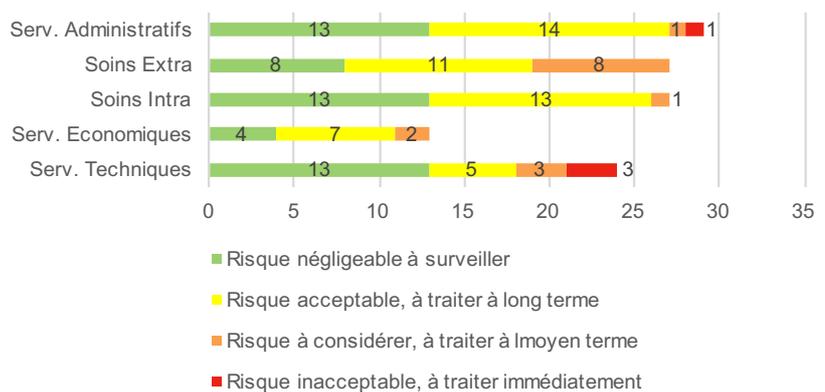
140 risques identifiés en 2015

Hierarchisation des risques



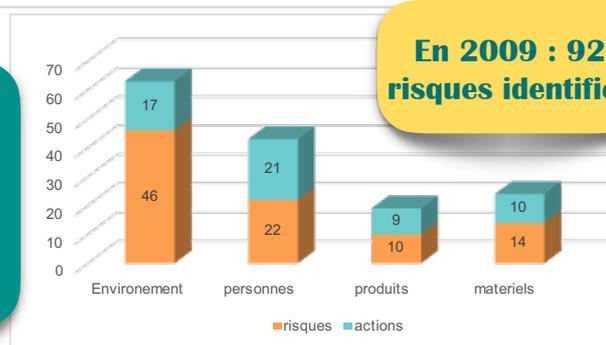
Le niveau du risque

Hierarchisation des risques par unité de travail



En 2009 : 92 risques identifiés

Le Document Unique sera présenté en CHSCT début 2016



Déclarer un événement est une démarche participative à l'amélioration de l'organisation

Le traitement des événements indésirables

Les actions mises en oeuvre

- * Une charte d'incitation à la déclaration a été diffusée en juillet 2015.
- * Le circuit d'analyse et de traitement des événements indésirables a été revu afin de garantir l'anonymisation des déclarants.
- * La procédure de déclaration est mise à jour, un affichage A3 est proposé.
- * Chaque déclarant est systématiquement contacté par un membre du service qualité.
- * Lorsque l'événement est clôturé, un courrier-réponse est envoyé au déclarant afin de

mesurer l'efficacité de l'action mise en oeuvre

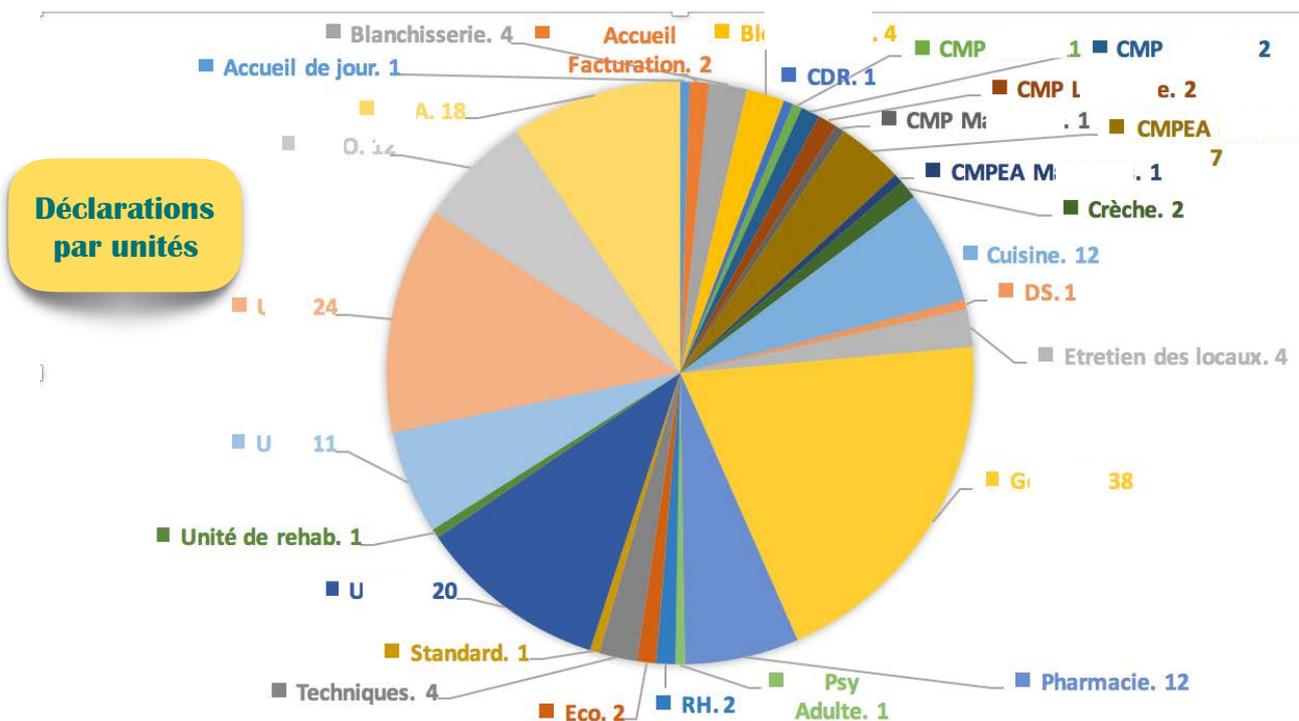
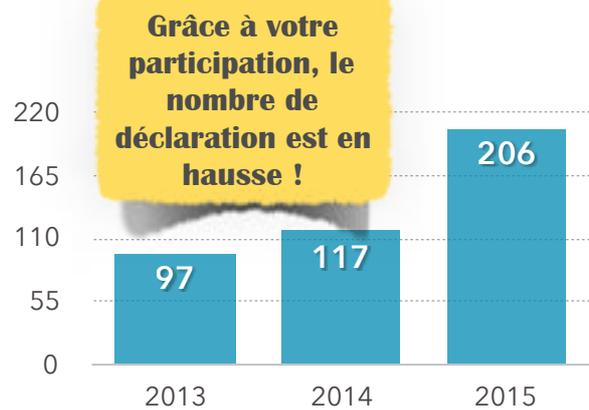
* Chaque mois, la Cellule Opérationnelle de la Gestion des Risques et de la Qualité se réunit faisant appel à des experts de domaines pour analyser et traiter les risques.

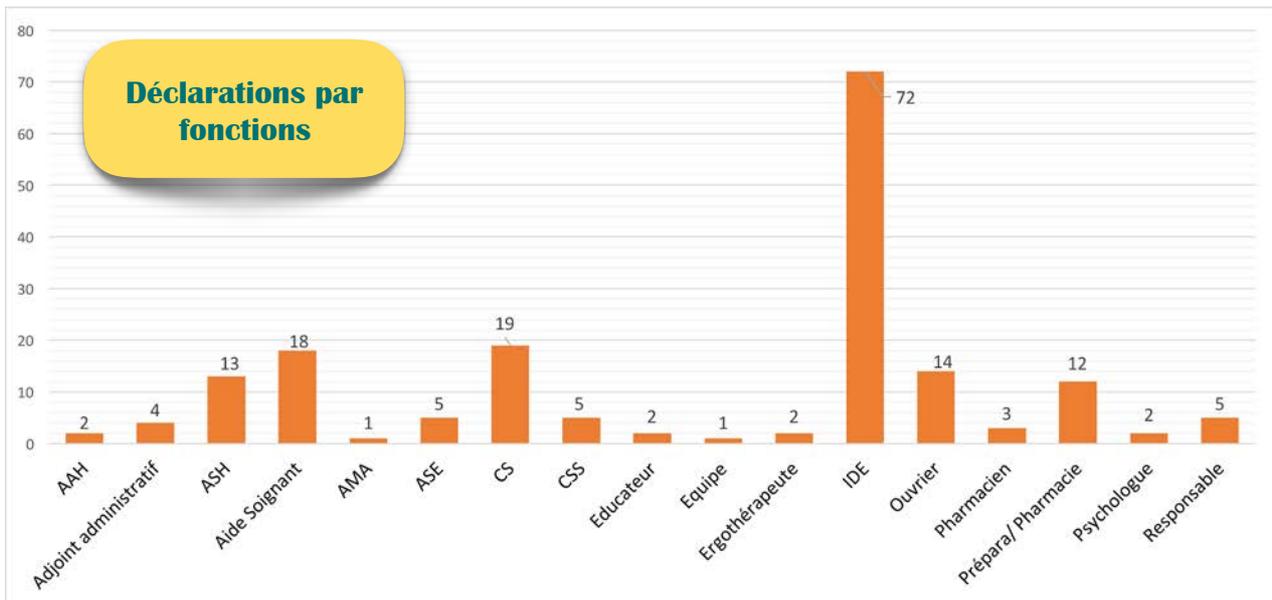
A poursuivre...

- * Les statistiques permettant de mesurer le délai de réponse au déclarant
- * La mise en oeuvre d'un niveau de maîtrise du risque après mesure de l'efficacité de l'action.
- * La communication sur la gestion des risques aux personnels.

Les Événements Indésirables en chiffres

- * Les déclarations concernent l'ensemble des services de l'hôpital.
- * Le délai moyen de contact du déclarant est d'une journée.
- * Un courrier de mesure de la satisfaction et d'évaluation de l'action est envoyé au déclarant lorsqu'une réponse a été apportée.





Domaine de risque	Nb de déclarations
Sécurité des personnes et des biens	53 dont 19 agressions physiques et 5 agressions verbales
Soins (organisation, continuité...)	50
Logistique, hôtellerie	22
Hygiène, risques infectieux	16 dont 3 AES
Bâtiment, environnement	8
Médicaments, produits de santé	9
Effractions, vols, intrusion, fugues	7

Principales déclarations par domaine de risque

21 Accidents du travail déclarés

Quelques exemples d'actions mises en oeuvre grâce aux déclarations

Signalement d'intrusion dans les locaux du Pôle Professionnel

Mise en place d'une alarme sur le bâtiment 3 jours après la déclaration

Signalement d'un risque de plainte possible concernant la perte de courrier

Mise en place d'un formulaire détaillé de traçabilité de chaque courrier entrant

Signalement d'un risque de perte ou vol de morphiniques lors de la livraison

Modification de la procédure de livraison par la Pharmacie en lien avec le Service de Soins

Signalement d'une agression d'un patient sur un personnel

Réunion clinique pluridisciplinaire, entretien ciblé avec le patient et prise en charge individualisée de la victime par le médecin du service

LES NOUVEAUTÉS



PROJET DE CARTOGRAPHIE DES RISQUES

Certification V2014

Les actions mises en oeuvre dans le cadre de la gestion des risques visent également à répondre aux exigences de la HAS et aux 2 recommandations de la précédente certification sur l'évaluation des risques a priori et la gestion des événements indésirables.

Nouveaux arrivants

Un marque-page permettant de visualiser « en 2 clics » la procédure de déclaration des événements indésirables est remis à chaque nouvel arrivant ou sur simple demande.



Merci !

Un grand merci à tous les déclarants ainsi qu'aux membres du COPIIL du Document Unique pour leur investissement dans la démarche de gestion des risques et leur collaboration afin d'aider l'établissement à mieux gérer ou prévenir les dysfonctionnements.

Une vision complète de la gestion des risques

Après le renforcement de l'organisation,

L'établissement s'est attaché à renforcer la démarche globale de prévention des risques qui intègre les vigilances sanitaires et l'intégralité des risques pour les patients et les personnels. Une démarche globale de gestion des risques intégrant la gestion a priori et a posteriori est en place. Elle prend en



compte les dysfonctionnements (a priori et a posteriori), les risques majeurs (plan canicule, plan blanc...), et récurrents ainsi que l'analyse de la conformité à la réglementation (procédure de certification, suivi des fiches de synthèse de sécurité...)

Le renforcement de la visualisation globale des risques

La cartographie des risques vise à représenter de façon pratique la hiérarchie des risques dans une situation donnée.

Objectif :
Représenter de façon pratique la hiérarchie des risques dans une situation donnée.

L'idée étant de croiser l'identification et l'analyse des risques a priori et les risques a posteriori.

Ce projet doit permettre à l'établissement de mieux apprécier

les risques inhérents à son activité et de mettre en oeuvre des actions de réduction ciblées en fonction des caractéristiques de notre hôpital.

Moyens :
Croiser l'identification et l'analyse des risques a priori et des risques a posteriori

Info Certification



N°2

**OBJECTIF JUILLET
2016**

Création d'un Comité Stratégique de la Certification

Dont les missions consistent à fixer les orientations stratégiques, piloter et coordonner la démarche de certification et de valider les différentes étapes à venir. Une première réunion le 8 février a permis :

- * De définir les politiques institutionnelles du Compte Qualité et de la méthode Patient-Traceur,
- * D'identifier des profils de Patients-Traceurs,
- * De formaliser le calendrier de présentation des thématiques du Compte-Qualité au Comité pour validation avant présentation en CME et envoi à la HAS.

**LE COMPTE QUALITE
DOIT ETRE ENVOYE A LA
HAS LE 1^{ER} JUILLET
2016**

Dernière session de la formation Méthode du patient traceur et audit de processus en février 2016

Les professionnels se sont, une fois encore, fortement mobilisés, et ont exprimé leur satisfaction quant au contenu de la formation (appropriation de la méthodologie, d'analyse du compte qualité). A cette occasion deux exercices Patients-Traceurs ont été réalisés :

Les +

**Culture de la traçabilité
Suivi IDE très complet
Éléments de lisibilité indispensables
retrouvés (identité, dates et heures...)**

Les -

**Défaut d'évaluation douleur, risque suicidaire
Projets personnalisés non réévalués
Synthèses insuffisamment tracées
Suivi somatique insuffisant
Informations disparates**

**LA DATE BUTOIR DE
FINALISATION DU
COMPTE QUALITE EST
LE 23 MAI 2016**

**Validation du
Compte Qualité
en CME en
Juin 2016**

Ces exercices seront poursuivis et accompagnés méthodologiquement par la Direction Qualité dès le mois de mai et présentés annuellement en CME.

Qualité et de Sécurité des Soins



CHS FRANCOIS TOSQUELLES



INFO PATIENT

CERTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT	LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES	COURRIER DE FIN D'HOSPITALISATION	TENUE DU DOSSIER PATIENT(E)
B	C	C	C

Lutte contre les infections nosocomiales

Indicateur	Résultats 2014	Score	Evolution
ICALIN Cet indicateur reflète l'organisation, les moyens et les actions mis en œuvre pour lutter contre les infections nosocomiales au cours de votre prise en charge	55% (contre 63% en 2012)	C (contre B en 2012)	↘
ICSHA Indicateur de Consommation des Solutions Hydro Alcooliques	64,2% (contre 39% en 2013)	B (contre D en 2013)	↗

Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS)

Indicateur	Résultats 2013	Score	Evolution
Tenue du dossier patient	60% (contre 55% en 2011)	C	↗
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	38% (contre 19% en 2011)	C	↗
Dépistage des troubles nutritionnels	26% (contre 6% en 2011)	C	↗

Situation du CHFT par rapport aux autres Etablissements*

La HAS certifie cet établissement avec recommandation(s)
(Cet établissement a fait l'objet d'un suivi) ?
Date de certification : 15/10/2013 Version : V2010

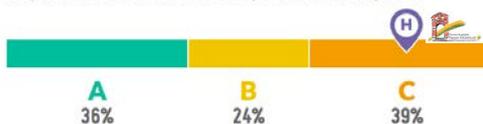
Repartition nationale des hôpitaux et cliniques :



Tenue du dossier patient en santé mentale ?

Date des données : 2013

Repartition nationale des hôpitaux et cliniques :



Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation en santé mentale ?

Date des données : 2013

Repartition nationale des hôpitaux et cliniques :



Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales ?

Date des données : 2014

Repartition nationale des hôpitaux et cliniques :





COMMUNICATION QUALITE GESTION DES RISQUES

OU	QUI	QUOI	QUAND	COMMENT
Réunion des cadres de santé	SHV	Présentation de la procédure RMM	07/05/2015	Présentation Power Point
Copil Document Unique	SHV	Présentation du calcul de la criticité	28/05/2015	Présentation Power Point
SCQSS	SHV	Présentation V2014	17/06/2015	Présentation Power Point
CHSCT	SL	Présentation V2014	29/10/2015	Présentation Power Point
Cellule opérationnelle Q/GDR	SHV	Présentation V2014	19/06/2015	Présentation Power Point
CRUQPC	SHV	Présentation V2014	22/06/2015	Présentation Power Point
Responsable restauration + diététicienne	SL	Présentation V2014	23/06/2015	Présentation Power Point
CME	SHV	Présentation V2014	02/07/2015	Présentation Power Point
Conseil de Surveillance	PHV	Présentation V2014	22/12/2015	Présentation Power Point
CTE	SL	Présentation V2014	15/12/2015	Présentation Power Point
Equipe CMP L.	SL	Présentation V2014, Charte de déclaration des événements indésirables	16/07/2015	Affiches de communication
Directoire	PHV	Présentation V2014	02/07/2015	Présentation Power Point
Equipe CMP F.	SL	Présentation V2014, Charte de déclaration des événements indésirables	02/09/2015	Affiches de communication
SCQSS	SHV SL	Présentation V2014, Charte de déclaration des événements indésirables	09/09/2015	Affiches de communication
Equipe UNITE M	SL	Présentation V2014, Charte de déclaration des événements indésirables	17/09/2015	Affiches de communication
Réunion des cadres de santé	SL	Présentation V2014 + appel à candidature formation action patient traceur/audit de processus Procédure urgences vitales	01/10/2015	Présentation Power Point
CSIRMT	SHV SL	Présentation V2014/ compte qualité/ gestion EI/ satisfaction patients	10/11/2015	Présentation Power Point + doc sur table
Equipe CMP LC	SL	Présentation V2014, Gestion des EI, marque page Gestion doc/gestion des risques	17/11/2015	Power Point, Docs de communication
SCQSS	SHV	Etat d'avancement PAQSS	25/11/2015	
Equipe CMP HJ St C.	SL	Présentation V2014, Gestion des EI, marque page Gestion doc/gestion des risques	04/12/2015	Power Point, Docs de communication
Equipe UAPPE + CMP F.	SL	Présentation V2014, Gestion des EI, marque page Gestion doc/gestion des risques	11/12/2015	Power Point, Docs de communication
CME	SHV	Etat d'avancement PAQSS	14/12/2015	
Equipe Géronto psychiatrie	SL	Présentation V2014, Gestion des EI, marque page Gestion doc/gestion des risques	05/01/2016	Docs de communication
Cellule opérationnelle Q/GDR	SHV	Bilan GDR	08/01/2016	Document Bilan GDR 2015



OU	QUI	QUOI	QUAND	COMMENT
CSIRMT	SHV SL	Présentation Compte Qualité/Patient Traceur	11/02/2016	Power Point
Equipe ASH	SL	Présentation V2014, Gestion des EI, marque page Gestion doc/gestion des risques	29/01/2016	Docs de communication/Power Point
Directoire	PHV	Bilan GDR 2015	25/01/2016	Power point
Cellule opérationnelle Q/GDR	SHV	État d'avancement certification et Compte Qualité	19/02/2016	Communication orale + infocertification n°2
CHSCT	PV/SL	Bilan GDR 2015 / COM V2014	09/03/2016	Power point / Docs de communication
CTE	PV/SL	Bilan GDR 2015 / COM V2014	10/03/2016	Power point / Docs de communication
Equipe ASH	SL	Suivi V2014, CQ Risque infectieux, Gestion des EI, Bilan GDR 2015	17/03/2016	Docs de communication/Power Point
CSIRMT	SL	- Bilan d'étape de certification (compte qualité, patients-traceurs) - Politique compte qualité, patient traceur - Profils patients traceurs - Bilan global 2015 de la gestion des risques	18/03/2016	Power Point
SCQSS	SL	- Bilan global 2015 de la gestion des risques - Bilan d'étape de certification (compte qualité, patients-traceurs)	25/03/2016	Power Point Documents sur table
Directoire	PHV	- Communication Qualité : Info Certification N°2 - Bilan d'étape de certification (compte qualité, patients-traceurs)	31/03/2016	Power point / Docs de communication
Conseil de Surveillance	PHV	- Communication Qualité : Info Certification N°2 - Bilan d'étape de certification (compte qualité, patients-traceurs)	31/03/2016	Power point / Docs de communication
CME	SHV	- Bilan d'étape de certification (compte qualité, patients-traceurs) - Politique compte qualité, patient traceur - Profils patients traceurs - Bilan global 2015 de la gestion des risques	31/03/2016	Power point / Docs de communication
CDU	SHV	Compte Qualité thématique qualité et gestion des risques	02/05/2016	Document sur table
CSIRMT	SL	Bilan d'étape Compte qualité + point sur la procédure de certification V2014	0,6525	Document sur table
SCQSS	SHV	Bilan d'étape Compte qualité + point sur la procédure de certification V2014	16/06/2016	Document sur table
CTE	SL	Présentation Compte Qualité	17/05/2016	Power Point
Conseil de surveillance	PHV	Présentation Compte Qualité	19/05/2016	Power Point
Directoire	PHV	Présentation Compte Qualité	19/05/2016	Power Point
CTE	SL	Présentation Compte Qualité	27/06/2016	Power Point
CME	SHV	Présentation + Validation Compte Qualité	27/06/2016	Document sur table + Power Point



NOTE SYNTHETIQUE

Etat d'avancement

Projet Qualité et Gestion des Risques

Direction Qualité et Veille sur les Risques - SHV

12/07/2016

Stratégie et pilotage

- 1 Objectif : Institutionnaliser le système de management de la qualité**
- * Rédaction validation et diffusion du manuel Qualité en octobre 2015
 - * Formalisation et validation de la cartographie des processus du CHY (20/10/15)

Objectif : adapter le système de management de la qualité aux orientations HAS

- Impulsion de la démarche processus :
- * Communications aux instances en 2015
 - * Création d'un outil méthodologique d'aide aux pilotes de processus
 - * Formation des pilotes de processus par la Direction Qualité (sept. 2015)
 - * Formation action patient traceur et audit de processus (Nov/déc 2015 ; Fév. 2016)
 - * Compte Qualité Validé en CME 27 juin 2016 transmis à la HAS le 11 juillet 2016.

2

Certification

- 1 Objectif : Engager le CHY dans la procédure de certification**
- * Inscription SARA + VIPES (octobre 2015)
 - * Fiche interface envoyée en Janvier 2016
 - * Formalisation d'un comité stratégique de la certification en février 2016 (3 réunions)
 - * Compte Qualité transmis le 11 juillet 2016

2 Objectif : Appliquer les recommandations suite à la précédente certification

- * Evaluation du PAQSS (Sept. 2015)
- * Refonte du PAQSS 2015-2019 selon les processus identifiés et en lien avec le compte qualité (présenté, validé aux instances en décembre 2015)

2

3 Objectif : Répondre aux exigences de la procédure de certification

- * Expérimentation et appropriation de la méthode patient traceur (formation action réalisée) 2 patients traceurs réalisés (février 2016)

3

Gestion documentaire

- Objectif : Optimiser la Gestion documentaire**
- * Réactualisation de la procédure de maîtrise documentaire (7/5/15)
 - * Centralisation des tableaux de bords de suivi des activités et indicateurs (juin 2015)
 - * Migration du logiciel GED et amélioration de l'ergonomie, du moteur de recherche (novembre 2015).
 - * Reformalisation du site Internet et de l'intranet (en cours)

Animation

Objectif : Améliorer la communication interne

- * Création d'un journal interne Qualité (4 numéros diffusés : Douleur, Dossier patient, IPAQSS x 2)
- * Création d'un périodique sur la certification : InfoCertification (2 numéros diffusés)
- * Création d'un périodique pour les patients : InfoPatients (1 numéro diffusé)
- * Création d'un périodique pour les professionnels InfoHygiène : 2 numéros diffusés

Objectif : Développer le réseau qualité

Adhésion en mai 2015 :

- * Association nationale des responsables qualité (ANRQ)
- * Sentinelle Juridique



1 Gestion des risques

Objectif : opérationnaliser la gestion des risques

Création d'une Cellule Opérationnelle Qualité Gestion des Risques (mai 2015).
Réunions mensuelles + intégration de la gestion a priori des risques

Objectif : Développer un système de gestion global des risques

Uniformisation des modalités d'évaluation de la criticité (gestion des EI, Document Unique) mai 2015

Objectif : Mise en conformité de la réglementation

Révision du Plan Blanc : mise à jour en 2015, remobilisation du groupe de travail. Réunions mensuelles. Validé, diffusé en juillet 2016

Evaluation - Satisfaction

Objectif : Répondre aux exigences de la certification

- * Formalisation et validation d'une politique EPP et du plan d'action (20 octobre 2015)
- * Rencontre des pilotes et mise à disposition d'un outil institutionnel de suivi des EPP (Janvier 2016)

Objectif : Actualiser les démarches d'évaluation

- * Réévaluation des indicateurs IPAQSS et IQSS (Mai 2016) et intégration des indicateurs hôpital numérique.
- * Formalisation d'un tableau de bord institutionnel de suivi des évaluations en mai 2015 (enquêtes, audits, groupes de travail...)
- * Diffusion régulière des résultats de satisfaction en CDU et sur le terrain.

2 Gestion A Priori

Objectif : Mise en conformité de la réglementation

- * Evaluation et mise à jour du Document Unique et du plan de prévention
- * Remobilisation du COPIL, réunions mensuelles, présentation pour validation en instance septembre 2016 (CHSCT)

3 Gestion A Posteriori

Objectif : Développer une culture non punitive du risque

- * Révision des modalités techniques de déclaration et d'analyse (Mise à jour du logiciel de déclaration et de la procédure de déclaration Aout 2015)
- * Formalisation d'une charte de déclaration des EI et affichage (Juillet 2015)

Objectif : Renforcer le traitement des EIG et EI

- * Intégration du CREX dans la Cellule opérationnelle (6 Mai 2015)
- * Mise en place d'une fiche d'analyse des incidents en lien avec les agressions (méthode ALARME (14 Mars 2016)

Objectif : Développer un apprentissage pédagogique de l'erreur

- * Institutionnalisation des RMM : procédure validée en CME le 2 juillet 2015 (2 RMM réalisées)

Objectif : Atténuer les perceptions négatives de la GDR développer le capital d'estime.

- * Rappel systématique des déclarants
- * Evaluation de l'efficacité des actions par un courrier réponse aux déclarants
- * Gestion d'un tableau de bord de suivi permettant le suivi et un traitement par statistiques.
- * Formalisation et diffusion d'un bilan global annuel de la gestion des risques (Bilan 2015 diffusé)

Bilan Document Unique de 2009 à 2015

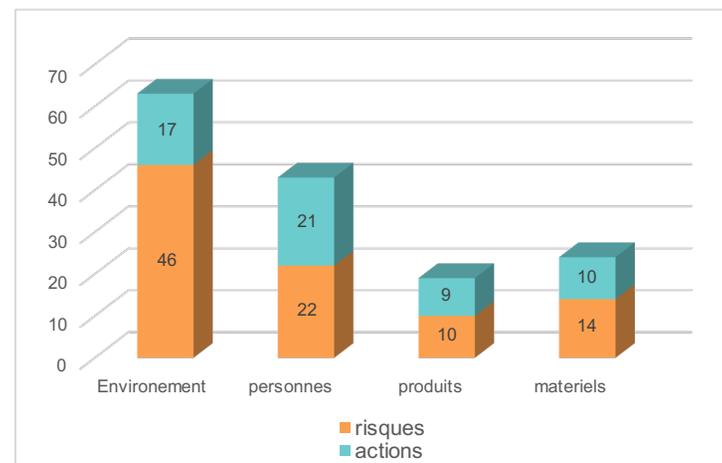
Document Unique CHY 2009

RISQUES 92

ACTIONS 57

ENVIRONNEMENT	2009	Colonne11	Colonne12	TENDANCE
RISQUES	46			
ACTIONS	17			■
PERSONNES	2009	Colonne11	Colonne12	TENDANCE
RISQUES	22			
ACTIONS	21			■
PRODUITS	2009	2020	2021	TENDANCE
RISQUES	10			♦
ACTIONS	9			♦

MATERIELS	2009	2020	2021	TENDANCE
RISQUES	14			♦
ACTIONS	10			♦
TOTAL RISQUES	92			■
TOTAL ACTIONS	57			



SERVICES TECHNIQUES	2015	2016	2017	2018	2019	UMUL À DATE	TENDANCE
Facteurs Humains	2					0	■
Environnement de travail	15					0	■
Organisation de travail	0					0	
Matériel/produit	7					0	■
TOTAL	24	25					■
SERVICES ECONOMIQUES	2015	2016	2017	2018	2019	UMUL À DATE	TENDANCE
Facteurs Humains	7						◆
Environnement de travail	0						◆
Organisation de travail	0						◆
Matériel/produit	6						◆
TOTAL	13	13					■
SERVICES DE SOINS INTRA	2015	2016	2017	2018	2019	UMUL À DATE	TENDANCE
Facteurs Humains	4						◆
Environnement de travail	13						◆
Organisation de travail	3						◆
Matériel/produit	7						◆
TOTAL	27	42					■
SERVICES DE SOINS EXTRA	2015	2016	2017	2018	2019	UMUL À DATE	TENDANCE
Facteurs Humains	9						◆
Environnement de travail	21						◆
Organisation de travail	4						◆
Matériel/produit	13						◆
TOTAL	47	22					■
TOTAL SERVICES DE SOINS	74						
SERVICES ADMINISTRATIFS	2015	2016	2017	2018	2019	UMUL À DATE	TENDANCE

SERVICES DE SOINS INTRA	2015	2016	2017	2018	2019	UMUL À DATE	TENDANCE
Facteurs Humains	5						♦
Environnement de travail	15						♦
Organisation de travail	4						♦
Matériel/produit	5						♦
TOTAL	29	29					■

BLOC MEDICAL/PHARMACIE	2015	2016	2017	2018	2019	UMUL À DATE	TENDANCE
Facteurs Humains							
Environnement de travail							
Organisation de travail							
Matériel/produit							
TOTAL	0	7					

TOTAL RISQUES GLOBAUX	140
------------------------------	------------

SERVICES	Risques 2016	Actions 2016	TENDANCE
Services Techniques	25	20	
Services Economiques	13	9	
Services de soins Intra	42	15	
Services de soins Extra	22	0	
Services Administratifs	29	9	
Bloc Médical Pharmacie	7	1	
TOTAL	138	54	

Taux de risques faisant l'objet d'un plan de prévention	39,13%
--------------------------------------------------------------------	---------------

INFO DRH

Juin 2015

1)ACTUALISATION DU DOCUMENT UNIQUE DU CHFT

Le « document unique » est un recueil obligatoire des risques professionnels inscrit dans le décret n°2001-1016 du 5/11/2015., il doit être régulièrement évalué et évoluer, il permet la mise en place d'action de prévention pour les risques identifiés.

Un Comité de pilotage s'est constitué afin de procéder à son actualisation règlementaire.

Le Copil réunit, sous la responsabilité de la DRH, des représentants du personnel membres du CHSCT, le service de santé au travail, le médecin représentant la CME au CHSCT, les représentants de chaque direction fonctionnelle.

La direction de la qualité amène de surcroît une aide méthodologique pour l'élaboration de ce document élément de la politique de gestion des risques.

Le Copil s'est réuni deux fois, en mai et en juin 2015, son ambition est de parvenir à présenter aux instances de fin d'année l'actualisation du document unique pour 2015.

La base du travail est le document déjà existant pour le CHFT dont l'élaboration a débuté en 2004.

La présentation rénovée du document, qui ordonne le document unique par Unités de travail et par Familles de danger demande aux membres du Copil de rencontrer les agents de chacun des secteurs d'activité du CHFT afin de recueillir les éléments nécessaires à son actualisation.

En effet, le document unique est l'émanation d'une réflexion collective et son évolution avec l'introduction des risques psycho sociaux sera l'objet d'échanges et de discussions au sein des Unités de travail.

Pour cela, les membres du Copil organiseront en lien avec les cadres, des groupes de travail, des moments d'échanges, des interventions, afin de recueillir les avis de tous sur les risques au travail.

Pour toute information complémentaire sur le déroulement de ce recueil, vous pouvez contacter le service des ressources humaines, merci de faire bon accueil aux membres du Copil dans les mois qui viennent.

.../...

DRH , le 25 juin 2015



Unités de travail

Unités de travail	Responsable /Membre du Copil
Services Techniques et travaux (peinture, plomberie, menuiserie, électricité, chaufferie, évaluation spécifique machine, travaux en hauteur,...) Sécurité Environnement/Espaces verts	M. B. – Responsable Services Techniques
Services économiques, logistiques Transports/Garage/déchets Blanchisserie Cuisine centrale Pharmacie	M. A. – Responsable Services économiques, logistique et travaux M. P. - CHSCT (Agent Cuisine)
Bloc Médical/ Médecins Service de Santé au Travail	Dr R. - Psychiatre Mme Q. - Infirmière Santé au travail
Secteurs intrahospitaliers : * Unités d'hospitalisations temps complet de réhabilitation psychosociale * Unité de soins pour adolescents * Unité de géro-psycho-geriatrie * Unité entrant	Mme G. – Cadre Supérieur de Santé M. B. - CHSCT (Infirmier) Mme B. - CHSCT (Infirmier)
Accueil de jour Centre de réadaptation – pôle professionnel	
Secteurs extrahospitaliers * Hôpitaux de jour – CATTP * CMP (adultes/adolescents/enfants) * Accueil familial thérapeutique (adultes/enfants)	
Administration, DIM, SIH, Secrétaires médicales, Assistantes sociales, Psychologues, Régie, Vaguemestre, Standard, Aumônerie.	Mme C. – Directeur Ressources Humaines Sandrine Hayo-Villeneuve – Directrice Adjointe QUALITE/GDR

EXEMPLE

FICHE DE RECENSEMENT ET D'ÉVALUATION DES RISQUES POUR LA SANTÉ ET

(Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001)

Identification des risques selon l'inventaire des dangers

Analyse des modalités d'exposition des salariés au danger

Estimation du risque:
Gravité x Vraisemblance (risque de survenue) = Indice de Risque (criticité)
Ici = Risque à considérer

Unité de travail : Secteurs intra hospitaliers

FAMILLE DE RISQUE	LIBELLE DES RISQUES	MODALITES D'EXPOSITION	G	V	IR = G x V	MOYENS DE PREVENTION ¹
Matériels Produits	Risque infectieux	Contact avec des liquides biologiques potentiellement contaminés ou instruments piquants coupants				Masques, lunettes, gants (R) Matériel AES (R)...
Environnement du travail	Risque de violence et d'agression	Inhérent au type de population pris en charge	3	4	12	Groupe de reprise violence (D)
Organisation du travail	Stress-fatigue	Suivi de patient hors secteur...				
Facteurs humains/Risques psychosociaux	Usure Traumatismes physiques et psychologiques.	Multiplication des conflits entre patients, menaces agressions				Recrutement d'un psychologue attaché à la médecine du travail (P)

¹ Préciser pour chacun « R » : réalisé ; « P » à prévoir ; « D » à développer

Identification des moyens de prévention :

- (R) = réalisé
- (D) = à développer
- (P) = à prévoir

Proposition de création d'une Cellule Opérationnelle de la Qualité et de la Gestion des Risques

Objet

Dans le cadre de l'opérationnalisation de la démarche qualité et gestion des risques, il est proposé la création d'une cellule opérationnelle de la qualité et de la gestion des risques (Cellule Qualité/GDR) restreinte se réunissant deux fois par mois et pouvant faire appel à des experts de l'établissement selon les domaines investigués.

Composition

TITULAIRE	SUPPLEANT
Dr A. C. : Président de la CME	Dr A. R. : Praticien Hospitalier
Dr C. M. : Médecin généraliste infectio vigilant (formé au CREX)	
Dr V.C. : Pharmacien Réacto Cosmético vigilante - Responsable EOHH (formée CREX)	
Dr K. H. : Pharmacien Identito Pharmaco Matério vigilant - Responsable DIM (formé CREX)	
Mme J. : Directrice des Soins - Coordonnateur de la GDR (formée CREX)	
M. U : Directeur des Ressources Humaines	
Mme G. Attachée d'administration Hospitalière - Direction des Ressources Humaines	Mme N. : Adjoint administratif secrétaire du Service de santé au travail et du CHSCT
M.F. Cadre Supérieur de santé - Représentant de la CSIRMT (formé CREX)	M. H. : Cadre Supérieur de santé (formé CREX)
M. C. Cadre de Santé (formé au CREX)	Mme A. : Cadre de Santé (formée au CREX)
Mme P. Infirmière Hygiéniste (formée CREX)	
Mme L. Responsable Assurance Qualité – Représentant de la CRUQPC (formée CREX)	

Missions

Démarche qualité :

- . Veille sur le suivi du PAQSS et incrémentation des actions au PAQSS et au Compte Qualité

Gestion des risques :

Opérationnalisation d'une démarche globalisée des risques

- . Suivi de la gestion a priori des risques (suivi des actions)
- . Traitement des FEI (CREX)

Fonctionnement

- . Réunions bimensuelles
- . Convocation et secrétariat : Direction Qualité et Veille sur les Risques
- . Animation : Direction Qualité et Veille sur les Risques
- . Création d'un règlement intérieur de fonctionnement
- . Mobilisation des référents en fonction des domaines investigués
- . Communications régulières dans le cadre d'un journal qualité



Règlement Intérieur de la Cellule Opérationnelle de la Qualité et de la Gestion des Risques

Article. 1 : Missions

La Cellule opérationnelle de la qualité et de la gestion des risques est composée du Coordonnateur de la gestion des risques, des personnels en activité, représentant les corps médical, paramédical et administratifs afin de faciliter l'analyse des risques a priori et a posteriori et l'avancement des actions d'amélioration continue de la qualité sur l'établissement.

Elle agit, durant son mandat, dans le seul intérêt de prévenir les risques pour améliorer la sécurité des soins, des personnes et des biens et de promouvoir la démarche qualité au CHY.

Article 2 : Durée du mandat

La composition de la Cellule opérationnelle est pérenne. Cependant l'absence d'un des membres pendant plus de six mois consécutifs occasionne son remplacement systématique.

Le Cadre supérieur de santé représentant la CSIRMT est remplacé par un autre membre volontaire. Ce renouvellement est organisé par le Directeur des Soins.

Les autres membres sont remplacés par les personnes désignées sur leurs postes.

Article 3 : Engagement des membres

Elle est animée par le Responsable Assurance Qualité ou le cadre supérieur en charge de la qualité. Elle se réunit toutes les 3 semaines en salle de réunion premier étage de l'administration. La Direction Qualité et Veille sur les Risques confirme la réunion par messagerie. En cas d'absence des membres titulaires, ces derniers organisent leur remplacement par leur suppléant s'il y a lieu.

Article 4 : Fonctionnement

Gestion des Risques :

L'enregistrement, le rappel du déclarant ainsi que la définition de la criticité est réalisée par le service qualité en amont. Toutes les fiches et éléments de traitement sont exposés pour validation en cellule.

Pour permettre l'analyse des incidents déclarés, au cours de ces réunions, la Cellule opérationnelle est représentée par quatre binômes dont la présence

d'au moins une des deux personnes représentant chaque binôme est obligatoire. Ces binômes sont assistés au besoin des autres membres de la Cellule opérationnelle compétents dans les domaines traités.

Pour rappel, les binômes sont constitués comme suit :

- . Représentant de la Direction des Ressources Humaines (titulaire ou suppléant) – Direction des soins pour les incidents de la vie hospitalière relative aux personnels,
- . Direction de la Qualité et Veille sur les Risques et représentant CRUQPC (Titulaire ou suppléant) pour les incidents de la vie hospitalière relative aux patients et visiteurs,
- . Pharmacien – infirmière hygiéniste pour les incidents relatifs aux vigilances, aux événements infectieux et à l'hygiène,
- . Coordonnateur des vigilances – représentant médical pour les incidents cliniques.

Chaque binôme s'organise pour définir les modalités de traitement de la fiche d'événement indésirable envoyée et/ou présentée par la Direction Qualité et Veille sur les Risques. Le traitement de la fiche fait l'objet d'une réponse écrite au déclarant par le Responsable Assurance Qualité.

Les mêmes binômes sont investis sur les risques et actions concernant la gestion a priori des risques en lien avec le Document Unique d'évaluation des risques professionnels. Le cadre supérieur de santé en charge de la qualité membre du comité de pilotage du document unique fera le lien.

Le Comité de Retour d'Expérience intègre la Cellule opérationnelle sur décision de la Direction. Les membres de la cellule, dans leur majorité, sont formés au CREX. La méthodologie CREX sera mise en œuvre selon la typologie et la criticité des risques traités.

Démarche qualité :

La Cellule opérationnelle veille sur le suivi du PAQSS et l'incrémentation des actions au PAQSS et au Compte Qualité.

La Direction de la Qualité et Veille sur les Risques présente annuellement le bilan globalisé de la gestion des risques pour communication aux instances et au terrain.

La Direction de la Qualité et Veille sur les Risques établit régulièrement l'état d'avancement des démarches d'amélioration en cours et sollicite en fonction des domaines investigués l'appui de la Cellule opérationnelle.

Article 5 : Décisions au sein de la cellule

Les décisions ne peuvent être prises que si 1 membre de chaque binôme est présent. Ainsi la présence d'au moins 4 membres est obligatoire. S'il y a lieu, lors de l'absence du titulaire, celui-ci organise son remplacement par son suppléant. Le vote est égalitaire, la décision finale appartient au Coordinateur de la gestion des risques.



Article 6 : Méthodologie

Les méthodologies d'analyse des événements indésirables (CREX, Revue mortalité morbidité, REMED, méthode ALARM, AMDEC, dossier d'analyse d'incident...) peuvent être utilisées en amont des réunions et validées lors de celles-ci.

Article 7 : Remplacement du Coordonnateur

Pendant les absences du Coordonnateur de la gestion des risques, la mission de coordination est prioritairement dévolue aux responsables des vigilances. En cas d'impossibilité, un autre volontaire est défini au sein de la Cellule opérationnelle.

Article 8 : Confidentialité des informations

Les informations nominatives partagées au sein de la Cellule opérationnelle ne peuvent être transmises à aucun autre membre du personnel, ni à l'extérieur de l'Établissement.

En cas de litige présumé, la Cellule opérationnelle établit un Dossier d'Analyse d'Incident (DAI). Ce dossier peut être transmis au Directeur dans le cas où il permet d'instruire une procédure contentieuse. Cependant, il ne se substitue pas aux procédures de gestion des plaintes en place.

La transmission du Dossier d'Analyse d'Incident ne peut se faire qu'après un avis favorable de la majorité des membres de la Cellule opérationnelle.

Afin de préserver la confidentialité des informations, aucune photocopie non anonymisée des fiches de déclaration d'événements indésirables n'est autorisée.

Article 9 : Fiabilité des informations

Pour éviter tout risque de litige relatif à la véracité des déclarations, le Responsable Assurance Qualité conserve les fiches de déclaration après les avoir rendues anonymes : chaque fiche est numérotée, seule la numérotation permet d'identifier la déclaration. La numérotation est reportée sur la partie nominative de la fiche, sur la partie événementielle, sur le dossier d'analyse le cas échéant.

Les fiches sont classées par ordre chronologique, dans un endroit sécurisé à Direction de la Qualité et Veille sur les Risques.

Descriptif du programme EPP



TITRE DE L'EPP :

Date de lancement :

Spécialités ou activités concernées :

Etat d'avancement de la démarche : Etape 2 : En cours : Etape allant jusqu'à la définition du plan d'action OU Organisation formalisée, récente (< à 1 an)

Enjeux du choix :

NOM DU PILOTE :

Processus concerné :

Critère HAS Concerné :

OBJECTIFS

POUR LE PATIENT :

POUR L'INSTITUTION :

MODALITES D'EVALUATION

METHODE CHOISIE :

SPECIFICATION DE L'ECHANTILLON :

Champ d'application :

Modalités de recueil :

Taille de l'échantillon :

Périodicité/Fréquence de recueil :

Date de début prévue :

Critères d'inclusion :	Critères d'exclusion :

RECOMMANDATIONS

POINTS FORTS OBSERVES

POINTS A AMELIORER

Planification des actions

Date de Mise à jour : 13/06/2016

GROUPE DE TRAVAIL :		
NOM	FONCTION	SERVICE

Planifié En cours % achevé

TACHES	QUI LE FAIT	Janvier				Février				Mars				Avril				Mai				Juin				Juillet				Aout				Septembre				Octobre				Novembre				Décembre			
		S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4				
Démarrage du projet																																																	
Validation de la méthode, Feuille de route prévisionnelle, Constitution du groupe de travail,																																																	
Revue bibliographie																																																	
1er recueil de données																																																	
Communication aux équipes																																																	
Communication aux instances																																																	
Mise en œuvre du plan d'actions :																																																	
1er recueil de données																																																	
Communication aux équipes																																																	
Communication aux instances																																																	
Mise en œuvre du plan d'actions :																																																	

Résultats tour 1

Critères	Non Applicable	Pourcentage OUI	Pourcentage NON	Niveau de conformité	Réf Action
		4	8		
		16	2		

Le graphique se crée automatiquement selon la saisie des pourcentages de OUI et Pourcentages de NON
En vert la colonne OUI

Résultats tour 2

Critères	Non Applicable	Pourcentage OUI	Pourcentage NON	Niveau de conformité	Réf Action
		4	8		
		16	2		

Actions de communication

INSTANCE	DATE	CONTENU



PLAN D'AUDIT

Référence : PA QUA

Version :

Page : 1/5

Objectifs

-

Champs de l'audit

Cadre réglementaire :

Type d'audit et modalités de recueil de données

- Enquête rétrospective par échantillonnage ;;;

Echantillon :

-

Type d'indicateur : indicateurs de processus

-
-

Services audités :

Période d'audit :

Grille de recueil



PLAN D'AUDIT

Référence : PA QUA

Version :

Page : 2/5

Exigences de confidentialité

- Ce dispositif d'enquête a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la CNIL par la HAS.
- Les modalités de traitement informatique des données sont sécurisées.
- Les auditeurs internes ont adhéré à la Charte des auditeurs internes du CH.
- Les professionnels sont astreints au secret professionnel.
- En cas de mention dans le dossier des patients du refus de ceux-ci que les données soient exploitées à d'autres fins que leur prise en charge, les séjours concernés ne seront pas analysés.
- Les informations qui pourront être tirées d'éventuelles exploitations complémentaires se présenteront sous la forme de statistiques agrégées de sorte que les personnes ne puissent être identifiées.

Programme d'audit

ETAPES	ACTEURS	METHODES/OUTILS	DUREE	DATE
PLANIFICATION				
Lancement de campagne				
Réunion de travail : planification programme d'audit				
COMMUNICATION/SENSIBILISATION				
Communication aux utilisateurs				
Sollicitation cadres + auditeurs				



PLAN D'AUDIT

Référence : PA QUA

Version :

Page : 3/5

ETAPES	ACTEURS	METHODES/OUTILS	DUREE	DATE
PREPARATION DE L'AUDIT				
Ouverture des droits				
Réunion de préparation audit				
Tirage au sort, télétransmission du fichier + codage UF				
Localisation des dossiers papier Préparation des dossiers auditeurs (liste, grilles pré remplies)				
Planification de l'audit avec l'équipe d'auditeurs				
AUDIT				
Déroulement de l'audit				
Clôture des droits				
Saisie des grilles de recueil				
Verrouillage du thème réversible, corrections nécessaires, récupération base de données EXCEL pour exploitation locale				
Vérification des résultats				
Validation du thème définitivement et irréversiblement				
Edition et transmission à la Direction qualité des résultats globaux et comparatifs				



PLAN D'AUDIT

Référence : PA QUA
Version :
Page : 4/5

ETAPES	ACTEURS	METHODES/OUTILS	DUREE	DATE
Destruction des questionnaires papier				
CLOTURE DE L'AUDIT				
Analyse des résultats / Rédaction rapport audit				
Communication du rapport d'audit : en Directoire, CME, CRUQPC, SCQSS				
Diffusion du rapport d'audit				

Equipe d'audit

PRENOM	NOM	ROLE



PLAN D'AUDIT

Référence : PA QUA
Version :
Page : 5/5

Responsabilités / Authentification du document

	Nom ou Instance	Fonction	Date	Signature
Rédaction et mise en œuvre				
Conformité à la Gestion Documentaire				
Validation				
Destinataires pour application				
Destinataires pour information				

Version	Objet de la révision

Fiche Indicateur



Processus :

Réf. HAS:

Origine Indicateur

Date de Mise en place:

ID :

INTITULE INDICATEUR :

PILOTE : (instance ou personne en charge du suivi)

OBJECTIF A ATTEINDRE :	

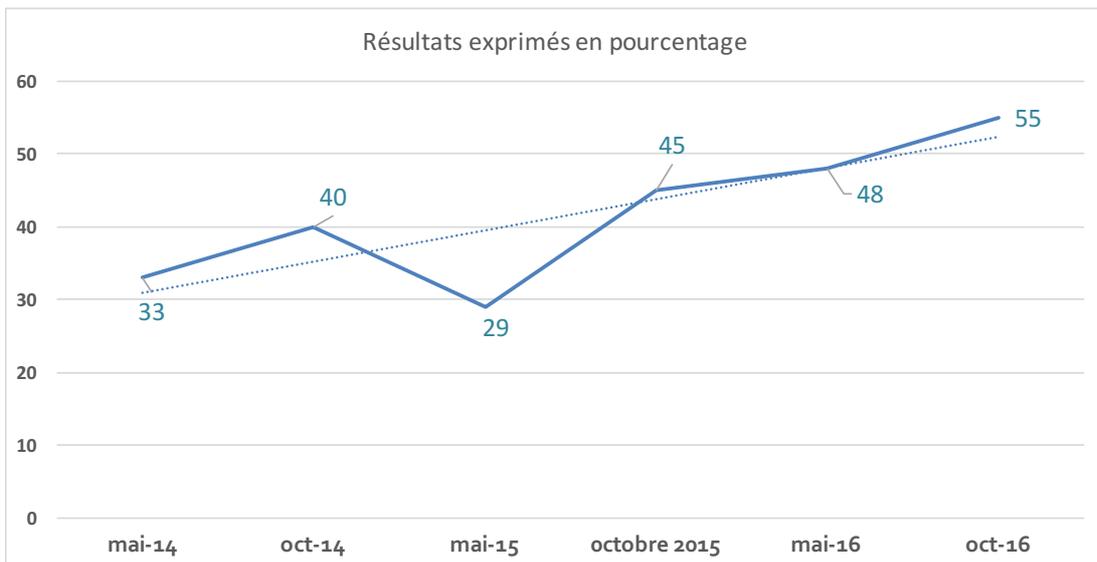
DESCRIPTION	
Type d'indicateur	
Présentation (ratio, pourcentage)	
Population concernée	
Recommandations, références HAS, bibliographiques	

MODALITES DE CALCUL :	
Modalités de recueil de données	
RESULTATS EXPRIMES:	
En pourcentage, jour, nombre...	
CONDITIONS FREQUENCE DE	
Périodicité de recueil	

ZONES D'ALERTE :	
ZONES DE MAITRISE:	

SUIVI

Créer le graphique de suivi (onglet "données")



OUTIL D'AIDE DES PILOTES POUR LES AUDITS DE PROCESSUS DES THEMATIQUES DU COMPTE QUALITE

COMPTE QUALITE QUESACO ?

Porte d'entrée dans la procédure de certification, remplace l'auto-évaluation

Outil de suivi longitudinal et de pilotage de la démarche qualité par le CHFT et l'HAS

Objectif : rendre la certification plus continue, plus en adéquation avec la qualité réelle des démarches d'amélioration de la qualité de notre établissement.

Obligation de transmission à l'HAS 6 mois avant la visite puis tous les 24 mois

Son envoi à la HAS conditionne l'entrée dans la procédure de certification

QU'EST-CE QU'UNE THEMATIQUE ?

C'est un processus qui a un début et une fin

Déclinée en étapes pour lesquelles des points critiques sont identifiés

Elle répond aux questions : "Qui ? Fait quoi ? Quand ? Comment?" (clarifie le rôle de chacun et les interactions)

Son analyse permet de connaître toutes les responsabilités et ressources indispensables

Son analyse permet d'identifier, d'évaluer, d'analyser et de prioriser les risques, de formaliser des plans d'actions

COMPTE QUALITE METHODOLOGIE

ETAPES DE L'ANALYSE D'UNE THEMATIQUE

1. DECRIRE LA THEMATIQUE/PROCESSUS

Définir les critères d'inclusion et d'exclusion
(personnes/patients concernés ou non par le processus)



Décliner les étapes (pilotage, organisation, ressources...)

2. ANALYSER

Identifier, évaluer et prioriser les risques



Identifier les dispositifs de maîtrise en place

3. DEFINIR UN PLAN D'ACTION



Contenant par action des objectifs, des responsables, des échéances et un suivi de l'action

THEMATIQUE

Cette grille est un outil qui vous permettra d'établir un état des lieux à ce jour de votre thématique, et vous aidera à identifier les risques (onglet "analyse risques") et à définir les plans d'actions (onglet "plan d'actions").

Vous pouvez vous servir de l'onglet "EIO" : Eléments d'Investigation Obligatoires (EIO) qui sont des points à retrouver obligatoirement dans l'analyse de votre thématique

Critères d'inclusion et d'exclusion :			
ETAPES	THEMES	MODALITES D'INVESTIGATION	ELEMENTS DE REPONSE
	Définition de la politique	Politique définie	
		Forme contenu	
		Inscription dans les orientations stratégiques du CHFT	
		Elaboration concertée (professionnels, CRUQPC...)	
		Mode et fréquence de révision	
		Modalités de diffusion et de communication	
	Identification des besoins et analyse des risques	L'identification des besoins et l'analyse des risques existent	
		Utilisation de sources de données (Evénements indésirables, plaintes, réglementation, questionnaires de satisfaction,...)	
		Participation des professionnels à l'identification des besoins et l'analyse des risques	
		Hiérarchisation des risques selon une méthode définie	
	Objectifs d'amélioration	Sont mesurables, en lien avec l'identification des besoins et l'analyse des risques	
		Déclinés en secteurs d'activité	

ETAPES	THEMES	MODALITES D'INVESTIGATION	ELEMENTS DE REPONSE
PREVOIR E1	Mesure de traitement des risques	Il existe un programme d'amélioration de la qualité et de traitement des risques dans lequel sont intégrés les actions d'améliorations de la thématique traitée	
		Les actions sont hiérarchisées	
		Les responsables sont identifiés pour chacune des actions	
		Des modalités de planification, suivi et d'actualisation sont en place	
	Organisation interne	Quelle organisation définie par le CHFT pour le pilotage de la thématique ?	
		Missions définies ?	
		Quelle organisation de la communication interne en direction des professionnels concernés ?	
	Rôles et responsabilités	Définis pour les personnels concernés (fiches de poste, de mission,règlement interne,...)	
	Ressources humaines	Qualification des professionnels selon les compétences spécifiques nécessaires à la réalisation des activités	
		Besoins en formation continue identifiés ?	
		Actions de formation ?	
		Processus de recrutement, d'intégration, de formation des nouveaux arrivants ?	
	Ressources documentaires	Existence de procédures, protocoles...nécessaires	
		Modalités de diffusion pour toucher l'ensemble des professionnels ?	
		Système régulier de mise à jour de ces documents ?	
Ressources en matériels	Adéquation ressources matérielles en fonction des risques identifiés ?		
	Dispositif d'entretien ou de maintenance en place ?		
	Organisation d'une gestion des pannes/dysfonctionnements ?		

ETAPES	THEMES	MODALITES D'INVESTIGATION	ELEMENTS DE REPONSE
	Communication	Actions de communication pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ?	
	Gestion des interfaces	Existence d'un système de concertation et de communication pour faciliter les relations entre les professionnels et entre secteurs d'activité	
		Coordination entre les pilotes et les responsables fonctionnels ?	
METTRE EN ŒUVRE E2	Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre	Le management des secteurs d'activités communique auprès de son équipe sur la politique de l'établissement en lien avec le processus.	
		Selon ses besoins et ses risques spécifiques, il impulse une démarche d'amélioration au sein de son secteur, identifie des objectifs opérationnels traduits en actions opérationnelles dans son projet de service et les met en œuvre.	
		Le management s'assure que les points critiques sont sous surveillance et notamment de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...).	
		Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur (ex: élaboration de protocoles, déclaration, analyse et traitement des événements indésirables, RMM, Groupes de travail,...)	
		Les équipes ont accès aux résultats (temps de communication et d'échanges)	
	Ressources en compétences	Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles	
	Ressources documentaires	Les professionnels ont accès aux documents utiles à l'exercice de leur fonction	
		Les professionnels ont la possibilité de participer à leur élaboration	
		Les professionnels se les sont appropriés.	
	Ressources en matériels	Le matériel est à disposition des professionnels pour la réalisation de l'activité.	
	Mise en œuvre réelle au regard des organisations prévues ?		

ETAPES	THEMES	MODALITES D'INVESTIGATION	ELEMENTS DE REPONSE
	Effectivité de la mise en œuvre	Description travail en équipe (communication, supervision, soutien, implication,...)	
		Environnement du travail	
		Culture positive de l'erreur (déclaration facilitée des évènements indésirables)	
EVALUER E3	Evaluation du fonctionnement du processus	Le pilote dispose d'un tableau de bord de suivi du programme d'amélioration de la qualité et de traitement des risques en lien avec son secteur d'activité (thématique, processus)	
		Modalités de recueil, d'analyse et de suivi des indicateurs ?	
		Modalités de communication des résultats auprès des professionnels.	
		Suivi des points critiques	
AGIR E3	Mise en place des actions d'amélioration	Les risques significatifs partiellement réduits sont réexaminés afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque	
		Détermination de nouveaux objectifs d'amélioration de la qualité et de traitement des risques mesurables au regard du/des bilan(s)	
		Révision de la politique	
	Communication sur les résultats	Modes de communication et de diffusion auprès des professionnels et des usagers (affichage, document imprimé, site Internet, réunions,...)	

Les risques renseignés sont ceux susceptibles d'affecter la réalisation de votre processus/thématique.
 Pour évaluer la criticité ainsi que le niveau de maîtrise, servez-vous des menus déroulants et des grilles de criticité présentées en dessous du tableau.
 Colonne "Dispositif de maîtrise du risque" : pour chaque risque, identifier les dispositifs déjà en place permettant de sécuriser votre processus/thématique.
 Colonne "Document afférents" : inscrire ici les dispositifs de maîtrise opérationnels (ex: procédures, chartes, ...)

THEMATIQUE								
ANALYSE DES RISQUES IDENTIFIES								
Id du risque	Libellé du risque	Gravité	Vraisemblance	Criticité	Dispositif de maîtrise en place	Documents afférents	Niveau de maîtrise	Commentaires
R1				0				
R2				0				
R3				0				
R4				0				
R5				0				
R6				0				

Echelle de gravité	
G1 Mineure	Incident sans conséquence notable (ex : Retard simple)
G2 Défaillance significative	Incident avec préjudice temporaire (ex : Accident sans arrêt de travail, conséquences temporaires, situation réversible, retard, désorganisation de la prise en charge)
G3 Défaillance majeure	Incident avec impact (ex : Accident avec arrêt de travail, perte de fonction transitoire, report, prolongation anormale de l'hospitalisation)
G4 Défaillance critique	Conséquences graves (ex : Incapacité partielle permanente, Ré-intervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne)
G5 Catastrophique	Conséquences très graves (ex : invalidité permanente, séquelles graves, décès)

Echelle de vraisemblance	
V1 Probabilité très faible	Très improbable ("Jamais vu")
V2 Probabilité faible	Très peu probable ("Vu une fois dans ma carrière")
V3 Probabilité moyenne	Peu probable ("Vu dans d'autres établissements")
V4 Probabilité élevée	Possible, probable ("Survient dans l'établissement")
V5 Probabilité très élevée	Très probable à certain ("Vécu dans mon secteur d'activité")

Niveau 1	
Niveau 1	On sait faire face, bonne maîtrise : plans avec exercices et formation, veille, contrôle, amélioration continue
Niveau 2	On a tout prévu : plan d'action en place avec indicateurs
Niveau 3	On a organisé : organisation en place sans évaluation
Niveau 4	On est en alerte : quelques actions mais insuffisantes - veille mais sans actions
Niveau 5	On découvre le risque : aucune action en place - études en cours - actions inefficaces...

Dans cette rubrique, vous trouverez:

- les décisions de la précédente Certification concernant les critères de votre thématique (tableau 1 pré rempli),
- des indicateurs nationaux et régionaux liés à votre thématique (tableaux 2 et 3 pré remplis),
- d' autres résultats d'évaluation mis en place concernant votre thématique (tableau 4 à renseigner par vous s'il y a lieu).

Vous devez **obligatoirement** réaliser une analyse globale de ces résultats et décrire les conséquences tirées des résultats obtenus (tableau 5).

THEMATIQUE

RESULTATS D'EVALUATION ET INDICATEURS

Tableau 1: Critère(s) du manuel de certification rattachés à la thématique

Libellé du critère du manuel v2010	Niveau de décision <i>(pas de décision, recommandation, réserve ou réserve majeure)</i>	Id de la donnée
		D1
		D2
		D3
		D4

Tableau 2: Indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux en lien avec la thématique

Date de recueil	Libellé de l'indicateur	Classe	Valeur	Intervalle de confiance	Evolution

Tableau 3: Autres indicateurs nationaux et régionaux en lien avec la thématique

Date	Opérateur en charge	Structure	Libellé de l'indicateur	Prise en charge/activités	Classe/Valeur	Commentaires ES

Tableau 4: Autres résultats d'évaluation en lien avec la thématique

Date	Libellé de l'évaluation	Prise en charge	Résultats

Tableau 5: ANALYSE DES RESULTATS

--

Chaque Risque identifié dans l'onglet "ANALYSE RISQUES" doit être suivi d'un plan d'action à renseigner **obligatoirement** ci-dessous

THEMATIQUE

PLAN D'ACTION

Id du risque	Objectif(s)	Action(s) d'amélioration	Responsable	Début prévu	Début réel	Échéance prévue	Echéance réelle	Modalités de suivi	État d'avancement
R1									
R2									
R3									
R4									
R5									
R6									



Compte Qualité

Traçabilité des formations des pilotes et co-pilotes de processus

Nom	Processus associé	Date de formation	Formateur
Mme G.	Qualité de vie au travail	30/07/2015 10h30-12h	S. Hayo-Villeneuve
M. T.	Gestion du Système d'information	03/08/2015 14h-15h30	S. Hayo-Villeneuve
Mme J.	Parcours du patient Droits des patients en fin de vie	13/08/2015 10h-12h	S. Hayo-Villeneuve
Mme T.	Imagerie	20/08/2015 9h30-11h30	S. Hayo-Villeneuve
Mme C.	Qualité de vie au travail	19/08/2015	S. Hayo-Villeneuve
M. H.	Dossier patient	24/08/2015	S.L
M. H.	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	24/08/2015	S.L
Mme Cr.	Risque infectieux	28/08/2015	S.L
Mme Cr.	Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	28/08/2015	S.L
	Prise en charge de la douleur	03/09/2015	S.L

Nom	Processus associé	Date de formation	Formateur
	Prise en charge et droits des patients en fin de vie	03/09/2015	v



Appel à Candidature

Formation Action « Méthode du patient traceur et audit de processus » dans le cadre de la certification V2015.

Le CHY démarre sa quatrième procédure de certification dont la visite se déroulera en 2017. De nouvelles méthodologies intègrent désormais cette procédure : le patient traceur et le compte qualité (audit de processus)

Afin de soutenir le CHY dans la mise en œuvre (obligatoire) de ces nouvelles méthodes, l'établissement sera accompagné par un organisme de formation.

La formation permettra un accompagnement et un soutien des équipes pour la production des éléments attendus par l'HAS en tenant compte du contexte et des réalités de travail des professionnels et des spécificités de prises en charge dans notre établissement.

Il s'agit d'un soutien opérationnel dans la mise en œuvre de la procédure de certification.

Modalités :

Formation Action en 3 sessions :

1^{ère} Session : Lundi 2 novembre 2015, Jeudi 5 et Vendredi 6 novembre 2015

2^{ème} Session : Jeudi 17 et Vendredi 18 décembre 2015

3^{ème} Session : En cours de programmation (janvier 2016)

Nombre de participants : 20

Qualification des participants : Médecins, psychologues, cadres supérieurs et cadre de santé, infirmiers, aides-soignants, éducateurs, rééducateurs, assistantes sociales

Objectifs de la formation :

- * Comprendre le contexte et clarifier les enjeux de la méthode du patient traceur et de l'audit de processus
- * Maîtriser les concepts, les méthodologies et les outils pour structurer « les parcours des patients traceurs » à travers cette méthodologie
- * Favoriser l'organisation des services autour des parcours patients
- * Acquérir la méthodologie et les outils pratiques pour la mise en œuvre du patient traceur
- * Mise en œuvre par les professionnels de la méthodologie du patient traceur et l'audit de processus

Pour candidater :

Envoyer votre candidature au plus tard le 19 octobre par mail à :

.....

Les nouvelles méthodologies HAS en quelques mots

L'audit de processus (compte qualité) : méthode d'analyse d'un processus (ex : le parcours du patient) dans son intégralité (ex : de l'admission à la sortie du patient) selon différentes étapes :

- *Identification des principaux risques*
- *Evaluation du niveau criticité et de maîtrise des risques identifiés*
- *Hiérarchisation des risques identifiés*
- *Définition des plans d'action*
- *Suivi des plans d'action*

Le patient traceur : Méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques permettant l'analyse rétrospective du parcours d'un patient (processus de soins, interfaces, collaborations, organisations...). Les forces et faiblesses recueillies lors des Patients Traceurs permettent d'étayer le niveau de maîtrise des risques défini dans les thématiques du Compte Qualité (Audit de processus)

Cette formation est éligible au DPC



FICHE PROJET EPP

DIRECTION QUALITE ET VEILLE SUR LES RISQUES | SANDRINE HAYO-VILLENEUVE

Objet

Suivi EPP

Origine

- Procédure de certification V2014

Objectif

- Répondre aux priorités institutionnelles et réglementaire
- Maintenir une dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles
- Poursuivre le déploiement des démarches EPP dans les secteurs d'activité clinique et médicotechnique.

Moyens

- Présentations en instances
- Rencontres des pilotes
- Suivi Direction Qualité
- Soutien méthodologique

DESCRIPTIF ACTIONS

TACHE	QUAND	QUI
Validation Politique EPP	20/10/15	CME
Réunion Comité EPP	2/09/15	Membres
Redéfinition des pilotage en CME (en remplacement des pilotes absents)	14/12/15	CME
Envoi d'un courrier de remobilisation des pilotes	29/01/16	Président CME
Création d'un outil de suivi type des EPP (5Excel)	Février 2016	S. Hayo,
Rencontre pilote : Dr B. <i>EPP : Mise en chambre d'isolement</i>	4/03/2016	S. Hayo, S. L

TACHE	QUAND	QUI
<p><i>EPP : pertinence des hospitalisations au long cours pour les patients chroniques</i></p> <p><i>EPP : respect des libertés individuelles</i></p>		
<p>Rencontre pilote : Mme B.</p> <p><i>EPP : Information du patient dans le cadre des hospitalisations contraintes : traçabilité dans le dossier patient</i></p>	14/03/2016	S. Hayo, S. L.
<p>Rencontre pilote : mme P.</p> <p><i>EPP : Hygiène des mains</i></p>	11/03/2016	S. Hayo, S. L.
<p>Rencontre pilote : Dr H.</p> <p><i>EPP : Contrôle des chariots</i></p> <p><i>EPP : Identification du patient à l'admission</i></p>	14/03/2016	S. Hayo, S. L.
<p>Rencontre pilote : Dr C.</p> <p><i>EPP : Bon usage des antibiotiques dans le cadre de la prise en charge des infections respiratoires basses et infections urinaires</i></p> <p><i>EPP : Administration des médicaments</i></p> <p><i>EPP : Pertinence des prescriptions de neuroleptiques de 2^{ème} génération chez les patients schizophrènes</i></p>	08/03/2016	S. Hayo, S. L.



SUIVI CERTIFICATION V2010 PLAN D'ACTION

Réf	PE	PAQSS	Compte Qualité
	PE5		

Thématique Management de la Qualité

Critère 8f – Gestion des Evénements Indésirables

TITRE DU PROJET :

MIEUX PREVENIR ET GERER LES EVENEMENTS INDESIRABLES AU CHY

Problématique

E2 EA2 PARTIELLEMENT

Le logiciel employé contraint les déclarants à la déclaration d'une gravité et d'une fréquence sans pour autant que ces notions soient connues d'eux.

Parallèlement, une revue des événements indésirables de la semaine est systématique en réunions de direction sans pour autant que les membres ne soient formés à la hiérarchisation.

De fait, l'identification des besoins est en cours de réflexion notamment pour le personnel d'encadrement.

E3 EA1 EN GRANDE PARTIE

Des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre soit par la cellule qualité, soit par l'encadrement des services eux-mêmes.

L'organisation de la gestion des événements indésirables (EI) permet de prendre en compte :

- les actions immédiates déployées par le déclarant ;
- les actions institutionnelles issues de l'analyse globale des EI et qui peuvent faire l'objet d'une action institutionnelle (avec chef de projet, calendrier et suivi des actions) ;
- les actions à court ou moyen terme que l'encadrement a pu mettre en œuvre. Pour ces dernières actions, la remontée d'information à la cellule qualité n'est pas formalisée entraînant une lisibilité tronquée des actions d'amélioration.

E3 EA2 EN GRANDE PARTIE

L'analyse des événements indésirables permet d'identifier les causes profondes de certains événements récurrents. Cependant, le manque d'exhaustivité des déclarations ne permet pas d'actions correctives sur l'ensemble des événements récurrents.

E3 EA3 NON

Il n'existe pas de dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives mises en place.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

- Former les référents et correspondants qualité, risques et évaluation à l'utilisation d'une échelle de gravité et de vraisemblance de survenue dans le cadre d'une formation/action
- Former les membres du comité de direction et les référents et correspondants qualité, risques et évaluation à l'utilisation de la matrice de criticité et à la hiérarchisation des événements indésirables dans le cadre d'une formation/action
- Formaliser une remontée des informations concernant les actions à court ou moyen terme que l'encadrement a pu mettre en œuvre
- Améliorer le signalement des événements récurrents
- Evaluer l'efficacité des actions correctives en mettant en place un tableau de bord qualité/sécurité des soins.

Objectifs ultimes

- Améliorer la sécurité des patients à travers l'identification des erreurs et des risques qui pourraient survenir, puis leur analyse dans le but d'identifier les défaillances systématiques sous-jacentes..

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directeur qualité	Professionnels concernés	<p>Sur le fond : formateur externe</p> <p>Sur la forme, la méthode, la coordination et le suivi : CQVR, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse</p>

Echéancier de réalisation

Etape Proce s	Action	Echéanc e	Suivi	Etat d'avancement					Eléments de preuve
				0%	25 %	50 %	75%	100 %	
E2 EA2	Former les référents et correspondants qualité, risques et évaluation à l'utilisation d'une échelle de gravité et de vraisemblance de survenue dans le cadre d'une formation/action	31/06/13	Pas de formation action réalisée mais formations par le RAQ sur le terrain en 2015						Tableau de bord communications Qualité + Feuilles d'émergence
	Former les membres du comité de direction et les référents et correspondants qualité, risques et évaluation à l'utilisation de la matrice de criticité et à la hiérarchisation des évènements indésirables dans le cadre d'une formation/action	31/06/13	Formation CREX (GRIEPS) Octobre 2014 Formations par le RAQ sur le terrain en 2015 Formation Formation des membres de la cellule opérationnelle en mai 2015						CR Débriefing Formation CREX 3/11/14 Tableau de bord communications Qualité + Feuilles d'émergence CR cellule opérationnelle 18/5/15
E3 EA1	Formaliser une remontée des informations concernant les actions à court ou moyen terme que l'encadrement a pu mettre en œuvre	31/06/13	Courrier systématique de retour aux déclarants (FEI) évaluant la mise en œuvre des actions depuis juillet 2015 Suivi des fiches analyses liées aux agressions Bilan annuel de la gestion des risques Réunions mensuelles de la cellule opérationnelle Q/GDR						Bilans annuels de la GDR Courrier type retour déclarant Suivi fiches analyses agressions CR Cellule opérationnelle Q/GDR
E3 EA2	Améliorer le signalement des évènements récurrents	31/12/13	Institutionnalisation des RMM (validé en CME le 2/7/15). Politique RMM diffusée le						CR CME 2/7/15 Procédure RMM (PC QUA 001) Charte d'incitation à la déclaration

Etape Process	Action	Echéance	Suivi	Etat d'avancement					Eléments de preuve
				0%	25%	50%	75%	100%	
			Diffusion d'une charte d'incitation à la déclaration juillet 2015 Mise à jour de la procédure de signalement le 22/9/15 Mise en place d'un outil d'analyse des EIG						Procédure de signalement des EI (PC QUA 002) Trame fiche analyse EIG Décision du 14 mars 2016
	Evaluer l'efficacité des actions correctives en suivant institutionnellement un tableau de bord qualité/sécurité des soins	31/12/13	Courrier systématique de retour aux déclarants (FEI) évaluant la mise en œuvre des actions depuis juillet 2015 Bilan annuel de la gestion des risques Tableau de bord de suivi des EI effectif						Bilans annuels de la GDR Courrier type retour déclarant Tableau de bord EI

Modalités d'évaluation

Action	Echéance	Suivi	Etat d'avancement					Eléments de preuve
			0%	25%	50%	75%	100%	
Suivi du taux d'avancement du plan d'actions à chaque réunion de la SCQSS et du CHSCT	31/01/13							CR SCQSS 26/06/14
Suivi réalisé annuellement dans le rapport d'activité QGDR	Annuelle							Rapports d'activité annuels

Modalités de suivi et de pérennisation des résultats

Action	Echéance	Suivi	Etat d'avancement					Eléments de preuve
			0%	25%	50%	75%	100%	
Actualisation annuelle de la cartographie des risques, mesure d'impact et réajustement annuel du programme de gestion des risques associés aux soins.	Annuelle	Cartographie des risques à formaliser						CR Copil DU (année 2015) CR CHSCT Début 2016

Validation institutionnelle

Action	Echéance	Suivi	Etat d'avancement					Eléments de preuve
			0%	25%	50%	75%	100%	
Plan d'action inscrit au PAQSS	31/01/13	Réalisé						PAQSS 2015-2019
Financement d'une formation/action sur site	2013	Non financé, mais formations en interne par le RAQ						

Planification des revues de projet

- La Sous-Commission de la CME chargée de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) qui se réunit une fois tous les deux mois.
- La CME qui se réunit trimestriellement
- Le CHSCT qui se réunit trimestriellement



RECUEIL IPAQSS 2016

CAMPAGNE DE RECUEIL

Référence : PA QUA 006
Version : 3
Page : 1/6

Objectifs

- Répondre aux objectifs réglementaires de Certification des établissements
- Renforcer la confiance des usagers dans le système de soin
- Permettre des analyses comparatives (inter structures)
- Mettre en place des actions d'améliorations de la qualité.

Champs de l'audit

Cadre réglementaire : Campagne nationale HAS IPAQSS 2016-PSY

Type d'audit et modalités de recueil de données

- Enquête rétrospective par échantillonnage

Echantillon :

- Quatre-vingt séjours uniques doivent être analysés dans chaque établissement de santé. Ceux-ci sont tirés au sort aléatoirement dans la base RIM-P sous la responsabilité du médecin responsable du Département de l'Information Médicale (DIM) ou du Service d'Information Médicale (SIM). Le tirage au sort sélectionne des séjours uniques de patients adultes hospitalisés à temps plein en santé mentale, et réalisés entièrement au cours de la période allant du **1er février au 30 septembre 2015**.

Type d'indicateur : indicateurs de processus

- Tenue du dossier patient (TDP)
- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)
- Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)

Services audités : HTC Adulte

Période d'audit : 1er mars au 15 juin 2016



RECUEIL IPAQSS 2016 CAMPAGNE DE RECUEIL

Référence : PA QUA 006
Version : 3
Page : 2/6

Grille de recueil

Les grilles de recueil des indicateurs du dossier patient en santé mentale sont formalisées par la HAS précisant les critères d'inclusion et d'exclusion. Des outils sont mis à disposition :

- Consignes de remplissage : Thème DPA Psy
- Fiches descriptives :
 - *Tenue du Dossier Patient (TDP)*
 - *Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)*
 - *Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)*

Exigences de confidentialité

- Ce dispositif d'enquête a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la CNIL par la HAS.
- Les modalités de traitement informatique des données sont sécurisées.
- Les auditeurs internes ont adhéré à la Charte des auditeurs internes du CHY
- Les professionnels sont astreints au secret professionnel.
- En cas de mention dans le dossier des patients du refus de ceux-ci que les données soient exploitées à d'autres fins que leur prise en charge, les séjours concernés ne seront pas analysés.
- Les informations qui pourront être tirées d'éventuelles exploitations complémentaires se présenteront sous la forme de statistiques agrégées de sorte que les personnes ne puissent être identifiées.



RECUEIL IPAQSS 2016

CAMPAGNE DE RECUEIL

Référence : PA QUA 006
Version : 3
Page : 3/6

Programme d'audit

ETAPES	ACTEURS	METHODES/OUTILS	DUREE	DATE
PLANIFICATION				
Lancement de campagne	Directeur	/	1H	Lundi 14/03/2016
Réunion de travail : planification programme d'audit	DIM, Direction qualité	Plan d'audit PA QUA 006	01H30	Lundi 14/03/2016
COMMUNICATION/SENSIBILISATION				
Communication aux utilisateurs	Direction qualité et communication	Info portail Intranet	5 mn	Mardi 15/03/2016
Sollicitation cadres + auditeurs	Direction qualité et communication	Courrier + Mail	1H	Vendredi 25/03/2016
PREPARATION DE L'AUDIT				
Ouverture des droits	TIM	Logiciel Cortexte	1H	Du 11 au 15/04/2016
Réunion de préparation audit	Qualité, DIM	.	1H	Jeudi 14/04/2016
Tirage au sort, télétransmission du fichier + codage UF	Praticien DIM, TIM	LOTAS DPA PSY QUALHAS	1H	Lundi 18/04/2016
Localisation des dossiers papier Préparation des dossiers auditeurs (liste, grilles pré remplies)	TIM, Secrétaire qualité	Logiciel Cortexte	04H00	Lundi 18/04/2016
Planification de l'audit avec l'équipe d'auditeurs	Auditeurs, Direction qualité et communication + DIM	Réunion de travail	02H30	Mardi 19/04/2016



RECUEIL IPAQSS 2016

CAMPAGNE DE RECUEIL

Référence : PA QUA 006
Version : 3
Page : 4/6

ETAPES	ACTEURS	METHODES/OUTILS	DUREE	DATE
AUDIT				
Déroulement de l'audit	Professionnels mandatés des UF / Auditeurs internes	Logiciel Cortexte + dossier papier	30 mn/ dossier	Semaine 19 Du 9 au 13 mai 2016
Clôture des droits	TIM	Logiciel Cortexte	01H00	Mardi 17/05/2016
Saisie des grilles de recueil	TIM, Secrétaire qualité	QUALHAS	07H00	Du 17 au 20/05/ 2016
Verrouillage du thème réversible, corrections nécessaires, récupération base de données EXCEL pour exploitation locale	Praticien DIM	/	02H00	Du 23 au 27/05/ 2016
Vérification des résultats	Président CME, Praticien DIM	Réunion de travail	00H30	27/05/2016
Validation du thème définitivement et irréversiblement	Directeur CHYou Qualité Praticien DIM	Réunion de travail	00H15	30/05/2016
Edition et transmission à la Direction qualité des résultats globaux et comparatifs	Praticien DIM	QUALHAS	02H00	Semaine 22
Destruction des questionnaires papier	Praticien DIM	/	01H00	Semaine 22
CLOTURE DE L'AUDIT				
Analyse des résultats / Rédaction rapport audit	Equipe d'audit		02H00	Semaine 23
Communication du rapport d'audit : en Directoire, CME, CRUQPC, SCQSS	Direction qualité et communication	Séances	00H15	Date des instances Semaine 23
Diffusion du rapport d'audit	Direction qualité et communication	Apta, diffusion mail à tous les utilisateurs		Semaine 23



RECUEIL IPAQSS 2016

CAMPAGNE DE RECUEIL

Référence : PA QUA 006
Version : 3
Page : 5/6

Equipe d'audit

PRENOM	NOM	ROLE
K.	H.	Administrateur (DIM)
G.	S.	Gestionnaire de fichier (TIM)
I.	S.	Mobilisation des dossiers patients Saisie des grilles de recueil (TIM)
Auditeurs internes et professionnels mandatés et formés		Remplissage des grilles de recueil Analyse des résultats, élaboration du plan d'amélioration, rédaction du rapport d'audit
C.	B.	Remplissage des grilles de recueil, saisie, diffusions internes, rédaction rapport d'audit
Sandrine	Hayo-Villeneuve	Validation, coordination, rédaction rapport d'audit Communication interne
S.	L.	Remplissage des grilles de recueil, validation, coordination, rédaction rapport d'audit (RAQ)
A.	C.	Validation président CME
P.	V.	Validation Directeur



RECUEIL IPAQSS 2016

CAMPAGNE DE RECUEIL

Référence : PA QUA 006
Version : 3
Page : 6/6

Responsabilités / Authentification du document

	Nom ou Instance	Fonction	Date	Signature
Rédaction et mise en œuvre	Dr H.	Praticien DIM, administrateur de la démarche IPAQSS	14/03/2016	
	Direction Qualité et Veille sur les Risques	Coordination, animation de la démarche IPAQSS	14/03/2016	
Conformité à la Gestion Documentaire	S.L.	RAQ	14/03/2016	
Validation	Dr C.	Président de CME	15/03/2016	
	PHV	Directeur	15/03/2016	
Destinataires pour application	L'ensemble des membres de l'équipe d'audit		22/03/2016	
Destinataires pour information	L'ensemble des professionnels de soin		22/03/2016	

Version	Objet de la révision
3	Nouvelle campagne de recueil



Le 19 avril 2016

Objet :

Campagne nationale 2016 de recueil des indicateurs qualité (IPAQSS)

Pièces jointes :

Notes d'information à l'attention des patients et des professionnels

Madame, Monsieur,

Le recueil des indicateurs IPAQSS aura lieu **du lundi 9 au vendredi 13 mai 2016** dans les unités de soins par l'équipe d'auditeurs internes de l'établissement.

Il s'agit de recueillir des informations tracées dans les dossiers patients (Cortexte + papier) hospitalisés à temps plein du 1er février au 30 septembre 2015 tirés au sort dans la base RIM-Psy.

Veillez trouver ci-dessous la planification de l'audit pour chaque unité de soins concernée par l'audit.

BINOMES	SITES A AUDITER	NOMBRE DE DOSSIERS
MB + GC	Géronto / unité 1 / Unité 2	8 (1)
MJM + MC	Unité 3 / CMP A	20 (6)
SL + RAR	CMP B	7 (1)
CB + CT	Archives Médicales	19 (3)
DM + AP	CMP C	9 (4)
DT + VC	CMP D	8 (3)
LB + KH	CMP E	9 (1)

Afin de faciliter le recueil au sein de l'unité, nous vous sollicitons (si vous êtes concerné par le recueil) afin qu'un personnel infirmier présent puisse assister l'équipe d'auditeurs dans cette tâche si besoin.

Un Infoqualité « Campagne IPAQSS 2016 » est paru sur le portail intranet.

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à contacter la Direction Qualité et Veille sur les Risques.

Nous vous transmettons ci-joint la note d'information à l'attention des patients relative à l'exploitation des données les concernant, ainsi que la note d'information à l'intention des personnels. Merci de veiller à ce qu'elles soient en évidence dans chacune de vos unités.

En vous remerciant pour votre collaboration, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Le praticien DIM
Dr K H.

La Direction Qualité et Veille sur les Risques
Mme Sandrine Hayo-Villeneuve

Campagne IPAQSS 2016



IPAQSS : de quoi s'agit-il ?

Les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) sont des outils d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins utilisés à des fins de pilotage interne.

Obligation réglementaire :

Certains de ces indicateurs font l'objet d'un recueil national, au sein des établissements de santé.

Ce principe de mesure d'indicateurs qualité généralisés à tous les établissements de santé s'articule avec la procédure de certification de la HAS qui vise les mêmes objectifs.

Objectifs :

Outre l'usage en termes de pilotage interne et d'amélioration continue de la qualité, ils sont aussi utilisés afin de répondre à l'exigence de transparence portée par les usagers et d'aider à la décision et au pilotage des politiques d'intervention à l'échelon régional et national.



Ils sont publiés et consultable sur le site Scope Santé.

Le maître d'œuvre : la HAS

La HAS développe, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, utilisés par les établissements comme outils d'amélioration de la qualité. Elle est engagée avec le ministère chargé de la santé, depuis 2008, dans la mise



en œuvre du recueil de ces indicateurs. Suite au transfert à la HAS des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (TBIN) et de satisfaction des patients hospitalisés en MCO (e-Satis) en 2015, la HAS devient l'interlocuteur de référence pour le pilotage des campagnes de recueils d'indicateurs nationaux.

En Santé Mentale :

Depuis 2011, les établissements ayant une activité en santé mentale adulte (hors hôpitaux de jour) doivent transmettre à la HAS un ensemble de données qui lui permettent de calculer les indicateurs et de suivre leur évolution dans le temps.

Au CHFT :



Le recueil consiste en une **enquête rétrospective** portant sur des séjours en santé mentale. Ce type d'enquête suppose d'accéder aux dossiers des patients et d'analyser l'information qu'ils contiennent.

Quatre-vingt séjours uniques doivent être analysés dans chaque établissement de santé. Ceux-ci sont tirés au sort aléatoirement dans la base RIM-P sous la responsabilité du médecin responsable du Département de l'Information Médicale (DIM) ou du Service d'Information Médicale (SIM). Le tirage au sort sélectionne des séjours uniques de patients adultes hospitalisés à temps plein en santé mentale, et réalisés entièrement au cours de la période allant du **1er février au 30 septembre 2015**.

Liens avec la certification ?



L'utilisation des indicateurs dans le cadre de la certification doit permettre :

- ☞ D'alimenter le Compte Qualité
- ☞ D'évaluer la capacité du CHFT à intégrer les indicateurs comme outils de management de la qualité

Les indicateurs recueillis

3 indicateurs mesurés à l'échelle nationale

- ☞ Tenue du dossier patient [TDP]
- ☞ Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation [DEC]
- ☞ Dépistage des troubles nutritionnels [DTN]

Comment ?

Le **recueil** s'effectuera à partir des informations contenues dans les dossiers des patients, et se déroulera du **9 au 13 mai 2016**.



Par qui ?

- ☞ Les Auditeurs internes
- ☞ Les professionnels mandatés des unités de soins

...Et ensuite ?

- ☞ Du **17 au 20 mai** : Saisie des grilles de recueil sur la plateforme QUALAS [= envoi HAS]
- ☞ Du **6 au 11 juin** : Analyse des résultats et rédaction du rapport d'audit
- ☞ Dès le **11 juin** : communication des résultats à l'ensemble des personnels du CHFT

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui faciliteront ou participeront à cette enquête.

Campagne IPAQSS 2016 Les résultats

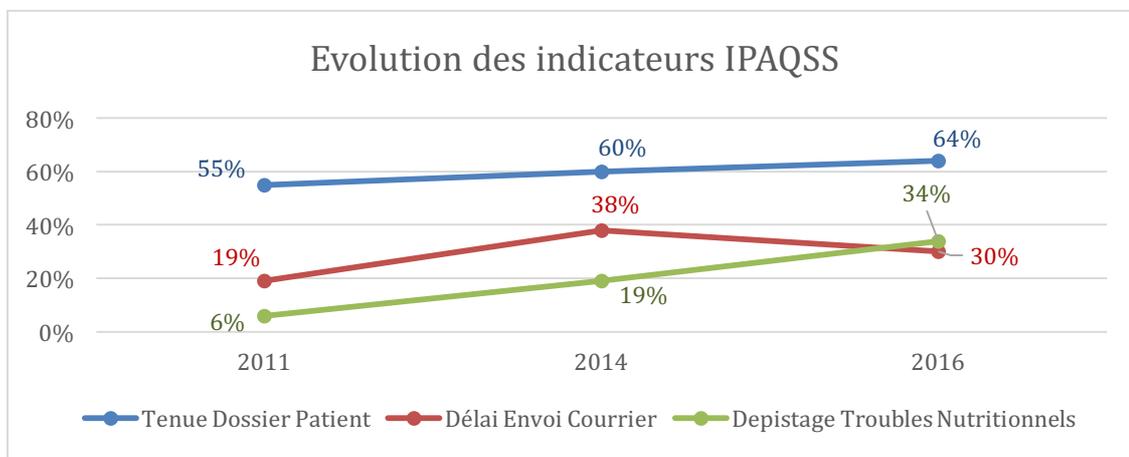


Rappel du calendrier

- ☞ Du 9 au 13 Mai : réalisation de l'audit par l'équipe d'auditeurs internes
- ☞ Du 17 au 27 Mai : saisie des grilles de recueil sur la plateforme QUALAS par l'équipe du DIM et le secrétariat Qualité
- ☞ 15 Juin : validation de l'audit par le Directeur
- ☞ 21 Juin 2016 : Réunion de clôture de l'audit (analyse des résultats et rédaction du rapport d'audit)
- ☞ Fin Juin publication des résultats aux professionnels (Rapport RA QUA 006 publié dans APTA et diffusion InfoQualité n°4)

Merci à l'équipe d'auditeurs et aux professionnels pour leur participation active !

Résultats Globaux depuis 2011

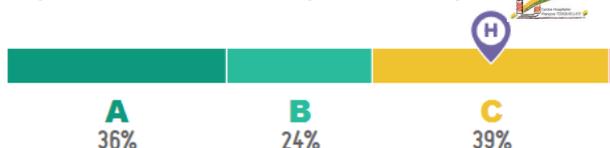


Résultats du CHFT publiés sur Scope Santé en comparaison des autres établissements

Tenue du dossier patient en santé mentale ?

Date des données : 2013

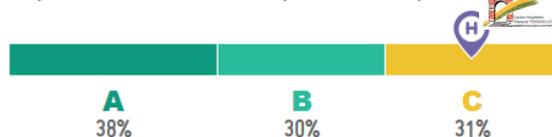
Repartition nationale des hôpitaux et cliniques



Depistage des troubles nutritionnels en santé mentale ?

Date des données : 2013

Repartition nationale des hôpitaux et cliniques :



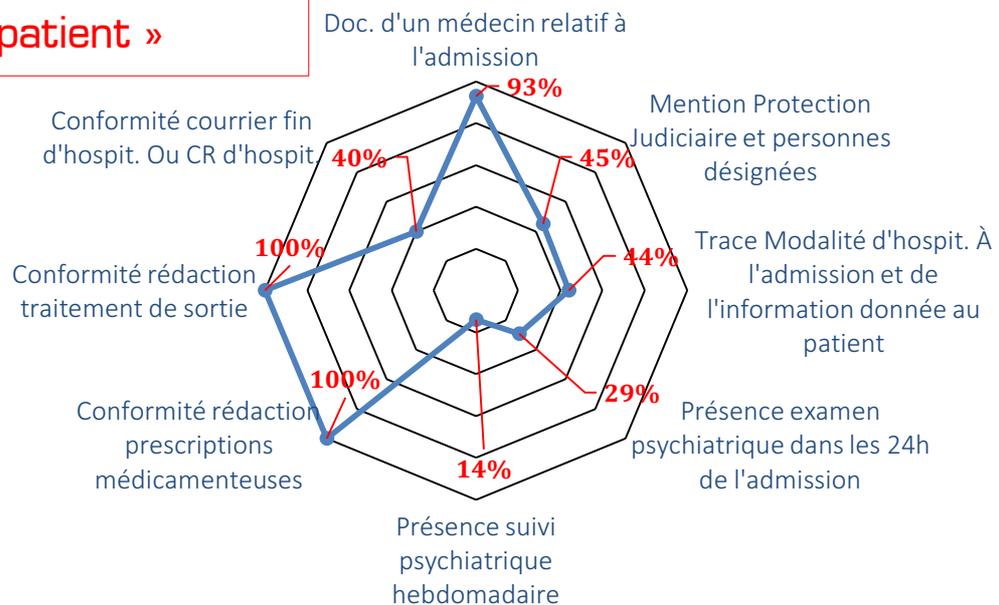
Résultats détaillés

Indicateur	Résultats 2016	Evolution depuis 2014	Moyenne nationale ¹
Tenue du dossier patient	64%	↗	79%
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	30%	↘	52%
Dépistage des troubles nutritionnels	34%	↗	61%



Plus d'infos ? Télécharger le rapport sur Apta
Référence RA QUA 006

Résultats détaillés des critères composant le score de l'indicateur « tenue du dossier patient »



RAPPELS REGLEMENTAIRES :

- * La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le Code de Santé Publique (article R 1112-1).
- * Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.
- * L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (article R 1112-1 du CSP).
- * En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique. Il fait partie du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et une expertise conduite par le Ministère de la Santé préconise le calcul de la perte de poids avant l'admission et un calcul de l'IMC.

¹ Moyenne nationale pondérée des établissements en santé mentale - Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins - Qualité de la tenue du dossier patient en santé mentale adulte - Résultats nationaux de la campagne 2014, Données 2013, 3e campagne nationale - HAS, décembre 2014

« Pendant longtemps, la douleur a été vécue comme une fatalité. Et pourtant, l'évolution des connaissances nous donne aujourd'hui les moyens permettant de réduire dans des proportions importantes certaines douleurs. Mais plus que les connaissances, ce sont les mentalités qui doivent évoluer. »

Alain Serrie, ancien président de la Société Française d'Etudes et de Traitement de la Société Française d'Etudes et de Traitement de Douleur.

Douleur et Santé Mentale

Quid de la douleur en Psychiatrie ?

Pendant longtemps, certains comportements tels que les automutilations, l'absence de manifestations extérieures lors de situations particulièrement douloureuses, ont laissé croire que certains patients de ressentiaient pas la douleur. Des questions subsistent :

- Comment le message douloureux est-il décrypté et traité quand la pathologie mentale perturbe le fonctionnement cognitif ?
- Comment pallier l'absence de manifestations extérieures de la douleur « signal d'alarme » chez certains patients, ce qui retarde la prise en charge de pathologies somatiques graves ?
- Comment repérer des patients douloureux quand la communication est perturbée ?
- Comment évaluer leur soulagement quand nous leur administrons un traitement antalgique¹ ?

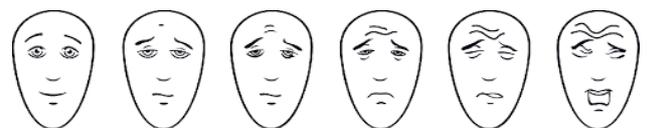
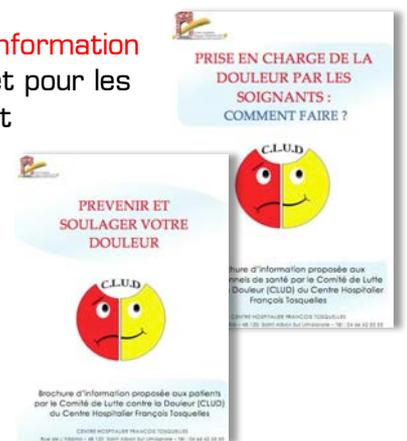
Au CHFT ?

Un Comité de LUTte contre la Douleur [CLUD] est formalisé depuis 2012 au CHFT. Il a pour mission, au sein de l'établissement, d'aider à la définition d'une politique de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur

ainsi qu'à la promotion et à la mise en œuvre des actions dans ce domaine. Il constitue une force d'analyse, de propositions, de coordination et de communication.

Les outils

- ☞ Des professionnels **correspondants du CLUD** sont identifiés afin de vous accompagner ou de vous aider dans l'utilisation des échelles de la douleur.
- ☞ Des **procédures et protocoles** de prise en charge de la douleur sont formalisés (PC MED 011 et PT MED 028)
- ☞ Des **plaquettes d'information** pour les patients et pour les professionnels sont téléchargeables sur Intranet.
- ☞ Des **échelles d'évaluation de la douleur** sont à votre disposition sur Intranet.



- ☞ Une **pancarte de saisie** concernant la douleur est disponible dans CORTEXTE



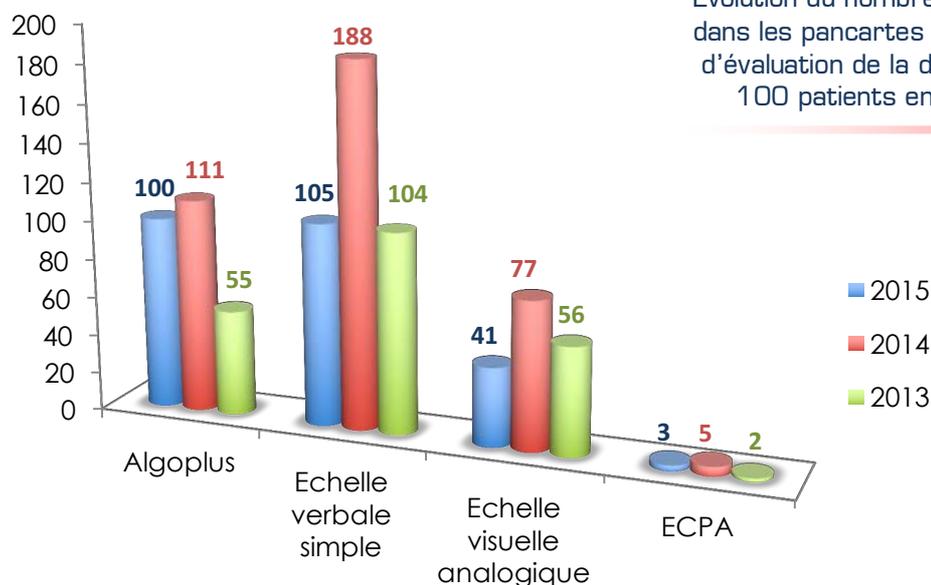
¹ Source RESCLUD Champagne-Ardenne

Procédure de certification V2014

Lors de la précédente procédure de certification, la HAS a formulé une recommandation sur la thématique de la prise en charge de la douleur qui est une Pratique Exigible Prioritaire. Si des améliorations ont été apportées, la traçabilité de l'évaluation effective de la prise en charge de la douleur n'est toujours pas systématique.

QUELQUES CHIFFRES...

Une Evaluation des Pratiques Professionnelle (EPP) sur la « prise en charge de la douleur aigüe des patients non verbalisant » est menée au CHFT depuis 2012. Un Quizz aux professionnels ainsi qu'un audit ont été mis en œuvre.



La prise en charge de la douleur somatique des patients hospitalisés en psychiatrie est devenue une obligation réglementaire, encadrée par de nombreux textes.

**La douleur
c'est l'affaire
de tous !**

Un patient douloureux présentant des troubles mentaux est, comme un autre, le seul expert de sa douleur...

Une évaluation systématique à l'admission avec un outil approprié doit être tracée dans le dossier du patient. En cas de douleur, une réévaluation doit être faite.

Vos contacts pour toutes informations complémentaires : Josiane Itier UAPP

Contact Info Qualité :
communication@chft.fr
Tél : 55 45



Arborescence des risques Signal Web

En noir : l'existant
Barré : à supprimer
En vert : à rajouter
Souligné : risques a priori

01 – Soins

. 01.1 - Risques liés aux incidents cliniques

- . Complication liée à un geste technique
- . Défaut d'évaluation de la douleur
- . Défaut de prise en charge de la douleur
- . Perte, transmission tardive des résultats
- . ~~Problèmes en lien avec : le diagnostic, l'exécution des soins et des examens, administration du traitement~~
- . Retard dans les soins
- . Résultats d'analyses de biologie médicale ou d'examens autres non conformes, manquants
- . Urgence vitale

. 01.2 - Risques liés à la prise en charge du patient :

- . Défaut d'information du patient
- . Délais de PEC du patient non conforme
- . Dossier du patient : non conformité, manque d'information
- . Incident lors d'une activité
- . Irrégularité admission/ sortie du patient
- . Irrégularité procédure SPDT, SPDTU, SPPI, SPDRE
- . Non respect des droits et informations du patient
- . Plainte ou réclamation patient/usager
- . Problème de continuité des soins,
- . Problème lié à l'organisation, coordination des soins, planification des soins
- . Problème relationnel avec une famille
- . Risques liés à l'identité vigilance, l'identification du patient
- . Risque lié à la manutention mécanique, manuelle
- . ~~Transmission d'informations pour la PEC du patient~~

. 01.3 - Risques liés à l'organisation:

- . Manque d'information
- . Dysfonctionnement entre services
- . Dysfonctionnement interne au service
- . Risque lié au manque de formation
- . Risque lié au recours à des stagiaires, personnels saisonniers...

02 – Sécurité des personnes et des biens

. 02.1 - Risques liés aux accidents :

- . AES
- . Accident du travail,
- . Accident de la voie publique
- . Blessure
- . Chutes
- . Décès



- . *Ecrasements, chocs traumatiques*
- . **02.2 - Risques liés à la sécurité/agression :**
 - . *Acte violent et/ou agressif sur un patient*
 - . *Acte violent et/ou agressif sur un professionnel*
 - . *Comportement inadapté du patient*
 - . *Fugue, disparition, sortie sans autorisation, non réintégration de permission, non présentation consultation programme de soins*
 - . *Incident en chambre d'isolement*
 - . *Incident lors des mesures de contention*
 - . *Introduction de substances nuisibles ou toxiques*
 - . *Intrusion de personnes*
 - . *Maltraitance*
 - . *Non respect du règlement*
 - . ~~*Ressources humaines*~~
 - . *Risque d'explosion*
 - . *Risque lié à la violence au travail (physique, verbale, psychologique)*
 - . *Risque lié à l'organisation de la sécurité et des secours*
 - . *Suicide, tentative de suicide*
- . **02.3 - Risques liés à la sécurité générale**
 - . *Défaut de fonctionnement des centrales d'alerte*
 - . *Dégradations*
 - . *Dysfonctionnement et/ou panne d'un matériel*
 - . *Effractions, disparitions, vols*
 - . *Incendie : Volontaire/involontaire*
 - . *Inondation*
 - . *Risque d'explosion*
 - . *Risque lié à l'organisation de la sécurité et des secours*
 - . *Utilisation non conforme d'un matériel*

03 – Risques infectieux

- . **03.1 - Hygiène**
- . *Infection à bactérie hautement résistante (BMR)*
- . *Infection susceptible de générer une épidémie*
- . *Réaction allergique*
- . *Risque chimique*
- . *Risque biologique*
- . *Risque lié au travail dans un environnement potentiellement contaminé par des produits, émissions déchets*
- . *Risque lié au manque d'hygiène*
- . *Contamination par contact avec du linge souillé*
- . *Maladies à déclaration obligatoire*
 - . ~~*Botulisme*~~
 - . ~~*Brucellose*~~
 - . ~~*Charbon*~~
 - . ~~*Chikungunya*~~
 - . ~~*Choléra*~~
 - . ~~*Dengue*~~
 - . ~~*Diphthérie*~~
 - . ~~*Fièvre jaune*~~



- ~~— Fièvres hémorragiques africaines~~
- ~~— Fièvres typhoïde et paratyphoïdes~~
- ~~— Hépatite A aigüe~~
- ~~— Infection aigüe symptomatique par le virus de l'hépatite B~~
- ~~— Infection invasive à méningocoque~~
- ~~— Infection par le VIH quel qu'en soit le stade~~
- ~~— Légionellose~~
- ~~— Listériose~~
- ~~— Orthopoxviroses dont la variole~~
- ~~— Paludisme autochtone~~
- ~~— Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer~~
- ~~— Peste~~
- ~~— Poliomyélite~~
- ~~— Rage~~
- ~~— Rougeole~~
- ~~— Saturnisme de l'enfant mineur~~
- ~~— Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jacob et autres Encéphalopathies subaigües~~
- ~~— Tétanos~~
- ~~— Toxi-infection alimentaire collective~~
- ~~— Tuberculose~~
- ~~— Tularémie~~
- ~~— Typhus~~
- . Matériel coupant tranchant : non respect utilisation, matériel non conforme
- . Mesures d'isolement non prescrites, non respectées
- . Règles d'hygiène, précautions standard et particulière non respectées/Absentes
- . Suspicion d'infection nosocomiale, infection associée aux soins
- . Entretien des locaux dfectueux/absents
- . **03.2 - Risques liés au circuit des déchets :**
 - . Conditionnements non adaptés
 - . Contamination par contact avec DASRI
 - . Conteneurs à déchets manquants/utilisation non conforme
 - . Circuit DASRI non respecté

04 – Pharmacie

- . **04.1 - Dispositifs médicaux :**
 - . Dispositif médical défectueux,
 - . Dispositif médical mauvaise utilisation
 - . Dispositif médical non conformes/manquants
- . **04.2 - Médicaments, produits de santé :**
 - . Complication liée au traitement
 - . Effet secondaire du traitement
 - . Erreur prescription médicament
 - . Erreur dispensation médicament
 - . Erreur administration médicament
 - . Médicament manquant



- . *Modification de la forme galénique du produit*
- . *Problème lié à la trousse d'urgence vitale*
- . *Risque lié à l'utilisation de l'oxygène*
- . *Problème lié aux stupéfiants*

. **04.3 Problème lié aux vigilances réglementées :**

- . *Cosmétovigilance*
- . *Hémovigilance*
- . *Matéiovigilance*
- . *Pharmacodépendance*
- . *Pharmacovigilance*
- . *Réactovigilance*
- . *infectiovigilance*

05 – Informatique et système d'information, gestion documentaire

- . *Dysfonctionnement en lien avec le système d'information*
- . *Dysfonctionnement en lien avec la gestion documentaire*

06 – Logistique, hôtellerie

. **06.1 - Risques liés aux transports internes/externes :**

- . *Incident lors de la circulation et du transport de personnes*
- . *Incident lors de la circulation et du transport de biens et matériels*

. **06.2 - Risques liés à la restauration :**

- . *Aliments périmés*
- . *Problème en lien avec la commande/livraison des repas*
- . *Problème lors du transport des aliments*
- . *Régime non respecté*
- . *Risque lié à l'utilisation de produits chauds*
- . *Toxi Infection Alimentaire*

. **06.3 - Risques en lien avec la blanchisserie :**

- . *Dysfonctionnement en lien avec la prestation linge*
- . *Linge manquant*

. **06.4 - Risques liés à l'achat et à l'approvisionnement**

- ~~. Déchets~~
- ~~. Effet indésirable ou dysfonctionnement matériel et équipement~~
- ~~. Restauration, alimentation, boisson~~

07 – Bâtiments et environnement

- ~~. Air et température~~
- . *Problème en lien avec l'accessibilité des locaux/bâtiments*
- . *Matériel de prévention non conforme, absent*
- . *Problème en lien avec les travaux, réparations, maintenance*
- . *Risque lié à l'intervention d'entreprises extérieures*
- . *Risque lié au bruit*
- . *Risque lié à l'ambiance thermique/ à la qualité de l'air*
- . *Sols encombrés, glissants*

G : GRAVITE (conséquence du dommage)

Pondération gravité	Critère d'appréciation	Niveau de critère d'appréciation
G5	Catastrophique	Conséquences très graves (ex : invalidité permanente, séquelles graves, décès)
G4	Défaillance critique	Conséquences graves (ex : Incapacité partielle permanente, Ré-intervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne)
G3	Défaillance majeure	Incident avec impact (ex : Accident avec arrêt de travail, perte de fonction transitoire, report, prolongation anormale de l'hospitalisation)
G2	Défaillance significative	Incident avec préjudice temporaire (ex : Accident sans arrêt de travail, conséquences temporaires, situation réversible, retard, désorganisation de la prise en charge)
G1	Défaillance mineure	Incident sans conséquence notable (ex : Retard simple)

V : Echelle de vraisemblance (risque de survenue)

Pondération vraisemblance	Critère d'appréciation	Niveau de critère d'appréciation
V5	Probabilité très élevée	Très probable à certain ("Vécu dans mon secteur d'activité")
V4	Probabilité élevée	Possible, probable ("Survient dans l'établissement")
V3	Probabilité moyenne	Peu probable ("Vu dans d'autres établissements")
V2	Probabilité faible	Très peu probable ("Vu une fois dans ma carrière")
V1	Probabilité très faible	Très improbable ("Jamais vu")

M : NIVEAU DE MAITRISE

Pondération maîtrise	Critère d'appréciation	Niveau de critère d'appréciation
M5 (Pondération 1)	Prévoir (pas de réduction du risque)	Mesures préventives inexistantes, actions inefficaces, découverte du risque
M4 (Pondération 0,8)	Mettre en œuvre (réduction modérée du risque)	Alerte : quelques actions en place mais insuffisantes, veille sans actions
M3 (Pondération 0,75)		Mesures préventives en place organisées mais non évaluées
M2 (Pondération 0,6)	Evaluer et améliorer (réduction importante du risque)	Mesures préventives : plan d'action + indicateurs
M1 (Pondération 0,5)		Mesures préventives performantes : efficaces, pertinentes, formation, veille, amélioration continue

Calcul de la criticité

Indice de priorité de risque : IR = GxV

Indice de risque résiduel : IRr = IRxM



Depuis le portail intranet, ouvrir Signal Web

yes Full Web Intelligence Accès direct

Système d'Information Qualité



Centre Hospitalier
François ROSQUELLES

Connexion

Identifiant :
MDUPONT

Mot de passe :

Connecter

Actualités

Pour vous connecter :
Identifiant : 1ère lettre du prénom+nom en majuscule (ex: MDUPONT)
Mot de passe : N° de matricule (vous le trouverez sur votre fiche de paie)

Gestion des Risques

» Déclarer » Mes signalements

> [Un événement qui s'est produit](#)

Cliquez

yes Full Web Intelligence Déconnexion

Bonjour Mlle

> **DECLARER** | > **MES SIGNALEMENTS** | > **STATISTIQUES**

> **Evénement indésirable**

Rédigée par [] RESPONSABLE ASSURANCE QUALITE du service Cellule qualité et de veille sur les risques,
Le 03/12/2015 à 14h48 ✖

Qui est concerné ? Sélectionnez puis fermer la fenêtre (sans détailler)

Patient/Usager/Résident Membre du personnel Autre personne Matériel/Médicament

Description :

Que s'est-il passé ?
(Circonstances, dommages)

Mesures immédiates apportées :
(Vos réactions)

La saisie de ces 2 champs est *indispensable* pour le suivi et l'analyse de votre déclaration

Date et heure de l'événement: 03/12/2015 14:48 (hh:mm mode 24H)

Service : Saisir le service recherché

Lieu exact :

Votre nom apparaît, c'est normal. Il permet au RAQ de vous rappeler pour un complément d'information, à l'issue duquel il anonymisera votre déclaration

Eléments importants pour la traçabilité de l'événement

Risques :

L'événement est lié à :

Risque Cliquez

Cliquez sur + pour sélectionner un risque

Cochez dans l'arborescence la famille de risque concernée

Quelles sont les causes ?

Quelles sont les conséquences prévisibles ?

Quelles sont les mesures de prévention ?

Saisie optionnelle

Sélection des risques

Rechercher un risque :

- Risques liés à :
 - 01_Soins
 - 02_Sécurité des personnes et des biens
 - 03_Risques Infectieux
 - 04_Pharmacie
 - 05_Informatique et système d'information, gestion documentaire
 - 06_Logistique, hôtellerie
 - 07_Bâtiments et environnement

Déplier Replier Valider

Pièces jointes

Titre	Description	
		Saisie optionnelle

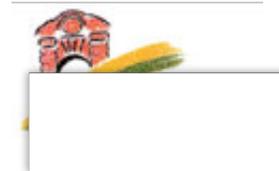
Cliquez sur + pour sélectionner un document

N'oubliez pas de valider !

Valider

Communication suivi des EI

Note d'information : déclaration et suivi des EI
Charte d'incitation à la déclaration



Rédacteur : RAQ

Unité ou service	Destinataires	Diffusion des documents par mail	Envoi documents papier	Nombre exemplaires	Communication directe	Traçabilité
Secrétariat de direction	AB	08/07/2015	17/07/2015	1	9/07/2015	
Accueil /Finances	AB	08/07/2015	17/07/2015	2	9/07/2015	
Service informatique	DT	08/07/2015	17/07/2015	1		
DIM	IS	08/07/2015		2		
Qualité GDR	SH	08/07/2015		3	9/07/2015	
EOHH	AP	08/07/2015		2	9/07/2015	
Direction des soins	M M	08/07/2015		2	9/07/2015	
Services économiques	PA	08/07/2015	17/07/2015	3		
Service intérieur	PA	08/07/2015		1		
Services techniques	SB	08/07/2015	17/07/2015	3		
Service restauration	LB	08/07/2015	9/07/2015	2	9/07/2015	
Garages	JLD	08/07/2015	17/07/2015	1		
Blanchisserie	LC	08/07/2015	17/07/2015	4		
DRH	NC	08/07/2015		4		
Médecine du travail	MQ	08/07/2015	17/07/2015	1		
Pharmacie	VC	08/07/2015		2	15/07/2015	
Bloc médical :	AMA	08/07/2015	17/07/2015	5		

Unité ou service	Destinataires	Diffusion des documents par mail	Envoi documents papier	Nombre exemplaires	Communication directe	Traçabilité
- psychologues - Médecins - Assistantes sociales						
Syndicats		08/07/2015				
UNITE 1	PC	08/07/2015	17/07/2015	2		
UNITE 2	CT	08/07/2015	17/07/2015	2		
UNITE 3	FA	08/07/2015	17/07/2015	2		
UNITE 4	JI	08/07/2015	17/07/2015	2		
Accueil de jour		08/07/2015	17/07/2015	2		
Sociothérapie	TD	08/07/2015	17/07/2015	1		
UNITE 5	DP	08/07/2015	17/07/2015	1		
UNITE 6	DP	08/07/2015	17/07/2015	1		
UNITE 7	LC	08/07/2015	17/07/2015	2	17/09/2015	
UNITE 8	GC	08/07/2015	17/07/2015	2		
CMP HJ M.	MG	08/07/2015	17/07/2015	1		
CMPEA HJE M.	FP	08/07/2015	17/07/2015	1		
CMP HJ F.	MG	08/07/2015	17/07/2015	1	2/09/2015	
CMPEA HJE FI.	FP	08/07/2015	17/07/2015	1		
CMP HJ M.	GT	08/07/2015	17/07/2015	1		
CMPEA M.	GN	08/07/2015	17/07/2015	1		
CMP HJ L.	MG	08/07/2015	17/07/2015	1	16/17/2015	
CMPEA L.	FP	08/07/2015	17/07/2015	1		
CMP St .	GT	08/07/2015	17/07/2015	1		
CMPEA St .	GN	08/07/2015	17/07/2015	1		



La sécurité de nos activités doit être la préoccupation première et permanente d'un établissement de santé. Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance à ses patients, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, intervention après intervention, des événements pouvant affecter la sécurité des soins, des personnes et des biens. Notre objectif est d'améliorer la visibilité de ceux-ci afin d'entretenir la conscience des risques liés à l'ensemble de nos activités et d'apporter les mesures correctives

Dans ce cadre, il est de la responsabilité de chaque agent de communiquer spontanément et sans délai, toute information sur les événements indésirables. Un manquement à cette règle peut compromettre l'ensemble de la démarche de prévention des risques conduite dans notre établissement.

CHARTRE D'INCITATION A LA DECLARATION DES Evénements Indésirables

LE RISQUE C'EST L'AFFAIRE DE TOUS !

- **objectivité** : Le signalement repose sur des faits. Il ne s'agit pas de mettre en cause des personnes en tant qu'auteurs de faits, ni d'interpréter les faits ou encore de leur donner – s'agissant des soins – une traduction médico-légale en termes de responsabilité,
- **anonymat et confidentialité** : Le traitement des informations recueillies s'effectue dans l'anonymat et la confidentialité. Chaque professionnel s'engage à respecter une obligation de discrétion à l'égard des informations portées à sa connaissance dans le cadre de cette démarche,
- **efficacité** : La démarche de signalement doit s'efforcer d'être aussi exhaustive que possible en permettant l'identification de l'ensemble des risques liés à l'activité hospitalière et en évitant que ces risques se reproduisent.

La finalité de la démarche de signalement des événements indésirables n'a pas pour objet d'établir une faute éventuelle, mais d'analyser les causes des événements et de dégager des recommandations pour éviter la réitération de l'événement.



NOTE D'INFORMATION

Identifiant :

F

Date de diffusion :

06/07/2015

Page :1/1

Objet : Déclaration et suivi des évènements indésirables

La démarche de gestion des risques a pour but d'assurer la sécurité du patient et des soins qui lui sont délivrés et, en particulier, de diminuer le risque de survenue d'évènements indésirables pour le patient et la gravité de leurs conséquences.

Il s'agit de mettre en place une démarche collective et continue d'amélioration de la sécurité des patients associant : organisation de la démarche - identification, analyse et hiérarchisation des risques - élaboration d'un plan d'actions à mettre en œuvre, à suivre et à évaluer - capitalisation et partage d'expérience entre professionnels.

Dans le cadre de cette démarche, la sécurité de nos activités doit être notre préoccupation permanente. Pour cela, nous devons améliorer la déclaration et la gestion des évènements indésirables au CH. L'objectif est de mettre en place un dispositif de signalement et d'analyse des évènements porteur d'amélioration afin de tendre vers une véritable culture de sécurité, portée par l'ensemble des acteurs.

Pour cela, plusieurs évolutions sont réalisées :

- * Chaque évènement déclaré fera l'objet d'un « **accusé de réception** » du Responsable Assurance Qualité auprès du déclarant. Il s'agit de prendre en compte immédiatement chaque situation à risque, afin d'y apporter la réponse la plus adaptée. Les actions mises en œuvre seront communiquées au déclarant.
- * **Une Cellule Opérationnelle de la Gestion des Risques et de la Qualité** a été institutionnalisée en mai 2015. Elle a, entre autre, pour mission, l'évaluation, l'analyse et le suivi individuel de chaque déclaration d'évènement indésirable.
- * Les **modalités de déclaration sur Signal Web ont été améliorées**. En effet, la typologie des risques est enrichie, les modalités d'évaluation de la criticité sont uniformisées.
- * D'autre part, chaque déclaration aura pour seul destinataire le Responsable Assurance Qualité, qui après avoir **anonymisé la déclaration**, veillera si nécessaire et avec l'appui de la Cellule Opérationnelle de la Gestion des Risques et de la Qualité, à transférer la déclaration au responsable ou expert concerné.

La Direction Qualité et Veille sur les Risques est un interlocuteur privilégié que vous pouvez contacter au besoin.

Nous sommes toutes et tous acteurs de la gestion des risques.

Le directeur, 



Direction Qualité et Veille sur les Risques

Objet : Déclaration
d'Evénement Indésirable

N°

Date : Le

Affaire suivie par : Responsable
Assurance Qualité

Poste

Mail :

Madame, Monsieur,

Nous avons pris en compte votre fiche signalétique d'événement indésirable en date du, vos déclarations ont été enregistrées et cet événement a été traité. Peut-être avez-vous pu constater les actions mises en œuvre. Cependant, si tel n'est pas le cas, nous vous invitons à nous contacter pour plus de précision sur les actions mises en œuvre.

D'autre part, dans un souci constant d'améliorer la sécurité au sein de l'Etablissement et d'évaluer nos actions, nous souhaiterions avoir votre avis sur la (les) réponse(s) apportée(s) à votre fiche signalétique d'événement indésirable. Pour cela, vous pouvez, si vous le désirez, nous renvoyer le coupon-réponse ci-dessous à l'aide de l'enveloppe jointe.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Pour la Direction Qualité et Veille sur les Risques

S.

COUPON REPONSE - VOTRE AVIS NOUS INTERESSE !

FEI n°

L' (les) action(s) d'amélioration(s) me paraît (paraissent) :



performante(s) efficace(s) pertinente(s)*



insuffisante(s) partiellement efficace(s)..... partiellement pertinente(s)*



inexistante(s) inefficace(s) non pertinente(s)*

Vous avez la possibilité d'expliciter votre réponse (remarques ou suggestions) :

* Possibilité de cocher une ou plusieurs réponses par ligne



PROCEDURE DE REVUE MORTALITE-MORBIDITE (RMM)

Référence : PC MED 025

Version : 0

Page : 1/5

Objet

Cette procédure vise à décrire l'organisation et le fonctionnement des revues de mortalité morbidité (RMM) au CHY

Domaine d'application

- Les secteurs d'hospitalisation adultes
- Les secteurs d'hospitalisation enfants

Documents de référence

- Revue de Mortalité et de Morbidité - Guide méthodologique - Haute Autorité de Santé (Novembre 2009)
- Fiche méthode « Développement professionnel continu - Les revues de mortalité et de morbidité (RMM) » (Mai 2014)
- Manuel de certification Haute Autorité de Santé V2010 (Janvier 2014) – Critère 8.f

Authentification du document

	Nom ou Instance	Fonction	Date	Signature
Rédaction	Dr V.	Praticien Hospitalier	05/05/2015	
Conformité à la Gestion Documentaire	SL	Responsable Assurance Qualité	06/05/2015	
Validation	CME			
Destinataires pour application	Toutes les unités fonctionnelles, services et secteurs du CHY. Tous les professionnels du CHY.			
Destinataires pour information	CME		07/05/2015	

Version	Objet de la révision
0	Création du document



PROCEDURE DE REVUE MORTALITE-MORBIDITE (RMM)

Référence : PC MED 025

Version : 0

Page : 2/5

Contenu du document

Définition de la revue de mortalité-morbidité

Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

Cette démarche permet de tirer profit de l'analyse des situations s'étant produites pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, mais en aucun cas de rechercher un responsable ou un coupable.

Toute personne assistant à une RMM est tenue au secret professionnel (article L. 1110-4 du Code de la santé publique et article 226-13 du Code pénal).

La participation active et régulière d'un professionnel de santé à une RMM constitue une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles et peut intégrer un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC

Organisation

► Responsable de la RMM et répartition des tâches

Responsable Référent RMM : Dr Vieux Vice Président de la CME (désignée par la CME pour la durée de son mandat)

Fonctions :

- *Recueil des situations nécessitant le déclenchement d'une procédure RMM*
- *Validation des dossiers retenus*
- *Désignation du pilote (Parmi l'ensemble des praticiens du CHY)*

Pilote de RMM : L'ensemble des Praticiens Hospitaliers peuvent être pilote

Fonctions :

- *Conduite de la démarche : animation, mise en œuvre opérationnel et suivi des actions d'amélioration*
- *Désignation du secrétariat*
- *Communication des comptes rendus au responsable référent RMM*

Organisation logistique et appui méthodologique : La Direction Qualité et Veille sur les Risques met à disposition des utilisateurs sur demande les outils méthodologiques (Compte-rendu type, Fiche action, Fiche d'analyse systémique)



PROCEDURE DE REVUE MORTALITE-MORBIDITE (RMM)

Référence : PC MED 025

Version : 0

Page : 3/5

► Périodicité et durée des réunions

- Fréquence des réunions : à déterminer en fonction de la situation (au minimum 1 fois par mois)
- Durée prévue des réunions : maximum 2h
- Horaires /Lieu : Définis par le pilote en fonction du contexte
- Invitations : par le secrétariat désigné.

Les dates sont planifiées à l'avance.

► Professionnels invités aux réunions

- Professionnels concernés par la situation (médicaux, paramédicaux...)
- Si nécessaire, autres professionnels experts des domaines investigués
- Les conditions d'engagement et de participation des membres : présence aux réunions, présentation de dossiers, mise en œuvre d'actions, suivi, etc.

Toutes les personnes assistant à ces réunions sont tenues au secret professionnel.

► Modalités de recueil et de sélection des cas

Les modalités de recueil et de sélection des cas sont précisées.

Quels cas : (Quels critères de sélection ?)

- Décès
- Complications
- Evènements qui auraient pu causer un dommage au patient (exemples : erreur d'identification du patient, événement porteur de risque, accident et événement sentinelle)
- Des cas concernant un même thème ou une même pathologie peuvent être abordés

Quand les cas sont-ils sélectionnés ?

- Au moment de survenue de l'événement (au plus près)

Comment les cas sont-ils sélectionnés ?

- Par le responsable RMM en fonction des événements et/ou des informations transmises par la Direction de la Qualité et Veille sur les Risques dans le cadre de la gestion des risques et de la sécurité des soins.

Qui peut sélectionner les cas à présenter ?

- Le responsable référent RMM
- Un Praticien Hospitalier
- La Direction Qualité et Veille sur les Risques



PROCEDURE DE REVUE MORTALITE-MORBIDITE (RMM)

Référence : PC MED 025

Version : 0

Page : 4/5

Combien de cas sont sélectionnés pour une séance de RMM ?

- 1 à minima

► **Modalité d'annonce de la réunion**

- Les dates prévues des réunions RMM sont fixées à l'avance (*planning prévisionnel*).
- Un ordre du jour est établi. Il comporte la liste anonyme des cas traités (ou des thèmes ou pathologies). Il est adressé à chaque membre concerné du secteur d'activité une semaine avant la réunion par le responsable de la RMM (via le secrétaire désigné) avec un rappel de la date, de l'horaire et du lieu de la réunion.

► **Déroulement des réunions**

Après désignation d'un secrétaire de séance, les cas sélectionnés sont présentés successivement selon la méthodologie suivante (à disposition des utilisateurs dans le « compte-rendu type » mis à disposition par la Direction de la Qualité et Veille sur les Risques)

Une liste d'émargement des participants est réalisée.

- **Etape 1 : Présentation du cas** par le(s) membre(s) de l'équipe l'ayant analysé en respectant l'anonymat des patients et des professionnels ayant réalisé la prise en charge ;
- **Etape 2 : Identification des problèmes** rencontrés par l'équipe et/ou des alternatives de prise en charge ;
- **Etape 3 : Discussion et recherche des causes**, des facteurs favorisant ou contributifs, analyse éventuelle de la récupération, synthèse et enseignements à retirer de l'analyse;
- **Etape 4 : Décision immédiate et collective de la ou des actions correctives** à réaliser si elles sont évidentes, sinon désignation d'un (ou de plusieurs) responsables chargés d'établir les causes du problème et de proposer une ou des actions correctives à la réunion suivante. Les actions entreprises sont inscrites dans le compte rendu de la réunion (cf. « compte-rendu type » mis à disposition par la Direction de la Qualité et Veille sur les Risques)

Les modalités de suivi et d'évaluation des actions engagées sont précisées (cf. « fiche de suivi action » mis à disposition par la Direction de la Qualité et Veille sur les Risques).

Le médecin responsable anime la réunion. Il fait respecter les temps de présentation et de discussion.

Certaines réunions peuvent être consacrées en totalité ou en partie à la mise en œuvre et au suivi des actions pour améliorer la prise en charge et la sécurité des soins.



PROCEDURE DE REVUE MORTALITE-MORBIDITE (RMM)

Référence : PC MED 025

Version : 0

Page : 5/5

► Modalités de traçabilité et d'archivage

Un compte rendu anonyme de la réunion est rédigé (par le secrétaire et validé par le pilote) sur le document « *compte-rendu type* » mis à disposition par la Direction de la Qualité et Veille sur les Risques.

- Il contient les conclusions de l'équipe ainsi que les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité mises en œuvre et leurs modalités de suivi.
- La liste d'émargement des personnes présentes à la réunion est annexée au compte rendu.

Cette procédure, les comptes rendus, les listes de présence aux réunions et le bilan annuel d'activité sont conservés avec les autres documents qualité du secteur d'activité.

Les documents relatifs à une RMM sont anonymes et ne doivent contenir aucun document nominatif issu notamment du dossier patient.

Développement Professionnel Continu¹

La réalisation d'une RMM devra être complétée par un temps explicite de formation qui peut être :

- Soit intégré à la démarche au moment de l'appropriation des recommandations ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser
- Soit externalisé en complément de la RMM et articulée avec elle

Evaluation

Bilan annuel d'activité

Un bilan annuel d'activité de la RMM est rédigé. Il ne peut contenir aucune information directement ou indirectement nominative et comprend :

- le nombre de réunions dans l'année ;
- le nombre et le type de cas analysés dans l'année ;
- le nombre et le type de cas ayant donné lieu à des actions d'amélioration ;
- la liste des actions d'amélioration mises en œuvre ;
- les modalités de suivi des actions engagées.

Ce bilan peut être préparé lors d'une réunion RMM qui lui est consacrée, il est présenté pour information en CME par le responsable RMM.

¹ HAS - « Développement professionnel continu - Les revues de mortalité et de morbidité (RMM) » (Mai 2014)



Réunion des Cadres de Santé du 7 mai 2015

Revue de Mortalité-Morbidité (RMM)

Direction Qualité et Veille sur les Risques - SHV - 06/05/2015

Définition

- **Démarche d'amélioration** de la qualité et de la sécurité des soins
- **Analyse collective**, rétrospective et systémique de cas marqués (décès, complication, risque de dommage au patient)
- **Objectif** : mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.
- **Principe de non culpabilisation** (analyse factuelle pour comprendre)

Direction Qualité et Veille sur les Risques - SHV - 06/05/2015

Principes de mise en oeuvre

- **Qui ?** Médecin ou structure regroupant des médecins
- **Comment ?** Institutionnalisation de la démarche + méthodologie
- **Quand ?** cas marqués par un évènement qui aurait pu provoquer un dommage au patient, ou qui a entraîné une complication voire un décès.
- **Avec qui ?** Médecin (pilote) + personnels impliqués dans la prise en charge
- **Combien ?** Périodicité définie en amont

Direction Qualité et Veille sur Les Risques - SHV - 06/05/2015

Méthodologie : 4 étapes

- **Etape 1 :** Présentation du cas (*qu'est-il arrivé ?*)
- **Etape 2 :** Recherche et identification de problèmes de soins (*comment est-ce arrivé ?*)
- **Etape 3 :** Recherche de causes et analyse de la récupération (*pourquoi est-ce arrivé ?*)
- **Etape 4 :** Synthèse et proposition d'un plan d'action (*Qu'avons-nous appris ? Quels changements mettre en oeuvre ?*)

Direction Qualité et Veille sur Les Risques - SHV - 06/05/2015

Suivi

- **Anonymisation** de la démarche
- **Traçabilité** des comptes rendus
- **Bilan** annuel d'activité
- **Suivi** des actions (*incrémentation au PAQSS, compte qualité et liens institutionnels*)

La participation active et régulière d'un professionnel de santé à une RMM constitue une démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles

(Eligible DPC)

Direction Qualité et Veille sur Les Risques - SHV - 06/05/2015

17/03/2016

Fiche d'analyse et de traitement - FEI n°

Direction en responsabilité :

Nom du service :

NOM

Repérage de l'événement indésirable

Nom du cadre

Prénom NOM

Date/heure de
déclaration

Libellé du risque

Description

Action immédiate

Nom du cadre
supérieur

Prénom NOM

Nom du médecin

Prénom NOM

Fonction du déclarant

Fonction

Synthèse des conséquences

Pour la victime	[Blessures/Arrêt de travail/Séquelles physiques/psychologiques/hospitalisation/ Prise en charge somatique/psychologique...]
Pour l'auteur	[Nécessité de prise en charge somatique/psychologique/MCI/Contention/Isolement/Intervention forces de l'ordre...]

Gestion des risques - CHY

Contact : Direction Qualité

Téléphone :



Analyse des causes

ID	Causes	OUI NON	Précisez	Evitable [E]	Non Evitable [NE]
C1	Liée à un produit de santé				
C2	Liée au patient (<i>Etat de santé, antécédents, traitement, facteurs sociaux familiaux...</i>)				
C3	Liée à l'individu ou le professionnel impliqué (<i>Qualifications, compétences, facteurs de stress...</i>)				
C4	Liée à l'équipe (<i>Communication interprofessionnelle, avec le patient, répartition des tâches, transmissions...</i>)				
C5	Liées à une procédure de soins, une tâche à accomplir (<i>Intervention, acte de soins, définition des tâches...</i>)				
C6	Liées à une erreur humaine (<i>Les personnes ont-elles fait ce qu'elles étaient supposées faire ? Connaissaient-elles ce qu'elles avaient à faire ?</i>)				
C7	Liées à l'organisation des activités (<i>Les responsabilités étaient-elles explicitement définies ?</i>)				
C8	Liées aux locaux, équipements, fourniture et dispositifs médicaux (<i>Etaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue de l'événement indésirable ?</i>)				
C9	Liées à un défaut de culture qualité ou sécurité				
C10	Liées à la supervision (<i>Défaut de supervision du travail réalisé par une stagiaire en formation</i>)				
C11	Liées à la gestion des ressources humaines				

	DECISION		
	Identifiant :	Date de diffusion : 14/03/2016	Page :1/2

OBJET : Analyse et traitement des événements indésirables liés à une agression

Conformément à l'avis du CTE du 10 mars 2016 sur proposition des organisations syndicales validée par le Directeur, tout événement indésirable lié aux agressions sera qualifié de « Risque inacceptable à traiter immédiatement ».

Dès le signalement de l'agression sur Signal Web, le Responsable Assurance Qualité () procédera à l'envoi d'une fiche d'analyse et de traitement de l'événement indésirable au déclarant, au cadre de l'unité, au cadre supérieur en charge du service, au médecin responsable du service et à la Direction des soins.

Cette fiche devra être renseignée sous l'autorité du cadre supérieur concerné qui retournera la fiche complétée par mail au Responsable Assurance Qualité () sous 8 jours.

Cette fiche comporte :

- Un descriptif de l'événement indésirable (*renseigné par la Direction Qualité et veille sur les Risques*)
- Une synthèse des conséquences pour la victime et pour l'auteur
- Une analyse des causes
- Des propositions d'actions visant à supprimer le risque ou à maîtriser les conséquences.

Le Directeur



Gestion documentaire

Je cherche :
une procédure, un
guide...

- 1 Je vais sur le portail Intranet
- 2 Je clique sur le symbole : 
- 3 J'effectue ma recherche par mots-clés ou par nature du document ou par thème

Gestion Documentaire

Rechercher Recherche avancée
 Tous les documents Thème : Recherche par thème
 Nature : Recherche par nature
 Recherche rapide En vigueur depuis :
 Documents répondant à au moins un des critères

- 4 Je consulte ou Je télécharge

La Qualité c'est l'affaire
de tous !



Gestion Des Risques

Je veux déclarer
un événement
indésirable !

- 1 Je vais sur le portail Intranet
- 2 Je clique sur le symbole : 
- 3 Je rentre **mon identifiant** :
1^{ère} Lettre du prénom
+ nom en majuscule
mon mot de passe
N° de matricule
(voir fiche de paie)

Connexion

Identifiant :

Mot de passe :

- 4 [Déclarer](#)
> [Un événement qui s'est produit](#)

Je clique puis
je remplis le
formulaire

Plus d'info voir
procédure
PC QUA 002

La Gestion des Risques
c'est l'affaire de tous !

Propositions d'intervention sur le système de management de la qualité et des risques validées par la direction du CHY en 2015

Stratégie et le pilotage du système de management de la qualité et des risques requièrent

- * Clarification de la stratégie institutionnelle et du positionnement de la Direction Qualité
- * Institutionnalisation de l'opérationnalisation de la démarche qualité et gestion des risques
- * Rédaction et validation d'une politique qualité
- * Optimisation de la communication de la Direction Qualité
- * Reformalisation et validation des fiches de poste des membres de la Direction Qualité

Animation du système de management de la qualité et des risques

- * Positionnement institutionnel et hiérarchique du service qualité comme prestataire de service et garant de la centralisation des démarches d'amélioration continue de la qualité
- * Formalisation d'un journal interne à la qualité : « InfoQualité ».
- * Communications régulières dans le cadre d'un InfoQualité par voie postale et sur le portail Intranet.
- * Utilisation du portail Intranet pour les communications flash et mise à jour des données
- * Création d'une charte graphique spécifique à la qualité tout en respectant la charte graphique de l'établissement. Il apparaît en effet nécessaire d'harmoniser les trames des documents du service qualité afin de faciliter la perception des documents émanant du service qualité.
- * Adhésion à une association nationale de responsable juridique et à d'autres sites d'information (Hospimédia, Lettre HAS, DirectHopital.com...)
- * Création d'une Cellule Opérationnelle de la Gestion des Risques et de la Qualité restreinte, se réunissant mensuellement et pouvant faire appel à des experts de l'établissement selon les domaines investigués.

Cartographie des processus

- * Mise en œuvre d'une cartographie des processus permettant d'alimenter la cartographie des risques et l'intégration des risques a priori et a posteriori.
- * Intégrer la réflexion dans le cadre de la mise en œuvre du compte qualité et faire le lien entre l'évaluation des risques dans les thématiques du compte qualité et la cartographie des risques.
- * Centraliser l'ensemble des actions réalisées par le terrain à la Direction Qualité afin d'alimenter en continu le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

- * Application des « attendus » la HAS formulés dans l'additif du rapport de certification.
- * Déclinaison du PAQSS par pôles d'activité en lien avec une cartographie des processus.
- * Intégration dans le PAQSS des modalités de suivi et des indicateurs de résultats. Evaluation de l'efficacité en fonction des réorientations institutionnelles.
- * Formalisation d'un état d'avancement du PAQSS.
- * Formalisation des décisions et des bilans annuels sur un document de suivi et non pas uniquement dans les comptes rendus des instances. Optimisation de la traçabilité.
- * Traduction du PAQSS dans le compte qualité de l'établissement
- * Remobilisation des axes de développement du PAQSS ayant pris du retard par la rencontre individuelle des pilotes.

Gestion a priori des risques

- * Remobiliser le Comité de pilotage sur la poursuite de l'actualisation et l'évaluation du document unique
- * Former les membres du Comité de pilotage à la gestion a priori des risques et aux modalités d'évaluation et de hiérarchisation de la criticité.
- * Réaliser une nouvelle identification des risques sur toutes les unités de travail
- * Réviser le document en appliquant aux risques identifiés une cotation de la criticité identique à celle appliquée pour la gestion a posteriori des risques.
- * Intégrer le suivi des actions à la gestion a posteriori des risques (une seule cellule opérationnelle pour la gestion globalisée).
- * Incrémenter les actions a priori et a posteriori au PAQSS et au Compte qualité
- * Communiquer annuellement à l'ensemble des professionnels l'état d'avancement du document unique
- * Diffuser le document unique en l'intégrant dans la gestion documentaire de l'établissement
- * Formaliser une cellule opérationnelle de la qualité et de la gestion des risques.

Gestion a posteriori des risques

- * Actualiser la procédure de déclaration des événements indésirables et accompagner la procédure sur le terrain pour former l'ensemble des utilisateurs.

- * *Utiliser l'opportunité de l'acquisition d'une nouvelle version du logiciel de gestion des événements indésirables pour mettre à jour les différents items informatique (évaluation de la criticité identique à celle proposée par la HAS ; reformalisation du circuit d'analyse avec centralisation en première intention à la Direction Qualité.). Intégration de la formation à l'accueil des nouveaux arrivants et stagiaires*
- * *Anonymisation des déclarations par le responsable assurance qualité dès réception de l'événement indésirable et appel au déclarant.*
- * *Communication et formations annuelles sur la gestion a posteriori des risques.*
- * *Diffusion d'une charte de non punition et d'incitation à la déclaration.*
- * *Formalisation d'une cartographie des risques de l'établissement.*
- * *Mise en place de l'indice résiduel de risque pour évaluer le niveau de maîtrise du risque dans l'établissement. Intégration annuelle du niveau de risque dans la cartographie des risques*
- * *Intégration d'indicateurs de suivi : délai de réponse à la déclaration, délai de mise en œuvre de l'action et mesure de l'efficacité de l'action pondérant la criticité par un envoi systématique à chaque déclarant d'un questionnaire de satisfaction.*
- * *Mise en place d'un tableau de bord « qualité et sécurité des soins » permettant le reporting et l'évaluation de l'efficacité des actions correctives.*
- * *Communication d'un bilan annuel de la gestion globalisée des risques à l'ensemble des professionnels.*
- * *Activation d'une cellule opérationnelle de la qualité et de la gestion des risques.*

Gestion documentaire

- * *Mise à jour du logiciel de gestion documentaire afin de faciliter le circuit et l'archivage des documents institutionnels.*
- * *Harmonisation des documents sur l'établissement*
- * *Révision et simplification de la procédure de maîtrise documentaire*
- * *Création d'un tableau de bord de suivi des documents*
- * *Adhésion à un organisme de veille réglementaire et juridique*

Formation

- * *Traçabilité de l'ensemble des formations qualité depuis la précédente certification dans un tableau de bord de suivi.*
- * *Mise à jour des cahiers des charges des formations*
- * *Participation de la Direction Qualité à une journée d'information sur la certification V2014*
- * *Mise en œuvre d'une formation action audite de processus et patient traceur au regard du retard pris dans la procédure de certification*