

## Journal des acteurs de la gestion des risques médicaux en établissement de santé

### EDITORIAL : Signalement des événements indésirables : pour quoi faire et à qui ?

Parmi les questions les plus fréquemment posées lors des formations des experts et par l'ensemble des médecins engagés, les questions sur les limites entre EPR et EIG comme sur le circuit déclaratif font partie des incontournables.

Les **événements indésirables**<sup>1</sup> sont des situations qui s'écartent de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui sont ou qui seraient potentiellement sources de dommages.

**Les événements porteurs de risque (EPR) sont des événements indésirables qui n'ont pas causé de dommage grave au patient.**

Le premier **objectif de tout système de recueil d'événements indésirables**, qu'il soit national ou local, est l'amélioration de la sécurité des patients avec l'apprentissage des professionnels. La réalisation de cet objectif passe par l'analyse du processus qui a conduit à l'événement indésirable, pour informer les équipes, rechercher puis mettre en œuvre des actions d'amélioration avant d'évaluer leur impact sur la sécurité. **Comment faire pour diminuer le risque ?**

Plusieurs **systèmes de déclaration nationaux**, avec notamment 8 vigilances<sup>2</sup>, coexistent en France. Certains sont obligatoires. D'après l'article L.1413-14 du code de la santé publique, tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave (EIG) lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente. Une expérimentation est en cours, coordonnée par l'Institut de veille sanitaire (InVS), dans quatre régions ; la déclaration d'EIG sentinelles se fait par un Extranet sécurisé, avec un classement en trois niveaux de gravité : niveau 1 décès ou mise en jeu du pronostic vital ; niveau 2 hospitalisation en réanimation, réintervention non programmée ; niveau 3 séquelle ou préjudice psychologique, esthétique ou fonctionnel. Seuls les niveaux 1 et 2 sont déclarés. La liste d'EIG sentinelles « à déclarer » comporte des EIG « généraux », par exemple décès anticipé ou perte permanente d'une fonction ne résultant ni de l'évolution naturelle de la maladie, ni du terrain du patient, erreur de patient, de procédure ou de site opératoire ou de côté ; et des EIG « spécifiques » de certaines spécialités proposés par les Sociétés savantes, par exemple événement survenu avant

l'incision en chirurgie programmée chez des patients ASA I ou II entraînant un décès ou un coma, hospitalisation en réanimation dans le post-partum quelle que soit la cause suspectée, etc. .

Alors que faire lorsqu'est déclaré une erreur de coté en anesthésie loco-régionale ? **Analyser l'événement est le plus important pour comprendre ce qui s'est passé et favoriser une action préventive.** Mais que faire de la déclaration : le patient n'a pas de séquelle permanente ; il est possible de considérer qu'il s'agit pour le patient d'un EIG sentinelle de niveau 3, donc hors circuit de déclaration à l'InVS mais très utile à analyser en tant qu'EPR pour l'OA et/ou pour le gestionnaire de risque de l'établissement, pour mettre en place par exemple une *check-list* aux blocs opératoires.

Les EIG impliquant des mesures de sécurité sanitaire immédiates (menace imminente pour la santé publique, risque d'exposition d'autres personnes, nécessité d'intervention pour supprimer l'exposition au risque/source, importance économique, si besoin de rétablir à bref délai des flux permettant la reprise des activités des services...) relèvent d'un signalement sans délai à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

En pratique, il est recommandé au **professionnel de santé de signaler tout événement indésirable à l'instance médicale de gestion des risques**, ou cellule équivalente chargée de la qualité et de la sécurité des soins. Cette instance transmet le cas échéant la déclaration à l'autorité compétente et organise les actions d'amélioration au sein de l'établissement de santé. Restent à définir les règles d'anonymisation et de confidentialité, en fonction de la gravité des conséquences sur le patient ; elles sont garanties par exemple dans le dispositif d'accréditation. Enfin, la transparence est de mise envers le patient qui doit être le premier informé.

**Pour en savoir plus :**

[http://www.hopitalexp.com/evenements/pdf/HEIM-F1-2\\_Print.pdf](http://www.hopitalexp.com/evenements/pdf/HEIM-F1-2_Print.pdf)

1 - Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Paris: ANAES; 2003.

2 - Addictovigilance (pharmacodépendance), biovigilance, cosmétovigilance, hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, réactovigilance et produits de tatouage.

### SOMMAIRE

- **Nouveau** (page 2)
- **Dispositif national de gestion des risques** (page 2)
- **Trucs et astuces** (page 4 )
- **Supplément**

Publication des certificats d'accréditation  
Enseignements de la base REX  
Comment mettre à jour sa fiche d'identité  
Programme canadien AMPRO

## NOUVEAU : publication des certificats d'accréditation

En application de l'article L.4135-1 du Code de la santé publique, les résultats de la procédure d'accréditation sont publics. La liste des médecins accrédités par la Haute Autorité de Santé, sur avis des organismes agréés, sera prochainement disponible sur le site de la Haute Autorité de Santé (<http://www.has-sante.fr/>).

### Rechercher un certificat d'accréditation

*Un moteur de recherche permet d'effectuer une recherche à partir du nom d'un médecin, d'un établissement de santé, d'une spécialité ou d'une ville.*

- 1 Texte à rechercher   
*Vous pouvez saisir un nom, un prénom, un établissement, une ville, etc...*
- 2 Affinez votre recherche  
  
Spécialité   
Région  Département
- 3 LANCER LA RECHERCHE

## DISPOSITIF NATIONAL DE GESTION DES RISQUES : enseignements de la base REX

Le **retour d'expérience** est la base du dispositif d'accréditation des médecins. Le champ d'étude est circonscrit aux événements porteurs de risque médicaux (EPR), avec un focus sur les situations à risques ciblées par les spécialités.

Pour être exploitable, **l'information collectée est structurée**. L'objectif du dispositif, au-delà de la capitalisation des connaissances, est de tirer des enseignements de la base de données de retour d'expérience (base REX) **pour diminuer les risques liés aux soins**.

Pour rappel : les **événements considérés comme porteurs de risques médicaux** sont les événements indésirables à l'exclusion des événements indésirables graves mentionnés à l'article L. 1413-14 du code de la santé publique (décision HAS 2006 relative aux modalités de mise en œuvre de l'accréditation). Un **événement indésirable lié aux soins**

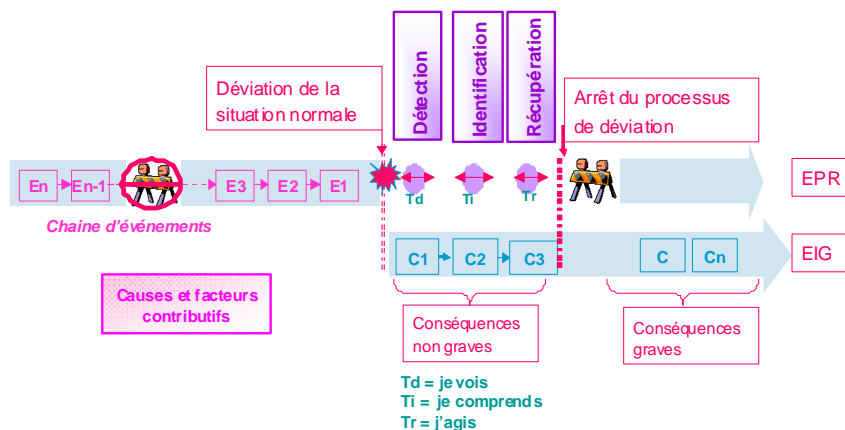
**est considéré comme grave** s'il a entraîné une hospitalisation, une prolongation d'hospitalisation d'au moins un jour, un handicap ou une incapacité à la fin de l'hospitalisation, ou encore s'il est associé à une menace vitale ou à un décès, sans qu'il en ait été nécessairement la cause directe<sup>1</sup>.

La **déclaration des EPR dans la base REX** permet de tirer des enseignements à plusieurs niveaux. L'équipe hospitalière, de préférence multidisciplinaire, peut en déduire le processus souhaité et développer des actions d'amélioration avec notamment la mise en place de barrières locales. L'établissement de santé mutualise les enseignements fournis par l'implication de l'instance de gestion des risques (ou cellule équivalente). La spécialité, représentée par l'organisme agréé pour l'accréditation, développe des outils spécifiques de gestion des risques au niveau national, comme par exemple un questionnaire d'analyse approfondie spécifique à une situation à risque ciblée. L'inter-spécialité effectue une synthèse de ces retours d'expérience et développe la gestion des risques communs à plusieurs spécialités.

1 - Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, Quenon JL, Michel P, Tricaud-Vialle S, Djihoud A. ENEIS étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins, rapport n°2. Analyse approfondie de 45 événements indésirables graves liés aux soins. Pessac: CCECQA; 2006.

**3 EPR ont été extraits** de la base REX, parmi les 4276 EPR enregistrés, pour leur exemplarité à différentes étapes de la déclaration. Le premier, en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, donne une description détaillée du processus et de la chronologie, facilitant la recherche des causes. Le deuxième, en chirurgie orthopédique et traumatologie, a bénéficié de l'analyse approfondie spécifique pour la situation à risque concernée. Le troisième, en chirurgie plastique et reconstructrice, révèle une barrière qui a fonctionné.

Ces EPR sont retranscrits par « copié-collé » de la base REX, sans correction ni commentaire de la rédaction.



## A VOS CLAVIERS : QU'EN PENSEZ-VOUS ? Vos commentaires et réflexions sur ces déclarations sont attendus sur [accreditationdesmedecins@has-sante.fr](mailto:accreditationdesmedecins@has-sante.fr)

### EPR n°027021 en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, champ d'activité chirurgie du poumon Intitulé : gestion inadéquate d'un drainage thoracique, drainage inutile. Situation à risque ciblée.

Homme de 67 ans, 171 cm et 65 kg, hospitalisation programmée, urgence relative, situation clinique plutôt complexe. ASA 2.

Intervention de symphyse pleurale pour un pneumothorax résistant au drainage chez un emphysémateux connu. Pneumothorax spontanée

BPCO post tabagique. Patient en J5 de l'intervention dédrainé qui présente un nouveau pneumothorax significatif. Les radios peuvent être vues dans le service soit sur le réseau soit classiquement sur un support classique. Les médecins ont une grande maîtrise de ce nouvel outil. Les pancartes au lit du malade n'existent plus depuis plusieurs années. Il n'existe aucun problème relationnel dans le service ou l'ambiance est plutôt qualifiée de conviviale.

**Acte thérapeutique.** instillation intrapl. subst. irritante thor.scopie.

**Événement** post-opératoire. 8H30 : l'interne du service prend connaissance sur le réseau d'images de l'hôpital de la dernière radio du patient qui montre que celui-ci est "détaché" et qu'il nécessite la mise en place d'un drain. Après m'avoir prévenu, je l'autorise à le faire ceci d'autant que c'est un interne senior et compétent. Il met donc en place le drain et demande une radio de contrôle. 9H00 : l'interne regarde la radio de contrôle sur le réseau et constate que son drain est dans "la paroi". Il doit donc le changer. Il me rappelle et me demande de venir l'aider. Ce qui est fait là encore sans problème. Une nouvelle radio de contrôle est demandée. Entre temps, la 2ème radio (montrant le drain dans la paroi) remonte dans le service. 9H30 : le chef de clinique passe rapidement dans le service avant la grande visite que je dois faire à 10H00. Il tombe sur

cette radio montrant le drain dans la paroi et décide de changer très vite ce drain pour que tout soit réglé avant cette grande visite. Il demande donc à la même infirmière de l'assister pour "redrainer le patient qui a son drain dans la paroi". L'infirmière qui est excellente infirmière mais pas une grande « communicante », acquiesce et assiste le chef de clinique. Tout se passe bien et la dernière radio de contrôle est excellente. A 10H00, au moment de la grande visite, il est fier de nous "montrer qu'il a changé un drain glissé dans la paroi" !!! PS : le malade a déclaré à sa famille "on s'était très bien occupé de lui !!!"

**Délai de détection** 10 mn. Le problème a été détecté au moment de la visite 10 minutes plus tard.

**Gravité des conséquences constatées** : 2. Surtout un redrainage inutile car le second drain était bien placé.

**Conséquences potentielles** : accident inhérent à tout drainage. EIG potentiel : hémorragie ou infection liée au drainage supplémentaire.

**Recherche des causes** : défaut de concertation entre moi même et le chef de clinique. Défaut de remise en cause de la décision par l'infirmière qui croyait vraiment que le 2ème drain était encore dans la paroi.

**Évitabilité** : demander avant toute action si la situation a déjà été gérée par un autre médecin ?

**Type d'EPR** : communication problème de documentation ; gestion du patient problème de suivi ; incident.

**Types de causes** : interprétation de la mauvaise radio ; mauvaise communication entre infirmière et chef de clinique ; support d'information inadéquat : suppression des pancartes.

### EPR n°004492 en chirurgie orthopédique et traumatologie, champ d'activité chirurgie du membre inférieur Intitulé : antibioprofylaxie inadaptée. Situation à risque ciblée.

Femme de 75 ans, 160 cm et 60 kg, hospitalisation programmée, urgence différée, situation clinique plutôt complexe.

Prothèse totale de genou. Hématome volumineux très douloureux.

Tendance au saignement après les plaies sans trouble de la coagulation.

**Acte thérapeutique.** Evacuation d'une collection volumineuse du genou.

**Événement** per-opératoire. Erreur d'antibioprofylaxie ; prescription de cefuroxime 48h alors qu'il s'agissait du même antibiotique que lors de l'intervention initiale 2 semaines auparavant.

**Délai de détection** 30 jours. **Délai d'identification** 30 jours. L'erreur a été identifiée lors de la relecture des règles d'antibioprofylaxie.

**Gravité des conséquences constatées** : pas de conséquence, bien cicatrisé.

**Conséquences potentielles** : surinfection de la prothèse par absence d'antibioprofylaxie adaptée.

**Recherche des causes** : mauvaise connaissance des règles d'antibioprofylaxie en cas de reprise précoce pour luxation ou hématome.

**Évitabilité** : systématiquement une seule injection de vancomycine dès que les prélèvements ont été faits.

**Analyse approfondie** avec une grille spécifique pour cette situation à risque ciblée.

**Type d'EPR** : communication information imprécise ; performance clinique pré-acte diagnostic incomplet ; performance clinique pendant l'acte erreur d'indication ; dysfonctionnement.

**Types de causes** : protocole incomplet ; recommandation inconnue.

**Commentaires** (par l'expert) : Le chirurgien connaît la recommandation (autre molécule que celle utilisée lors de l'ATBP initiale en cas de reprise précoce) mais ne la transmet pas à l'anesthésiste qui lui, apparemment, ne connaît pas cette variante qui n'est pas écrite dans le protocole de l'établissement. Le praticien déclarant préconise une réactualisation du protocole, ce qui est manifestement indispensable au sein de cet établissement par l'intermédiaire du CLIN. A cette occasion, tous les cas de figure des ATBP par discipline devraient être vérifiés et éventuellement réactualisés. Ce délai de réactualisation doit par ailleurs être prévu par le CLIN et marqué sur le protocole ainsi que la qualité des intervenants censés l'appliquer (anesthésiste, IADE, etc... "qui fait quoi"). Enfin, le fait que le déclarant ne pense pas que cet EPR aurait pu déboucher sur un EIG (en cas de reprise pour ISO profonde le plus vraisemblablement) prouve que lui aussi a besoin de réactualiser son interprétation des risques.

## EPR n°008242 en chirurgie plastique reconstructrice, champ d'activité chirurgie du sein

### Intitulé : défaut d'emballage d'un produit commandé à un laboratoire extérieur.

Femme de 60 ans, hospitalisation programmée, non urgente, situation clinique non complexe. ASA 1.

Ptose mammaire avec hypotrophie (perte de poids massive). Hypotrophie mammaire.

Perte de poids importante.

**Acte thérapeutique.** Mastopexie avec implants.

**Événement** per-opératoire. Commande de 3 implants identiques (même références, 250cc) du même laboratoire : commande systématique de 3 implants alors que seuls deux implants seront utilisés, car précaution en cas de problème de stérilisation ou défaut fabrication, lésion per-opératoire de l'enveloppe. Livraison des 3 boîtes portant bien les mêmes références. A la pose de la deuxième prothèse, découverte d'un implant ne correspondant pas aux références sur l'emballage (210cc au lieu de 250).

**Délai de détection** 0 jours. **Délai d'identification** 0. **Délai de récupération** 0. Erreur de produit découverte pdt l'intervention, utilisation du 3<sup>e</sup> implant.

**Gravité des conséquences constatées** : 1. Aucune, l'implant de "secours" a été utilisé conformément au protocole opératoire.

**Conséquences potentielles** : impossibilité de réaliser l'intervention prévue en cas d'absence d'implant de secours.

**Recherche des causes** : erreur de conditionnement du laboratoire.

**Évitabilité** : commande d'un implant de "secours" ; nécessité d'avoir un stock dans l'établissement (mais pas toujours possible si implant anatomique particulier).

**Actions particulières pour empêcher la survenue de conséquences plus graves** : commande systématique de 3 implants ; demande de livraison 8 jours avant l'intervention vérification de la livraison et des références 7 jours avant.

**Type d'EPR** : dysfonctionnement.

**Types de causes** : problème matériel livré par un laboratoire.

## TRUCS ET ASTUCES : comment mettre à jour sa fiche d'identité ?

Mettre à jour sa fiche d'identité avant de déclencher son bilan est nécessaire pour que le certificat d'accréditation contienne les bons établissements de santé d'exercice et pour qu'il soit envoyé à la bonne adresse.

### 1. Ouvrir sa fiche d'identité

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ  
Espace de travail de M Z, 26/03/2009  
Portail Accréditation des médecins  
Accueil  
Email O.A non disponible  
Portail Accréditation  
Dossier administratif  
→ Fiche identité  
→ Mot de passe  
→ Historique accréditations  
Demande d'engagement  
→ Questionnaire Auto-évaluation  
→ Nouvelle Demande  
Bienvenue sur le site de l'accréditation !  
Dans le portail de l'accréditation, cliquez sur fiche d'identité

### 2. Mettre à jour ses établissements de santé d'exercice

Mettre à jour vos établissements de santé  
Liste d'établissement(s) de santé :  
MAISON MEDICALE J. GARNIER : m.fumey@has-sante.fr  
CENTRE DE RADIOTHERAPIE : m.fumey@has-sante.fr  
Ajouter de(s) établissement(s) >>>  
N'oubliez pas d'enregistrer les modifications  
un astérisque (\*) sont obligatoires  
ENREGISTRER LES MODIFICATIONS  
Cliquez pour supprimer un établissement de santé  
Cliquez pour ajouter un nouvel établissement de santé

**Equipe éditoriale** : Marc Fumey, Marina Martinowsky (coordinatrice), Patrice Papin, Ariane Sachs



## SUPPLEMENT : programme canadien AMPRO

par Philippe Chevalier et Catherine Mayault, en exclusivité pour nos lecteurs !

Le programme AMPRO<sup>OB</sup>, pour Approche Multidisciplinaire en Prévention des Risques Obstétricaux<sup>1</sup>, est un programme de réduction des risques hospitaliers obstétricaux, développé depuis 2001 au Canada, conçu par des obstétriciens et

soutenu par les collègues professionnels. Son développement important au Canada et aux USA témoigne de son efficacité pour améliorer durablement la sécurité d'une pratique jugée par tous comme fortement à risque.

Depuis 10 ans, la recherche et la littérature mondiale<sup>2-3</sup> sur la sécurité des patients révèlent l'importance des risques médicaux dans les structures hospitalières. Avec 70.000 événements évitables et une estimation de 9.000 à 24.000 décès évitables, l'étude Backer<sup>4</sup> réalisée en 2004 au Canada confirme cette réalité touchant les prises en charge les plus complexes, comme l'obstétrique. En effet au Canada, 6 % des obstétriciens font face à des poursuites chaque année<sup>5</sup> et 21% des poursuites impliquent les infirmières en périnatalogie<sup>6</sup>.

Un deuxième constat apporté par la recherche sur la gestion des risques est la nature faillible de l'activité humaine. Mais selon D.Berwick<sup>7</sup> seulement 2 à 3 % des erreurs cliniques sont attribuables à l'incompétence, à l'imprudence, au sabotage ou à la négligence grave, révélant ainsi que 97 à 98% des erreurs cliniques sont attribuables aux dangers que recèlent les systèmes de santé. J.Reason<sup>8</sup> développe cette approche systémique du risque en considérant que « bien que nous ne puissions changer la condition humaine, nous pouvons modifier les conditions dans lesquelles les humains travaillent... Les erreurs humaines sont perçues comme des conséquences plutôt que comme des causes... ».

Face aux risques subis par les patientes et les soignants, les docteurs André B. Lalonde et Kenneth Milne, gynéco-obstétriciens ont, dès 1999, l'idée de développer un programme d'enseignement centré sur le risque obstétrical dans les unités de périnatalité hospitalières en s'appuyant sur cette approche novatrice du risque et sur l'expérience industrielle des « organisations hautement fiables »<sup>10</sup>.

Le programme AMPRO<sup>OB</sup> « considère que la sécurité des patientes constitue le principe fondamental des soins de santé. Pour améliorer la sécurité des patientes en milieu hospitalier, il faut apporter des changements considérables et durables à la culture de la pratique clinique et aux systèmes de prestation des soins ».

Le dispositif s'est appuyé sur la compétence scientifique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)<sup>11</sup> regroupant outre des gynécologues, les autres corps professionnels exerçant en périnatalité et a obtenu le soutien pour son développement de la mutuelle Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC)<sup>12</sup>.

Le programme AMPRO<sup>OB</sup> repose sur un équilibre entre d'une part un enseignement clinique en obstétrique, en gestion des risques et managérial sur la gestion d'équipe et d'autre part, une mise en pratique, en équipe, des ces principes. Il se répartit en 3 modules d'un an consécutifs, amenant progressivement à travers un apprentissage et un travail ensemble à un changement culturel de l'équipe.

Le référentiel de pratique clinique utilisé dans le module 1 a été défini en collaboration avec les collègues et les sociétés savantes des disciplines représentées en périnatalité après une revue de la littérature internationale. Il aborde les connaissances obstétricales à posséder pour faire face aux principales situations à risques connues dans cette discipline, par exemple, prolapsus du cordon, bradycardie fœtale, hémorragie post-partum, dystocie de l'épaule... Il se décline en outils pédagogiques de types « *reminders* », en études de cas cliniques et en exercices pratiques. De même, dans le module 2 et 3, un enseignement en gestion des risques et en management d'équipe sont apportés, comme par exemple la gestion des événements indésirables,

l'analyse des causes racines, l'analyse à priori des risques par l'AMDE<sup>13</sup>, les communautés de pratique<sup>14</sup>...

Chaque membre de l'équipe de périnatalogie, obstétricien, sage-femme, infirmière, va développer ses connaissances de base grâce à ces enseignements développés sur une base Internet relationnelle. Des QCM et des tests permettent à chacun d'évaluer son niveau de culture et surtout la progression acquise au cours de ce programme. Dès la première année, le dispositif va permettre d'homogénéiser le niveau de compétence des individus favorisant une cohésion de l'équipe et une réflexion sur ses processus de soins.

La véritable force de ce programme est que ces

Module 1 15 chapitres Apprendre ensemble	Module 2 7 chapitres Travailler ensemble	Module 3 5 chapitres Modifier la culture
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sécurité des patientes</li><li>• Hémorragie anté-partum</li><li>• Hypertension gravidique</li><li>• Streptocoque du groupe B</li><li>• Accouchement de jumeaux</li><li>• Travail préterme</li><li>• RPM</li><li>• Déclenchement du travail</li><li>• Gestion du travail</li><li>• Bien-être fœtal</li><li>• AVAC</li><li>• Accouchement vaginal assisté</li><li>• Hémorragie post-partum</li><li>• Thrombose veineuse profonde</li><li>• Communication</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vérifications</li><li>• Causes des erreurs</li><li>• Outils de communication</li><li>• AMPROOB et sécurité des patientes</li><li>• Suivi et analyse des événements à issue bénigne</li><li>• Analyse de la cause racine</li><li>• Travail d'équipe</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Divulgence des communications</li><li>• Croître avec les communautés de pratique</li><li>• Analyse des modes de défaillance et de leurs Effets (AMDE)</li><li>• Suivi et analyse des événements à issue grave</li><li>• Gestion des connaissances</li></ul>

enseignements seront mis en pratique dans l'unité, à travers des exercices collectifs. Certains de ces exercices, permettent aux membres de l'équipe de prendre une autre place que leur fonction habituelle, d'autres sont réalisés dans les mêmes conditions qu'une urgence.

Un débriefing collectif est réalisé et les enseignements sur le fonctionnement de l'équipe sont exploités. L'acuité des soignants aux événements indésirables touchant les processus de soins se développe progressivement, dans un climat de confiance et de respect propice à la mise en œuvre de changements bénéfiques pour l'unité et pour les patientes. Cette deuxième et troisième partie du

programme concentrent les efforts sur la réduction « in vivo » des causes systémiques des événements indésirables : le fonctionnement de l'équipe, les processus de soins, les procédures, l'organisation en situation d'urgence...



A la demande de l'établissement de santé, ce programme se déroule sur trois modules consécutifs d'un an en mobilisant l'ensemble des personnels impliqués dans les unités de périnatalogie. Il s'appuie sur une « équipe de base », personnes repérées comme leaders dans leur travail, chargée de piloter le programme et de conduire les changements dans les unités. Cette organisation permet rapidement d'autonomiser les équipes dans la gestion des risques et les changements organisationnels à opérer au cours des trois années. A la fin du programme, l'équipe aura intégré une culture du risque dans sa gestion quotidienne. Le programme aura ainsi permis d'installer un système pérenne et opérationnel en gestion des risques obstétricaux.

La mise en œuvre du programme AMPRO<sup>OB</sup> requiert environ 3 à 4 jours par an soit environ 10 jours sur les 3 ans pour le personnel et 7 à 8 jours par an, soit 21 à 24 jours au total pour les membres de l'équipe de base. Une partie de ces heures s'intègrent dans le temps de travail comme des révisions, des staffs ou des exercices d'urgence. De plus la participation à ce programme,

reconnus par les collèges des différentes spécialités permet aux professionnels de valider des crédits de FMC.

Les intérêts pour l'établissement sont multiples. En réduisant les risques subis par les parturientes et en améliorant la qualité des soins, il améliore la satisfaction de ces dernières et donc son image. Egalement cela permet de réduire le turn-over, le burn-out du personnel et améliorer son attractivité. Par ailleurs, cette démarche, reconnue par « Agrément Canada »<sup>15</sup> lui permet de répondre aux exigences d'accréditation au Canada.

## Développement du programme

Le programme AMPRO<sup>OB</sup> a été lancé au Canada à l'automne 2002. En 2008, avec son développement dans la province du Québec, 167 hôpitaux participent à ce projet sur 320 établissements potentiels, ce qui représente 74% de la capacité en obstétrique du Canada.

Le programme AMPRO<sup>OB</sup> a été mis en œuvre pour la première fois aux États-Unis, en novembre 2005, au *St. Joseph's Hospital Health Center*, à Syracuse, New York. Un deuxième site, le *Newton Medical Centre*, de Newton, Kansas, l'a mis en œuvre au début de juillet 2006. Entre 2008 et 2012, entre 200 et 300 hôpitaux américains mettront en œuvre ce programme.

## Conclusion

Ce programme est un outil remarquable pour améliorer efficacement et durablement la sécurité et la qualité des soins dans les unités de naissance. En intégrant les données cliniques actuelles en obstétrique et les expériences les plus avancées en terme de gestion des risques dans un ensemble cohérent, pratique, autonomisant et peu consommateur de ressources, ce programme démontre par son développement au Canada et maintenant au USA, son adaptabilité à la réalité complexe des établissements de santé.

Sur la forte demande des utilisateurs, Le programme intitulé « 9+one » se développe actuellement pour d'autres disciplines hospitalières.

## Contacts : p.chevalier@has-sante.fr

AMPRO<sup>OB</sup> - un programme exclusif de la Corporation Salus Global, 717, rue Richmond, bureau 200, London (Ontario), Canada N6A 1S2. [http://www.amproob.com/salus\\_global\\_corporation.html](http://www.amproob.com/salus_global_corporation.html) ou <http://www.salusgc.com/>

Dr. James Ruiter, Directeur AMPRO<sup>OB</sup> Canada, [jruiter@salusgc.com](mailto:jruiter@salusgc.com)

Dr. Guy-Paul Gagné, Directeur AMPRO<sup>OB</sup> Québec, [gpqagne@salusgc.com](mailto:gpqagne@salusgc.com)

1. AMPRO<sup>OB</sup>: Le programme AMPRO<sup>OB</sup> s'appelle en anglais MORE<sup>OB</sup> : Managing Obstetrical Risk Efficiently
2. USA - Institute of medicine. "To err is human : Building a safer health system", Nov 1999
3. UK - Departement of health. " An organisation with a memory", 2000
4. Canada - Baker PRG. Ross, Norton Peter J. et coll. « The Canadian adverse events study : the incidence of adverse events among hospital patients in Canada », JAMC, vol.170, n°11, le 25 mai 2004
5. ACPM-CMPA : Association Canadienne de Protection Médicale
6. Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada - McLean P. « Liability Trends in Nursing », Can Nurse, vol. 98, n°6, 2002, p.33
7. Berwick DM. Président et PDG, The Institute for Healthcare Improvement, dans une déclaration au Committee on Senate Appropriations Subcommittee of Labor, Health and Human Services, le 13 mars 2003.
8. Reason J. "Human error: models and management", BMJ, vol. 320, n°7237, 18 mars 2000, p. 768-770.
9. Leape L. « The power of apology », présenté à l'occasion du 8th annual NPSF Patient safety Congress, San Francisco : 2006.
10. *American Society for Healthcare Risk Management* (ASHRM), analyse des H.R.O: High Reliability Organisation
11. SOGC : [http://www.sogc.org/index\\_f.asp](http://www.sogc.org/index_f.asp)
12. HIROC : <http://www.hiroc.com/>
13. AMDE : Méthode d'analyse des modes de défaillance et de leurs effets
14. Communities of Practice : Wenger E, McDermott R, Snyder W. *Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge*, Boston : Harvard Business School Press, 2002.
15. Agrément Canada : anciennement Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS), <http://www.accreditation-canada.ca/>