



OCTOBRE ROSE
MOIS DU CANCER DU SEIN

La gestion bienveillante des signalements

Une approche managériale, autour de deux cas

Guillaume Andre
Directeur de la qualité et des coopérations
guillaume.andre@icloire.fr

Premier cas : une lettre de plainte

- Homme de 51 ans, son portrait format A4 dans l'enveloppe
- Thrombose du membre inférieur → deux hospitalisations → amputation → décès à 3 mois
- Incompréhension de la compagne : « comment peut-on mourir d'une simple phlébite en 2014 ? »
- La lettre recense trente griefs très précis envers le service ...
 - Différents médecins, différentes explications
 - Traitement prescrit aussitôt arrêté
 - Défauts de surveillance paramédicale
 - Mauvaise hygiène, indignité
- ... et demande des explications sur l'évolution des paramètres vitaux lors de la seconde hospitalisation.
- Émanant d'une cadre de santé, enseignante et responsable d'enseignements en IFSI, elle affirme ne pas vouloir de conflit avec l'établissement.

Premier cas : le temps de l'analyse

- Le médecin se souvient bien de ce patient. Il peste de devoir rechercher des informations et fournir des pages d'explications
- Le contexte médical est mieux appréhendé : sur un diabète mal traité, la processus thrombose veineuse → absence de cicatrisation → sepsis est un aléa thérapeutique connu.
- La cadre du service explique des relations conflictuelles avec la plaignante, qui s'est positionnée comme une contrôleuse et s'est mis l'équipe à dos
- L'historique est reconstitué : il fait apparaître deux facteurs de risques liés à l'organisation du parcours :
 - Le patient et sa compagne ont refusé l'hospitalisation dans un SSR recommandé, proche de l'établissement mais loin de leur domicile
 - Ils ont tardé à se représenter à l'hôpital de proximité, et celui-ci à ré-adresser le patient au chirurgien vasculaire

Quelle réponse apporter à cette personne ?

Premier cas : un deuil difficile

- Le choix est fait d'une réponse simple, qui replace l'événement dans son contexte large (3 mois > une semaine)
 - Ni l'éventuelle part de responsabilité du patient, ni les difficultés relationnelles ne sont mentionnées
 - Un rendez-vous de médiation est proposé, à bonne distance du décès
 - L'entretien se passe bien :
 - Écoute empathique, reformulation
 - Explications médicales et juridiques
 - Pas de listing des détails, mais une discussion sur la maladie et la difficulté de faire son deuil. « Il vaut mieux trier les photos »
-
- Six mois plus tard, le cas se représente dans le service : sur un autre fond pathologique, une phlébite et des difficultés relationnelles :
 - Le chirurgien et le cadre appellent rapidement le directeur qualité
 - Il aide le patient, sa femme et l'équipe à poser leur alliance thérapeutique.

Deuxième cas : 5000 mauvaises manipulations

- Le comité de pilotage de l'informatisation du dossier patient rassemble tous les quinze jours six responsables de l'hôpital :
 - un médecin clinicien désigné par la CME, le pharmacien-chef, la directrice des soins, le directeur du système d'information, le directeur qualité, une cadre supérieure
- La numérisation des documents papiers est effective depuis un mois pour les nouveaux patients et deux services tests :
 - Une équipe de trois personnes (archiviste, manipulatrice de radiologie, agent administratif) - dont une en reclassement professionnel –, a été regroupée dans un unique bureau
 - Le logiciel et la procédure ont été testés et validés par le comité de pilotage
- Lors d'un comité DPI, le DSI catastrophé annonce que « tout est fichu », car « elles n'ont pas compris les consignes ». En effet, l'équipe lui a signalé depuis 10 jours un dysfonctionnement technique qui n'existe pas.
- Des documents différents sont intégrés dans les dossiers patients les uns à la suite des autres dans un même .pdf

Deuxième cas : le temps de l'analyse

- Le comité décide de suspendre sa séance pour mener l'enquête aussitôt sur le terrain. Le directeur qualité est responsable de gérer l'événement. Avec le pharmacien et la cadre supérieure, ils se rendent dans le bureau. Ils sont rejoints une heure plus tard par le DSI.
- Le test du processus de numérisation et d'intégration est conforme. La pile des documents en attente avant intégration (tous intégrés) est retrouvée par le DSI.
- Sur 5000 scannées pages et 1300 documents intégrés, on ne sait pas combien de documents ont été perdus ainsi.
- On ne sait pas comment les retrouver rapidement (par prudence, les papiers ont été empilés à la suite dans trois cartons).
- On ne sait pas combien de patients sont potentiellement concernés
- Il est clair pour tous qu'il s'agit d'une erreur de manipulation : les documents doivent être scannés un par un.
- Nous sommes mercredi, jeudi est un jour férié.

Que faire, aujourd'hui à 18 h ?

Deuxième cas : les taux d'erreurs évaluation & facteur humain

- Vu les risques-projet liés aux facteurs humains, il est décidé de laisser la situation en l'état, jusqu'à meilleure évaluation. Le pdt de la CME est prévenu.
- L'équipe continue à travailler en corrigeant sa pratique.
- La première évaluation est fastidieuse, mais assez rapide. Elle porte uniquement sur les hospitalisés : 66 admis + 64 sortis.
 - Sur les 97 patient qui ont eu des documents numérisés, il y a 1 erreur / 24 patients, et 1,6% / 603 documents
 - « sincères remerciements à ceux qui nous ont alerté sur ce risque, et permis de le mesurer. »
- Le cas des hospitalisés est donc géré *in extenso*. L'échantillonnage permet d'affirmer que pour 1 nouveau consultant / 24 sur cette période d'un mois, il y a un risque de perte d'un document.
- L'évaluation du nombre de nouveaux patients du mois donne 347 selon le DIM, une centaine selon les archives.

Que faire, une semaine plus tard ?

Deuxième cas : les taux d'erreurs évaluation & facteur humain

- Le processus de gestion des dossiers papiers est dysfonctionnel, et la fiabilité de la numérisation est encore mal connue. De nombreuses secrétaires ont conservé les doubles des documents papiers.
- Les dossiers des nouveaux consultants sont généralement minces. Leurs pièces essentielles sont dupliquées ailleurs (CR opératoires, anapath, RC, biologies,...)
- 6 jours de panne/an du silo des archives signifient autant consultations sans dossiers papiers, soit un taux d'indisponibilité de 2,3%. L'informatique garantit une meilleure disponibilité.
- Sur le nouveau processus, aucun autre événement indésirable n'est déclaré.
- Les services viennent d'être éclatés sur 3 sites externes : c'est une des causes de la mise en route du projet de numérisation

**Il est décidé de ne pas poursuivre les actions de récupération,
mais de se centrer sur le nouveau processus**

Qu'en conclure ?



| | | |
|---|--|---|
| <p>Contextes médicaux et managériaux du service d'origine du signalement</p> | <p>Le service est plutôt acculturé à la qualité, il s'y trouve des professionnels formés, leurs projets sont soutenus, ils participent à des échanges et démarches dans des groupes de travail</p> | <p>Le service n'est pas coutumier de la qualité, le langage est peu assimilé, les enjeux mal perçus, les méthodes peu développés, il est difficile d'y identifier un interlocuteur médecin ou cadre</p> |
| <p>Le service exerce des activités productives, à profils de patients et risques médicaux bien définis</p> | <p>[Document distribué en séance]</p> | |
| <p>Le service exerce des activités à risque vital relativement faible, ou dans lesquelles les défaillances pas aisément perceptibles au regard des évolutions habituelles de la maladie</p> | | |