

La gestion des risques a priori – a postérieurs (EI)

IFSI Charles FOIX
2ème année - 2012





Objectifs de la formation

■ Être capable :

- D'identifier les situations à risque et/ou les événements indésirables et d'utiliser la fiche de signalement ;
- De participer aux méthodes d'investigation, d'analyse de l'EI (analyse systémique)
- De mettre en œuvre les actions conservatoires, curatives et/ou préventives (plan d'actions – évaluation)

■ Répondre à la réglementation

- Une obligation dans le cadre de la certification V2010 (18 PEP dont 2 PEP + 6 PEP indirectes, dont une en psychiatrie, EPP)
- Décret de novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins
 - ⇒ Mise en œuvre des programmes de prévention des risques associés aux soins
- Des obligations de déclaration :
 - ⇒ Infections nosocomiales
 - ⇒ Vigilance (accident transfusionnel, allergie médicamenteuse, Afssaps...)
- Loi du 4 mars 2002 (Droits des usagers)
 - ⇒ Obligation d'information en cas d'incident ou d'accident dans la prise en charge



La certification : les PEP (1)

N°crit	Libellé PEP
1.f	Politique et organisation de l'EPP
8.a	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
8.f	Gestion des événements indésirables
8.g	Maîtrise du risque infectieux
9.a	Système de gestion des plaintes et réclamations
12.a	Prise en charge de la douleur
13.a	Prise en charge et droits des patients en fin de vie
14.a	Gestion du dossier du patient
14.b	Accès du patient à son dossier
15.a	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
20.a et 20abis	Management de la prise en charge médicamenteuse du patient – Prise en charge médicamenteuse du patient
25.a	Prise en charge dans le service des urgences et soins non programmés
26.a et 26b	Organisation du bloc opératoire – Organisation des autres secteurs à risque majeur (radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie)



La certification : les PEP (2)

■ Des PEP spécifiques pour les secteurs de la psychiatrie :

- 10 e: Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté
- 17 b : Prise en charge somatique des patients
- 18 a : Continuité et coordination de la prise en charge des patients

Rappel : Qu'est-ce qu'un risque ?

- Danger éventuel plus ou moins prévisible

Événement imprévu dont la survenue peut avoir des conséquences dommageables

Manifestation = signes observables

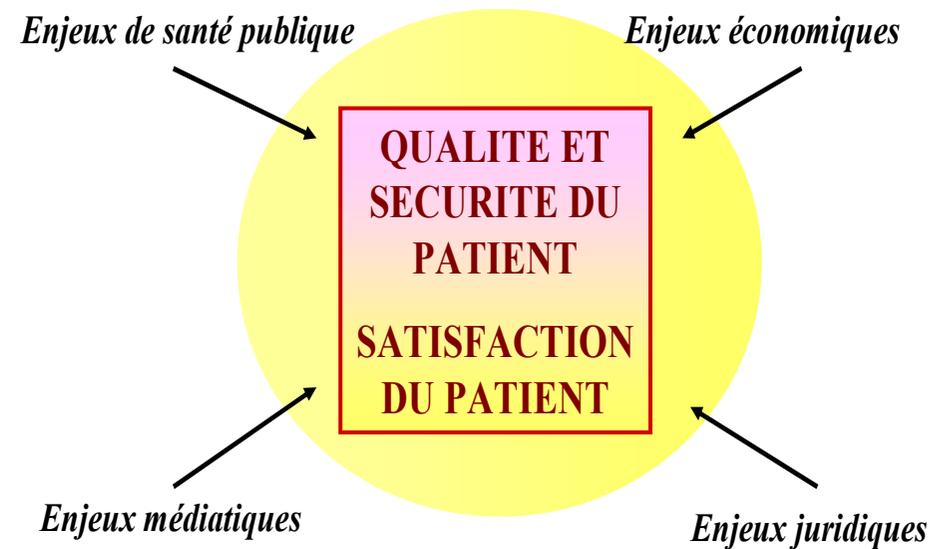
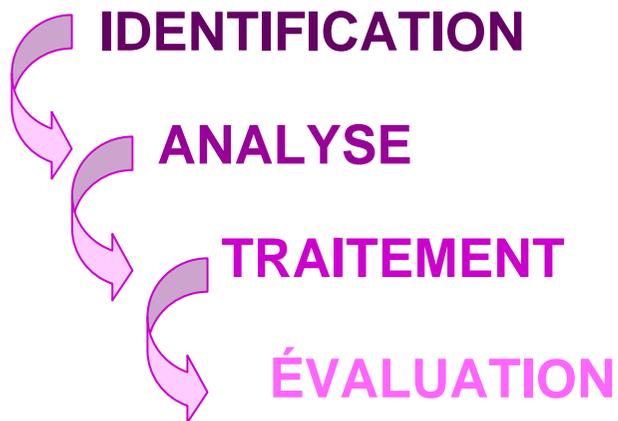
Causes = facteurs explicatifs

Conséquence = dommage éventuel, ampleur

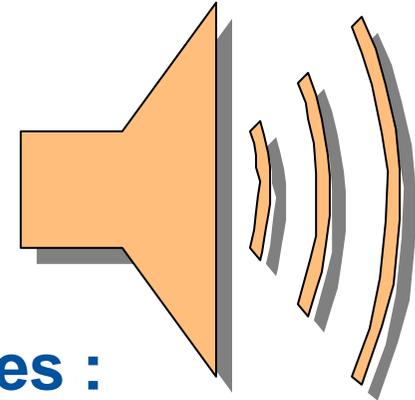


Pourquoi gérer les risques ?

- Réduire les situations qui pourraient compromettre la réalisation des missions et des objectifs de l'organisation :



Que signaler ? (1)



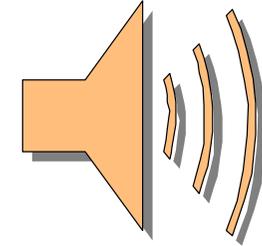
■ Signalez tous les événements indésirables :

- les événements qui **ont (risque) ou auraient pu (EI – EIG)** causer des dommages aux personnes, à leurs biens ou ceux de l'hôpital
- les événements ayant un impact sur la **sécurité ou sur la qualité** de la prise en charge des patients
 - Décret de novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins
- les **risques de réclamations** ou plaintes des patients ou leurs familles





Que signaler ? (2)



■ Événement indésirable

- Événement dont la survenue a causé un dommage à un usager ou à l'organisation et qui s'écarte des procédures ou des résultats escomptés dans une situation habituelle.

■ Événement indésirable grave : est un événement indésirable dont le dommage est

- La survenue d'un décès
- La mise en jeu du pronostic vital du patient
- Une invalidité ou une incapacité
- L'arrêt définitif de l'activité par destruction totale de locaux ou d'équipements
- Plainte au tribunal administratif ou pénal...

**Obligation d'informer le patient et/ou sa famille
(loi du 4 mars 2002 – Droits des patients)**

Obligation de signalement plateforme (Décret de novembre 2010)



Que signaler ? (3)

A priori

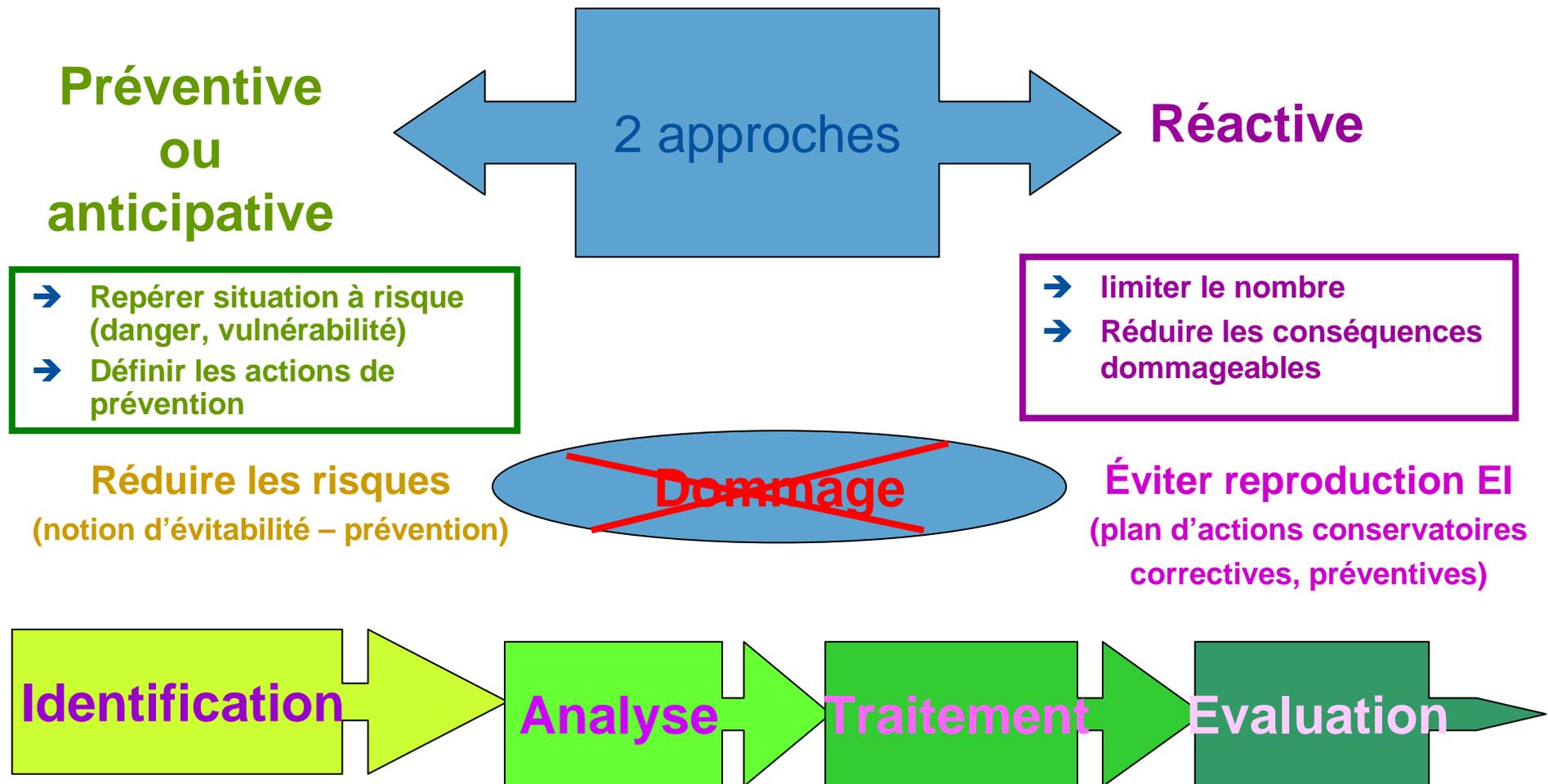
- **Évènement sentinelle**
- **Évènement paraissant anormal au cours d'une procédure**
Menace potentielle ou réelle
- **Situation à risque constituée de signaux**
- **Exposition à un ou plusieurs phénomènes dangereux ou potentiellement dangereux**

A posteriori

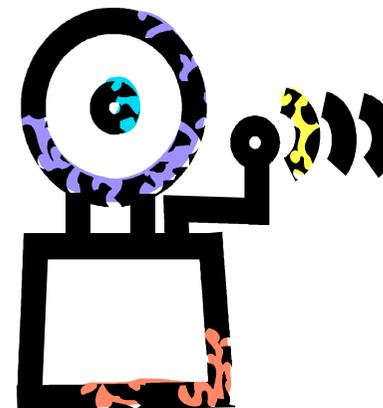
- **Évènement indésirable (EI)**
- **Manifestation potentiellement nocive et non recherchée**
- **Dommmages**
- **Détérioration physique ou morale, directe ou indirecte, consécutive à un Elc**



Qu'est-ce que la gestion des risques ?



Pourquoi signaler ?



■ Signaler permet :

- de tirer une sonnette d'alarme afin de mettre en œuvre des mesures correctives...
- de tirer des leçons de l'existant et développer une culture de sécurité
- de mieux connaître les risques à l'hôpital

■ Les accidents graves ont souvent été précédés d'incidents qui, s'ils avaient été pris en compte, auraient empêché la survenue de l'accident

■ Le signalement des incidents liés aux vigilances est une obligation pour tous les professionnels de santé

Comment signaler

■ Par tous les moyens à disposition du déclarant

■ A l'APHP : outil via intranet

OSIRIS

Activités médicales et de soins

Organisation des soins et les relations avec le patient

Vie hospitalière

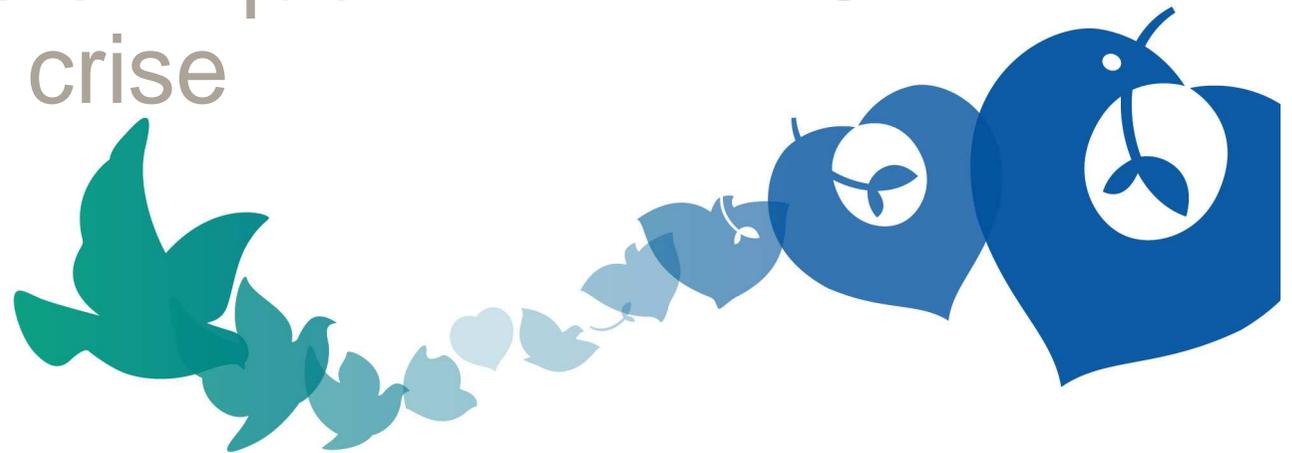
Vigilances réglementaires.

The screenshot shows the OSIRIS web application interface. At the top, there is a header with the logo of the Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) and the text "OSIRIS". Below the header, there is a disclaimer: "Les données nominatives sont anonymisées lors de l'enregistrement dans la base de données. Les items à remplir obligatoirement sont précédés d'un * et les libellés sont soulignés." The main content area is titled "L'événement est lié à : (cocher une case et une seule)" and is divided into four columns: A - Activités médicales et de soins, B - Organisation des soins - Relations avec le patient, C - Vie hospitalière, and D - Vigilances. Each column contains a list of checkboxes and labels for reporting various types of incidents. The interface is displayed in a Microsoft Internet Explorer browser window.

Gérer un EI – un EIG

Approche réactive

La gestion des risques a posteriori
Analyse systémique – RMM – CREX
– cellule de crise



Étape 1 : prendre en charge l'EI

■ EI / EIG :



Lié aux activités de soins



Relations avec les patient – organisation des soins



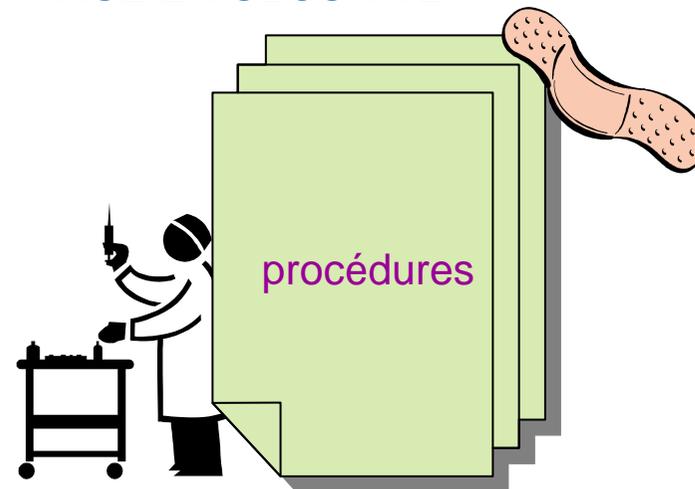
Logistique



Vigilance



■ Mettre en place les mesures correctives immédiates en fonction = MISE EN SECURITE



■ Signaler (OSIRIS au autre moyen) : EXHAUSTIVITE DES INFORMATIONS – FAITS

■ Classement de l'EI (jamais si EIG) ou 2^{ème} étape





2^{ème} étape : Analyse systémique (1)

■ Pour les EI récurrents ou les EIG

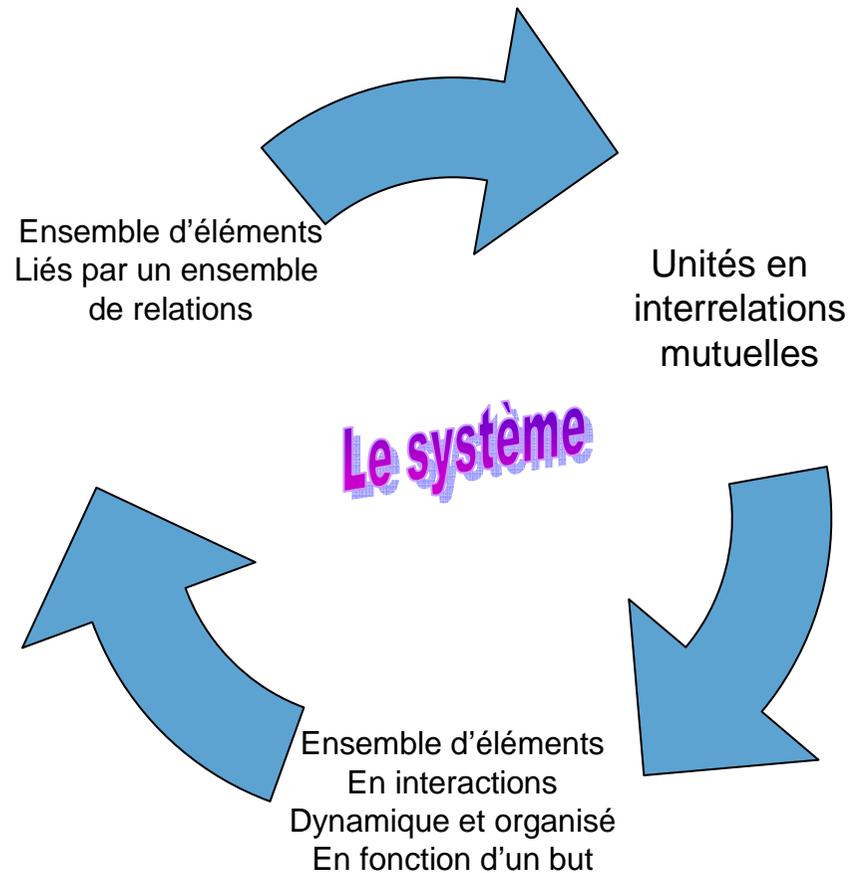
■ Objectifs :

- Déchiffrer la réalité complexe de l'évènement pour tenter de mieux le comprendre
- Permettre une analyse fine des circonstances ayant conduit à l'EI – EIG pour transformer les causes en faits prévisibles et dégager des axes de préventions :
 - Éviter la reproductibilité
 - Limiter la gravité des conséquences
- Dépassez les polémiques et opinions ≠ recherche de coupables

■ Définition

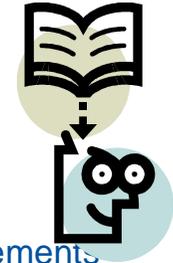
- Description objective d'un incident / accident / presque-accident en se limitant à la recherche des faits, en excluant les jugements et les prises de position subjective

2^{ème} étape : Analyse systémique (2)



■ 4 concepts :

- L'interaction : relation entre deux éléments n'est pas une simple action causale entre élément A et élément B = double action A sur B et B sur A
- La globalité : système composé d'éléments ≠ somme d'éléments
- L'organisation : agencement de relations entre composant ou individus produisant une nouvelle unité + processus (aspect structurel et aspect fonctionnel)
- La complexité : au-delà de la logique cartésienne du système → l'inconnu, l'aléatoire et l'incertain





2^{ème} étape : Analyse systémique (3) recherche des causes (1)

■ Pour chaque EI ou EIG rencontré

Se poser les questions :

- Quel est l'évènement ?
- Pourquoi cela est arrivé ?
- Qu'est-ce qui a favorisé la survenue de l'Ei ou l' EIG ?
- Quels sont les facteurs nécessaires pour que cela arrive ?

Rechercher les facteurs favorisants (ou contributifs) dans l'ensemble des domaines





2^{ème} étape : Analyse systémique (4) recherche des causes (2)

■ Facteurs favorisants ou contributifs à l'EI ou l'EIG :

- Liés au contexte institutionnel : contexte réglementaire, contraintes économiques ou financières, restructuration, liens avec d'autres organisations ou établissements...
- Liés à l'organisation et au management : contraintes du secteur d'activité, moyens affectés (humains et matériels, rapports hiérarchiques, GRH, information, culture qualité et sécurité....
- Liés à l'environnement de travail : matériels, sites et locaux, équipement, charge de travail, ergonomie...
- Liés au fonctionnement de l'équipe : communication orale et écrite, mode de transmissions, aide, dynamique et interactions entre les personnes

2^{ème} étape : Analyse systémique (5) recherche des causes (3)

■ Facteurs favorisants ou contributifs à l'EI ou l'EIG (suite) :

- Facteurs liés aux procédures opérationnelles : répartition, planification, lisibilité des tâches et activités à effectuer (existence, validation, actualisation, disponibilité, utilisation, faisabilité et acceptabilité des procédures opérationnelles)...
- Facteurs individuels (personnels) : capacités techniques, relationnelles, compétence, formation, motivation, stress ou fatigue....
- Facteurs liés au patient : antécédents, traitements, statut (gravité, complexité, urgence...), environnement social et familial, personnalité, difficultés de compréhension (âge, langue, pathologies....)

■ un outil pour rechercher les facteurs favorisants :

- QQOQCP : Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi



2^{ème} étape : Analyse systémique (6) recherche des causes (4)

■ Pour chaque facteur favorisant / contributif identifié, se poser la question : Pourquoi ?



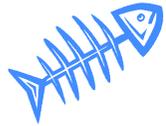
□ Méthode Ishikawa : les 5 M (matière, milieu, méthodes, matériel, main d'œuvre)

- Brainstorming
- Liens entre les causes (pourquoi ?)

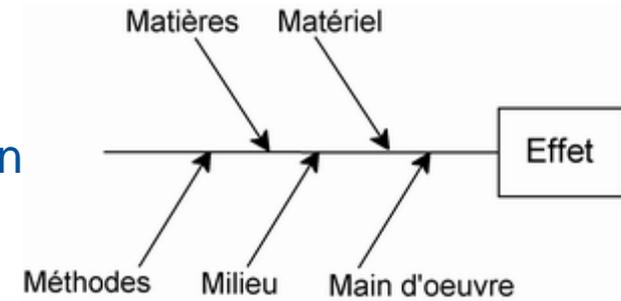
⇒ Exemple : panne de matériel, pourquoi ⇒ maintenance non faite, pourquoi ? ⇒ maintenance reportée, pourquoi ? ⇒ problème d'effectif

2^{ème} étape : Analyse systémique (7) recherche des causes (5)

■ Classer les causes :



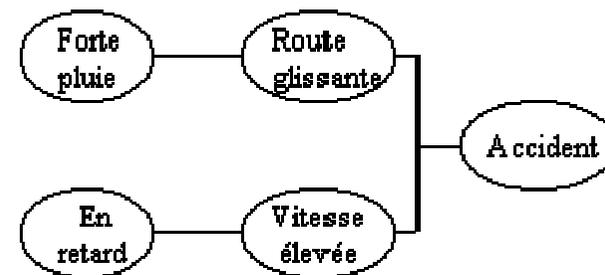
- Diagramme d'ishikawa (en arêtes de poisson)



- L'arbre des causes



- › Lister tous les faits recueillis
- › Résumer les faits en 3 à 5 mots simples
- › Organiser les faits sous forme de diagramme





2^{ème} étape : Analyse systémique (8)

Analyse de la récupération mise en œuvre (1)

■ Actions immédiates mises en œuvre pour rétablir la situation : QQOQCP

- Détection de l'EI : Quand et comment avons-nous constaté que le processus déviait de son cours normal ? Qui ?
- Identification : quand et comment avons-nous compris ce qu'il se passait ? Qui a identifié ?
- Récupération : Quand et comment avons-nous réagi ? Comment ? Qui ?
- Qu'est-ce qui a empêché, ralenti ou atténué l'évolution vers une complication, un décès ? Ou qu'est-ce qui a dysfonctionné ? Comment ? Qui étaient absents ? Pourquoi ?
- Comment l'EI s'est-il arrêté ? En combien de temps ?
- Qu'est ce qui aurait pu être fait pour améliorer la récupération ?

2^{ème} étape : Analyse systémique (8)



■ Déterminer les axes d'amélioration :

- Actions conservatoires
- Actions curatives
- Actions préventives

■ En se posant les questions :

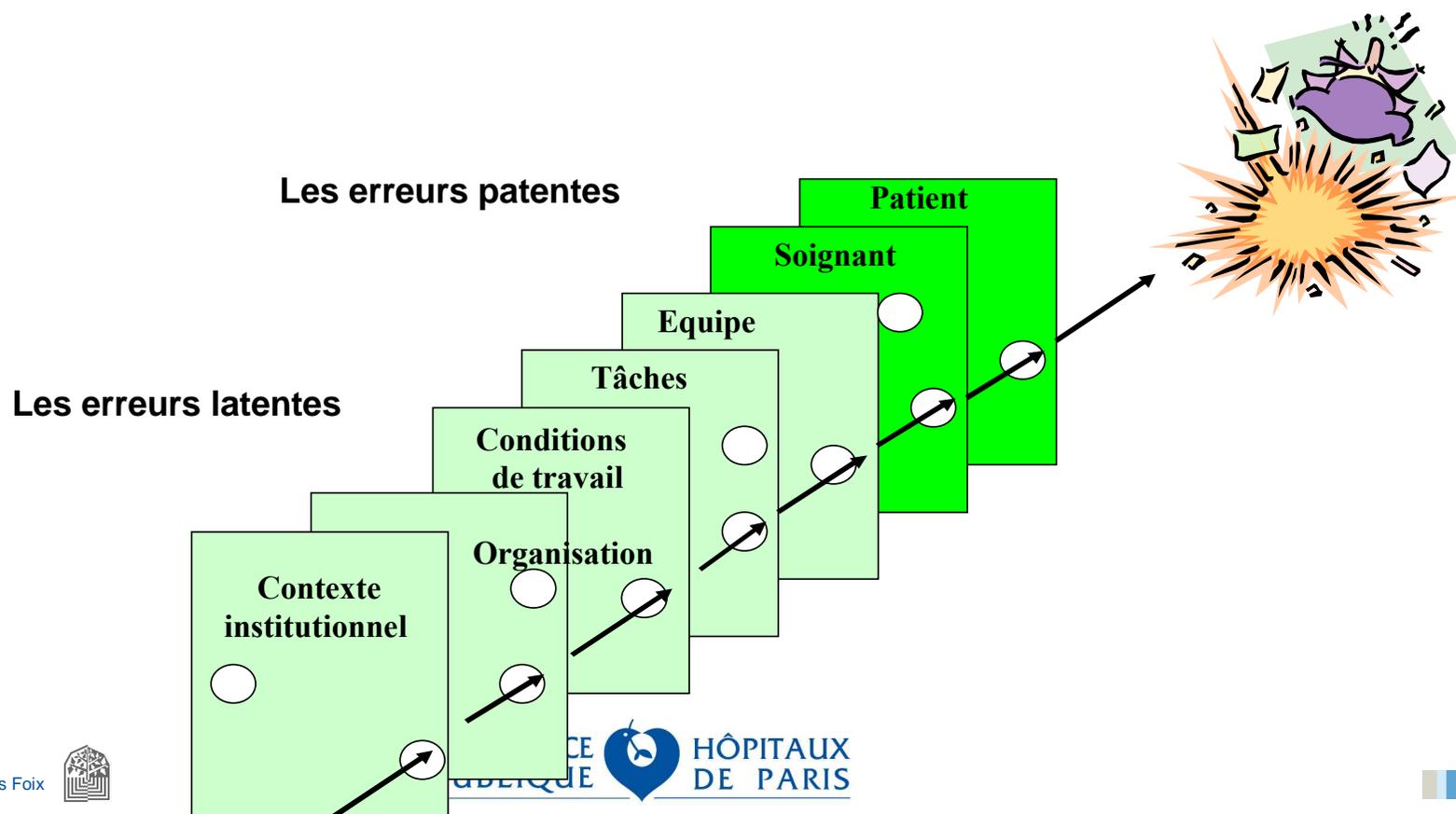
- Quelles sont les forces et vulnérabilités du système (de la prise en charge ?)
- Qu'est-ce qui est à revoir ?
- Comment éviter une récurrence ? Qu'est qui peut être mieux fait ?



2ème étape : Analyse systémique (9) Applications à l'hôpital (1)

L'hôpital peut-être un lieu à risque

D'après J. Reason





2ème étape : Analyse systémique (10) Applications à l'hôpital (1)

■ La cellule de crise :

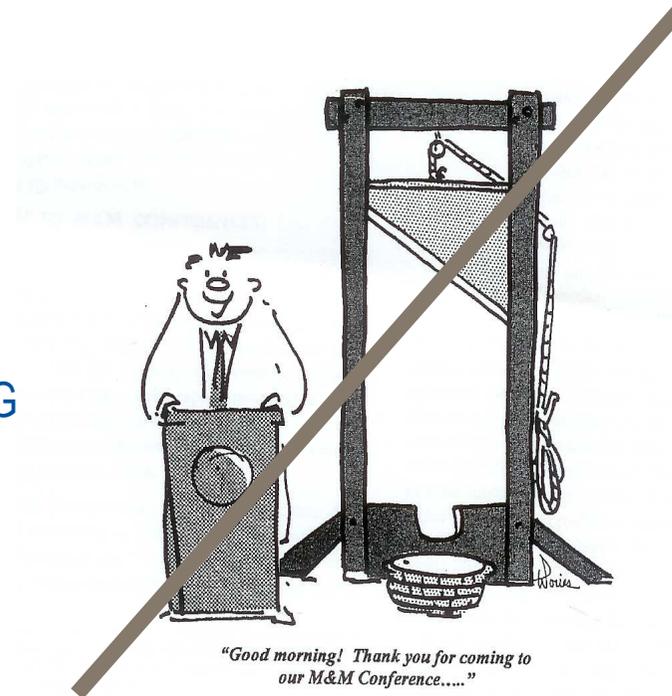
- Réunion au plus pris de l'EIG ou de la situation à risque médiatique important (décès inattendu, maltraitance....)
- Constitution du groupe : constitué en fonction de la situation et des acteurs impliqués
 - Représentants de la Direction : Directeur, DRH, DSIRMT, DSELH, DST, DSI
 - Représentants des services concernés : médecins, encadrement supérieur et de proximité, personnel présent lors de l'EIG, agents logistiques, techniques, médico-techniques.....
 - Gestionnaire de risque (CR – Suivi)
 - Chargé de communication
- Objectifs :
 - Mesures conservatoires immédiates
 - Mesures correctives immédiates (autre application possible à l'hôpital)
 - Communication : communiqué de presse, organisation en cas d'appel de la presse...
 - Signalement extérieur : déclaration obligatoire, procureur, plainte....



2ème étape : Analyse systémique (11)

Applications à l'hôpital (2)

- **La RMM : l'analyse.... Pas le coupable – EIG Médical et/ou soins**
- **Un projet formalisé**
 - Des indicateurs d'évaluation définis (Inscrit au PQ-G – Satisfaction des professionnels)
- **Un recueil des situations organisé**
 - Fiche d'EI Osiris via Intranet
 - Registre RMM (à disposition des médecins)
- **Des équipes préparées**
 - Réunion d'information des personnels du service concerné
 - Affichage de la Charte
 - Diffusion du règlement intérieur



**La RMM =
Analyse
systémique**

**La RMM ≠
Recherche de
coupable(s)**

2^{ème} étape : Analyse systémique (12) Applications à l'hôpital (3)

■ Une réunion préparée

- Analyse du (des) dossier(s) par le médecin référent RMM et le médecin responsable du patient – Référence BPC - biblio
- Information définie :
 - Convocation collective (équipe pluridisciplinaire)
 - Diffusion du RI
 - Affichage de la charte

■ Une réunion organisée

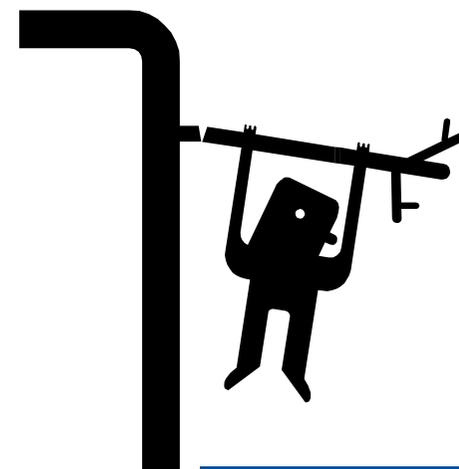
- Préparation de la présentation du cas clinique par le médecin
- Définition des rôles de chacun
 - animateur, observateur, rapporteur, équipe pluridisciplinaire
 - Experts – Invités si besoin

■ Une réunion finalisée

- Un compte-rendu diffusé, classé hors du DM et comprenant
 - Un résumé anonymisé du cas clinique : dossier spécifique
 - Un résumé des discussions, de l'analyse de l'évitabilité de la mortalité – morbidité
 - Les mesures correctives et les référents : inscrits au PAQ - GDR

2^{ème} étape : Analyse systémique (13) Applications à l'hôpital (4)

- **Le CREX : EI Récurrent, à risque, médical / soins et autres**
- **Un projet formalisé**
 - Des indicateurs d'évaluation définis (Inscrit au PQ-GDR – Satisfaction des professionnels)
- **Un recueil des situations organisé**
 - Fiche d'EI Osiris via Intranet
 - Réclamations
- **Des équipes préparées**
 - Réunion d'information par l'encadrement
 - Recueil des informations complémentaires par le cadre – le gestionnaire d'EI



**Le CREX =
Analyse
systémique**

**Le CREX ≠
Réunion
improvisée**



2^{ème} étape : Analyse systémique (13) Applications à l'hôpital (5)

■ Une réunion préparée

- Analyse de l'EI (récurrent, à risque) par le gestionnaire de risque – le gestionnaire d'EI et l'encadrement
- Information définie : convocation collective avec ordre du jour

■ Une réunion organisée

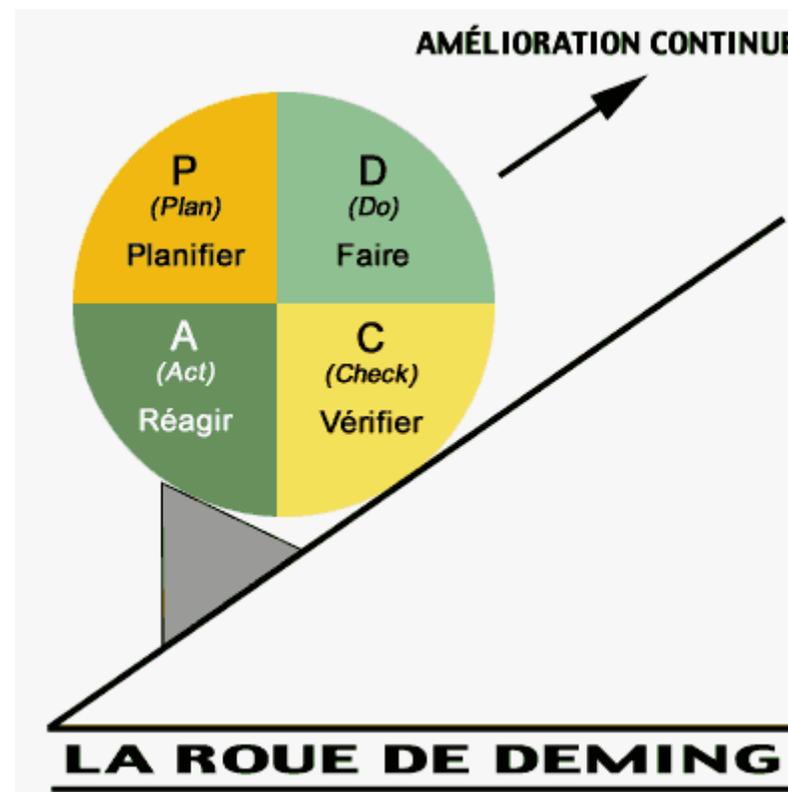
- Préparation de la présentation par le gestionnaire de risque ou d'EI
- Définition des rôles de chacun : animateur - rapporteur
 - Équipe pluridisciplinaire
 - Experts

■ Une réunion finalisée

- Un compte-rendu diffusé, classé comprenant
 - L'analyse des causes – l'arbre des causes
 - La récupération et la synthèse (axes d'amélioration)

3^{ème} étape : Le plan d'actions (1)

- Actions inscrites au PAQ-GDR
- Échéancier des actions – responsable de chaque action
- Suivi des actions correctives :
 - Gestionnaire de risque
 - Responsable qualité
 - EPP



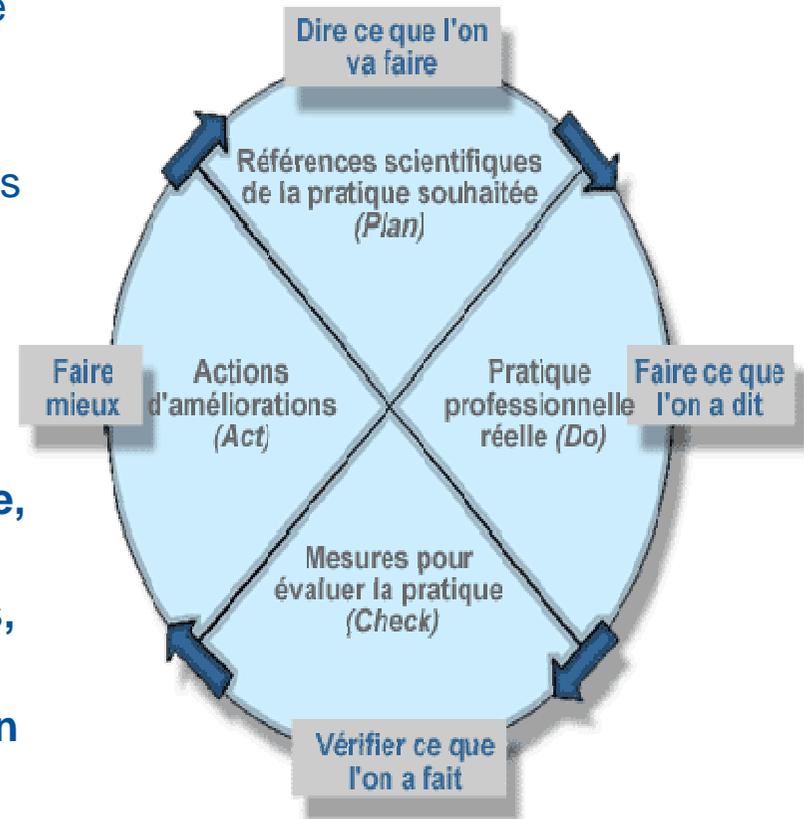
3^{ème} étape : Le plan d'actions (2) L'EPP

■ L'EPP mesure

- Justesse : la décision est adaptée au problème à résoudre
- Efficacité : les objectifs de soins sont atteints
- Sécurité : l'absence d'accidents, d'incidents liés aux soins

■ L'EPP doit répondre aux caractéristiques

- Choix du thème en fonction de la fréquence, de la gravité et du potentiel d'amélioration
- Objectifs de qualité et de sécurité explicites, basés sur les données de la science
- Analyse de la pratique professionnelle selon une méthode validée
- Plan d'action avec calendrier de mise en œuvre et suivi des résultats



Gérer un risque

Approche anticipative - préventive

La gestion des risques a priori



La cartographie des risques (1)

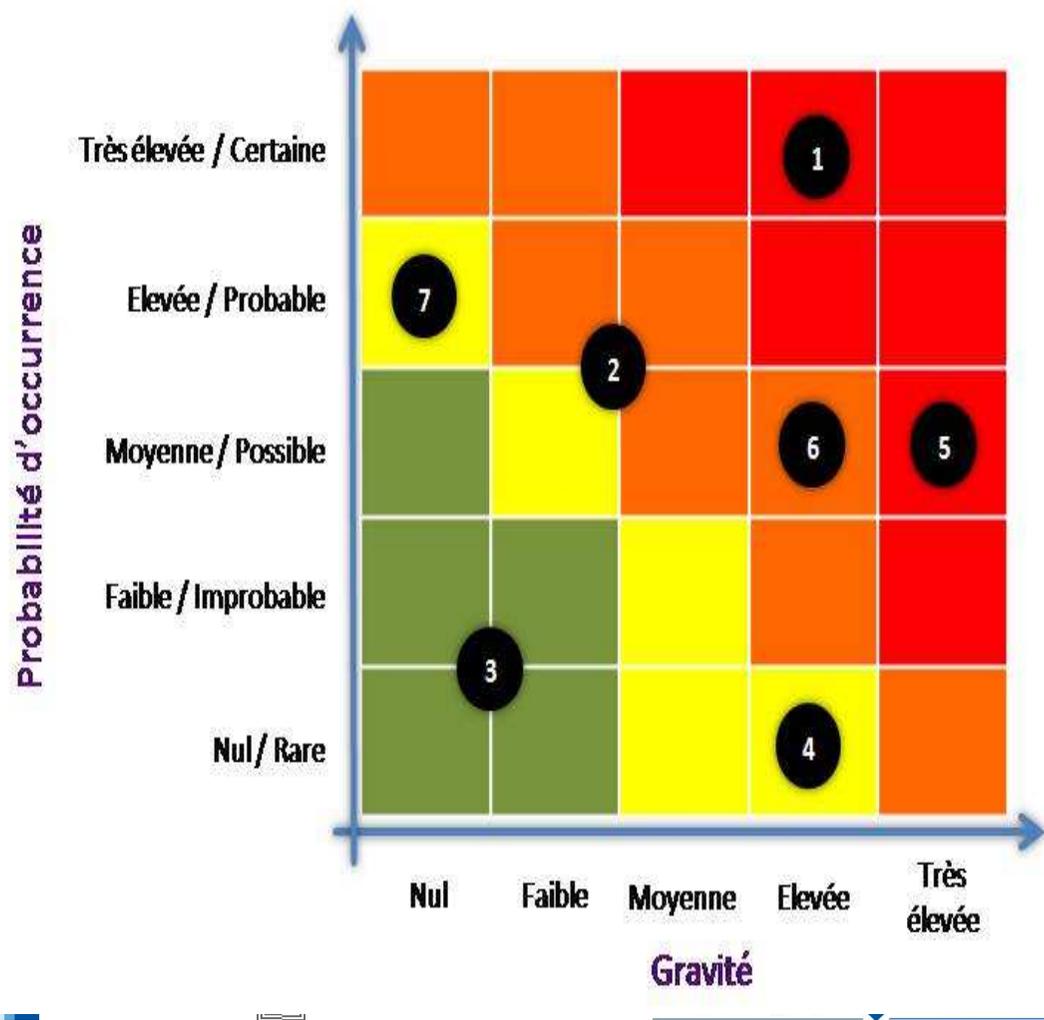
■ Recensement des risques

- A posteriori : analyse des déclarations d'EI
- A priori : situation évaluée par les professionnels comme contributive à l'apparition d'un EI

■ Synthèse par type de risque



La cartographie des risques (2)



- Représentation graphique,
- synthétique et hiérarchisée :

Gravité
Fréquence
Criticité = G * F



Conclusion

■ La gestion des risques :

- Donner du sens à ses actions
- Apprendre par l'expérience
- Assurer :



SECURITE – QUALITE - SATISFACTION

