

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

IFSI Charles FOIX
2ème année - 2013





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

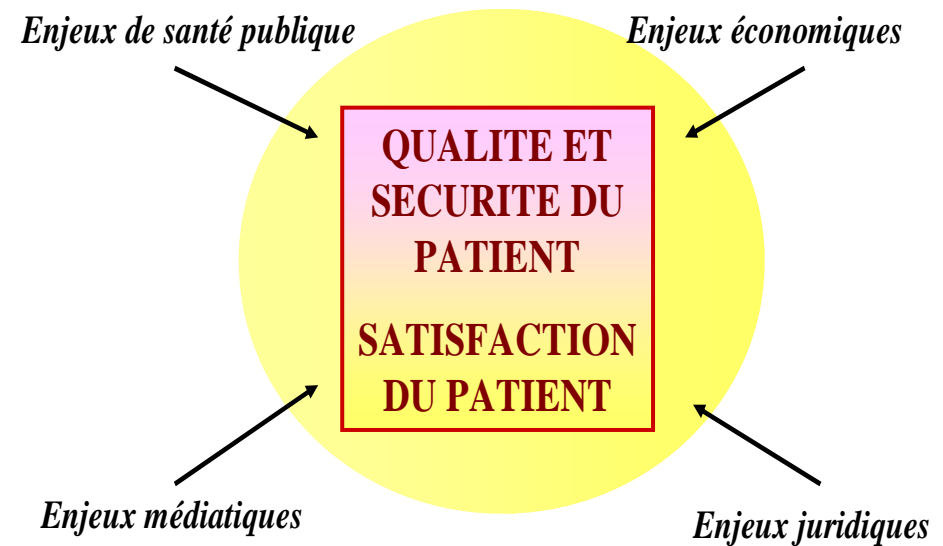
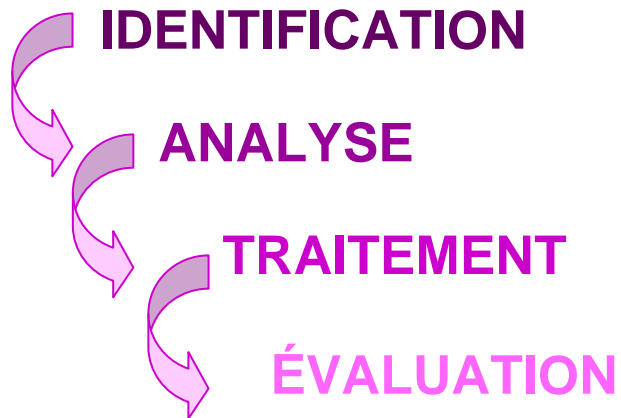
Causes = facteurs explicatifs

Conséquence = dommage éventuel, ampleur

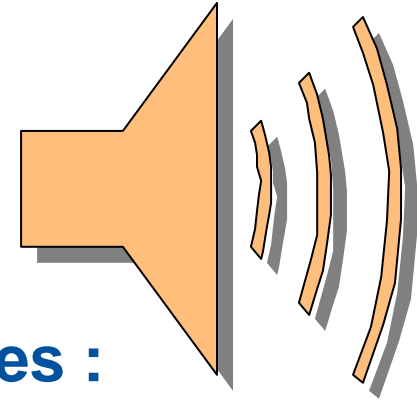


Pourquoi gérer les risques ?

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



Que signaler ? (1)

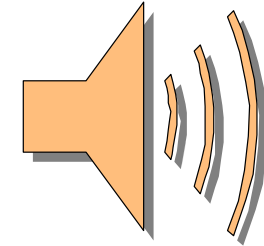


■ Signalez tous les événements indésirables :

- 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
 - Une analyse approfondie et des actions prioritaires sont réalisées pour une liste ciblée d'événements, les « Never Events » (circulaire N°DGOS/PF2/2012/72 du 14/02/2012).
- 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

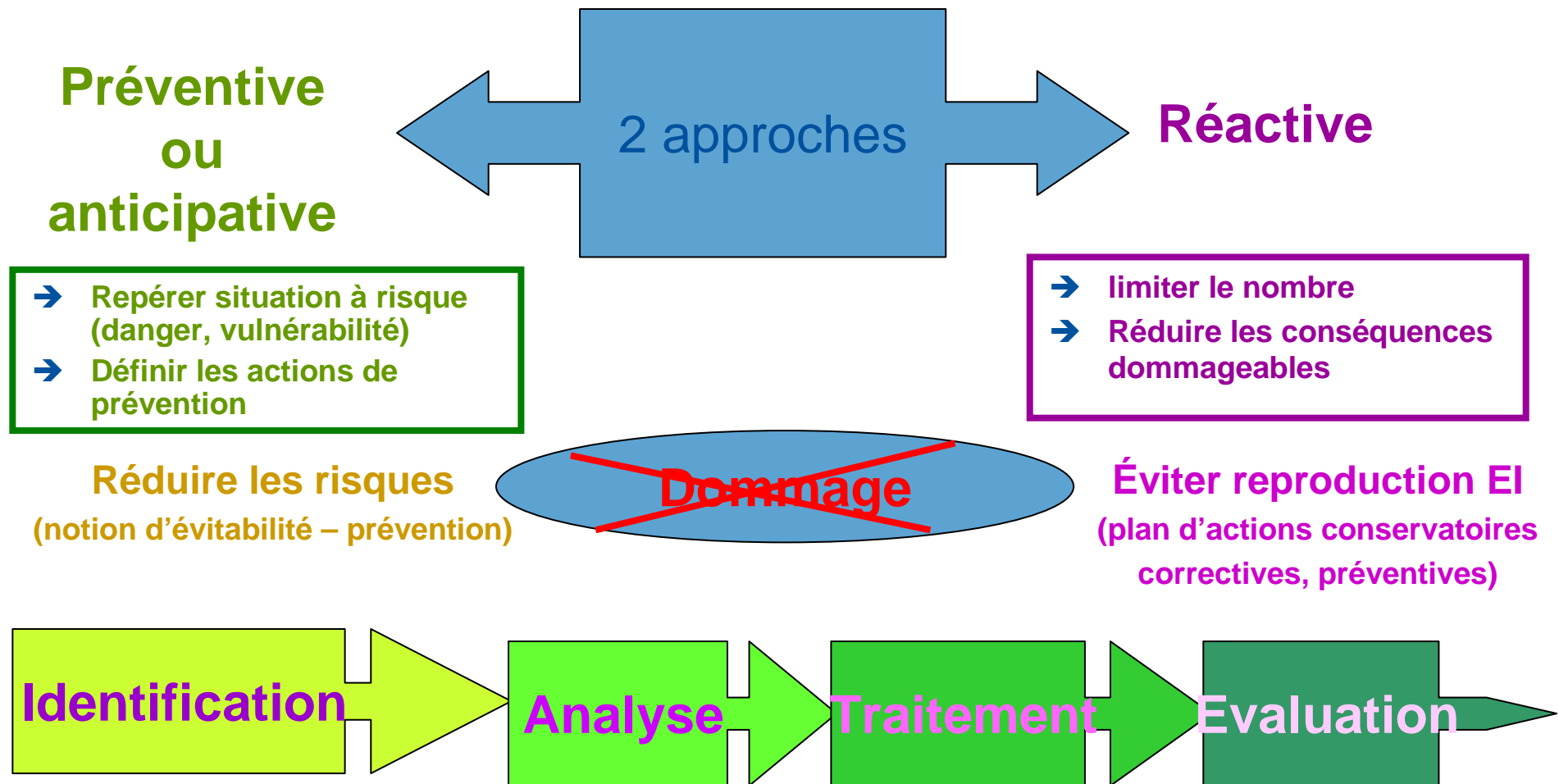
- **Évènement sentinelle**
- **Évènement paraissant anormal au cours d'une procédure**
Menace potentielle ou réelle
- **Situation à risque constituée de signaux**
- **Exposition à un ou plusieurs phénomènes dangereux ou potentiellement dangereux**

A posteriori

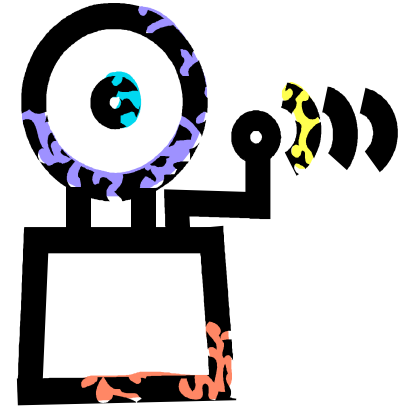
- **Évènement indésirable (EI)**
- **Manifestation potentiellement nocive et non recherchée**
- **Dommmages**
- **Détérioration physique ou morale, directe ou indirecte, consécutive à un Elc**



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 a web browser window titled "OSIRIS : signalement et suivi des événements indésirables - Microsoft Internet Explorer". The page header includes the logo for "ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS" and "OSIRIS" in large blue letters. A logo for "BICÊTRE" is also visible. Below the header, a yellow box contains the text "L'événement est lié à : (cocher une case et une seule)". The main content area is divided into four columns, each with a title and a list of checkboxes:

- A - Activités médicales et de soins**
 - Complication liée aux soins
 - Complication médicale ou chirurgicale inattendue
 - DMS : erreur / dysfonctionnement du circuit
 - Prise en charge de la douleur
 - Complications diagnostiques - exams
 - Médicament : erreur / dysfonctionnement du circuit
 - autre (à préciser)
- B - Organisation des soins - Relations avec le patient**
 - Risque de maltraitance
 - Transport interne de patient
 - Erreur d'identification
 - Perte ou bris de prothèse
 - Transport externe de patient
 - Fugue ou patient égaré
 - Chute de patient
 - Report d'acte
 - Dossier du patient
 - Difficulté hospitalisation ou transfert
 - autre (à préciser)
- C - Vie hospitalière**
 - Salubrité-propreté des locaux
 - Agression
 - Maintenance des bâtiments et infrastructures
 - Restauration
 - Malveillance
 - Dysfonctionnement logistique
 - Panne ou perte de matériel
 - Risque d'incendie
 - autre (à préciser)
- D - Vigilances**
 - Biovigilance
 - Infectiovigilance
 - Nutrivigilance
 - Réactovigilance
 - Hémo-vigilance
 - Pharmacovigilance
 - Matérovigilance
 - Radioprotection des patients
 - Cosmétovigilance
 - AMP vigilance

Un exemple de fiche

OSIRIS : signalement et suivi des événements indésirables - Microsoft Internet Explorer

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

OSIRIS

BICÊTRE

Recette Informatique OSIRIS

L'événement est lié à : (cocher une case et une seule)

A - Activités médicales et de soins	B - Organisation des soins - Relations avec le patient	C - Vie hospitalière	D - Vigilances
<input type="checkbox"/> Complication liée aux soins	<input type="checkbox"/> Risque de maltraitance	<input type="checkbox"/> Salubrité-propreté des locaux	<input type="checkbox"/> Biovigilance
<input type="checkbox"/> Complication médicale ou chirurgicale inattendue	<input type="checkbox"/> Transport interne de patient	<input type="checkbox"/> Agression	<input type="checkbox"/> Infectiovigilance
<input type="checkbox"/> DMS : erreur / dysfonctionnement du circuit	<input type="checkbox"/> Erreur d'identification	<input type="checkbox"/> Maintenance des bâtiments et infrastructures	<input type="checkbox"/> Nutrivigilance
<input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/> Perte ou bris de prothèse	<input type="checkbox"/> Restauration	<input type="checkbox"/> Réactovigilance
<input type="checkbox"/> Complications diagnostiques - exams	<input type="checkbox"/> Transport externe de patient	<input type="checkbox"/> Malveillance	<input type="checkbox"/> Hémo-vigilance
<input type="checkbox"/> Médicament : erreur / dysfonctionnement du circuit	<input type="checkbox"/> Fugue ou patient égaré	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement logistique	<input type="checkbox"/> Pharmacovigilance
<input type="checkbox"/> autre (à préciser)	<input type="checkbox"/> Chute de patient	<input type="checkbox"/> Panne ou perte de matériel	<input type="checkbox"/> Matérovigilance
	<input type="checkbox"/> Report d'acte	<input type="checkbox"/> Risque d'incendie	<input type="checkbox"/> Radioprotection des patients
	<input type="checkbox"/> Dossier du patient	<input type="checkbox"/> autre (à préciser)	<input type="checkbox"/> Cosmétovigilance
	<input type="checkbox"/> Difficulté hospitalisation ou transfert		<input type="checkbox"/> AMP vigilance
	<input type="checkbox"/> autre (à préciser)		

Médicament: erreur / dysfonctionnement du circuit:

- Concerne les « erreurs » survenant à toute étape de la prise en charge médicamenteuse et les dysfonctionnements logistiques.

- Si cette erreur a entraîné des effets indésirables chez le patient, le pharmacovigilant doit être informé.

Les effets secondaires liés au médicament sont à déclarer dans la rubrique « **Pharmacovigilance** »

Un exemple de fiche

Signalant	
Service :	Anatomo-Pathologie
Spécialité :	
Service si 'Autre' :	
Nom :	
Prénom :	
Fonction :	
Téléphone :	
Votre adresse e-mail :	

Personne concernée	
L'événement signalé concerne-t-il ?	<input type="radio"/> Une seule personne <input type="radio"/> Plusieurs personnes <input type="radio"/> Aucune personne
Catégories de personne(s) concernée(s) :	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Autre
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Date ou année de naissance :	

Où et quand cela est-il arrivé ?

Date : (JJ/MM/AAAA)

Calendrier

Heure : H mn

L'événement a-t-il eu lieu dans votre service : Oui Non

Service où l'événement a eu lieu : Anatomopathologie

Lieu : Lieux de soins

- Chambre
- Consultations - radio - salle d'exams
- Salle d'opération/salle de réveil
- Toilettes/douche destinés aux patients
- Autre lieu de soins

Lieux communs

- Ascenseur
- Circulation : couloir - escalier - galerie - passerelle...
- Loge - barrière
- Parking - cour - jardin - voierie
- Salle à manger-salle TV - salle de jeux...
- Salle d'attente-hall - caisse - accueil
- Toilettes
- Autre lieu commun

Lieux professionnels

- Bureaux - locaux administratifs - archives
 - Laboratoires - pharmacie
 - Locaux des services techniques
 - Locaux poubelles/déchets
 - Magasin - lingerie
 - Office alimentaire
 - Poste de soins
 - Self du personnel
 - Vestiaire
 - Autre lieu professionnel
-
- Tout le service
 - Sans objet ou lieu inconnu (fugues - pertes ...)
 - Tout l'hôpital

Précisez le lieu (n° chambre, n° salle, nom usuel,..) :

Où et quand cela est-il arrivé ?

Date : 23/11/2012 (JJ/MM/AAAA)

Calendrier

Heure : H mn

L'événement a-t-il eu lieu dans votre service : Oui Non

Service où l'événement a eu lieu : Bloc Maternité

Lieu : Lieux de soins

- Chambre
- Consultations - radio - salle d'exams
- Salle d'opération/salle de réveil
- Toilettes/douche destinés aux patients
- Autre lieu de soins

Lieux communs

- Ascenseur
- Circulation : couloir - escalier - galerie - passerelle...
- Loge - barrière
- Parking - cour - jardin - voierie
- Salle à manger-salle TV - salle de jeux...
- Salle d'attente-hall - caisse - accueil
- Toilettes
- Autre lieu commun

- Bureaux - locaux administratifs - archives
- Laboratoires - pharmacie
- Locaux des services techniques
- Locaux poubelles/déchets
- Magasin - lingerie
- Office alimentaire
- Poste de soins
- Self du personnel
- Vestiaire
- Autre lieu professionnel

-
- Tout le service
 - Sans objet ou lieu inconnu (fugues - pertes ...)
 - Tout l'hôpital

Précisez le lieu (n° chambre, n° salle, nom usuel,..) :

Un exemple de fiche

Arrêté du 6 avril 2011

Caractérisation de l'évènement signalé

1. L'évènement a-t-il été détecté avant l'administration du médicament au patient?

- Oui Non Non adapté Ne sais pas

2. A quelle étape de la prise en charge médicamenteuse se situe l'évènement signalé?

- Prescription Suivi thérapeutique et clinique
 Dispensation/Délivrance Information (professionnel et/ou patient)
 Administration Logistique du circuit
 Autre (précisez)

3. Cet évènement est-il lié à la gestion du traitement personnel du patient?

- Oui Non Non adapté Ne sais pas

4. Nature de l'évènement?

- Erreur de patient
 Erreur de médicament ou de produit
 Erreur de dose/ dilution/ voie d'administration/ débit/ durée
 Autre (précisez)

5. L'évènement est-il lié à un logiciel ou à l'informatisation du circuit du médicament?

- Oui Non Non adapté Ne sais pas



Hôpital Charles Foix



ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS



Un exemple de fiche

Circulaire du 14 / 02 / 2012

Evènements fléchés

1. Cet évènement concerne-t-il un des produits suivants?

- Anticoagulant
- Chlorure de potassium injectable
- Anticancéreux
- Insuline
- Médicament utilisé en anesthésie
- Gaz à usage médical
- Produit conditionné en unidose plastique (sérum physiologique/ antiseptique/ etc)
- Aucun

2. Cet évènement concerne-t-il une des situations suivantes?

- Préparation d'une spécialité injectable (erreur de calcul/ de dosage/ de dilution/ etc)
- Erreur de voie d'administration: Voie intrathécale au lieu d'intraveineuse
- Erreur de voie d'administration: Voie parentérale au lieu de voie orale ou voie entérale
- Réglage et ou programmation d'un dispositif d'administration (pompe/ seringue électrique/ etc)
- Aucune

**Une présentation simplifiée des « Never Events »,
évènements « qui ne devraient jamais arriver »,
listés dans la circulaire**



Hôpital Charles Foix



ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS



Un exemple de fiche

Medicament concerné

Nom du médicament :

Si plusieurs médicaments, écrire "Plusieurs"

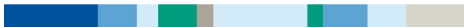
Voie d'administration utilisée :

Dose administrée (préciser la quantité en mg, ml, UI...):

Décrivez succinctement les faits (ne citez aucun nom)

Récit de l'évènement
Précise le déroulement, les données qu'on n'a pas pu saisir : plusieurs personnes, plusieurs médicaments...
Ne jamais citer de noms de personnes

- La voie est celle réellement utilisée et non pas celle prescrite (si différente)
- La dose est celle réellement administrée et non pas la dose prescrite (si différente)



Quelles sont les conséquences immédiates ?

pour le patient :

- Aucune
- Ne sait pas
- Engendre des conséquences pour le patient

pour le personnel :

- Aucune
- Ne sait pas
- Engendre des conséquences pour le personnel

pour le service ou l'hôpital :

- Aucune
- Ne sait pas
- Engendre des conséquences pour le service ou l'hôpital

Pouvez-vous évaluer la gravité immédiate de cet événement ?

< Insignifiante Mineure Modérée Majeure Catastrophique >

Suite à l'événement, une action corrective a été engagée par le service ?

Oui Non

 **Enregistrer**

 **retour Haut de page**

Attention ! Ne cliquez qu'une seule fois sur "Enregistrer", l'opération peut prendre quelques secondes....



Exemple de fiche : GEI

Caractérisation de l'évènement	
1. Degré de réalisation	
<input type="radio"/> Erreur latente (risque d'erreur)	Erreur latente: Situation qui augmente le risque d'erreur (similitude de nom de médicament, de conditionnement, d'étiquetage...).
<input type="radio"/> Erreur potentielle	
<input checked="" type="radio"/> Erreur avérée	
2. Etape de survenue	
<input type="radio"/> Prescription	<input type="radio"/> Administration
<input type="radio"/> Analyse pharmaceutique	<input type="radio"/> Suivi thérapeutique et clinique
<input type="radio"/> Dispensation/Délivrance	<input type="radio"/> Information (professionnel et/ou patient)
<input type="radio"/> Préparation des médicaments par l'IDE	<input type="radio"/> Logistique des produits de santé
3. Evènement lié à la gestion du traitement personnel du patient?	
<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non adapté <input type="radio"/> Ne sait pas	
4. Nature de l'évènement	
<input type="radio"/> Dysfonctionnement logistique du circuit	<input type="radio"/> Erreur de moment de prise
<input type="radio"/> Erreur de dose	<input type="radio"/> Erreur de voie d'administration
<input type="radio"/> Erreur de médicament ou de produit	<input type="radio"/> Erreur de débit
<input type="radio"/> Erreur de malade	<input type="radio"/> Erreur de durée de traitement
<input type="radio"/> Erreur par omission	<input type="radio"/> Erreur liée à l'informatique
	<input type="radio"/> Autre
	<input type="text"/>
5. Evènement lié à un logiciel ou à l'informatisation du circuit du médicament?	
<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non adapté <input type="radio"/> Ne sait pas	



Exemple de fiche : GEI

Liste des Never Events selon Circulaire du 14 / 02 / 2012

Erreur médicamenteuse et Never Events

Cet évènement appartient-il à l'une des catégories suivantes? Oui Non

Si oui, laquelle?

- Erreur lors de la prise en charge de malades traités par médicaments anti coagulants
- Erreur lors de l'administration de chlorure de potassium injectable
- Erreur lors de la préparation de spécialités injectables dont la préparation est à risque
- Erreur de voie d'administration: injection intrathécale au lieu d'intraveineuse
- Erreur de voie d'administration: injection parentérale au lieu de voie orale ou voie entérale
- Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors oncologie)
- Erreur lors de l'administration des anticancéreux
- Erreur lors de l'administration d'insuline
- Erreur lors de l'administration de spécialités utilisées en anesthésie au bloc opératoire
- Erreur lors de l'administration de gaz à usage médical
- Erreur lors de la programmation des dispositifs d'administration (pompes/ seringues électrique/ etc)
- Erreur lors de l'utilisation de conditionnements unidose (sérum physiologique/ antiseptique/ etc) notamment à la maternité ou en pédiatrie



Hôpital Charles Foix



ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS



Exemple de fiche : GEI

Estimation de la criticité de l'événement

Gravité de l'événement : 4 échelle

Avec quelle fréquence cet événement peut-il se reproduire ? <1/10ans

La gravité indiquée ci-dessus correspond à la catégorie de gravité suivante : Patient

si autre, préciser:

Statut de la fiche

Statut de la fiche : Non traité

Référence de la fiche : 010201217

Estimation de la criticité de l'événement

Gravité de l'événement : 4

Catégorie de gravité : Patient

Fréquence	Gravité				
	1	2	3	4	5
> 1/semaine					
> 1/mois					
> 1/an					
> 1/10ans					
< 1/10ans				x	

Statut de la fiche

Statut de la fiche : Clos

Référence de la fiche : 01020121745

Exemple de fiche : GEI

Facteurs Contributifs
Facteurs liés au patient
<input type="checkbox"/> évaluation insuffisante du patient du fait d'un problème de contact/de langue étrangère/de famille indisponible
<input type="checkbox"/> existence d'une pathologie particulière ayant contribué à la survenue de l'effet indésirable
<input checked="" type="checkbox"/> gravité/complexité/urgence
<input type="checkbox"/> personne vulnérable (enfant/personne âgée ou handicapée/précarité sociale)
<input type="checkbox"/> mauvaise qualité de la relation envers les soignants ou les soins
<input type="checkbox"/> autre facteur lié au patient
Facteurs liés aux acteurs
<input type="checkbox"/> fatigue/maladie/stress/surcharge de travail/faim ou soif etc
<input checked="" type="checkbox"/> formation/compétence/remise à niveau insuffisante ou inadaptée pour effectuer la mission/(la) les tâches confiées
<input type="checkbox"/> formation/compétence/remise à niveau insuffisante ou inadaptée pour gérer l'incident
<input type="checkbox"/> autre facteur lié aux professionnels de santé
Facteurs liés à l'équipe
<input type="checkbox"/> composition de l'équipe inadaptée à la situation
<input type="checkbox"/> dossier incomplet/inaccessible/illisible/incompréhensible pour un professionnel par rapport à l'incident/éléments médicaux du dossier non suffisamment mis en évidence/signalés
<input type="checkbox"/> désaccord entre les différents acteurs pour l'interprétation des résultats des examens complémentaires
<input type="checkbox"/> pression sur un professionnel de la part de collègues pour faire cet acte
<input type="checkbox"/> communication mauvaise/insuffisante entre les membres de l'équipe
<input type="checkbox"/> communication mauvaise/insuffisante entre l'équipe et les membres d'une autre équipe
<input type="checkbox"/> conflit ou mauvaise ambiance au sein de l'équipe pendant l'incident/impossibilité pour un professionnel d'obtenir les avis médicaux/conseils dont il avait besoin
<input type="checkbox"/> non prise en compte des avis/opinions d'un soignant ni reconnaissance de ses compétences
<input type="checkbox"/> défaut d'encadrement/de coordination/de définition des responsabilités/de supervision
<input type="checkbox"/> défaut de soutien par les pairs/entre les différentes professions
<input type="checkbox"/> autre facteur lié à/aux équipes de professionnels
Facteurs liés aux tâches
<input checked="" type="checkbox"/> absence de procédure formalisée pour les tâches à accomplir
<input type="checkbox"/> défaut d'application de la procédure existante
<input type="checkbox"/> procédure existante insuffisamment complète/valide/actualisée/adaptée/satisfaisante
<input type="checkbox"/> diffusion de l'information sur ces procédures/techniques/équipements utilisés insuffisante
<input type="checkbox"/> examens complémentaires nécessaires ou leurs résultats non obtenus dans un délai normal/habituel
<input type="checkbox"/> absence/insuffisance d'utilisation de moyens lors de la prise de décision (logiciel/recommandations/reminder/algorithmé/équipement spécifique)
<input type="checkbox"/> défaut de programmation opératoire (absence/modification/non respect)
<input type="checkbox"/> planification des soins ou des tâches non adaptée
<input type="checkbox"/> autre facteur lié aux tâches à accomplir
Facteurs liés à l'environnement
<input type="checkbox"/> environnement gênant (bruit/difficultés d'accès au patient)
<input type="checkbox"/> médicaments/dispositifs médicaux manquants pour un professionnel
<input type="checkbox"/> indisponibilité pour un professionnel de tout ou partie du matériel/équipement dont il avait besoin



Exemple de fiche : GEI

Estimation de la criticité de l'événement

Gravité de l'événement : échelle

Avec quelle fréquence cet événement peut-il se reproduire ?

La gravité indiquée ci-dessus correspond à la catégorie de gravité suivante :

si autre, préciser:

http://osiris.ap-hop-paris.fr/Recette/paramOsiris.nsf/criticite/6A26C8A1D9C9DCA3C1257A6000297B9 - Microsoft Internet Explorer

GRAVITÉ	GRAVITÉ 1	GRAVITÉ 2	GRAVITÉ 3	GRAVITÉ 4	GRAVITÉ 5
PATIENT	Prise en charge inchangée	Escalade de la surveillance ou du traitement	Menace vitale	Incapacité	Décès
PERSONNES	Aucun soin	Soins externes	Hospitalisation pour surveillance ou soins standards	Hospitalisation pour soins majeurs	Décès
BIENS	Pas d'impact sur l'activité	Dégradation transitoire de l'activité	Dégradation permanente de l'activité	Arrêt de l'activité avec solution de remplacement	Arrêt de l'activité sans solution de remplacement
ENVIRONNEMENT	Aucun impact sur la qualité de l'environnement	Dégradation transitoire de l'environnement local	Dégradation permanente de l'environnement local	Impact à distance transitoire	Impact à distance permanent
QUALITÉ DES ORGANISATIONS ET DES PROCESSUS	Aucun impact sur le produit ou le service	Dégradation transitoire du produit ou du service	Dégradation permanente du produit ou du service	Absence du produit ou du service, avec solution de remplacement	Absence du produit ou du service, sans solution de remplacement
SÉCURITÉ DES PERSONNES: FUGUES	Fugue ratée	Fugue transitoire	Fugue permanente	Complication médicale ou accidentelle liée à la fugue	Décès lié à la fugue
SÉCURITÉ DES PERSONNES: VIOLENCES	Violences sans impact physique ou psychologique	Violences avec impact physique ou psychologique < 24H	Violences avec impact physique ou psychologique > 24H	Violences avec séquelle physique ou psychologique	Violences avec décès
SÉCURITÉ DES BIENS : VOL	Vol raté	Perte financière ≤ 500 €	Perte financière > 500 €	Vol avec impact transitoire sur l'activité	Vol avec impact permanent sur l'activité
SÉCURITÉ DES BIENS : PROTHÈSES	Prothèse égarée ou altérée < 1H	Prothèse égarée ou altérée > 1H	Prothèse égarée ou altérée > 24H	Prothèse perdue ou détruite	Dégradation psychologique liée à la perte / destruction de prothèse

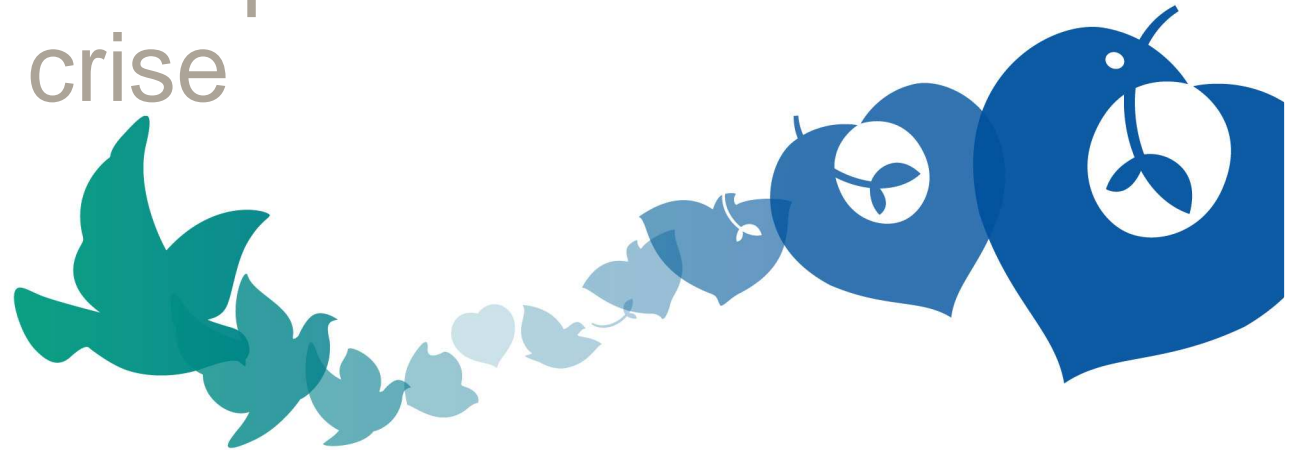
Exemple de fiche : GEI

Suivi de l'événement indésirable	
Réponse :	
<div style="border: 1px solid gray; height: 150px;"></div>	
Action corrective engagée par le gestionnaire d'événement :	
<div style="border: 1px solid gray; height: 150px;"></div>	
E-MAILING	
Mails à envoyer :	<input type="checkbox"/> Dû à un changement de catégorie d'évènement <input type="checkbox"/> En réponse au signalant <input type="checkbox"/> Pour un transfert du contenu de la fiche à une personne en interne

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



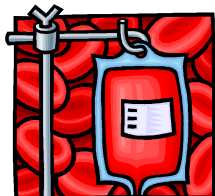
Relations avec les patient – organisation des soins



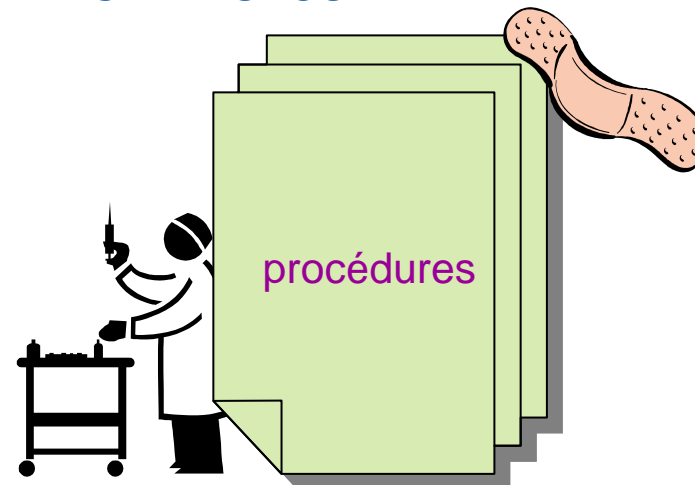
Logistique



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

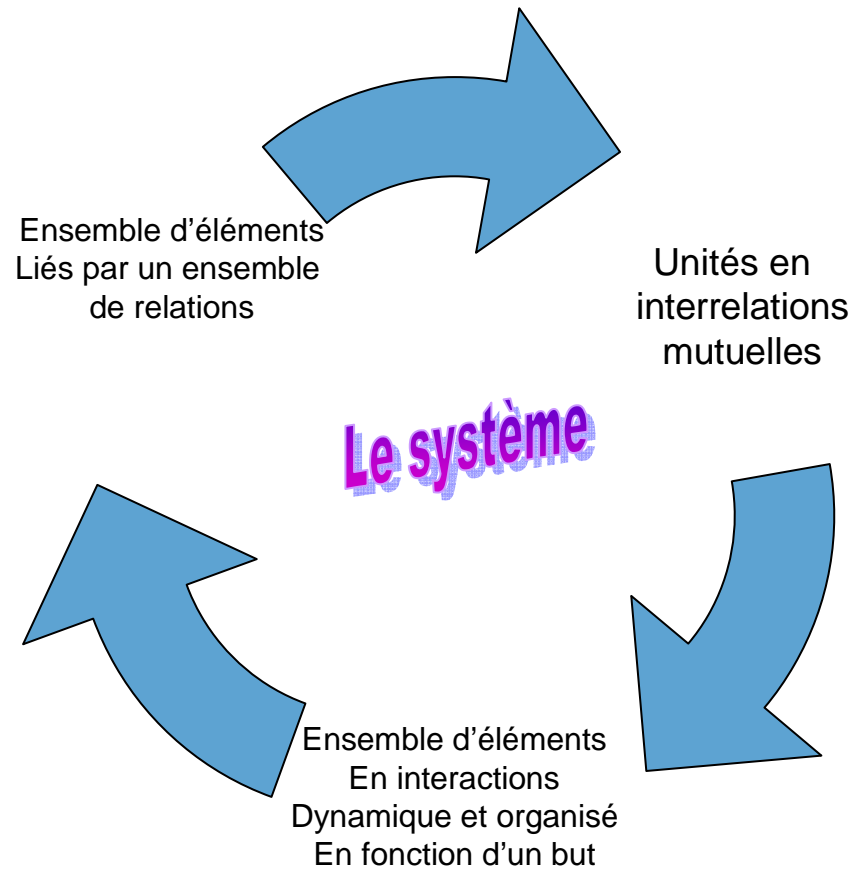
■ Objectifs :

- 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

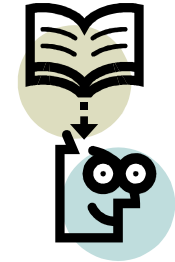
- Description objective d'un incident / accident / presque-accident en se limitant à la recherche des faits, en excluant les jugements et les prises de position subjective

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



■ 4 concepts :

- L'interaction :
- La globalité :
- L'organisation :
- 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

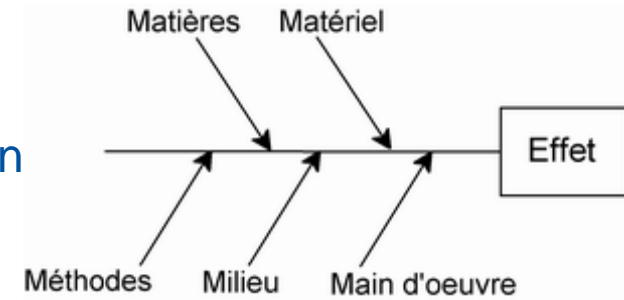


2^{ème} étape : Analyse systémique (7) recherche des causes (5)

■ Classer les causes :



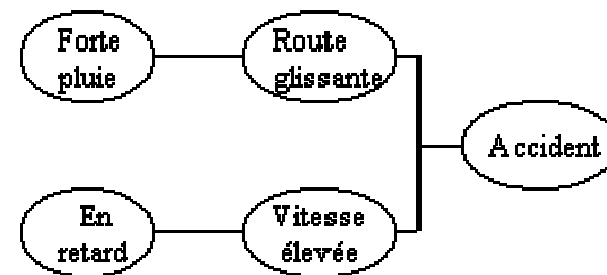
- Diagramme d'ishikawa (en arêtes de poisson)



- 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





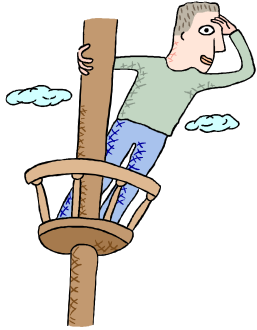
2^{ème} étape : Analyse systémique (8) Analyse de la récupération mise en œuvre (1)

■ 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 ?

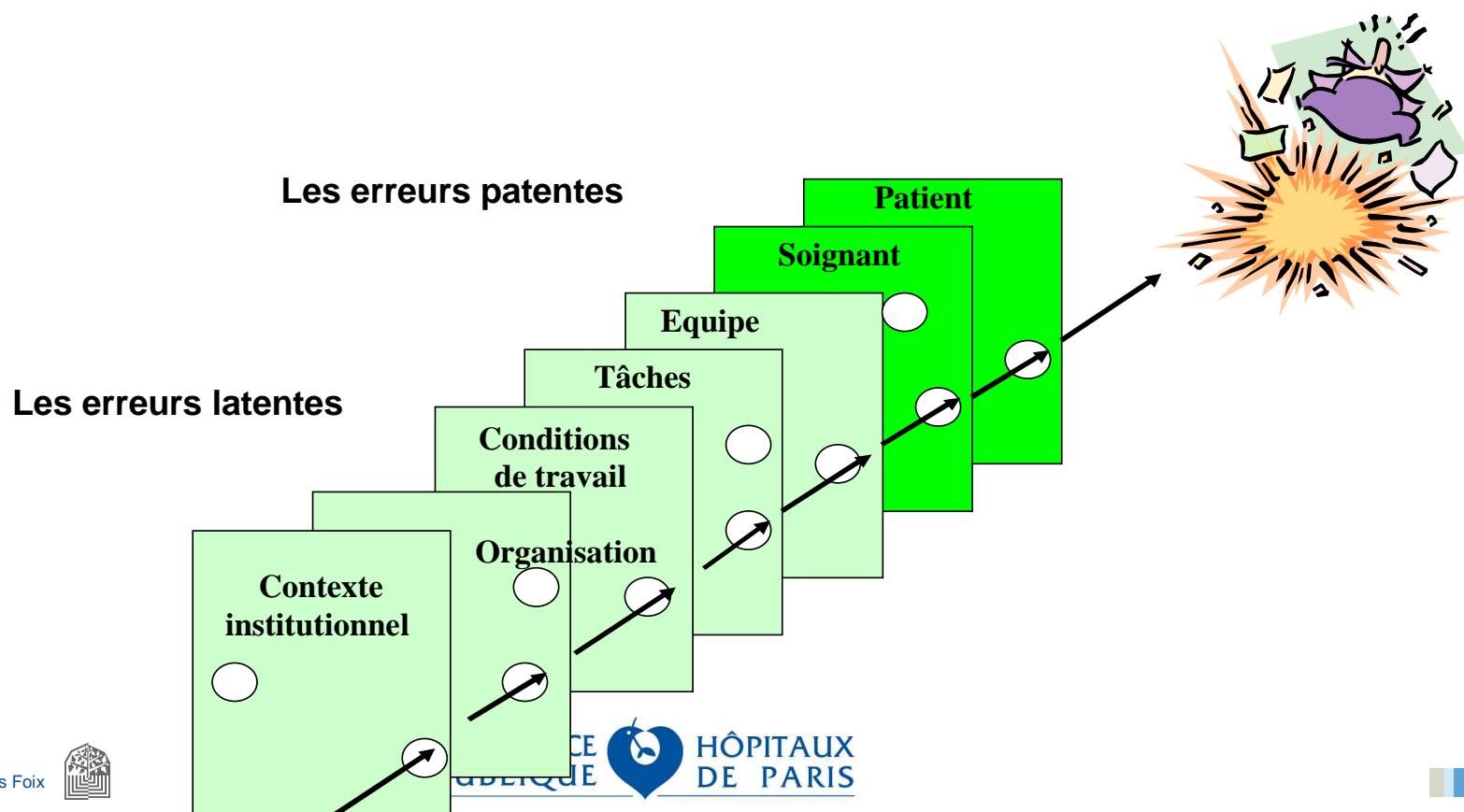


2ème étape : Analyse systémique (9)

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 :

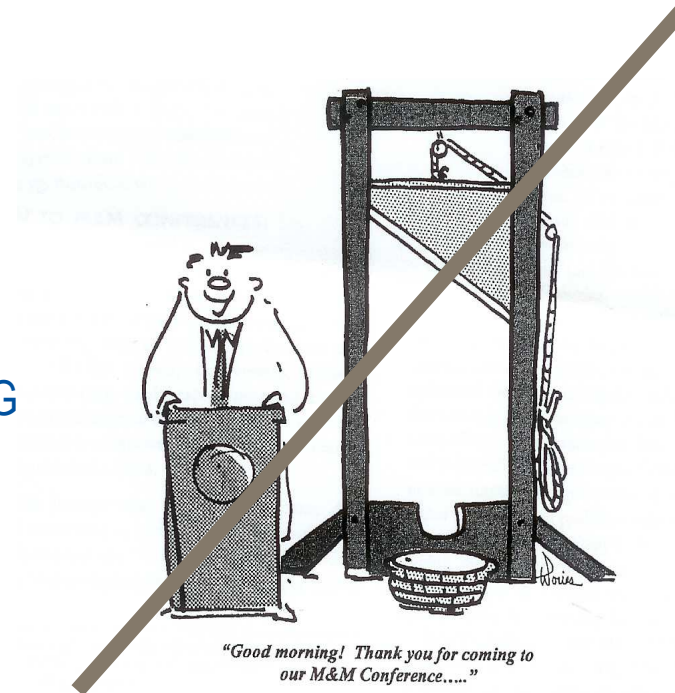
- Réunion au plus pris de l'EIG ou de la situation à risque médiatique important (décès inattendu, maltraitance....)
- Constitution du groupe : constitué en fonction de la situation et des acteurs impliqués
 - Représentants de la Direction : Directeur, DRH, DSIRMT, DSELH, DST, DSI
 - Représentants des 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

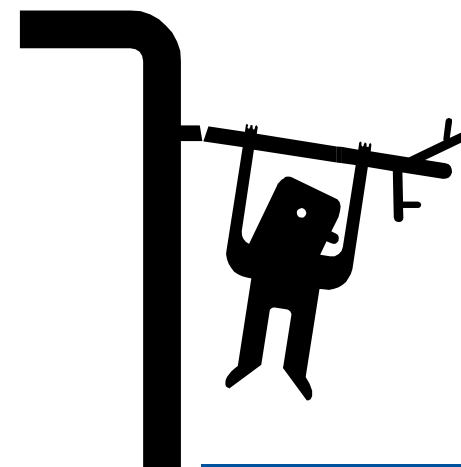
- Préparation de la présentation du cas clinique par le médecin
- Définition des rôles de chacun
 - animateur, observateur, rapporteur, équipe pluridisciplinaire
 - Experts – Invités si besoin

■ 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

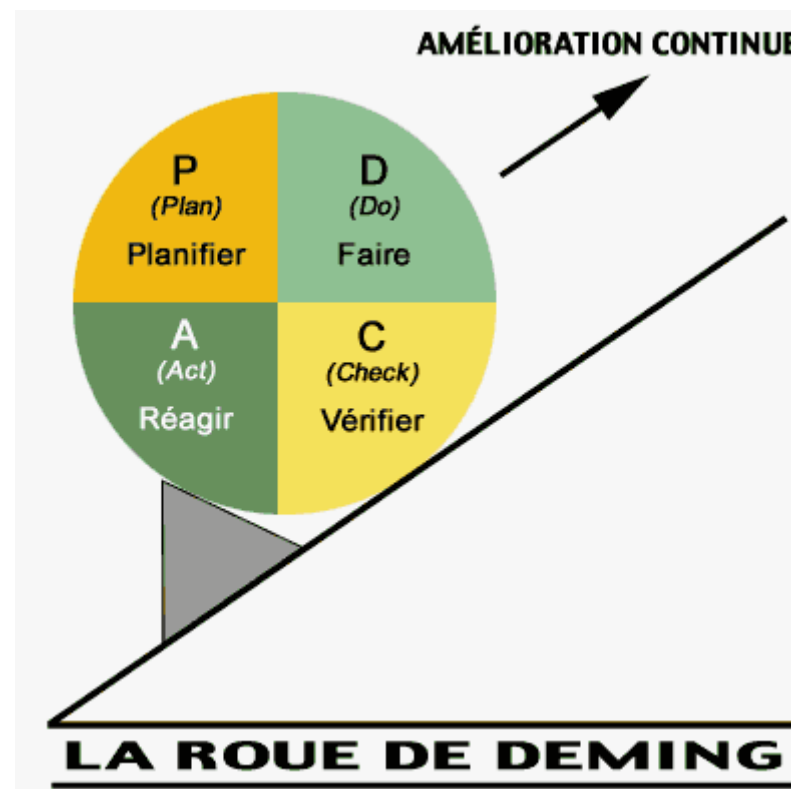
- Préparation de la présentation par le gestionnaire de risque ou d'EI
- Définition des rôles de chacun : animateur - rapporteur
 - Équipe pluridisciplinaire
 - Experts

■ 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



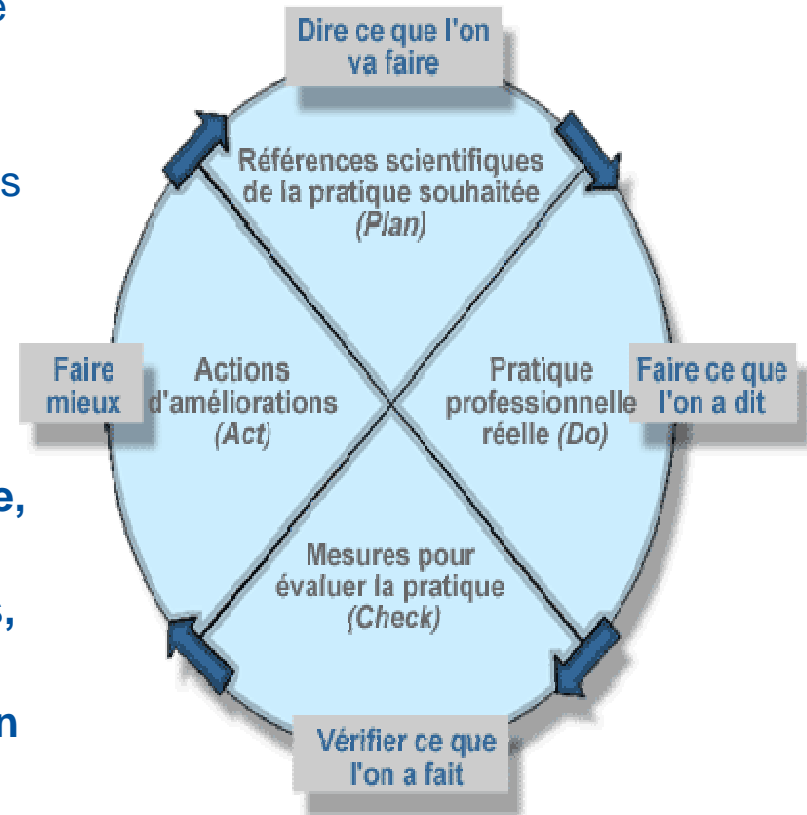
3^{ème} étape : Le plan d'actions (2) L'EPP

■ 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)

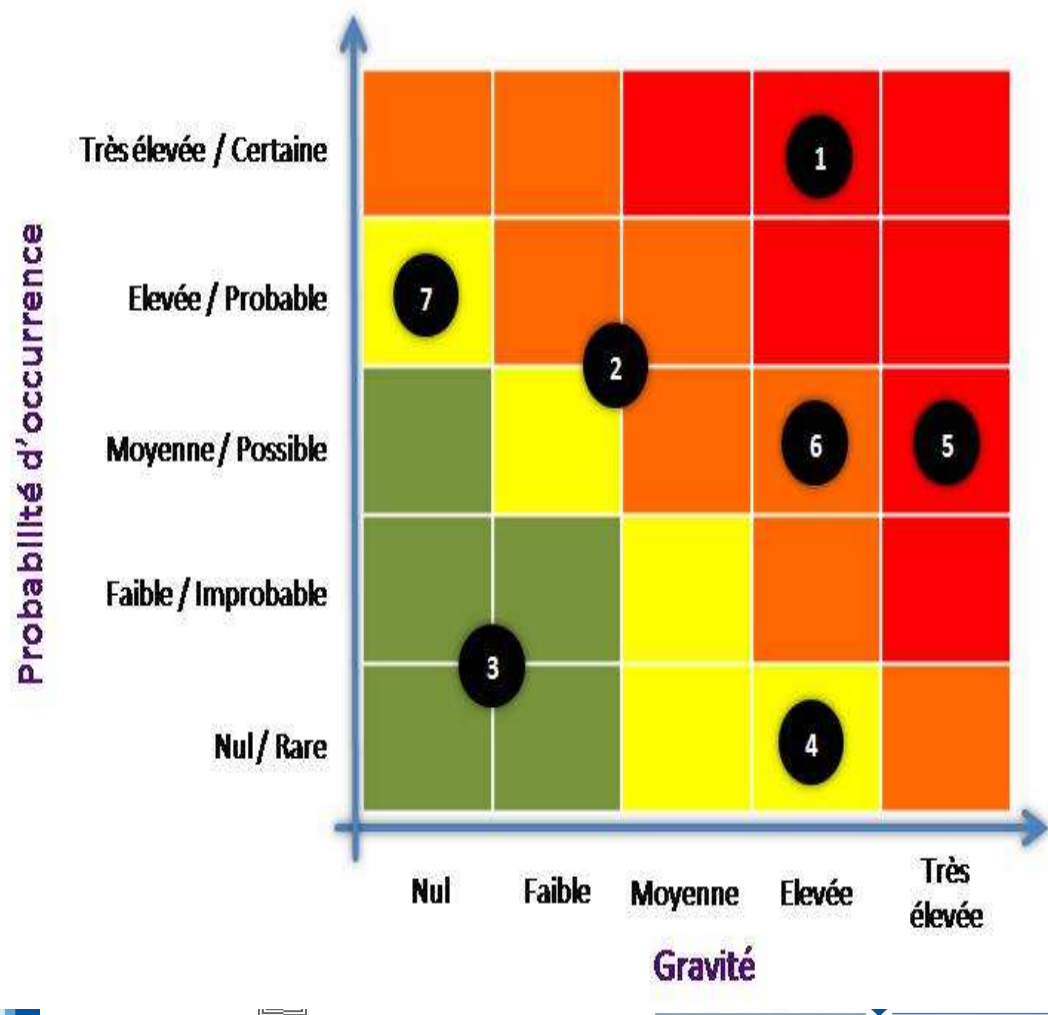
■ Recensement des risques

- 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

