DÉMARCHE DE GESTION DES RISQUES DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Cours IFSI 1ème année
Vendredi 26 février 2016

Cécile LOONIS
Réseau QualiSanté
Structure d'appui
Qualité-Risques-Evaluation

Objectifs pédagogiques

- ✓ **Connaître les notions de danger et risque dans les situations de soins**
- ✓ **Connaître la typologie des risques hospitaliers**
- ✓ **Connaître les données épidémiologiques sur le risque lié au soin**
- ✓ **Connaître les grands principes de la politique et des démarches de gestion des risques en établissement de santé**
- ✓ **Comprendre que ce sont les organisations plutôt que les individus qui sont à l'origine de la majorité des événements indésirables**

Plan

- ✓ **Notions fondamentales**
- ✓ **Typologie des risques hospitaliers**
- ✓ **Epidémiologie**
- ✓ **Politique et démarche de gestion des risques dans un établissement de santé**
  - **Les exigences règlementaires**
  - **Les grands principes**

NOTIONS FONDAMENTALES

Constat

Au quotidien

- ✓ **Présence de nombreux dangers dans l'environnement**
- ✓ **Individu confronté à des situations dangereuses**

Accidents

Constat

En établissement de santé

- ✓ **Tout au long du parcours d'un patient**
- ✓ **Au cours de l'activité de tout professionnel de santé**

Evènements indésirables

Notions fondamentales

Danger

- ✓ **Circonstance, agent, acte, pouvant entraîner un accident ou augmenter la probabilité de sa survenue**

- **Dans la vie courante**

La falaise

- **En établissement de santé**

Le médicament

Notions fondamentales

Situation dangereuse

- ✓ **Situation dans laquelle un accident est possible du fait de la présence d'une personne en relation avec un ou plusieurs phénomènes dangereux**

- **Dans la vie courante**

La personne escalade la falaise

- **En établissement de santé**

Similitude visuelle des conditionnements primaires

Notions fondamentales

Risque

- ✓ **Probabilité qu'une personne subisse un préjudice ou des effets nocifs pour sa santé en cas d'exposition à un danger. Cette notion peut également s'appliquer à des situations où il y a perte de bien ou d'équipement**

- ✓ **Situation non souhaitée ayant des conséquences négatives, résultant de la survenue d’un ou plusieurs événements dont l’occurrence est incertaine (HAS)**

Notions fondamentales

Risque

- ✓ **Probabilité de survenue d'un incident ou accident**
- ✓ **Caractérisé par :**
  - **Fréquence ou probabilité de survenue**
  - **Conséquence(s) (gravité)**
  - **F x G = Criticité**
- ✓ **Différence entre situation dangereuse et risque**

Situation dangereuse

- Réalité
- Perceptible
- Visible / Observable
- Descriptible

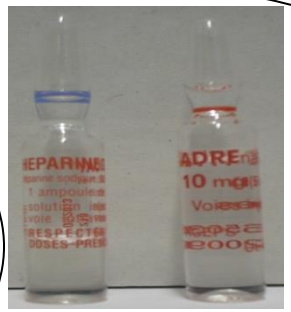
Risque

- Concept
- Non perceptible
- Estimable
- Evaluable

Du danger au risque…

Danger
Le médicament

Risque
Erreur de médicament



Situation dangereuse
Similitude visuelle des conditionnements primaires

Conséquences
Arrêt cardiaque

Prise de risque indissociable de l'activité humaine

- ✓ Prise volontaire de risque liée à la recherche d'un bénéfice dans l'activité réalisée
  - Traitement chirurgical de l'appendicite pour éviter l'évolution vers la péritonite et le décès, mais risque lié à l'anesthésie et à la chirurgie
- ✓ Prise volontaire de risque comme condition de la performance
  - Traitement de la myopie : verres correcteurs / chirurgie
- ✓ Renoncement au risque
  - Ne pas opérer un patient porteur de trop nombreuses comorbidités pour une intervention de confort
- ✓ Prise involontaire d'un risque subi
  - Période de travail en sous effectif
  - Erreur de dosage lors de l'administration d'un médicament

Acceptabilité du risque

- ✓ Risque : donnée objective et construction sociale
- ✓ Perception et acceptation non uniformes
  - Acceptabilité du risque suppose la prise en compte de 3 niveaux : société / professionnels / patients
- ✓ Peu corrélée avec l'intensité du risque (accidents de la route / catastrophes aériennes)
- ✓ Mieux acceptable s'il est choisi et non subi
  - **Acceptabilité du risque technique par les professionnels de santé**
    - risque calculé sur des bases scientifiques en fonction d'un rapport bénéfices/risques évalué pour le patient
  - **Acceptabilité du risque par le patient**
    - Patient directement concerné par le risque
    - Importance de l'information délivrée

Evènement indésirable

c’ est quoi ?

Définitions (1)

✓ **Evènement indésirable associé aux soins (EIAS) :**

- **Tout incident préjudiciable au patient**

  Hospitalisé ou

  Venu à l'hôpital en consultation externe

- **Survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement**

Définitions (2)

- ✓ **Evènement indésirable grave associé aux soins :**
  - **EIAS ayant un caractère certain de gravité à l'origine**

    D'un séjour hospitalier ou de sa prolongation

    D'une incapacité temporaire ou permanente

    De la mise en jeu du pronostic vital

POUVEZ-VOUS CITER DES EXEMPLES D'EIAS ?

Exemple d’EIAS

Surdosage de médicament

Erreur de côté

Infection du site opératoire

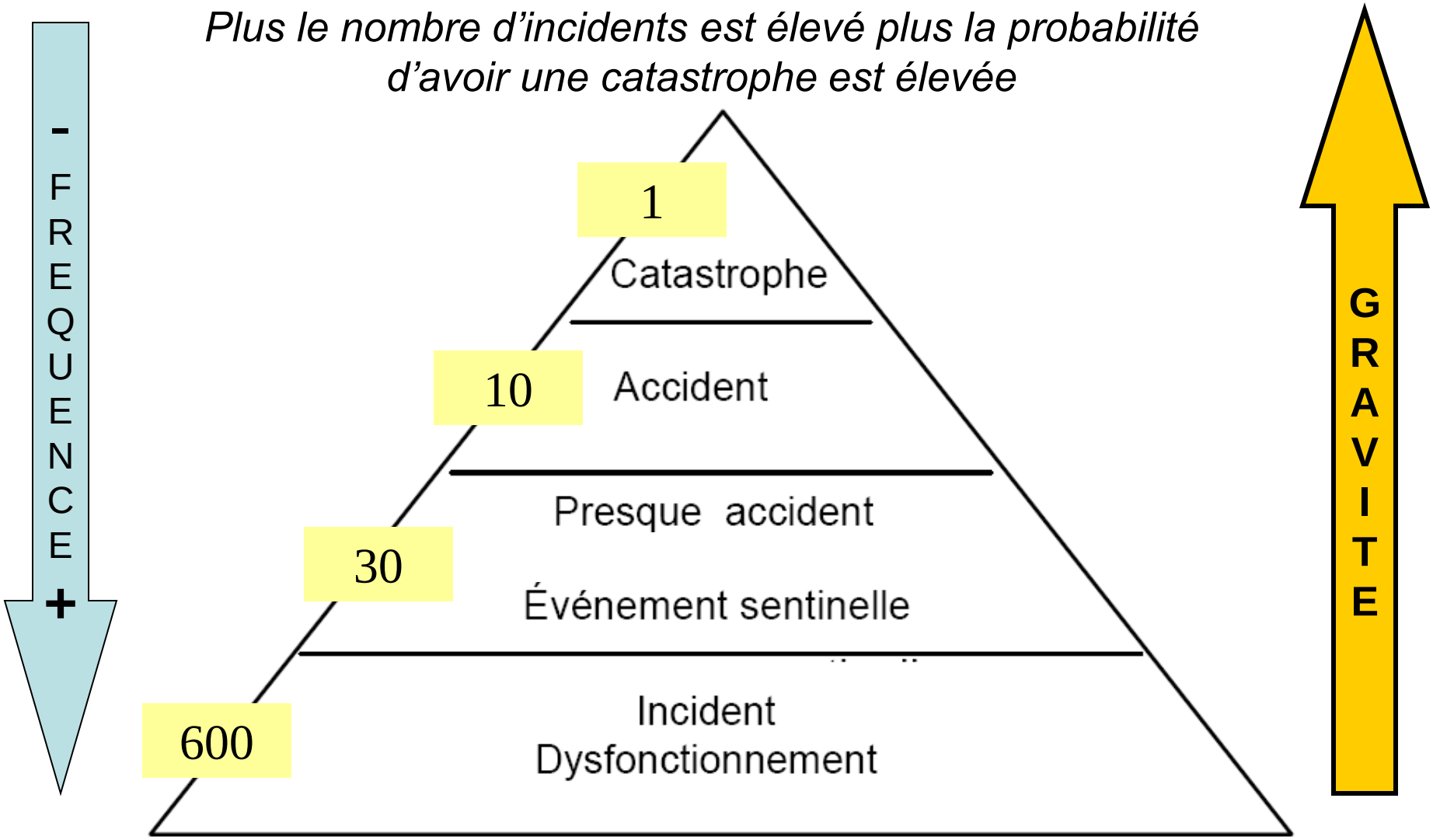
Escarre

Report d’intervention chirurgicale d’un patient endormi

Déplacement de fracture

La pyramide des événements indésirables

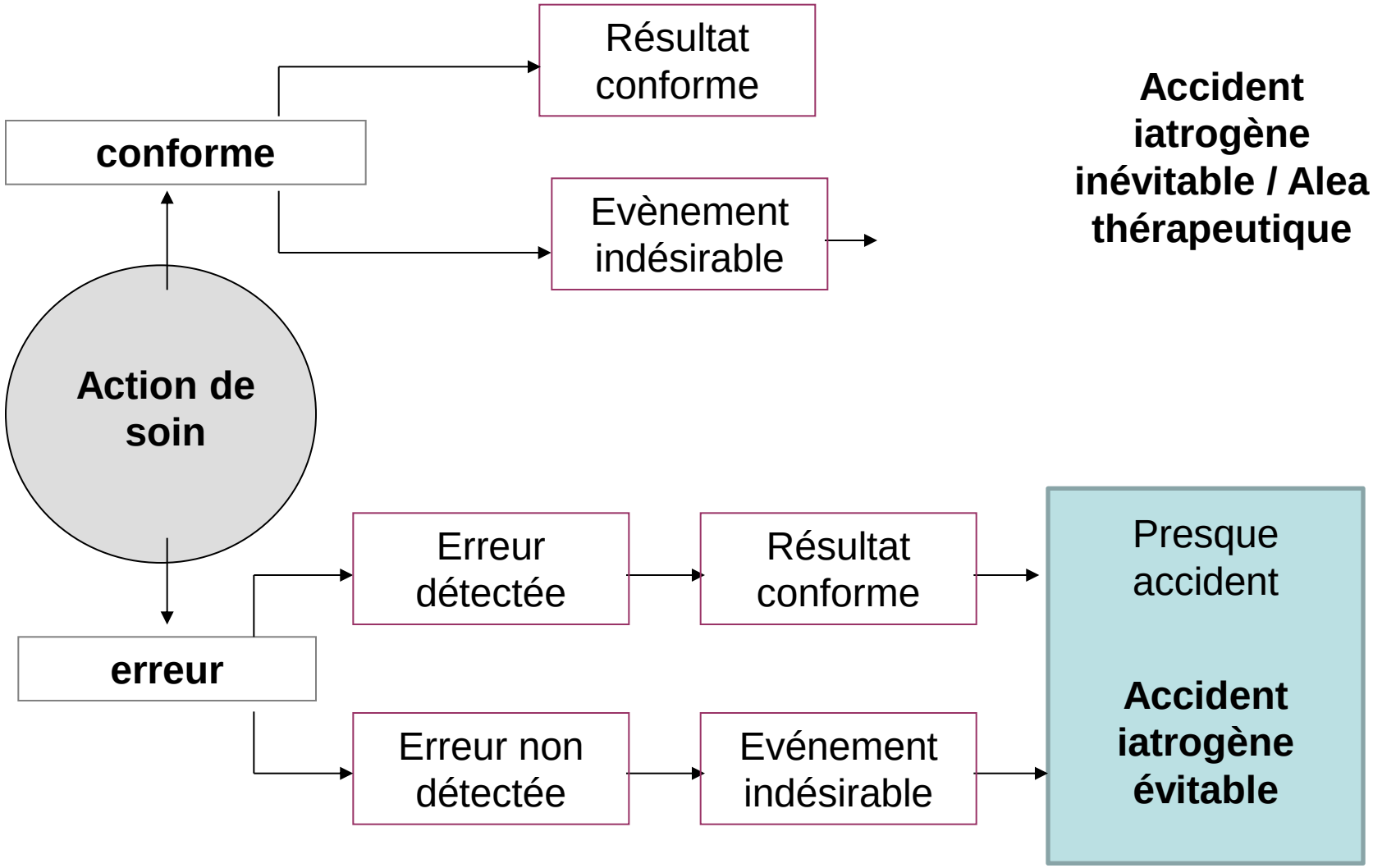
Plus le nombre d'incidents est élevé plus la probabilité d'avoir une catastrophe est élevée



Info ou Intox ?

Tous les événements indésirables associés aux soins sont évitables

Associé aux soins = évitable ?



Evènement indésirable évitable - définition

- ✓ « Evénement qui ne serait pas survenu si les soins ou leur environnement avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante »

Deux types d'EI inacceptables
Deux domaines de la sécurité du patient

- ✓ **90% de la sécurité du patient**
  - Non-qualité, non-conformité / procédures et recommandations
  - Complications connues (mais non espérées…)
- ✓ **10 % de la sécurité du patient**
  - Événements incroyables et inacceptables socialement
  - Non imaginés par les sociétés savantes
  - Liés à la complexité du système médical

  (Erreur de patient, ascenseur qui tombe en panne patient dedans)

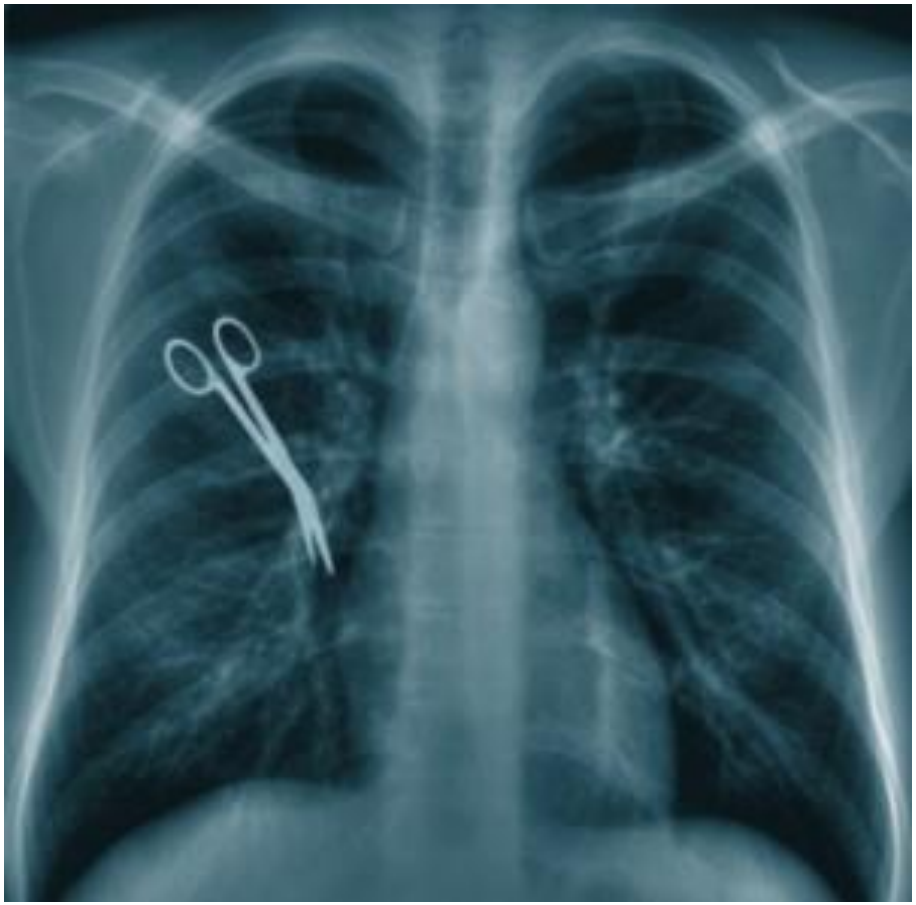
EI liés à des complications évitables

- ✓ **Leur réduction passe par la démarche d'amélioration continue de la qualité**
  - Accès plus rapide au bon traitement : fibrinolyse des infarctus ou des accidents vasculaires cérébraux
  - Prévention de complications redoutées : antibioprophylaxie
  - Actes moins agressifs ou mieux guidés : chirurgie minimale invasive, actes guidés par imagerie
  - Dépistage rapide des complications : surveillance post opératoire
  - Coordination efficace des soins intra et extra hospitaliers

EI qui ne devraient jamais arriver

- ✓ Rares, mais risque global significatif par leur nombre cumulé
  - Erreur de patient : entre 1/90 000 et 1/110 000 interventions
  - Erreur de côté : entre 1/15 000 et 1/30 000 actes
- ✓ Faiblesse sous jacente de culture de sécurité et d'organisation des établissements
- ✓ Réduction qui s'appuie sur des outils spécifiques
  - Repérage via les systèmes de signalement des EI
  - Démarche d'analyse approfondie des accidents
  - Démarches préventives
  - Mise en œuvre des bonnes pratiques de sécurité (check-list, entraînement collectif par simulation….)

Quel type d’évènement indésirable ?



Risque zéro n’existe pas...

- ✓ Prise de risques indissociable de l’activité humaine
- ✓ Dans le domaine de la santé, ne pas prendre de risque :
  - Ne pas soigner
  - Augmentation du risque pour le patient
- ✓ Démarche de gestion des risques
  - Conciliation entre la prise de risque avec la maîtrise des dangers qui l’accompagnent
  - Rendre le risque acceptable
- ✓ Première étape : connaissance des risques

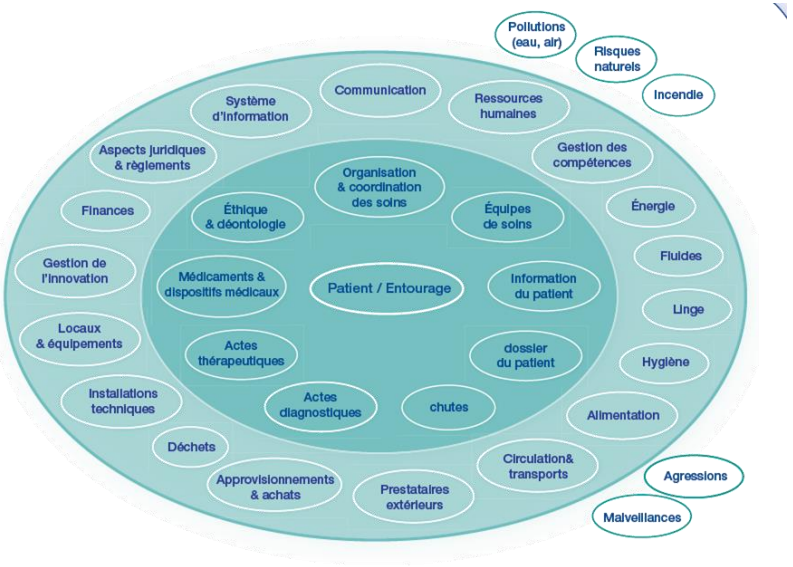
Typologie des risques

Trois grandes catégories de risques en ES

- ✓ **Risques associés aux soins**
- ✓ **Risques liés aux activités de soutien**
- ✓ **Risques liés à la vie hospitalière et à l'environnement**

Approche schématique des grandes catégories de risques en ES

(Guide HAS – La sécurité des patients – Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé – Mars 2012)

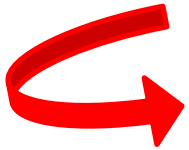


Risques associés aux soins

- ✓ **Risques liés aux actes médicaux et aux pratiques**
  - **Erreur de diagnostic / de traitement**
  - **Maîtrise insuffisante ou non-respect d'un geste technique / d'une procédure**
- ✓ **Risques liés à l'utilisation des produits de santé**

  (Médicaments, produits sanguins labiles, dispositifs médicaux, dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, produits de thérapie cellulaire et génique)
- ✓ **Risques infectieux nosocomiaux**
- ✓ **Risques liés à l'organisation et la coordination des soins**
- ✓ **Risques liés à l'éthique** (acharnement thérapeutique, euthanasie, etc.)
- ✓ **Risques liés au défaut d'information**

Risques liés aux activités de soutien



Activités sans lesquelles les soins ne pourraient être correctement mis en œuvre

- ✓ **Effectif de personnel et gestion des compétences**
- ✓ **Equipements et maintenance**
- ✓ **Achats et logistique**
- ✓ **Système d’information**
- ✓ **Gestion des déchets**

Risques liés à la vie hospitalière et à l'environnement

- ✓ **Sécurité des personnes (accessibilité, agression…)**
- ✓ **Sécurité des biens (incendie, rupture électrique, défaut d'approvisionnement en eau, vol, dégradation…)**
- ✓ **Sécurité alimentaire**
- ✓ **Sécurité environnementale (pollution, tempête…)**

Nosocomial ou iatrogène ?

NOSOCOMIAL

- qui survient à l'hôpital
- lié aux soins ou non

IATROGENE

- qui survient à l' hôpital ou en ambulatoire
- lié aux soins

Risques associés aux soins = risques iatrogènes

Qu’est-ce qu’une erreur ?

Erreur - définition

- ✓ **« Lorsque quelqu'un fait mal en essayant de faire bien » (B. Runciman)**
- ✓ **« Des séquences planifiées d'activités mentales ou physiques qui ne parviennent pas à atteindre l'objectif désiré, quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intervention du hasard » (J. Reason)**

L’erreur est humaine

- ✓ ***« L’erreur est inséparable de l’intelligence humaine » (Reason, 1993)***
- ✓ **Erreurs fréquentes dans les activités humaines**
  - **Parfois plusieurs par heure**
  - **Détection et récupération de 80 % des erreurs**
- ✓ **La sécurité ne consiste pas à supprimer les erreurs, mais à les gérer de façon adaptée**

Sécurité des patients

- ✓ **Définition**

  (Classification internationale pour la sécurité des patients de l'OMS)

  Absence pour un patient d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé (une atteinte associée aux soins découle de mesures prises pendant la dispensation des soins et ne résultant pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacent(e))

Organisation de santé : système complexe…

Multiplicité des prises en charge

✓**Urgence vitale, urgence différée**

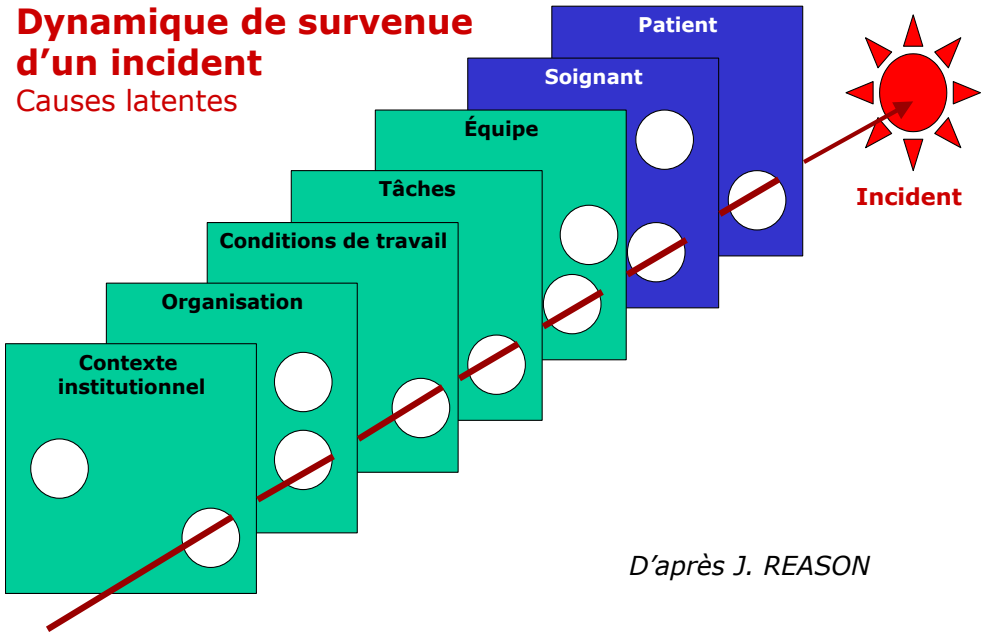
✓**Prise en charge programmée**

- Multiplicité des actes réalisés / des pathologies et des ATCD du patient / des acteurs / du matériel / des informations
- Soumise à des incertitudes (aux interfaces) entravant son fonctionnement

✓**Soumise aux aléas :**

- Absence de ressources non prévisible
- Modification de l'état du patient

Survenue d'un EI – Approche systémique



- ✓ **Tout professionnel fait des erreurs**
  - **Ce sont les causes patentes**
- ✓ **Dans le système, présence de conditions favorisant la survenue d'EI**
  - **Ce sont les causes latentes**
- ✓ **La sécurité repose sur la mise en place de protections, défenses**

EPIDÉMIOLOGIE

Info ou intox ?

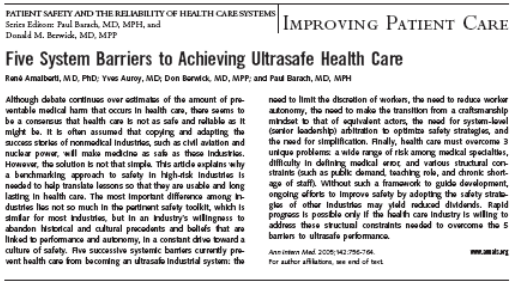
Performance de notre système de santé

- ✓ **Un décès inattendu pour 1000 entrées dans les établissements de santé ?**

- ✓ **Ce qui correspondant à une performance inférieure à celle de la sécurité routière**

Niveau de risque

Amalberti. Ann Intern Med. 2005;142:756-764



PATIENT SAFETY AND THE RELIABILITY OF HEALTH CARE SYSTEMS
Series Editors: Paul Barach, MD, MPH, and Donald M. Berwick, MD, MPP

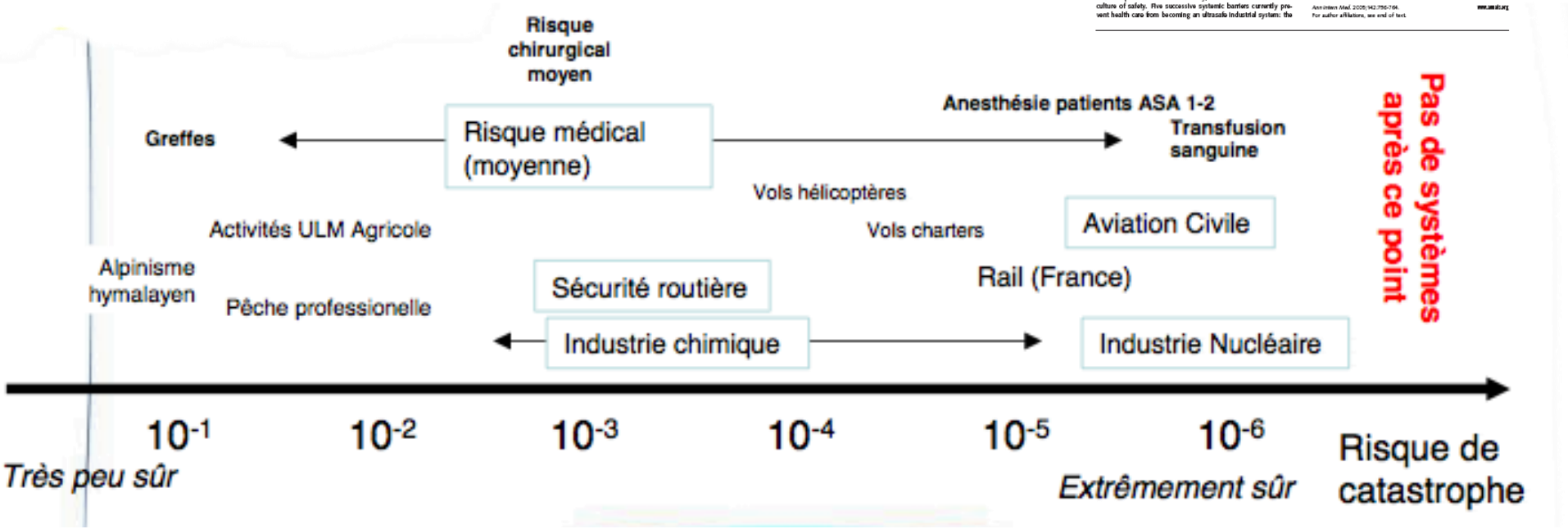
IMPROVING PATIENT CARE

Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care

René Amalberti, M.D, PhD; Yves Auroy, MD; Don Berwick, MD, MPP; and Paul Barach, MD, MPH

Although debate continues over estimates of the amount of preventable medical harm that occurs in health care, there seems to be a consensus that health care is not as safe and reliable as it might be. It is often assumed that copying and adapting the success stories of nonmedical industries, such as civil aviation and nuclear power, will make medicine as safe as these industries. However, the solution is not that simple. This article explains why a benchmarking approach to safety in high-risk industries is needed to help translate lessons so that they are usable and long lasting in health care. The most important difference among industries lies not so much in the pertinent safety toolkit, which is similar for most industries, but in an industry's willingness to abandon historical and cultural precedents and beliefs that are linked to performance and autonomy, in a constant drive toward a culture of safety. Five successive systemic barriers currently prevent health care from becoming an ultrasafe industrial system: the need to limit the discretion of workers, the need to reduce worker autonomy, the need to make the transition from a craftsmanship mindset to that of equivalent actors, the need for system-level (senior leadership) arbitration to optimize safety strategies, and the need for simplification. Finally, health care must overcome 3 unique problems: a wide range of risk among medical specialties, difficulty in defining medical error, and various structural constraints (such as public demand, teaching role, and chronic shortage of staff). Without such a framework to guide development, ongoing efforts to improve safety by adopting the safety strategies of other industries may yield reduced dividends. Rapid progress is possible only if the health care industry is willing to address these structural constraints needed to overcome the 5 barriers to ultrasafe performance.

Ann Intern Med. 2005;142:756-764. www.annals.org
For author affiliations, see end of text.



- ✓ **Risque médical élevé**
- ✓ **Objectif**
  - ✓ **devenir 1000 fois plus sûr (se rapprocher de l'aviation)**

Quiz

Le nombre d'EIG survenant dans un service de chirurgie* de 30 lits est estimé à :

A. Un EIG tous les 3 jours

B. Un EIG tous les 5 jours

C. Un EIG tous les 6 jours

D. Aucun EIG ne survient jamais

* *Tout type d'activité confondu*

ENEIS I et II
Estimation du risque iatrogène en France

Densités d'incidence des EIG identifiés pendant l'hospitalisation en 2004 et 2009

	EIG total (2004)				EIG total (2009)				RR [a]	Intervalle de confiance (IC) à 95 %
	Nombre de jours observés	Nombre d'EIG	Densité d'incidence (‰)	IC à 95 %	Nombre de jours observés	Nombre d'EIG	Densité d'incidence (‰)	IC à 95 %		
Médecine										
CHU-CHR	7 384	58	8,3	[5,8-10,9]	6 721	36	5,2	[3,4-7,0]	0,72 [c]	[0,39-1,33]
CH	6 799	36	4,7	[2,8- 6,6]	6 127	28	4,6	[2,7-6,6]	0,99 [b]	[0,45-2,19]
EP	2 922	12	4	[0,5-7,5]	4 691	16	3,4	[1,7-5,2]	0,74 [b]	[0,31-1,77]
Total	**17 105**	**106**	**5,7**	**[4,4-7,2]**	**17 539**	**80**	**4,7**	**[3,3-6,2]**	**0,84 [c]**	**[0,52-1,35]**
Chirurgie										
CHU-CHR	7 620	78	11,4	[8,5-14,3]	6 191	76	12,4	[9,4-15,3]	0,94 [c]	[0,58-1,54]
CH	6 256	34	5	[1,9-8,1]	4 171	29	6,8	[4,2-9,4]	1,31 [c]	[0,60-2,87]
EP	4 253	37	10,1	[4,9-15,5]	3 762	29	8	[5,0-10,9]	0,70 [b]	[0,38-1,26]
Total	**18 129**	**149**	**8,4**	**[6,0-10,9]**	**14 124**	**134**	**9,2**	**[7,5-10,8]**	**0,95 [c]**	**[0,67-1,35]**
Total	**35 234**	**255**	**7,2**	**[5,7-8,6]**	**31 663**	**214**	**6,2**	**[5,1-7,3]**	**0,93 [c]**	**[0,68-1,27]**

Résultat ENEIS – EIG au cours de l'hospitalisation

Survenue 6,2 EIG pour 1000 journées d'hospitalisation

Soit 1 EIG tous les 5 jours dans un service de 30 lits

(Incidence des EIG plus élevée en chirurgie)

dont 2,6 EIG «évitables» pour 1000 journées d'hospitalisation

Résultat ENEIS – EIG comme cause d'hospitalisation

1 séjour sur 20 causé par EIG associé aux soins

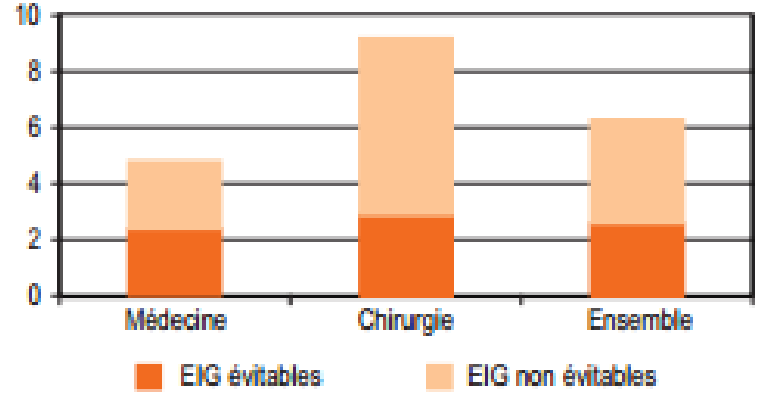
(soit 4,5 % des séjours causés par un EIG)

2,6 % des séjours causés par un EIG évitables

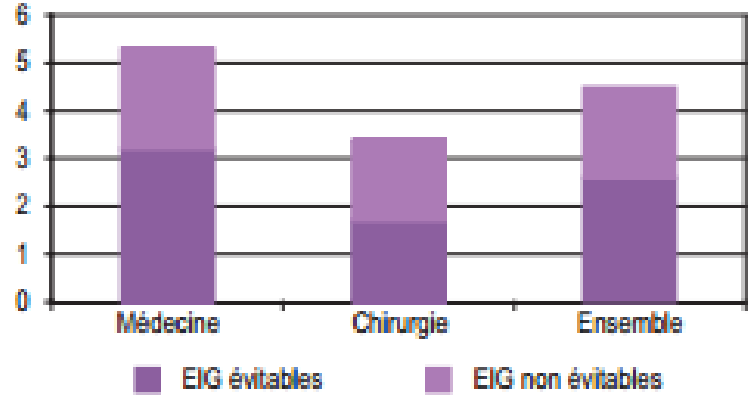
GRAPHIQUES 2 ET 2 BIS

Fréquence des EIG par discipline

Nombre d'EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation



Proportion de séjours causés par un EIG (en %)

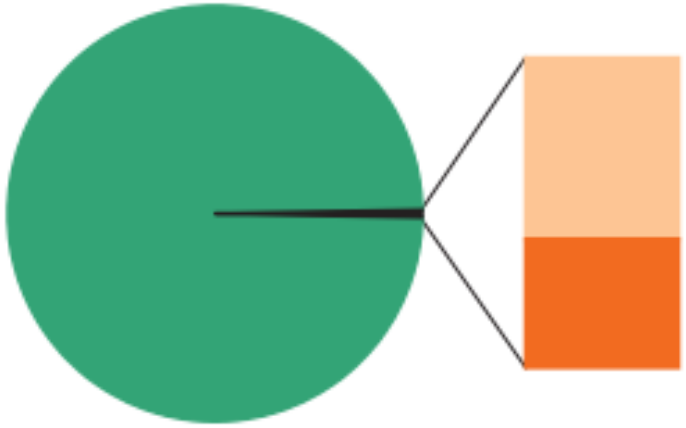


Champ • Établissements de santé publics et privés de France métropolitaine ayant des capacités d'hospitalisation complète en médecine ou en chirurgie.

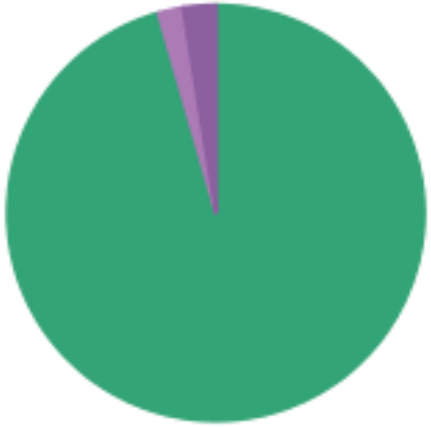
Sources • Enquête ENEIS 2009, DREES, exploitation CCECQA.

Poids des EIG dans l'ensemble de l'activité hospitalière

EIG survenus pendant l'hospitalisation



EIG à l'origine d'une hospitalisation



Champ • Établissements de santé publics et privés de France métropolitaine ayant des capacités d'hospitalisation complète en médecine ou en chirurgie.

Sources • Enquête ENEIS 2009, DREES, exploitation CCECQA.

Mécanisme de survenue des EI

- ✓ EIG les plus fréquents ?
  - ✓ En établissement de santé ⇒Associés à des actes invasifs
  - ✓ A l'origine d'hospitalisation ⇒Associés aux produits de santé

Une incidence des infections associées aux soins importante

- ✓ 5% des patients hospitalisés présentent une ou plusieurs infections acquises lors de l'hospitalisation (2006)

- ✓ Infections responsables de 2,8% de décès hospitaliers, soit 4200 décès par an (2002)

- ✓ Entre 20 et 30% de ces infections seraient évitables par la mise en œuvre en routine des mesures de prévention connues

EXIGENCES RÉGLEMENTAIRES

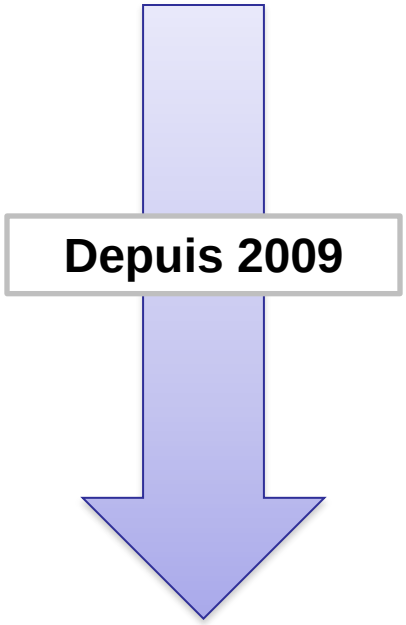
Historique - Evolution de la réglementation(1)

- ✓ Affaire du sang contaminé en avril 1991
- ✓ Affaire de la clinique du sport en mai 1993
- ✓ Loi du Ier juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme
  - AFSSAPS, InVS, Surveillance du risque infectieux par les CCLIN
- ✓ Rapport de l'Institut of medecine 1999 (To err is human)
  - Sécurité médicale devient une priorité
- ✓ Loi du 4 mars 2002
  - Information du patient en cas de dommage
  - Signalement des EI, mis en application pour risque infectieux seulement
- ✓ Loi de santé publique du 9 aout 2004
  - Déclarations des EIG, pas de décret d'application
  - Données chiffrées en matière de sécurité…

Historique - Evolution de la réglementation (2)

- ✓ Décret 2006 -909 relatif à l'accréditation des médecins et des équipes médicales
- ✓ 2007 Affaire des irradiés d'Epinal
- ✓ Loi HPST 21 juillet 2009
- ✓ Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse *
- ✓ Affaire du médiator 2011
- ✓ Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé
  - ANSM, conflits d'intérêt, notion de protection des déclarants
- ✓ Décret du 12 novembre 2010 portant sur la lutte contre les EI

Organisation de la qualité et la sécurité des soins dans ES



Socle législatif
« Loi HPST – 2009 »

Socle réglementaire
Décrets relatifs aux nouvelles responsabilité des CME
Décret relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins et sa circulaire d'application
Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les ES, etc.

Dispositifs d'appui
Exigences accrues de la certification V2010 en matière de GDR
Accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité dite « à risque »

Socle réglementaire

Décret du 30 décembre 2009 et Décret du 30 avril 2010 relatifs aux nouvelles responsabilités de la CME

	CME
Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins	**Contribue** GDR, dispositifs de vigilance, politique du médicament, prise en charge de la douleur, DPC
Projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers	**Contribue** Urgences et admissions non programmées
Programmes d'actions Qualité et Sécurité (EI, certification, CPOM)	**Propose** En lien avec la Commission des Relation avec les Usagers et le CSI

Consultation pour avis de la commission de soins infirmiers, de rééducation, médico-technique (CSIRMT) ou équivalent

Socle réglementaire

Décret du 12 novembre 2010 portant sur la lutte contre les EI

- ✓ **Définition** d'un EIG et de la gestion des risques associés aux soins
- ✓ **Responsabilité** du directeur en lien avec le président de la CME
  - de l'organisation de la lutte contre les EIG (formation, expertise, articulation avec la CME, cohérence des actions)
  - du programme d'actions
- ✓ **Désignation** en concertation avec le président de CME un **coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins**
- ✓ **Possibilité** de coopération entre plusieurs établissements
- ✓ **Intégration** d'un volet sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le programme d'actions alimenté d'indicateurs de suivi
- ✓ **Constitution** d'une équipe opérationnelle d'hygiène formée
- ✓ **Réalisation** d'un bilan d'activité de lutte contre les IN par l'EOH

Socle réglementaire

Circulaire d'application du Décret du 12 novembre 2010 portant sur la lutte contre les EI
Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les ES

Fonctions innovantes

✓**Le coordonnateur de la gestion des risques** associés au soins

Rôle d'appui stratégique, de coordination et de gestion opérationnelle

✓**Un responsable** sur management de la qualité de la prise en charge **médicamenteuse**

Les autres acteurs

✓Les personnes en charge des vigilances

✓Les responsables du management de la qualité et de la sécurité des soins

✓L'équipe opérationnelle d'hygiène

✓Service de santé au travail (risques professionnels)

✓Les professionnels impliqués dans la gestion des autres risques

✓Les médecins accrédités

✓Les professionnels en charge de la qualité

✓Les professionnels en charge de la gestion des plaintes

✓Les médecins DIM…

Dispositifs d'appui

Exigences accrues de la certification V2010 et V2014 en matière de GDR
Accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité dite « à risque »

✓ Certification des établissements de santé (V2014)

- Obligation légale depuis 1996
- Pilotée par la HAS
- Objectifs de qualité et de sécurité fixés dans le manuel de certification (références)

✓ Deux étapes de la certification V2014

- Compte qualité (adressé à la HAS tous les 2 ans)
- Visite des experts visiteurs (une fois tous les 4 ans)

Compte-qualité

- ✓ Support aux démarches d'amélioration continue de la qualité et de la GdR
- ✓ Réalisé dans chaque établissement en fonction de la nature de son activité et de ses types de prises en charge
- ✓ Structuration fondée sur les 21 thématiques définies par la HAS (V2014) dont 14 obligatoires

Implication des RU dans la réalisation du compte qualité

Thématiques obligatoires	Thématiques à analyser en fonction de l'activité de l'ES
Management de la qualité et des risques	Urgences et soins non programmés
Droits des patients	Bloc opératoire
Parcours du patient	Secteurs à risque
Prise en charge de la douleur	Fonctions logistiques au domicile du patient (HAD)
Prise en charge et droits des patients en fin de vie	
Identification du patient	
Dossier patient	
Prise en charge médicamenteuse du patient	
Gestion du système d'information	
Qualité de vie au travail	
Gestion du risque infectieux	

Programme national pour la sécurité des patients

- ✓ **Nombreuses actions en cours pour assurer la sécurité des soins**
  - Exemples : recommandation de BP / Vigilances / Lutte contre les infections nosocomiales / sécurisation de la prise en charge médicamenteuse
  - Action conduite dans des domaines sectorielles
- ✓ **Objectif du PNSP**
  - Mise en œuvre d'actions transversales, communes à l'ensemble des activités de soins
  - Intervention en articulation avec les dispositifs existants

PNSP

- ✓ En conformité à la recommandation relative à la sécurité du patient adoptée le 9 juin 2009 par le conseil de l'union européenne
- ✓ DGOS/ DGS en lien avec la HAS
- ✓ Annonce lors de la première édition de la semaine nationale pour la sécurité des patients en novembre 2011
- ✓ 4 axes déclinés en objectifs et actions

PNSP

Axes	Propositions
Information du patient, patient acteur de sa sécurité	1. Développer une relation soignant / soigné plus équilibré, dans une logique de partenariat 2. Mieux informer le patient 3. Faciliter l'accomplissement des missions des représentants des usagers en ES
Déclaration des évènements indésirables graves associés aux soins	1. Mettre en place le système de déclaration des EIG 2. Niveau local: promouvoir la mise en œuvre d'actions correctives ; promouvoir la réalisation d'AC d'EI et de REX, fournir un appui aux établissements et aux professionnels pour l'AC. 3. Niveau national : valoriser les données issues des systèmes de signalement et de déclaration et mettre en place des solutions de sécurité 4. Perspectives :articulation de la démarche EIG avec le DPC, la certification, l'accréditation

PNSP

Axes	Propositions
Formation, culture de sécurité, appui	1. Inscrire le retour d'expérience dans le socle de l'apprentissage de la sécurité 2. S'appuyer sur la pluri-professionnalité et l'équipe pour construire une culture de sécurité 3. Renforcer la place de la sécurité des soins dans la formation des professionnels 4. Apporter un appui à l'ensemble des professionnels dans leurs projets porteurs de qualité et sécurité des soins.
Recherche, innovation	1. Définir les thèmes de recherche prioritaires pour la sécurité des soins 2. Inscrire le thème « sécurité du patient » dans les appels à projets DGOS 3. Elaborer un appel d'offre de recherche en multipartenariat avec les organismes de gestion de la recherche 4. Mobiliser les champs disciplinaires de la recherche interagissant avec celui de la santé (colloque scientifique) 5. Suivre les projets et bénéficier du retour d'expérience

Du 23 au 27 novembre 2015
(5ème édition)

Ciblé sur la thématique de la coordination des soins au travers de :

- La lettre de liaison
- La conciliation médicamenteuse
- L'identitovigilance

En pratique

GESTION DES RISQUES

Gestion des risques

Guide HAS sur la sécurité des patients (mars 2012) :

Une démarche de gestion des risques a pour but **d'assurer la sécurité des patients**, et en particulier de diminuer le risque de survenue d'événements indésirables associés aux soins

Gestion des risques associés aux soins

- ✓ **Démarche collective qui vise à prévenir ou réduire les risques en lien avec la prise en charge des patients hospitalisés au sein d'un établissement de santé**

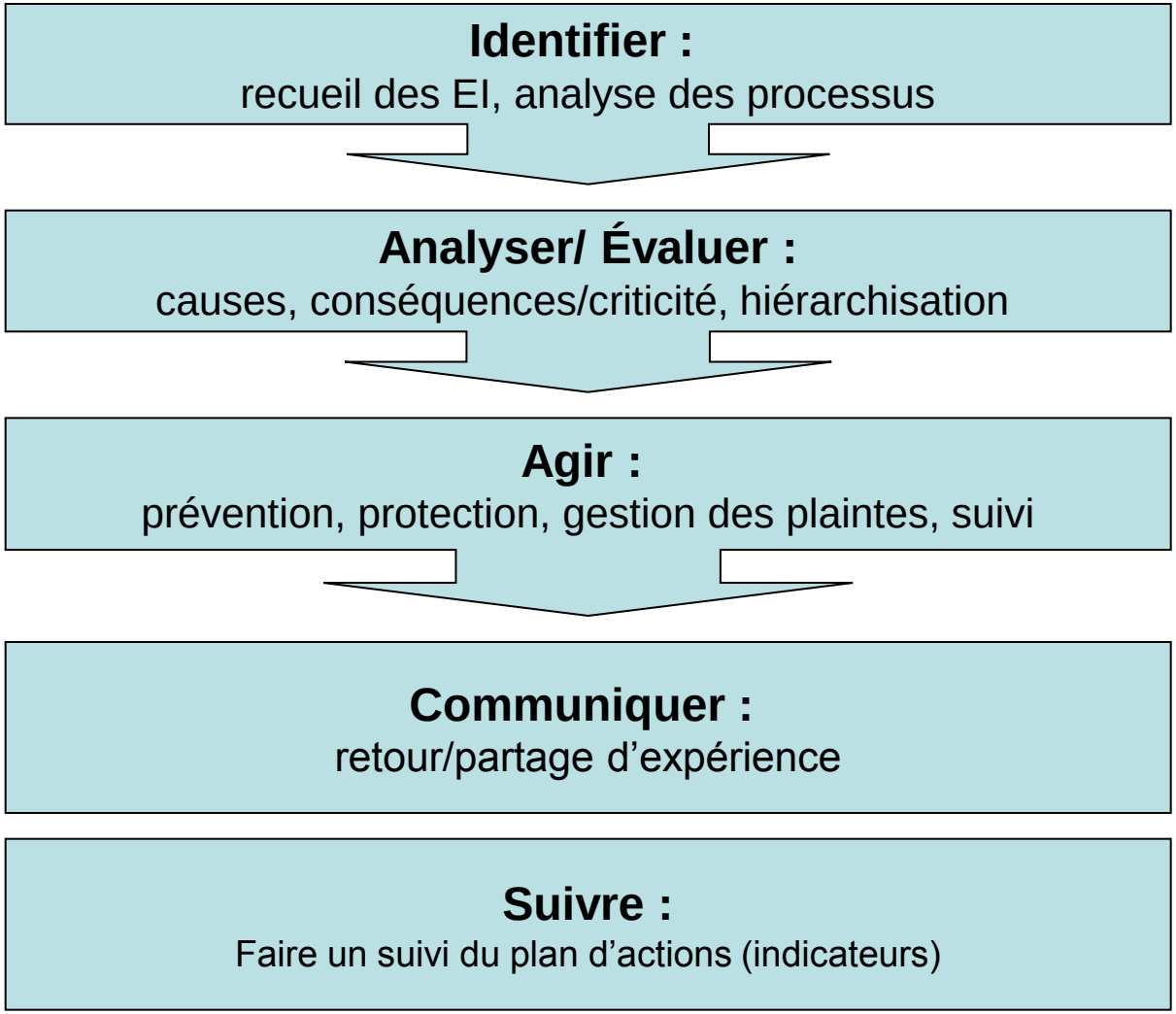
But :

Assurer la sécurité des patients pris en charge au sein d'un établissement de santé

⇒Diminuer le risque de survenue d'évènements indésirables associés aux soins

⇒(rendre le risque acceptable / fiabiliser le système)

Étapes de la gestion des risques (GDR)



Identification des risques (étape 1 de la GDR) (1)

✓ Analyse des risques *a priori*

- **Démarche préventive**
- Axée sur l'analyse et la mise en œuvre de mesures susceptibles d'empêcher ou de limiter la survenue d'évènements indésirables

✓ Méthodes d'identification des risques *a priori*

- Par comparaison à un référentiel

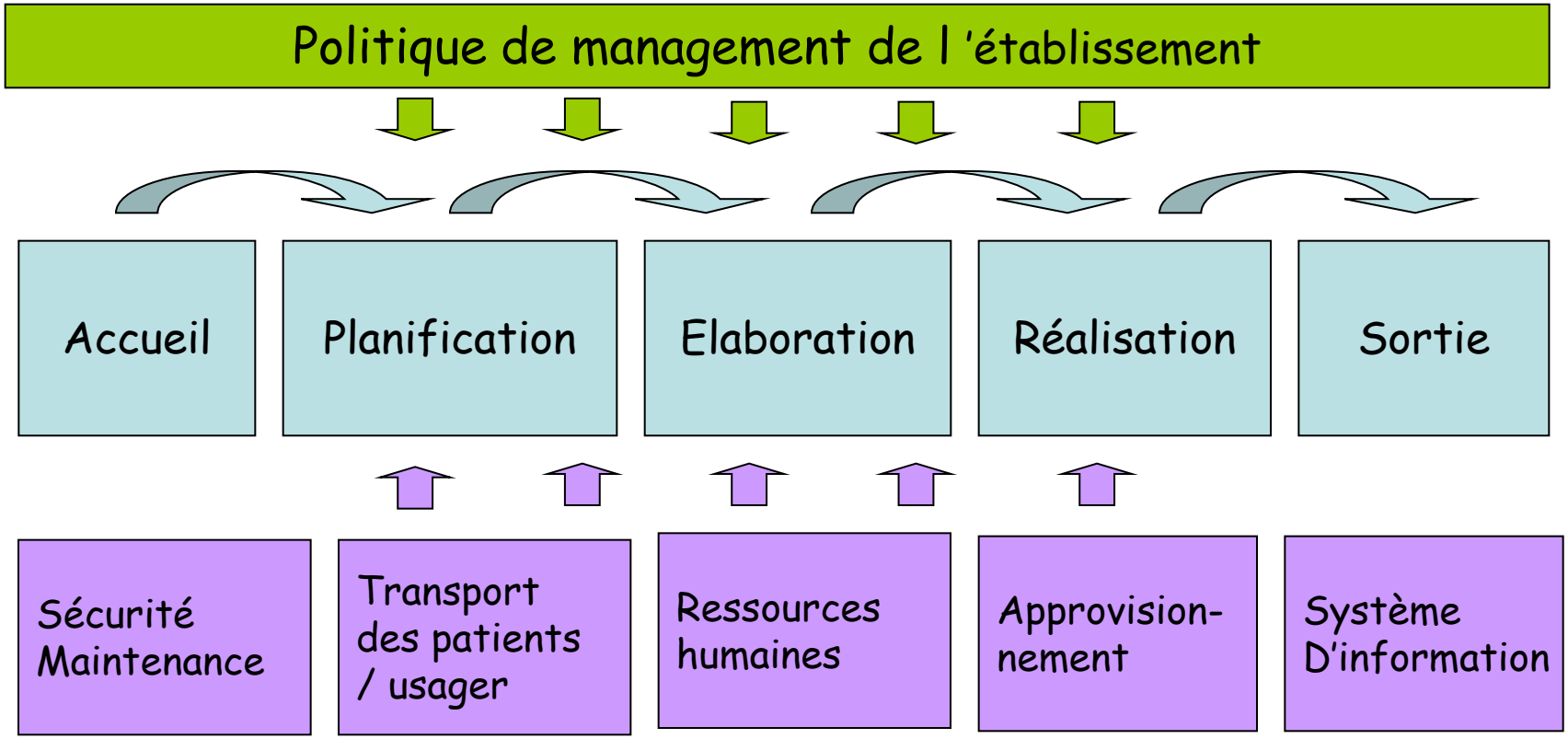
  Visite de risques (assureurs) / Audit qualité (BP hygiène)

- Par les processus (ex: circuit du médicament, politique de PEC du patient)

  Démarche utilisé dans le compte qualité

- Par les indicateurs (ex : ICSHA)

Exemple : Processus de prise en charge du patient



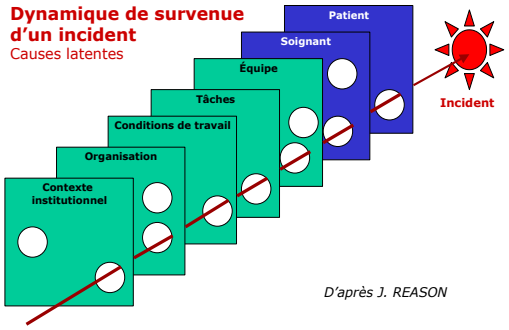
Les questions à se poser

- ✓ Qu’est ce qui pourrait arriver de défavorable ? (identification)
- ✓ Quelle est la probabilité que cela arrive et quel en serait l’impact ? (analyse)
- ✓ Que pouvons nous faire pour réduire la probabilité que cela arrive ou les conséquences ? (traitement)
- ✓ Que pouvons nous apprendre de ce qui est déjà arrivé ? (communication/retour d’expérience)

Identification des risques (étape 1 de la GDR) (2)

- ✓ **Analyse des risques *a posteriori***
  - **Démarche réactive** ou corrective
  - Axée sur l'analyse rétrospective des évènements indésirables et le traitement des causes identifiées
- ✓ **Méthodes d'identification des risques *a posteriori***
  - Par les problèmes

    Méthode ALARM / QQOQCP



Signalement des EI – Approche *a posteriori*

Intérêts du signalement

•Alerter (identifier des signaux)

•Surveiller le fonctionnement de notre organisation au quotidien et partager cette information

•Corriger les défaillances identifiées

•Diminuer la probabilité de récidive

•Former et sensibiliser les professionnels (Culture de sécurité)

•Anticiper les plaintes potentielles

Signalement des EI – Approche *a posteriori*

Limites du signalement

- Gérer les déclarations
- Mettre en œuvre et suivre les actions (système réactif, mais solutions proposées plus souvent sur les causes immédiates)
- Crainte de la sanction
- Peu d'EI avec une analyse approfondie des causes (démarche qui nécessite du temps)
- Retour d'information au déclarant

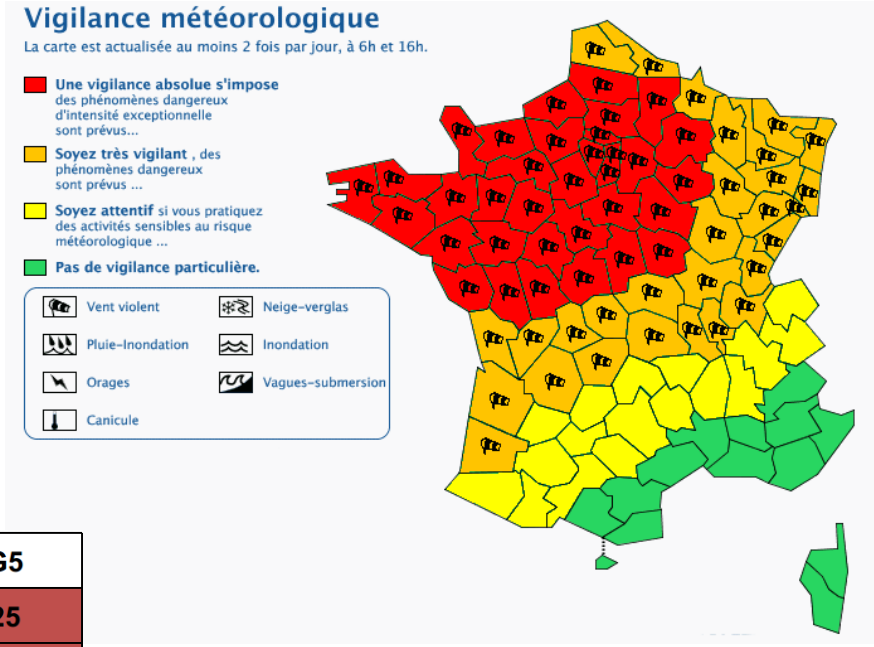
Evaluation des risques (étape 2 de la GDR)

✓ Caractérisation et hiérarchisation

Classe de vraisemblance	Intitulé générique	Données quantitatives	Données qualitatives
V1 (F)	Impossible à improbable	< 1 fois en 5 ans	Jamais vu
V2 (F)	Très peu probable	1 fois par an	Vu 1 fois dans ma carrière
V3 (F)	Peu probable	1 fois par mois	Vu dans d'autres établissements
V4 (F)	Probable	1 fois par semaine	Survient dans l'établissement
V5 (F)	Très probable à certain	1 fois par jour	Vécu dans mon secteur d'activité

Un exemple d'échelle de gravité	
G1. Mineure	Conséquences mineures sans préjudice (ex : retard simple)
G2. Significative	Incident avec préjudice temporaire (ex : retard avec désorganisation de la prise en charge)
G3. Majeure	Incident avec impact (ex : report, prolongation anormale de l'hospitalisation, transfert non prévu en réanimation, perte de fonction transitoire)
G4. Critique	Conséquences graves (ex : ré-intervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente)
G5. Catastrophique	Conséquences très graves (ex : invalidité permanente, séquelles graves, décès)

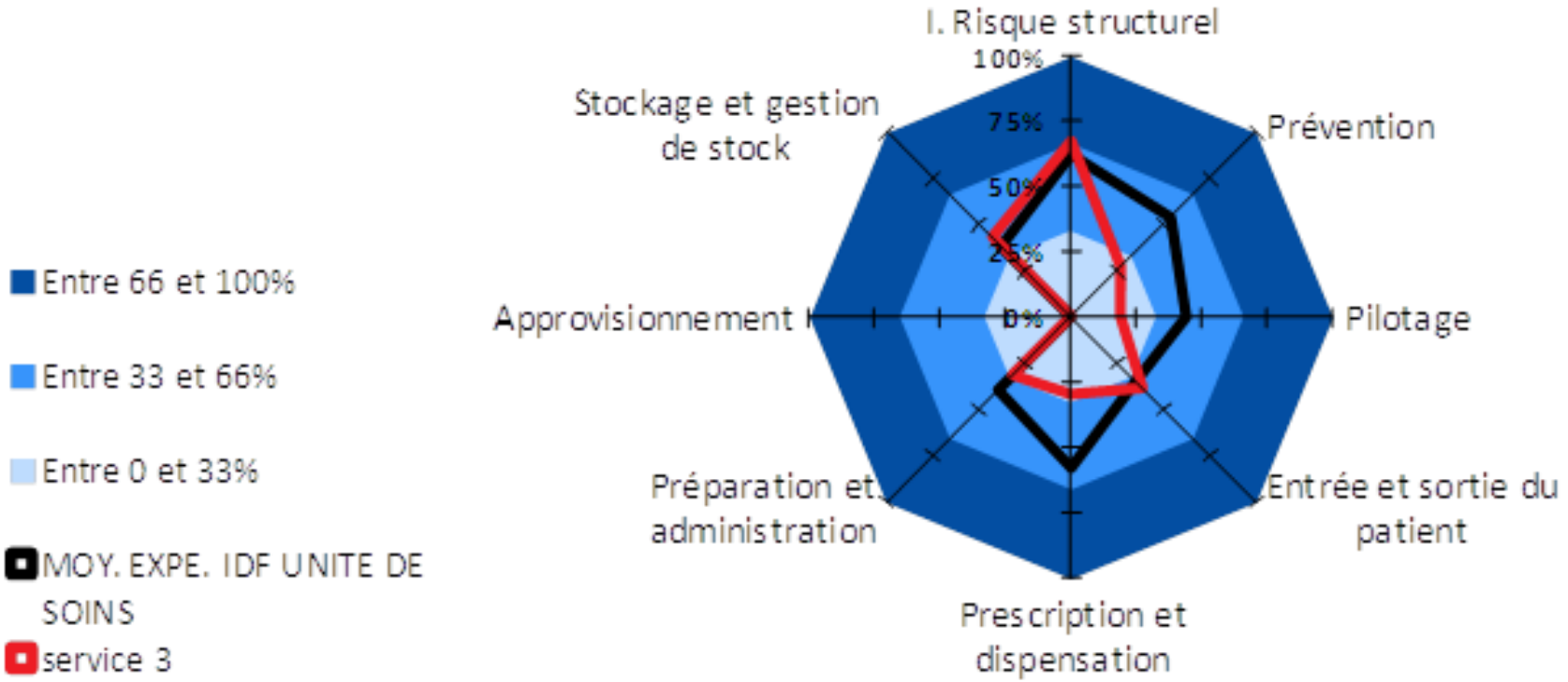
Matrice de criticité



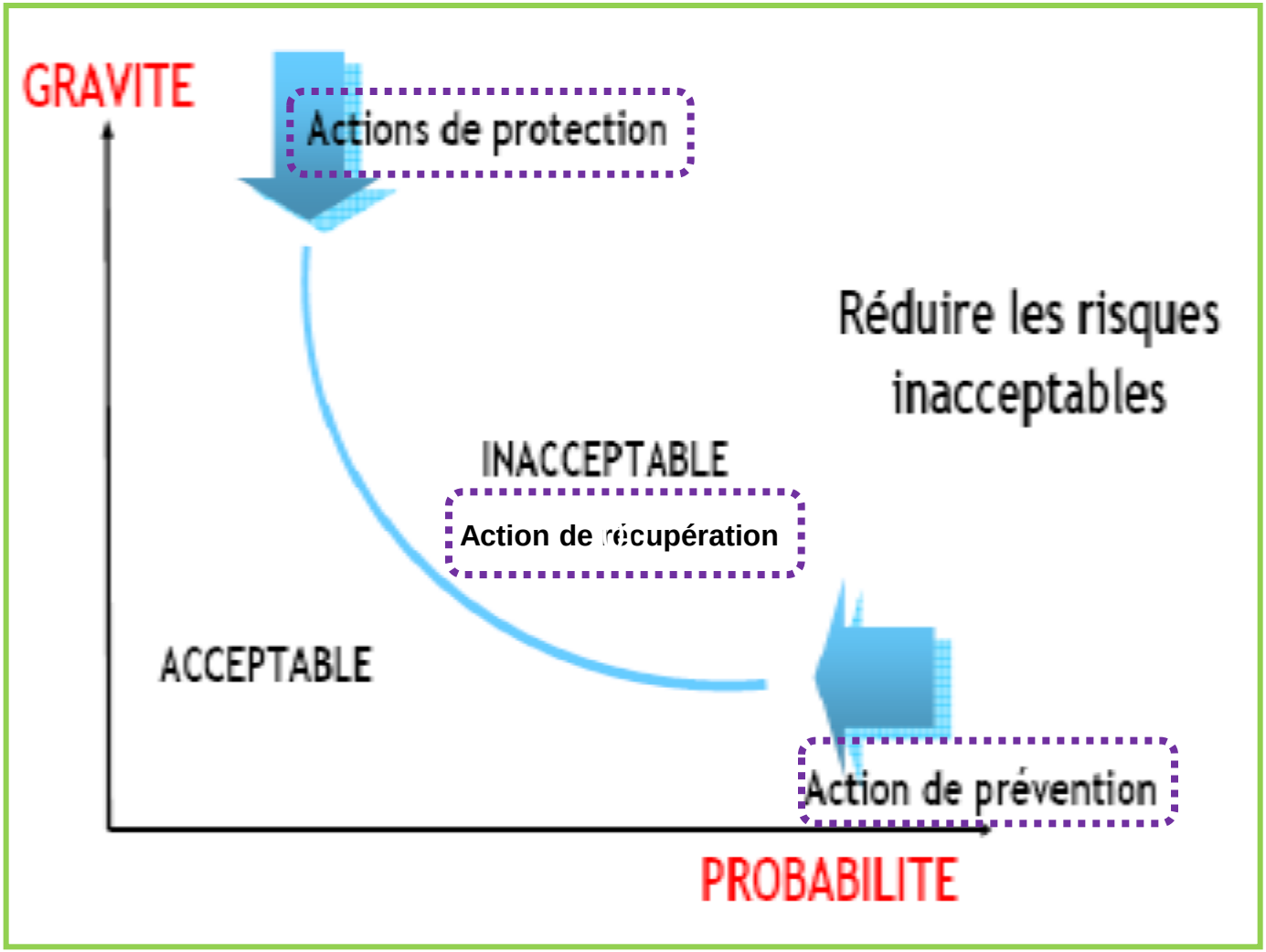
	G1	G2	G3	G4	G5
F5	5	10	15	20	25
F4	4	8	12	16	20
F3	3	6	9	12	15
F2	2	4	6	8	10
F1	1	2	3	4	5

	Risques à traiter en priorité. Non acceptables en l'état
	Risques à surveiller. Acceptables sous surveillance et mesures d'identification
	Risques non critiques. Acceptables en l'état

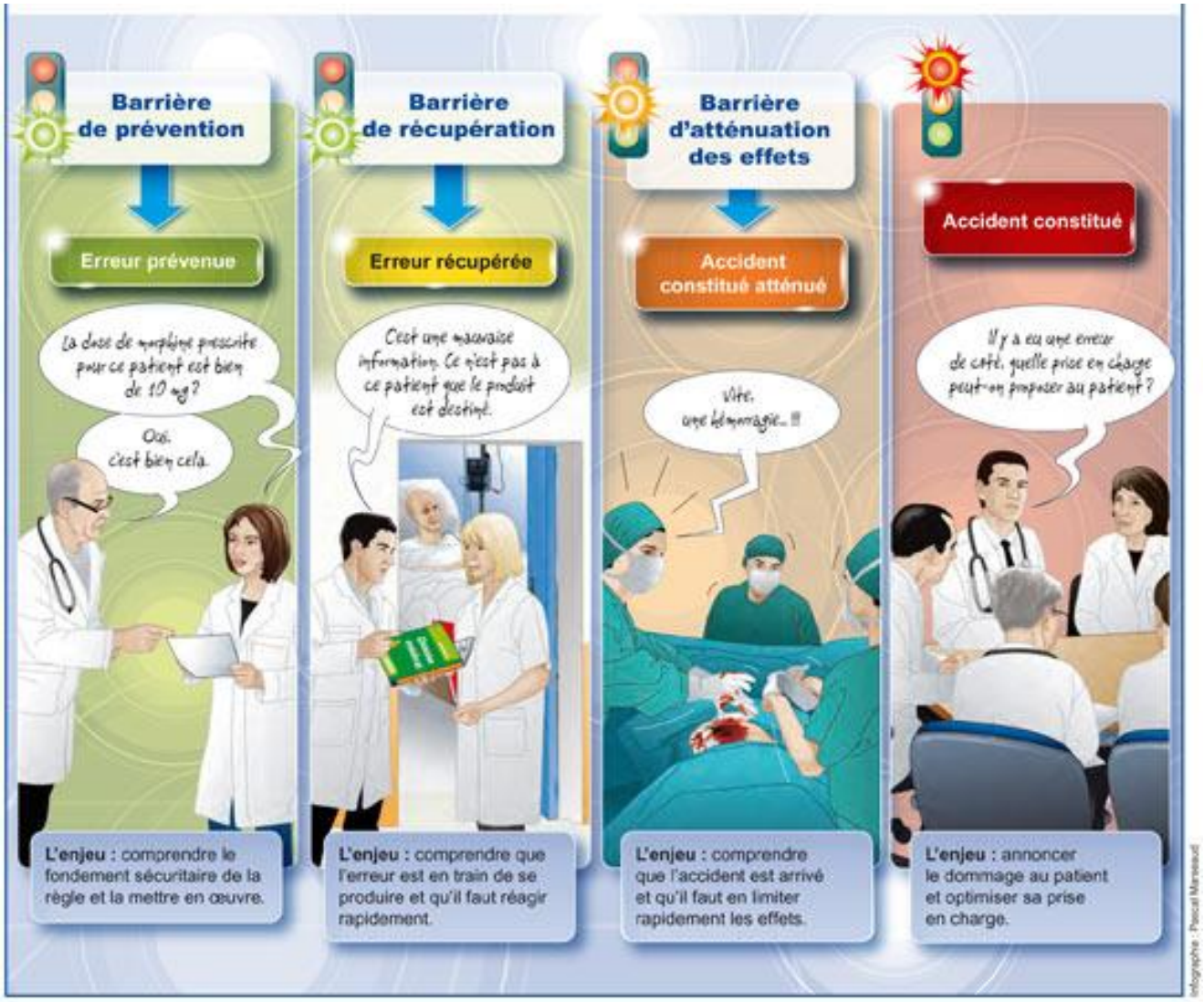
Evaluation des risques en lien avec la PECM



Agir sur les risques (étape 3 de la GDR)



Agir sur les risques (étape 3 de la GDR)



Exemple : sécurité routière

Atténuation	Récupération	Prévention
Air bag Ceinture de sécurité	L'alarme qui vous indique que vous n'avez pas mis votre ceinture de sécurité	Respect du code de la route Limitation de vitesse Radars

Exemple : infections liées aux soins

Atténuation	Récupération	Prévention
Savoir diagnostiquer précocement et prescrire de manière appropriée les antibiotiques quand l'infection est là	Détecter à temps un oubli d'antibioprophylaxie grâce à la check-list	On doit se laver les mains pour éviter les infections Bonnes pratiques (antibioprophylaxie, préparation cutanée…)

Les limites de la gestion des risques

GDR : confiance, transparence, confidentialité

Freins à la démarche

- **Peur de la sanction disciplinaire**
- **Peur de la procédure judiciaire**

Rôle des IDE dans la GDR

- ✓ Signalement
- ✓ Implication du patient (information et éducation du patient à sa propre sécurité)
- ✓ En cas de doute demander de l'aide et ne pas hésiter à interrompre une tâche
- ✓ Implication dans les démarches d'analyse a priori des risques dans leur secteur d'activité

Conclusion

Tout professionnel intervenant dans un ES

peut et doit intervenir dans les démarches de gestion des risques

Objectif : sécurité des patients

Qualité des soins

- ✓ **Pertinence : caractère approprié**
- ✓ **Sécurité**
- ✓ **Acceptabilité**
- ✓ **Délivrance au bon moment**
- ✓ **Continuité**
- ✓ **Efficacité : atteinte des objectifs**
- ✓ **Efficience : atteinte des objectifs au meilleur coût**

Merci pour votre attention