

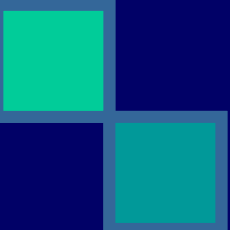

Hiérarchisation des risques en établissement de santé: de la théorie à la pratique



Dr M.C. Moll
Direction Générale , Gestion des risques
CHU Angers



Quelques constats sur:

- 
- L'Identification des situations à risques
 - Les principes de hiérarchisation basés sur le diagramme de Farmer
- 

Identification des situations à risques

Une multitudes de sources d'informations

- Le document unique (risques professionnels)
 - Les sécurités sanitaires regroupées dans la fiche navette (en vue de la certification)
 - La déclaration des EI
 - Les Revues de Mortalité Morbidité
 - Les audits internes
 - Les résultats des inspections
 - Les vigilances (déclaration et alertes)
 - Visites de la SHAM
 - Analyses de risques a priori...
- Des personnes différentes en charge de chaque domaine chacune travaillant en parallèle avec des méthodologies différentes (échelles, risques génériques..)

Le diagramme de Farmer

Criticité = VXG

		GRAVITE DES CONSEQUENCES				
		G1	G2	G3	G4	G5
VRAISEMBLANCE	V5					
	V4					C3
	V3				C2	
	V2		C1			
	V1					

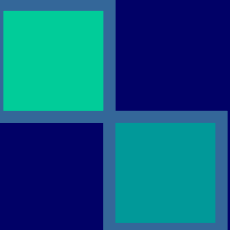

Le diagramme de Farmer

Un outil a priori simple mais...

- Une difficulté de travailler à la fois sur la fréquence et sur la gravité pour tous les processus
- Une nécessité d'appropriation par chaque secteur ou discipline en fonction de la perception du risque
- Une difficulté de passer de la cotation de la criticité pour un évènement à un groupe d'évènements
- une grande difficulté d'utiliser le diagramme pour la cartographie générale des risques qui permettrait effectivement une hiérarchisation au niveau de l'établissement (système d'information « manuel »)
- Une réactivité insuffisante pour coller à l'actualité des risques
- Une insuffisance des moyens dédiés au repérage et à l'analyse des risques pour une approche systématique
 - Ressources humaines
 - Outils informatiques



Alors que faire?

- Pour avoir une vision globale des risques
 - Pour s'assurer que chaque domaine de risque est bien couvert
 - Pour définir annuellement des priorités en matière de risque et de plans d'actions en maîtrise de risques
 - Pour suivre l'efficacité de ces plans d'actions
- 
- 

Notre choix de traitement des risques

Identifier ce qui est grave et pas si rare que cela puisque cela arrive au moins une fois par an
Déclaration systématique des EIG

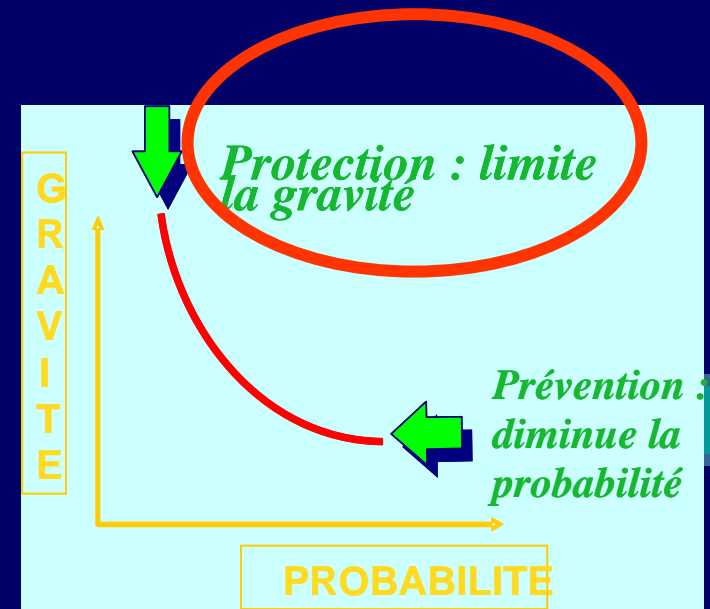
		GRAVITE DES CONSEQUENCES				
		G1	G2	G3	G4	G5
FRÉQUENCE	V5	Red	Red	Red	Red	Red
	V4	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Red
	V3	Green	Green	Yellow	Yellow	Red
	V2	Green	Green	Green	Yellow	Yellow

Ce qui est bénin et fréquent à très fréquent:
Enquête un jour donné

Ce qui est sous contrôle : ce qui est réglementé
Par l'inspection, la norme, les vigilances..

Identifier et traiter de manière la plus exhaustive possible les EIG (S) finalement pas si rares que cela!

- Echelle de gravité institutionnelle (appropriée par les pôles et secteurs d'activité)
- Déclaration au sein des pôles des niveaux 3,4,5
- Déclaration immédiate à la cellule de gestion des risques des niveaux 5
- Mise en place des RMM et des bases de données de REX
- Analyse de causes des EIG niveau 5 par la cellule de gestion des risques et des autres niveaux par les pôles
- Réalisation d'un tableau de bord Excel de suivi des EIG dont éléments des RMM (pôles)
- Synthèse périodique des tableaux Excel des pôles par la cellule gestion des risques



Identification des causes redondantes des EIG, remontée à la commission des risques pour priorisation

Exemple : Synthèse de l'analyse des causes de 4 erreurs de groupage sanguin considérées comme « presque accident » de niveau 4/5

1. Absence de contrôle de l'identité de la patiente au moment du prélèvement (4/4)
2. Non respect des procédures d'hémovigilance (4/4)
3. Patient non communiquant (2/4) (inconscient/non francophone)
4. Organisation du travail non performante :
 - Perturbation du travail par la présence de deux stagiaires
 - succession d'acteurs pour un acte à risque à faire par une personne
 - Souhait de gagner du temps (3/4)
5. Priorisation défailante des tâches
6. Problème d'étiquetage
 - Étiquettes d'une autre patiente restées sur la paillasse, non détruites (2/4)
 - Étiquettes d'un autre patient, IDE a pris le dossier d'un autre patient (étiquettes dans le dossier) (1/4)
 - Étiquettes dans le mauvais casier dans la salle de soins

Les actions prioritisées par la commission des risques

Institutionnelles

- Renforcer les actions de formation / information aux bonnes pratiques transfusionnelles dans les services avec mise en situation (appui de la direction des soins)
- Gestion de l'identification des patients travail sur des bonnes pratiques d'identification en lien avec le Comité d'identito vigilance et la CME

Locales

- Étudier la possibilité de réaliser la première détermination de groupe sanguin pendant la grossesse
- Circuit d'alerte de l'EFS : en cas d'incident prévenir les référents QRE, et le chef de service : diffuser les listes du personnel d'encadrement médical et paramédical et des référents QRE du CHU ainsi que ses mises à jour à l'EFS
- Révision locales des organisations de travail en particulier quant à la gestion des étiquettes

Les outils mis à disposition des Pôles et secteurs d'activité

L'échelle de gravité

CLASSES DE GRAVITE	IMPACT SUR L'ORGANISATION : DE LA PRISE EN CHARGE / DU SERVICE / DE L'ETABLISSEMENT	IMPACT SUR LES BIENS MATERIELS ET L'ENVIRONNEMENT, PERTES FINANCIERES	IMPACT SUR LA SECURITE DES PATIENTS, DES VISITEURS ET LE PERSONNEL, DE L'ETABLISSEMENT
Effet négligeable sur la réalisation de la mission			
1 Mineure	<ul style="list-style-type: none"> Mission réalisée sans impact : pas de perte de temps. Indisponibilité de ressources mais avec solution alternative immédiatement disponible 	<ul style="list-style-type: none"> Destruction ou disparition d'un bien d'une valeur inférieure à 10 euros Perte financière inférieure à 10 euros 	
Impact sur la performance de la mission : retardée, solution dégradée, perte financière modérée			
2 Significative	<ul style="list-style-type: none"> Mission réalisée mais par la mise en place d'une solution dégradée Indisponibilité des ressources entraînant un retard de la mission compris entre 1 et 2 heures 	<ul style="list-style-type: none"> Destruction ou disparition d'un bien d'une valeur comprise entre 10 et 100 euros Perte financière de 10 à 100 euros 	
Impact sur la performance de la mission : partiellement réalisée			
3 Grave	<ul style="list-style-type: none"> Mission réalisée partiellement Indisponibilité des ressources entraînant un retard de la mission compris entre 2 et 24 heures 	<ul style="list-style-type: none"> Destruction ou disparition d'un bien d'une valeur comprise entre 100 et 5 000 euros Perte financière entre 100 et 5 000 euros 	
4 Critique	Impact REVERSIBLE sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement		
		<ul style="list-style-type: none"> Destruction ou disparition d'un bien d'une valeur comprise entre 5 000 et 100 000 euros Perte financière entre 5 000 et 10 000 euros 	<ul style="list-style-type: none"> Evènement ou défaut de prise en charge responsable d'une atteinte physique ou psychologique réversible
Impact IRREVERSIBLE sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement			
5 Catastrophique		<ul style="list-style-type: none"> Destruction ou disparition d'un bien d'une valeur supérieure à 100 000 euros Perte financière supérieure à 100 000 euros 	<ul style="list-style-type: none"> Evènement ou défaut de prise en charge responsable d'une atteinte physique ou psychologique non réversible pouvant aller jusqu'au décès.

■ Les fiches de retour d'expérience pour les RMM

[Fiche repérage retour expérience RMM format 07.doc](#)

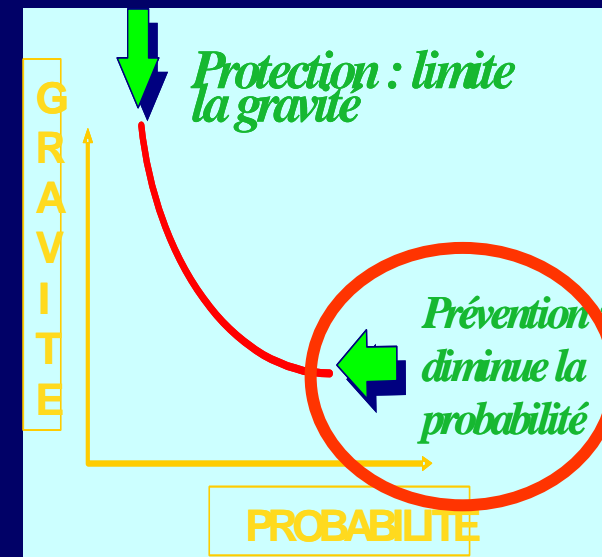
■ L'outil de gestion des déclarations des EI

[..\..\3MI SSLD.xls](#)

Identifier par échantillonnage les principaux processus générateurs d'évènements bénins récurrents

- Arrêter la déclaration systématique de tous les EI
 - consommatrice de temps,
 - non exhaustive
 - Décourageante si rien n'est fait par ailleurs
- L'enquête un jour donné
 - Tout le monde déclare tout sur des grilles simplifiées
 - Repérage des processus dysfonctionnant et leur pondération
 - Réitération à 18 ou 24 mois

Définition de plans d'actions transversaux par le comité de pilotage de la qualité : choix des processus dont les dysfonctionnements ont le plus d'impact sur l'activité



LA PARTICIPATION

☞ 1299 évènements ont été signalés sur les grilles mises à disposition.

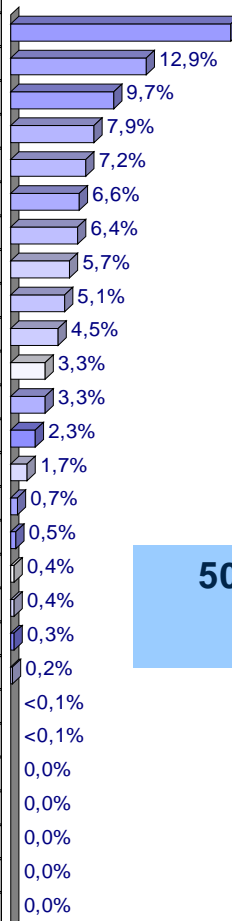
- Cette même journée, le laboratoire a réalisé une étude de conformité des bons de demandes d'analyses :

504 Non-conformités relatives à l'absence de date et ou d'heure de prélèvement sur les feuilles d'examens de biochimie automatisée ou hormonologie métabolique ont été recensées sur 825 demandes, soit un taux de non conformité de 61,1%

☞ Soit un total de 1803 évènements indésirables sur 24 heures.

Pôles déclarants

	Nb	% cit.
Pole des spécialités et des neurosciences	261	20,8%
Pole hépato-uro-digestif	162	12,9%
Pole thorax-vasseaux	122	9,7%
Pole enfant	99	7,9%
Pole maladies métaboliques et médecine interne	90	7,2%
Pole ostéo-articulaire	83	6,6%
Pole hématologie, néphrologie, transplantation, et réanimation médicale	80	6,4%
Pole imagerie	71	5,7%
Pole urgences-médecine-santé	64	5,1%
Pole anesthésie-réanimation	57	4,5%
Blocs opératoires	42	3,3%
Pole gynécologie-obstétrique	41	3,3%
Pôle patient	29	2,3%
Pôle pharmaceutique	21	1,7%
Pole cardio-vasculaire	9	0,7%
Pôle logistique	6	0,5%
Non renseigné	5	0,4%
Pole de biologie	5	0,4%
Direction générale	4	0,3%
Pole soins de suite et soins de longue durée	3	0,2%
Autres services et structures de soins	1	<0,1%
Structures de formation	1	<0,1%
Autres	0	0,0%
Pôle ressources	0	0,0%
Autres services et structures administratives	0	0,0%
Pôle projets	0	0,0%
Structures de recherche	0	0,0%
Total	1 256	100,0%



Enquête un jour donné

504 EI biologie
non inclus

Résultats de l'enquête un jour donné

Les Actions!

Sans attendre les plans d'actions en cours de définition, cette enquête a déjà permis d'apporter des réponses concrètes à certaines attentes.

Manque de linge :

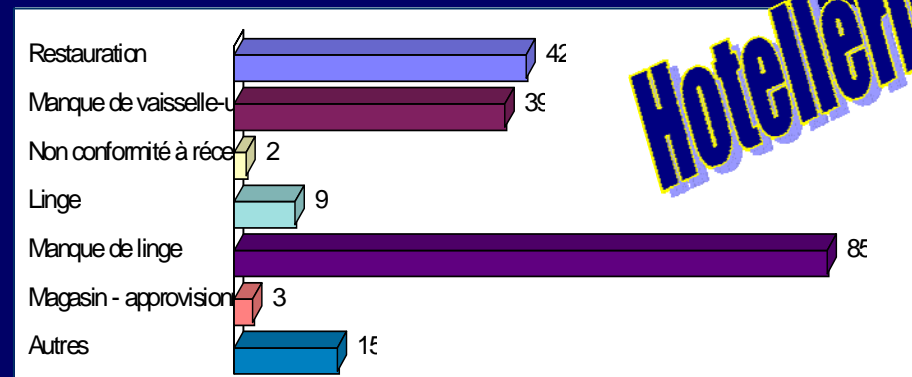
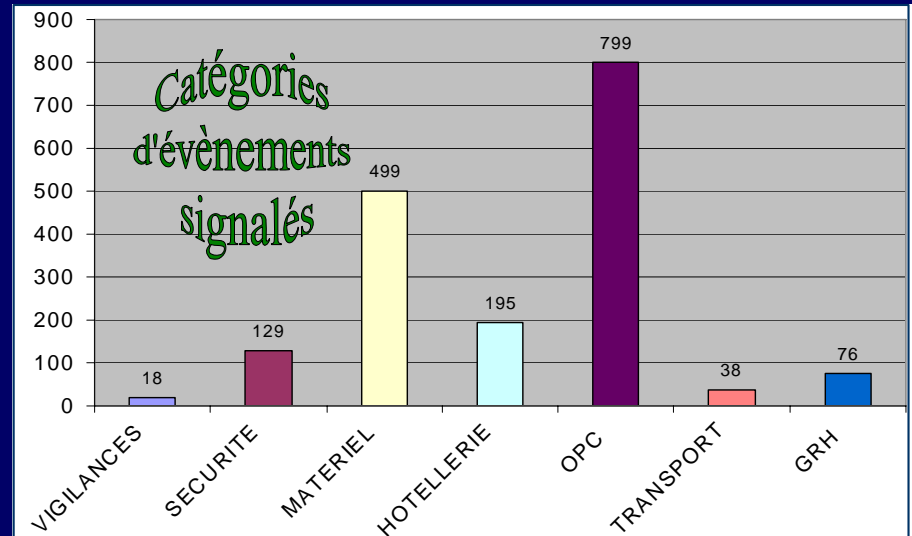
- Un travail réalisé par la Direction des Soins et la Blanchisserie améliore la disponibilité de linge le week end,
- 14 000 draps achetés en 2007 (10 000 en 2004). Cet effort sera poursuivi en 2008.

Pannes informatiques :

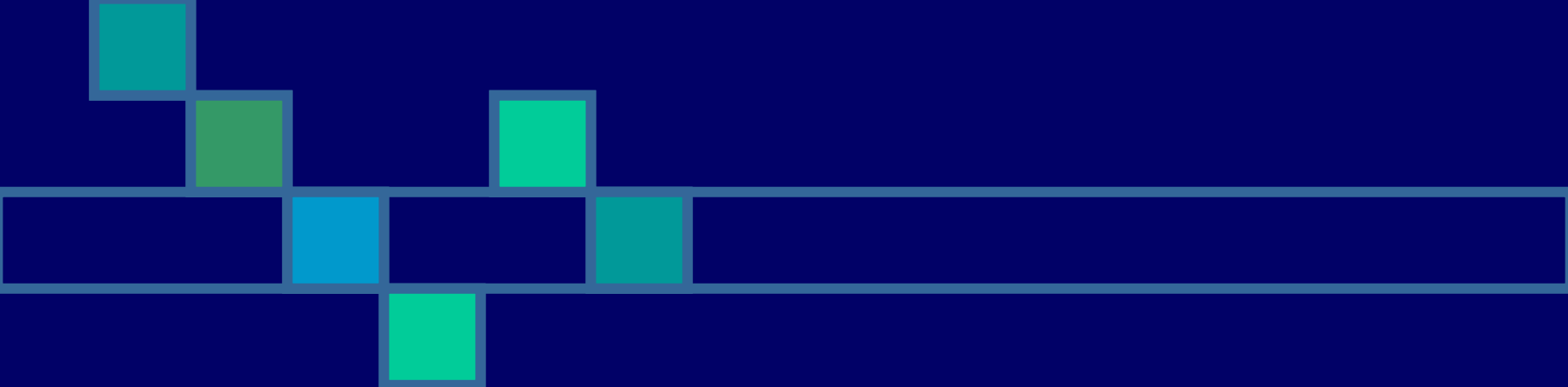
- Mise en œuvre d'une astreinte informatique pour assurer la continuité du service (déploiement du dossier patient informatisé CROSSWAY).

Manque de petites cuillères :

- L'arrivée de cuillères dites "à soda" (manche allongé) a été signalée dans les services. Cette particularité devrait limiter leur



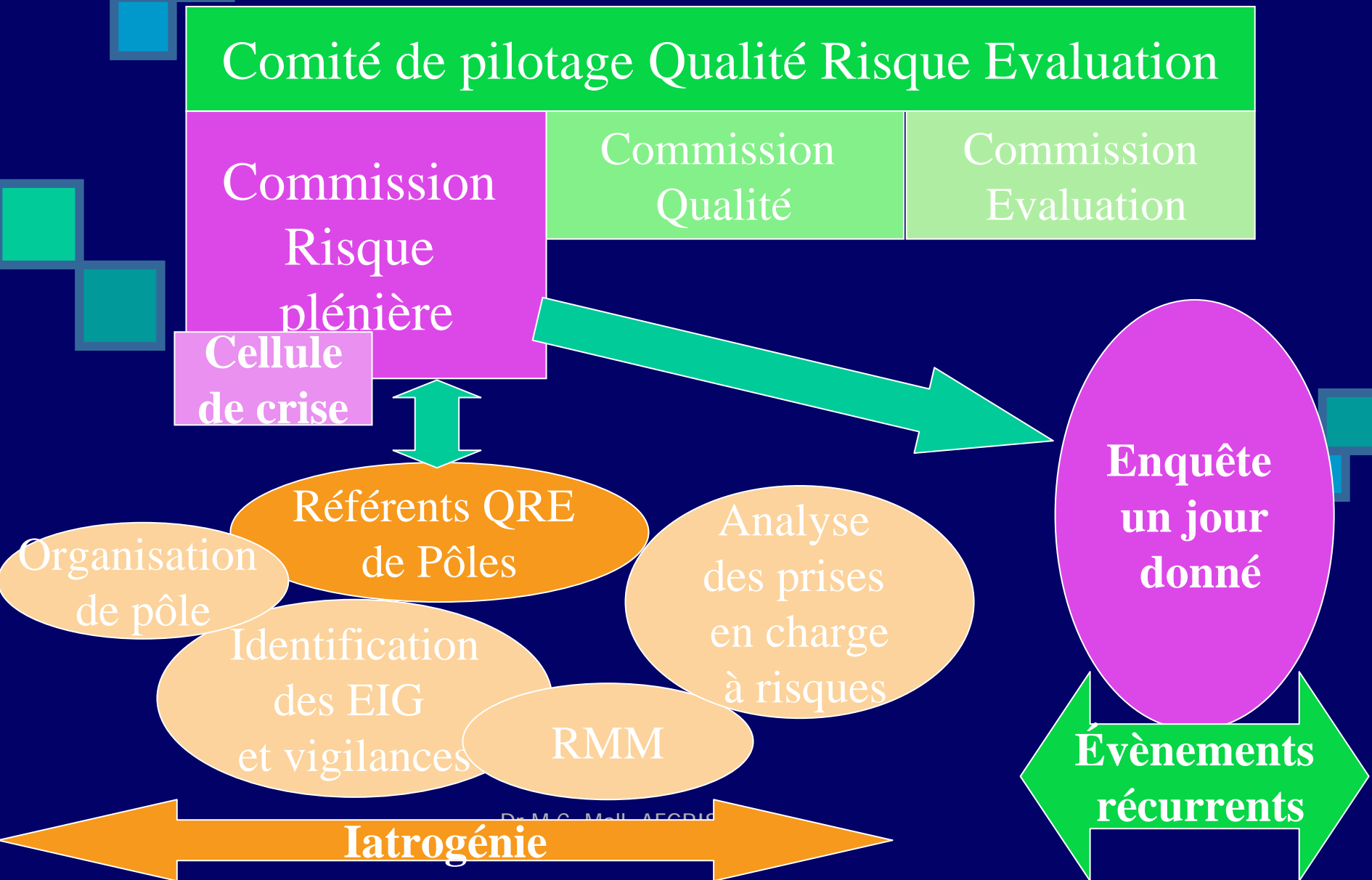
Hotellerie



Elaboration du plan annuel de gestion des risques



Une coordination des risques



Une coordination des risques

- Les membres clé assurant que chaque type de risque est individuellement pris en compte
 - Un coordonnateur des risques
 - La coordinatrice des vigilances
 - Les gestionnaires de risques spécifiques (sécurité, incendie, plan de secours, ..)
 - Des représentants des disciplines à risques (obstétrique, orthopédie, anesthésie..)
 - Des représentants des différentes directions (usagers, services eco, DRH..)
 - Des représentants de la CME
- Une homogénéité des outils d'analyse (échelles, grille de suivi, technique d'analyse de cause..)
- Examen périodique des résultats des secteurs et pôles
 - Analyse des EIG
 - Enquête un jour donné
 - Synthèse des tableaux de suivi (EIG RMM)
- Proposition annuelle au comité de pilotage d'un plan d'actions sur les risques priorités

Proposition de plan d'actions 2008

Thèmes considérés comme prioritaires
CRITICITE élevée : Graves et Fréquents :

Traiter les causes d'erreurs liées à l'identification des patients (communes à de nombreux EIG)

- Bracelets au bloc opératoire (suite visite SHAM)
 - Bonnes pratiques d'identification du patient (tous processus de PEC)
 - Formation, sensibilisation des soignants à l'administration des médicaments (approche facteur humain, lien avec le CRMDMS, et thématique réseau AQuaRES 49)
 - Renforcement de la Formation à l'hémovigilance
- Réflexion sur l'organisation du travail: continuité des actions et perturbation dans les tâches sensibles

Proposition de plan d'actions 2008

Thèmes considérés comme prioritaires

CRITICITE élevée : Bénins mais très Fréquents

- Amélioration du circuit d'approvisionnement du linge
- Mise en place d'une astreinte informatique (numéro unique et traitement des réclamations)
- Amélioration des conditions de transport des patients au sein de l'établissement

Conclusion

Les points forts:

- Le développement d'outils consensuellement admis permettant la comparaison et l'évaluation
- Un gros travail d'information pour l'implantation par pôle des outils de repérage des risques alimentant le système d'information
- Une responsabilisation des pôles sur le traitement de leurs risques
- Une dynamique de coordination et de partage de l'information
- La possibilité d'extraire des priorités en terme de criticité et donc de bâtir le plan annuel



■ Les points à améliorer:

- Un déficit d'outils automatisés pour la synthèse des données et la construction de bases de retour d'expérience
- Une difficulté à construire une vraie cartographie des risques institutionnelle (formalisme ou utilité?)
- Encore des acteurs à convaincre de partager leurs informations



UN CONSTAT :



**Hiérarchiser les risques
C'est difficile!**