

# **Atelier :** **quelle démarche de gestion des** **risques à l'hôpital ?**

**Bruno Grandbastien**

*Service de Gestion du Risque Infectieux et des Vigilances*

*CHRU de Lille*

*Faculté de médecine Henri Warembourg, Lille 2*

*Haut Conseil de la santé publique : commission « sécurité des patients »*

# Objectifs nationaux de sécurité du patient (1)

<http://www.jcaho.org>

[http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)

## identifier le patient

- Exigence : utiliser au moins deux moyens d'identification

## améliorer la communication entre soignants

- Exigence : procédure de relecture des prescriptions verbales et des résultats de tests critiques

# Objectifs nationaux de sécurité du patient (2)

- ❑ **améliorer la sécurité de médicaments à risque**
  - Exigence : retirer les solutions d'électrolytes concentrés des unités de soins
  - Exigence : revoir annuellement la liste des médicaments éliminer toute chirurgie erronée (patient, site/coté, procédure)
- ❑ **diminuer le risque d'infections nosocomiales**
- ❑ **diminuer le risque de dommages liés aux chutes**

# Objectifs nationaux de sécurité du patient (3)

- réconcilier les médicaments tout au long du parcours de soins**
- réduire le risque d'influenza et d'infections à pneumocoque**
- améliorer la sécurité du patient en l'encourageant à participer à ses soins**
- prévenir les escarres**

# La certification des établissements de santé

## Promotion de la gestion des risques par la certification depuis la V1

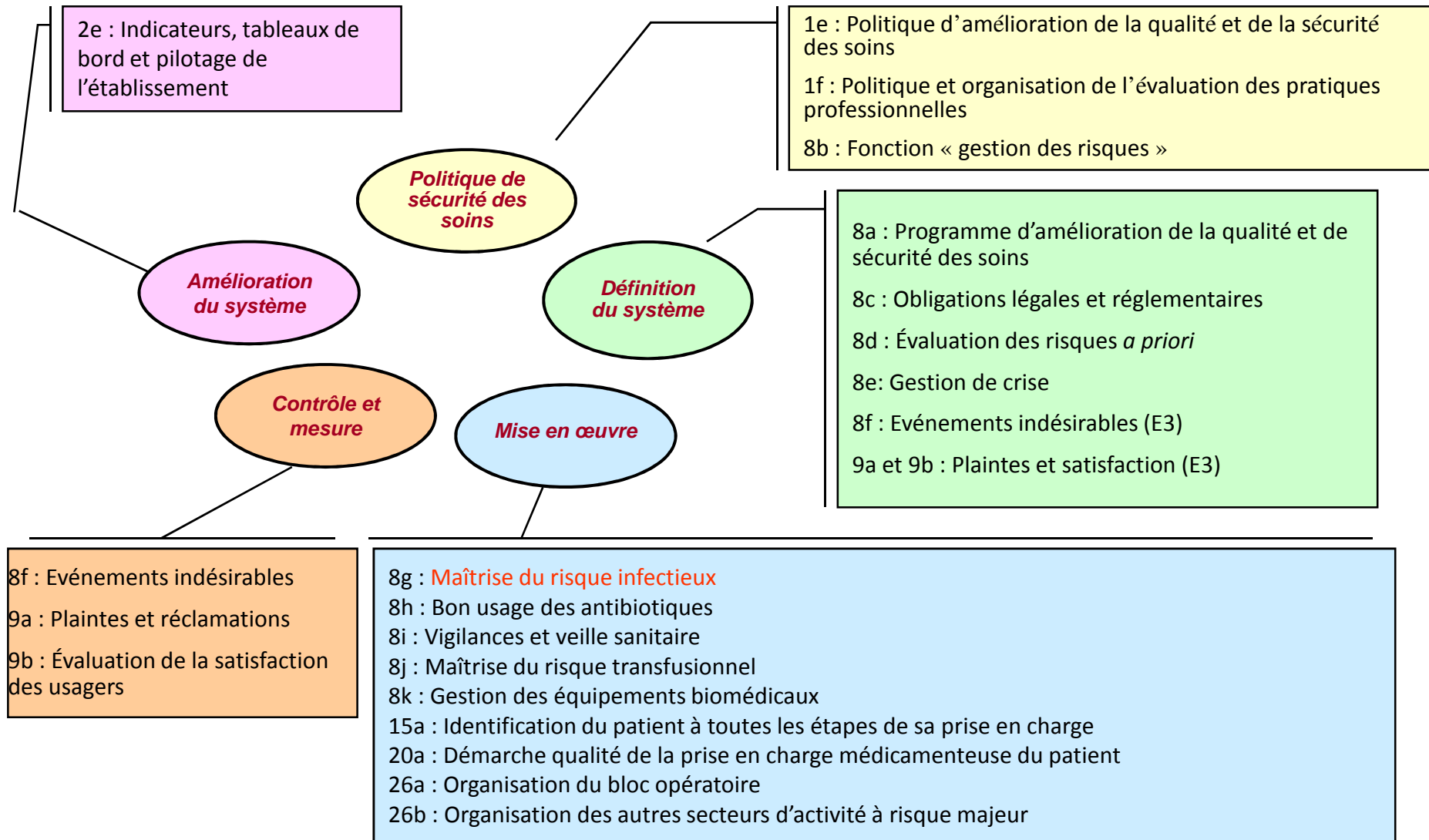
- ❑ Approche choisie
  - Risque patient, enjeu prioritaire de la gestion des risques en établissement de santé
  - Mise en avant d'invariants de la gestion des risques (politique, management, responsabilités, approches *a priori* et *a posteriori*, etc.)
  - Promotion d'une approche systémique
- ❑ Démarche contributive à la gestion des risques apportée par la certification
  - Analyse de la conformité réglementaire
  - Mise en place d'une démarche qualité et d'une démarche de gestion des risques
  - Auto-évaluation thématique
  - Visite par les pairs
  - Décision et suivi

# La certification des établissements de santé

## Renforcement en V2010

- ❑ Manuel et visite recentrés sur des sujets essentiels : les pratiques exigibles prioritaires (PEP)
- ❑ Exigences relatives à la mise en place d'un système de management de la sécurité
  - PEP sur :
    - Fonction gestion des risques
    - Recueil analyse d'événements indésirables liés aux soins
    - Gestion des plaintes et réclamations
  - Recherche de développement d'une culture de sécurité.
- ❑ Renforcement de la sécurité des processus de soins avec PEP sur :
  - Identification du patient
  - Prise en charge médicamenteuse
  - Bloc opératoire
  - Prévention de l'infection

# La certification des établissements de santé





# Expérience d'organisation de la gestion des risques au CH de Beziers

d'après Claire GATECEL  
(Journée « gestion des risques », Ministère, 2009)

# La démarche Gestion de Risques

Démarrage en 2001 par un état des lieux

Rapprochement « gestion des risques » et « qualité » en 2003

- Direction commune
- Mutualisation des moyens humains

Système de signalement centralisé en 2004

Méthodologie d'analyse de risque à priori en 2004

Intégration de la gestion des risques dans les projets :

- Projet médical en 2007, Projet d'établissement en 2008,
- Projet de pôle

Intégration de la gestion des risques dans la contractualisation

- CPOM en 2001, « Contrat de Bon Usage » depuis 2006
- Contrat de pôle : en 2009

# La démarche Gestion de Risques

- **Profil du Gestionnaire de risque**
  - Praticien Hospitalier clinicien
  - Master de « gestion des risques en ES »
  - Missionné à mi-temps sur l'activité de Gestion des Risques
- **Positionnement institutionnel**
  - En tant que médecin « gestion des risques »
    - Dans l'organigramme de la direction générale
    - Liaison fonctionnelle avec le directeur qualité / gestion des risques
  - En tant que praticien
    - Vice-présidente de CME

# Objectifs de la démarche « Gestion de Risques »

- Accompagner l'institution dans ses projets stratégiques
- Accompagner les professionnels de santé dans l'analyse de leurs pratiques
- Former les professionnels de santé à la maîtrise des risques
- Assurer la gestion du système de signalement
- Accompagner l'institution dans la gestion de crise
- S'ouvrir à l'extérieur : projet de recherche, HAS, structures régionales

# Valeur ajoutée de la « Gestion de Risques »

- Apport de la GDR dans la **gestion de projet institutionnel**
  - Maîtrise du processus de soin: ex. chirurgie ORL cancérologique, chirurgie ambulatoire, SAU...
  - Maîtrise de l'activité: ex: projet d'extension du plateau technique
- Apport de la GDR en **gestion de ressources humaines**
  - Maîtrise du risque professionnel et Document Unique
  - Gestion de l'absentéisme et « Modes dégradés »
  - Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences
- Apport de la GDR dans la **maîtrise du processus de soin**
  - Sécurisation du circuit du médicament
  - Maîtrise de l'identification patient
  - Sécurisation des processus à risque: ex. bloc opératoire, césarienne, urgence...



# **Les risques à l'hôpital :** **enquête ENEIS (enquête nationale sur** **les événements indésirables liés aux soins)**

d'après Philippe MICHEL  
(CCECQA)

# Objectifs

- ❑ Estimer l'incidence des événements indésirables graves (EIG) observés en milieu hospitalier
  - EIG causes d'hospitalisation
  - EIG identifiés pendant l'hospitalisation
- ❑ En estimer la part évitable
- ❑ Analyser les causes latentes et les facteurs contributifs

# Définitions

## ❑ Événement indésirable lié aux soins

- Diagnostic, thérapeutique, prévention, réhabilitation

## ❑ Grave

- Tous les EIG causes d'hospitalisation
- Certains EIG identifiés pendant le séjour hospitalier
  - Décès, menace vitale, incapacité
  - Prolongation ( $\geq 1$  jour)

## ❑ Évitable

- Ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante

*Participation de*

– 19 départements

– 71 E.S.

publics/privés

–292 unités

*tirés au sort*

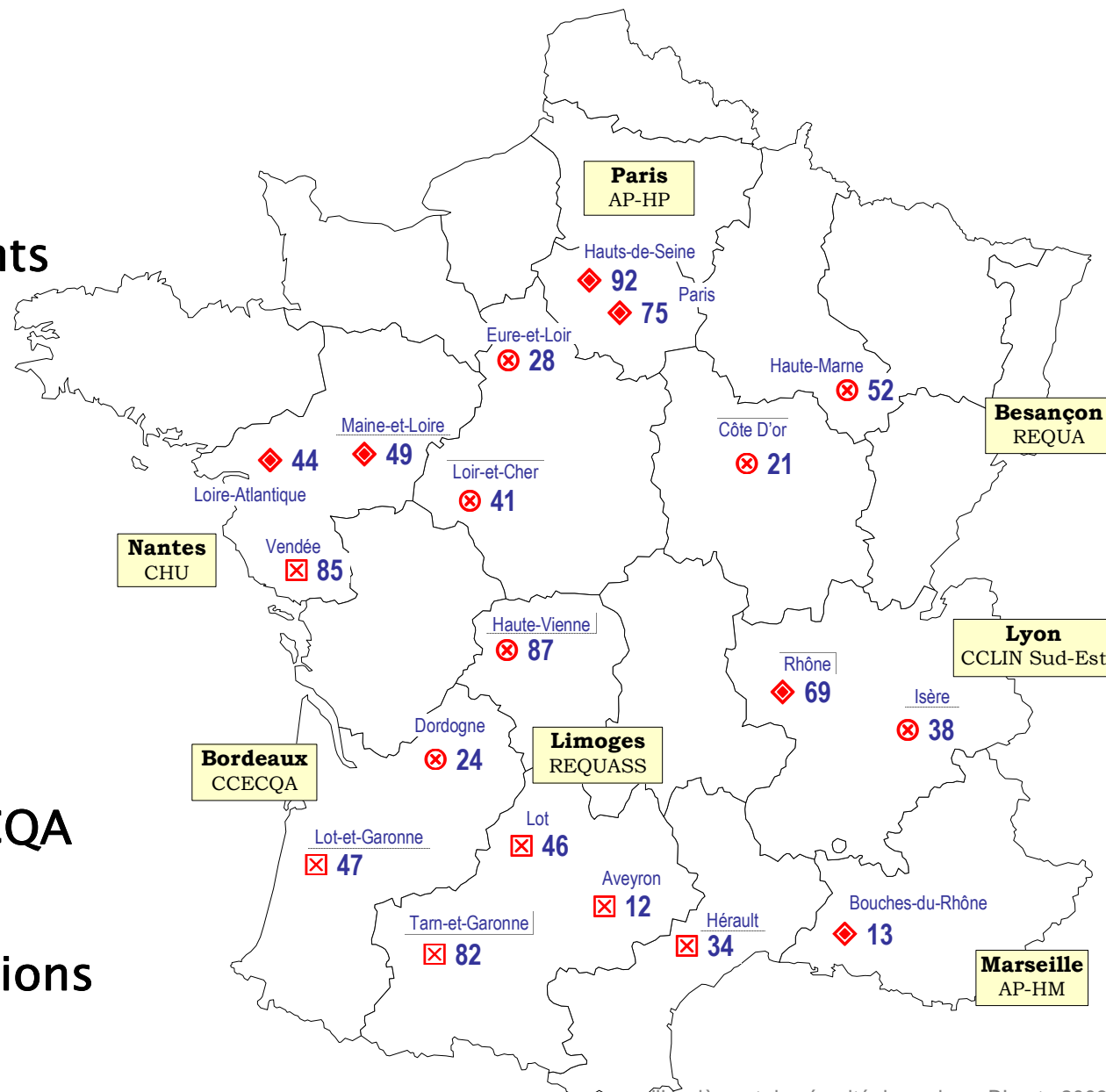
*Coordination*

*nationale : CCECQA*

Avec l'aide de 6

autres coordinations

de proximité



# Méthode d'identification des EIG

Détection  Confirmation

- Enquêteurs infirmiers
  - Avec le cadre de santé et les dossiers des patients
  - Trois passages pendant les 7 jours
- Enquêteurs médecins
  - Avec le médecin et les dossiers des patients
  - Un passage en fin de période d'observation

# Analyse des données

- **Densité d'incidence** des événements survenus pendant les séjours observés

$$DI = \frac{\text{nb de nouveaux EIG identifiés}}{\text{nb de jours d'hospitalisation}}$$

- **Proportion des patients admis** pour un EIG

$$\text{Proportion} = \frac{\text{nb de patients admis pour un EIG pendant la période d'observation}}{\text{nb de patients admis}}$$

# Caractéristiques générales

8 754 patients inclus  
35 234 jours d'observation  
450 EIG

- ❑ 203 EIG en médecine et 247 en chirurgie
- ❑ Pendant le suivi de 7 jours par unité, au moins un EIG dans
  - 66% des unités de chirurgie
  - 58% des unités de médecine
- ❑ Patients avec EIG âgés, dans un état clinique grave et complexe

# Parturiente de 22 ans (1)

- Suivie dans la maternité de la ville A
  - Avec notamment la consultation préanesthésique
- Souhaite accoucher dans la ville B
  - Deux consultations en fin de grossesse avec obstétricien
  - Qui a demandé, en vain, le dossier à A
- Admission le jeudi à 0h
- A 9h, col dilaté 4-5 cm
  - Demande insistante de péridurale par la parturiente
  - Appel de l'anesthésiste n°1

## Parturiente de 22 ans (2)

- ❑ 9h : refus de l'anesthésie en l'absence de dossier
  - Maternité A contactée : ouverture secrétariat à 11h
- ❑ 11h : Secrétariat maternité A : dossier inaccessible (dans carton car déménagement)
- ❑ 12h25 : l'obstétricien demande à l'anesthésiste n°2 de réaliser la péridurale (pas de dossier)
  - Enervé ; si pas d'APD, risque de césarienne
  - Patiente agitée, hyperalgique, dilatation 7 cm depuis 2h
  - Pose de la péridurale dans contexte d'agitation et de désorganisation, après vérification bilan d'hémostase
- ❑ 14h30 : accouchement par voie basse

## Parturiente de 22 ans (3)

- ❑ Lendemain matin : céphalée et fièvre
- ❑ Obstétricien : fièvre puerpérale 2g Augmentin
- ❑ Anesthésiste (fin de matinée, sortie du bloc)
  - Ponction lombaire : liquide trouble
  - Pas de germe à la culture
- ❑ Transfert en réanimation
- ❑ Sortie sans séquelle 15 jours après

# Parturiente de 22 ans (4)

## Méningite liée à une péridurale

Manque d'accessibilité des informations médicales

### Causes profondes

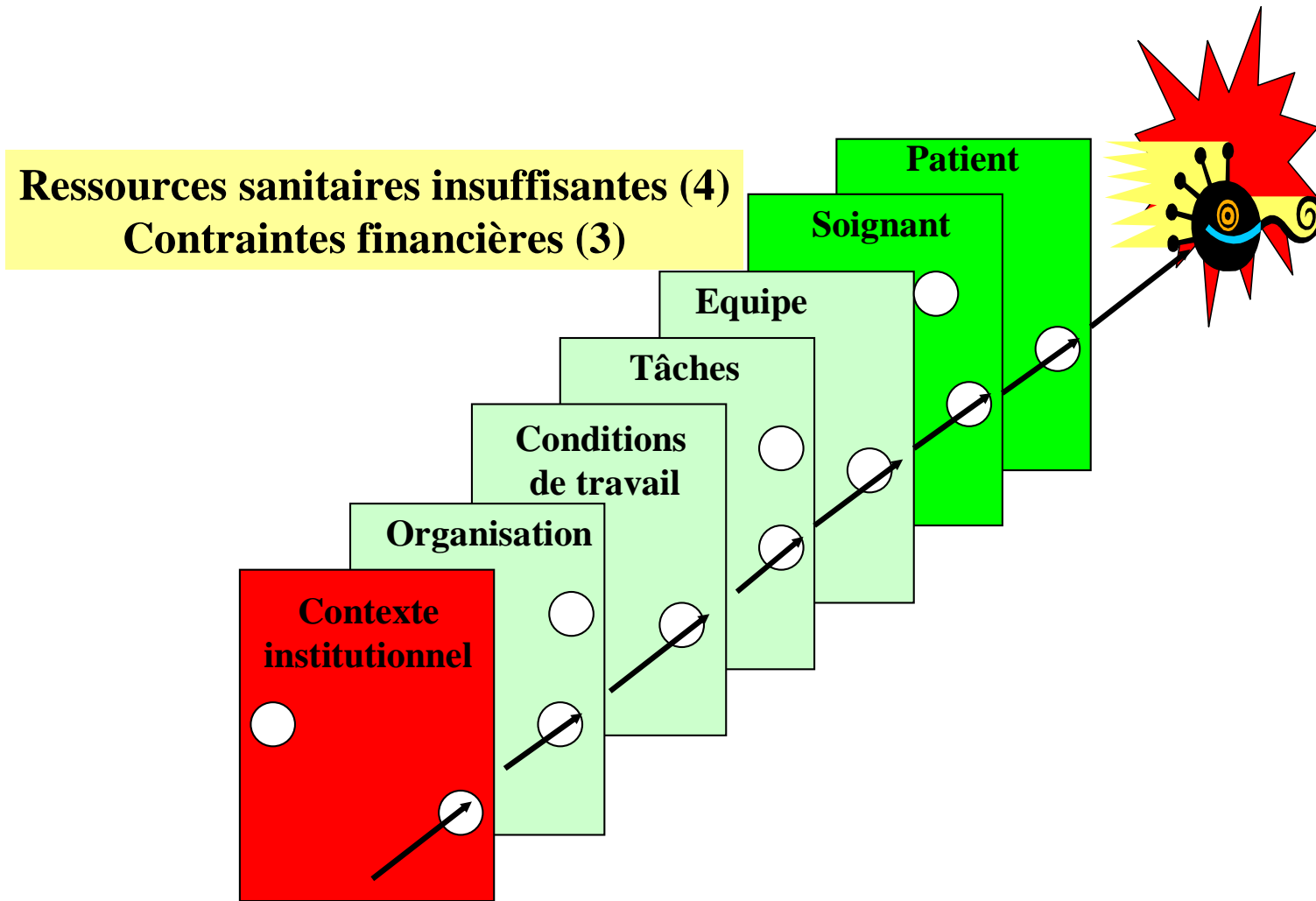
#### Défaillances actives

Non-respect des règles d'hygiène Retard de prise en charge



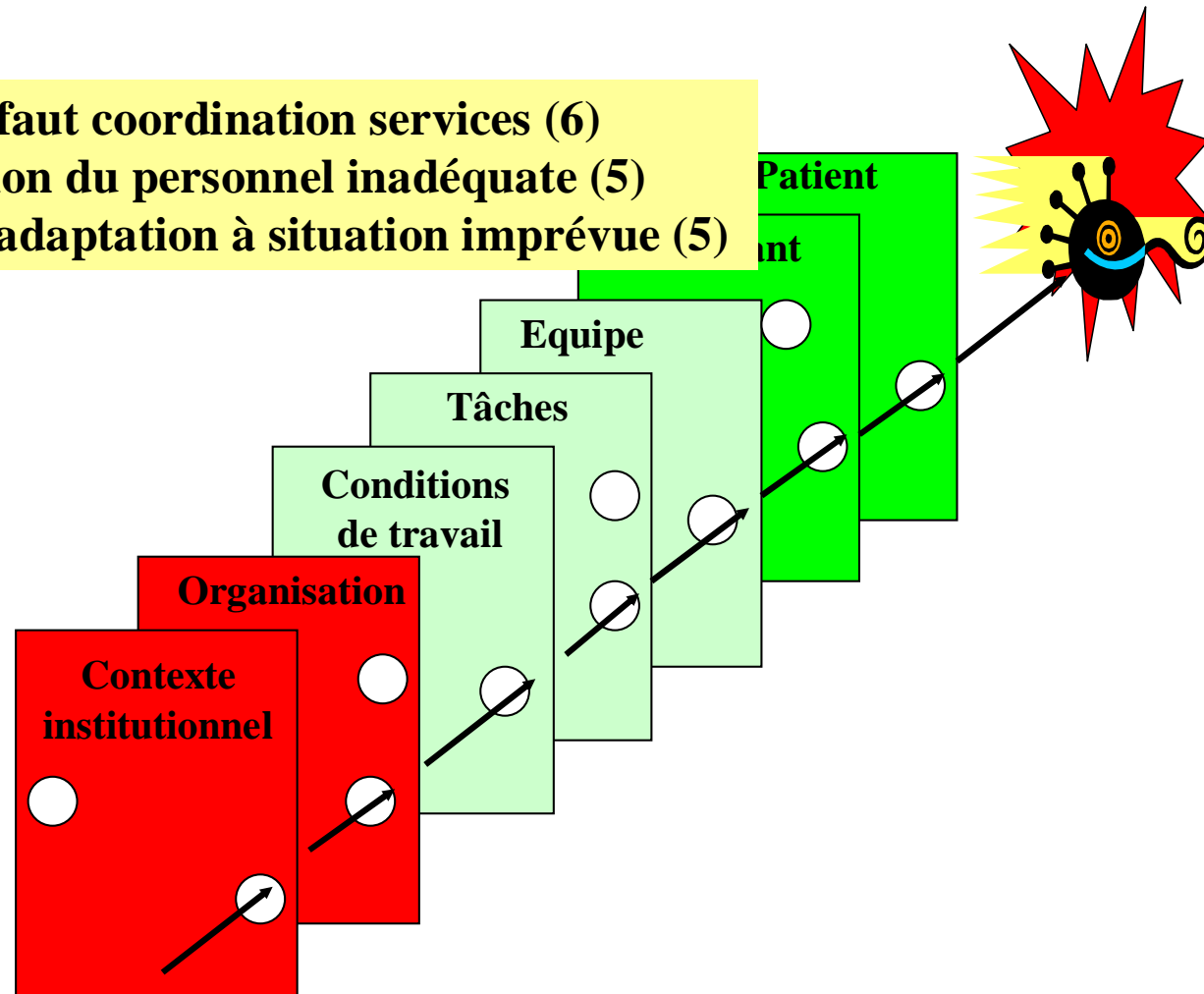
- Défauts de communication entre la parturiente et l'équipe de soins
- Planification de la péridurale non adaptée
- Climat tendu entre obstétricien et anesthésiste
- Mauvaise disposition mentale des professionnels favorisée par l'agitation de la parturiente
- Personnel intérimaire mal encadré
- Absence de procédures d'accueil et d'hygiène pour les accompagnants

# Fréquence de chaque type de défaillances latentes (45 EIG)

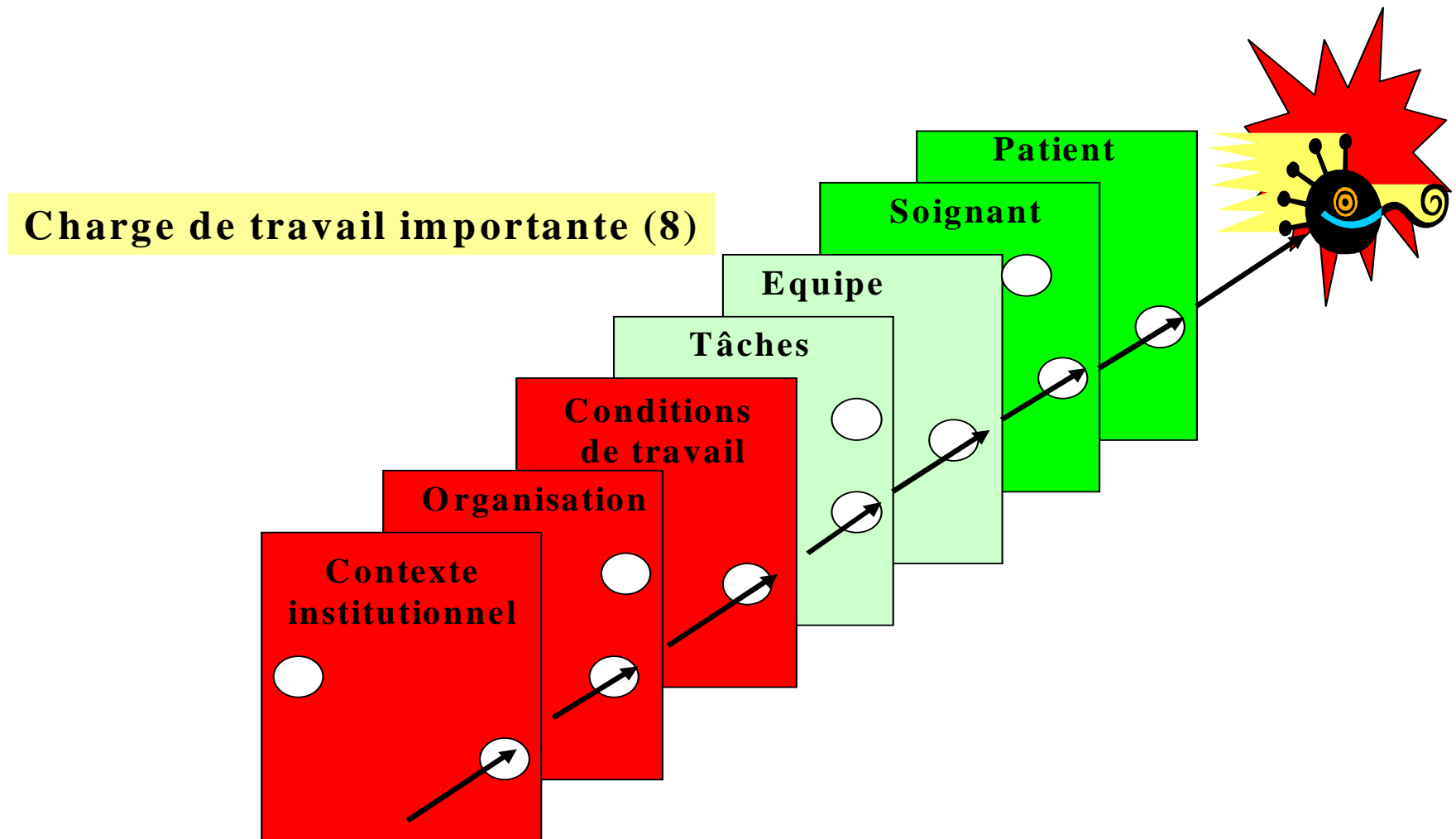


# Fréquence de chaque type de défaillances latentes (45 EIG)

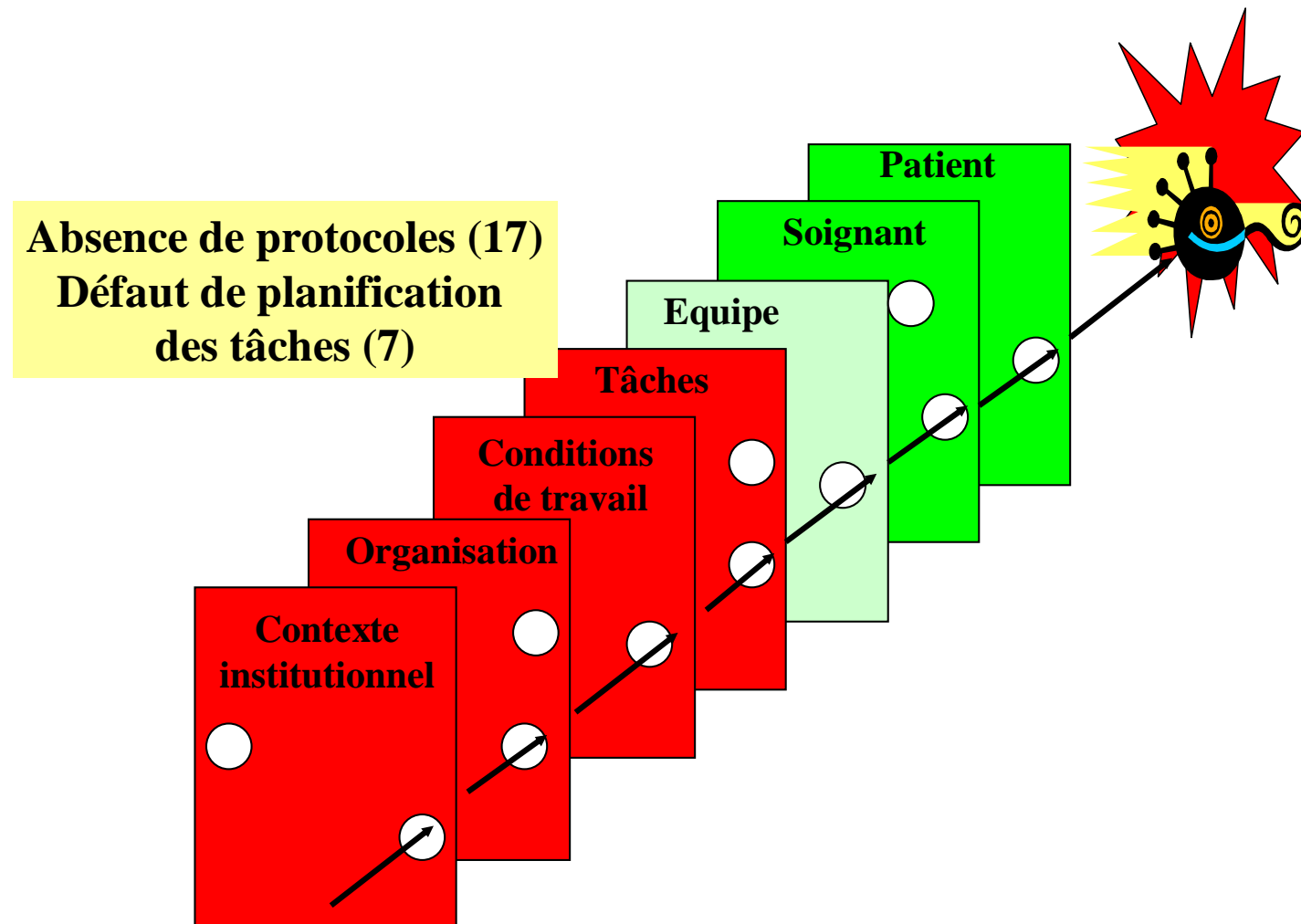
Défaut coordination services (6)  
Gestion du personnel inadéquate (5)  
Défaut d'adaptation à situation imprévue (5)



# Fréquence de chaque type de défaillances latentes (45 EIG)

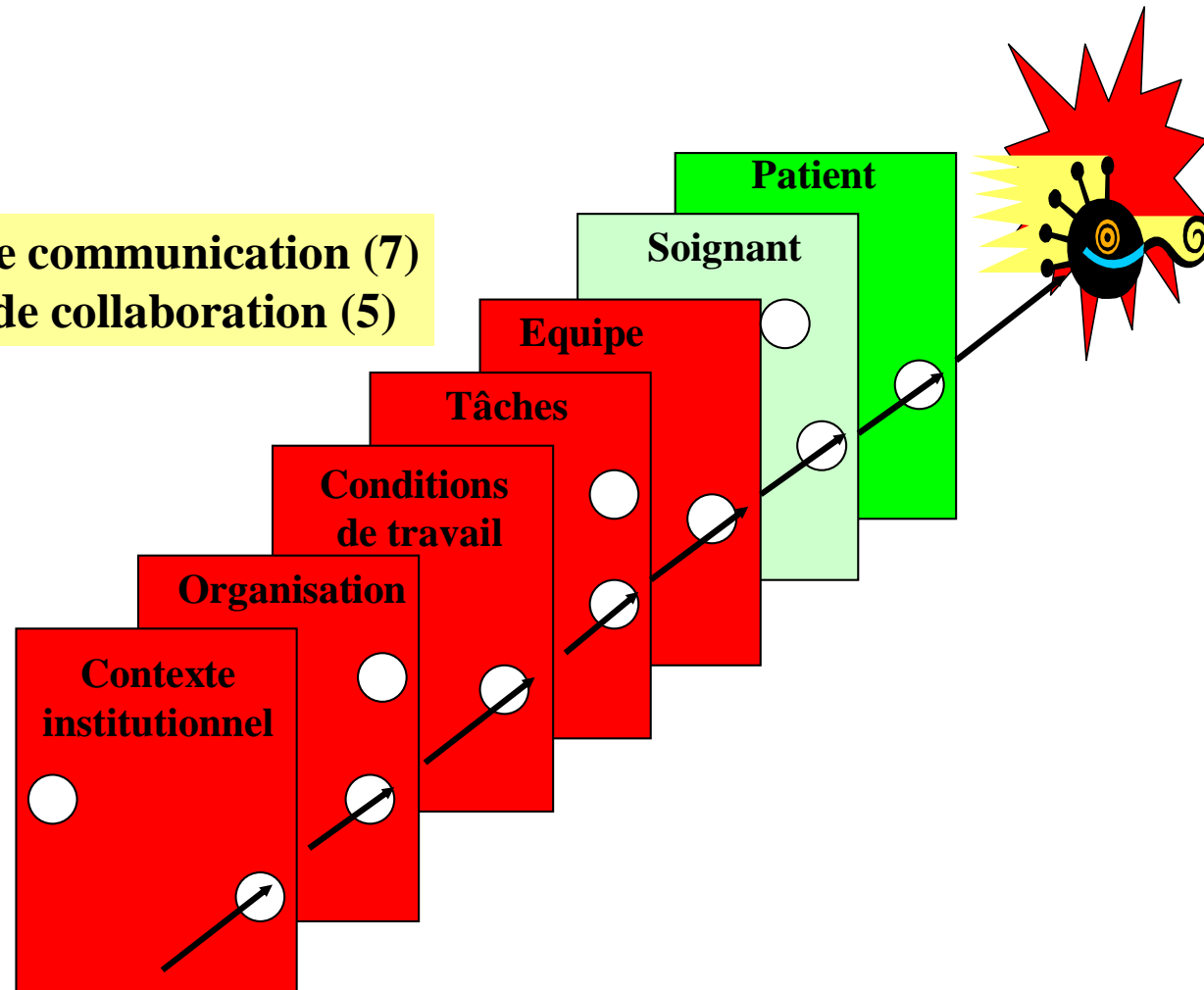


# Fréquence de chaque type de défaillances latentes (45 EIG)



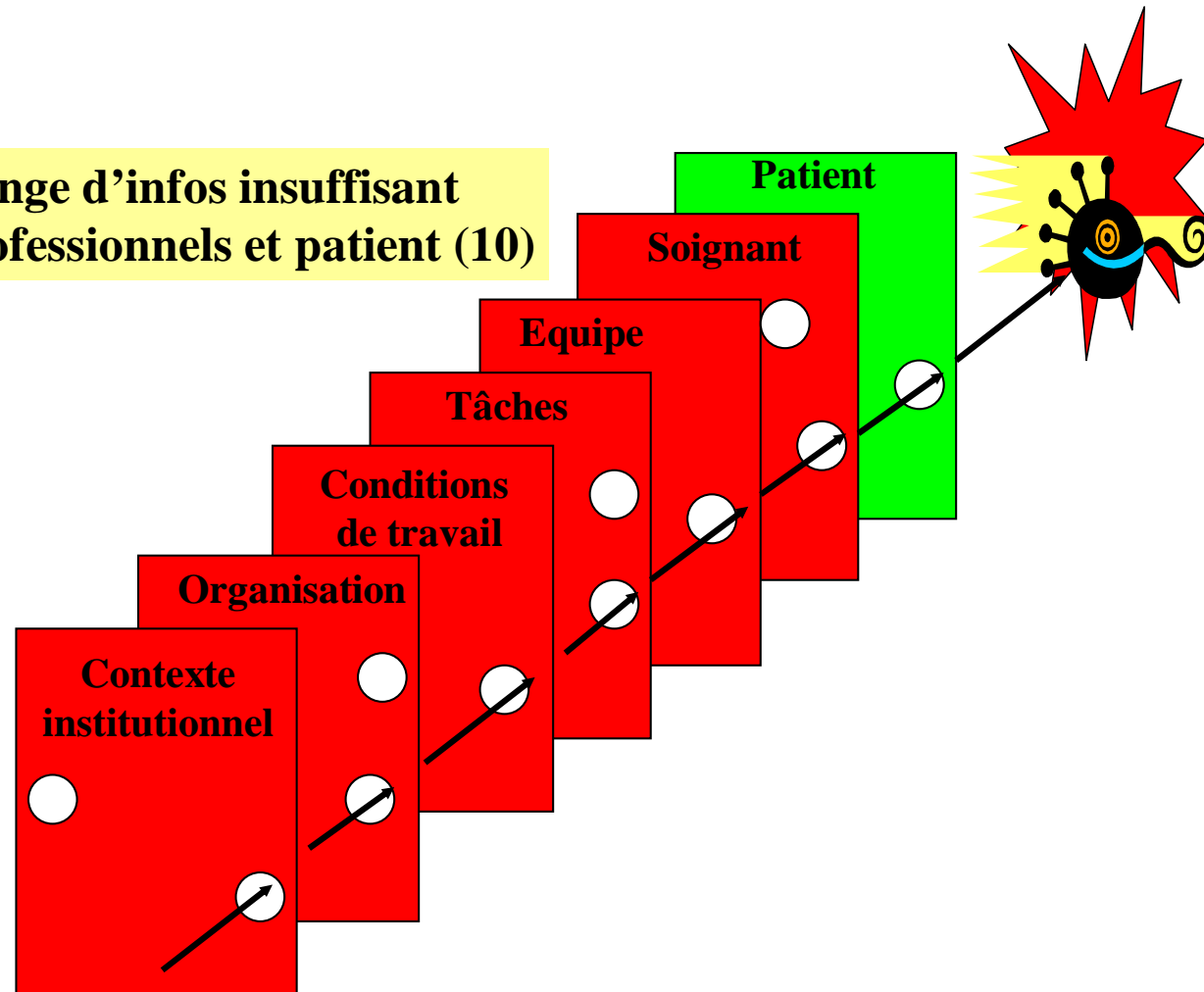
# Fréquence de chaque type de défaillances latentes (45 EIG)

Défaut de communication (7)  
Défaut de collaboration (5)



# Fréquence de chaque type de défaillances latentes (45 EIG)

Echange d'infos insuffisant  
entre professionnels et patient (10)





# **Illustration : analyse des causes**

d'après Florence DRELON  
(DU Hygiène Hospitalière et prévention des IAS, Lille, 2009)

# Problématique et Objectifs

- **Après deux ans de fonctionnement d'une stérilisation externalisée et des mesures correctives ponctuelles ...**  
**persistance de dysfonctionnements**
- **Objectif de l'étude :**
  - identifier les dysfonctionnements**
  - classer et hiérarchiser leurs causes**
  - proposer un programme d'action**

# Méthode (1)

- Approche par problème
- Analyse des fiches événement indésirable (FEI)
  - remplies au bloc
  - traitées au service qualité
- Période avril à décembre 2008
- Étude sur un des sites d'hospitalisation
- Classées en type de dysfonctionnement et regroupées en grands groupes de causes

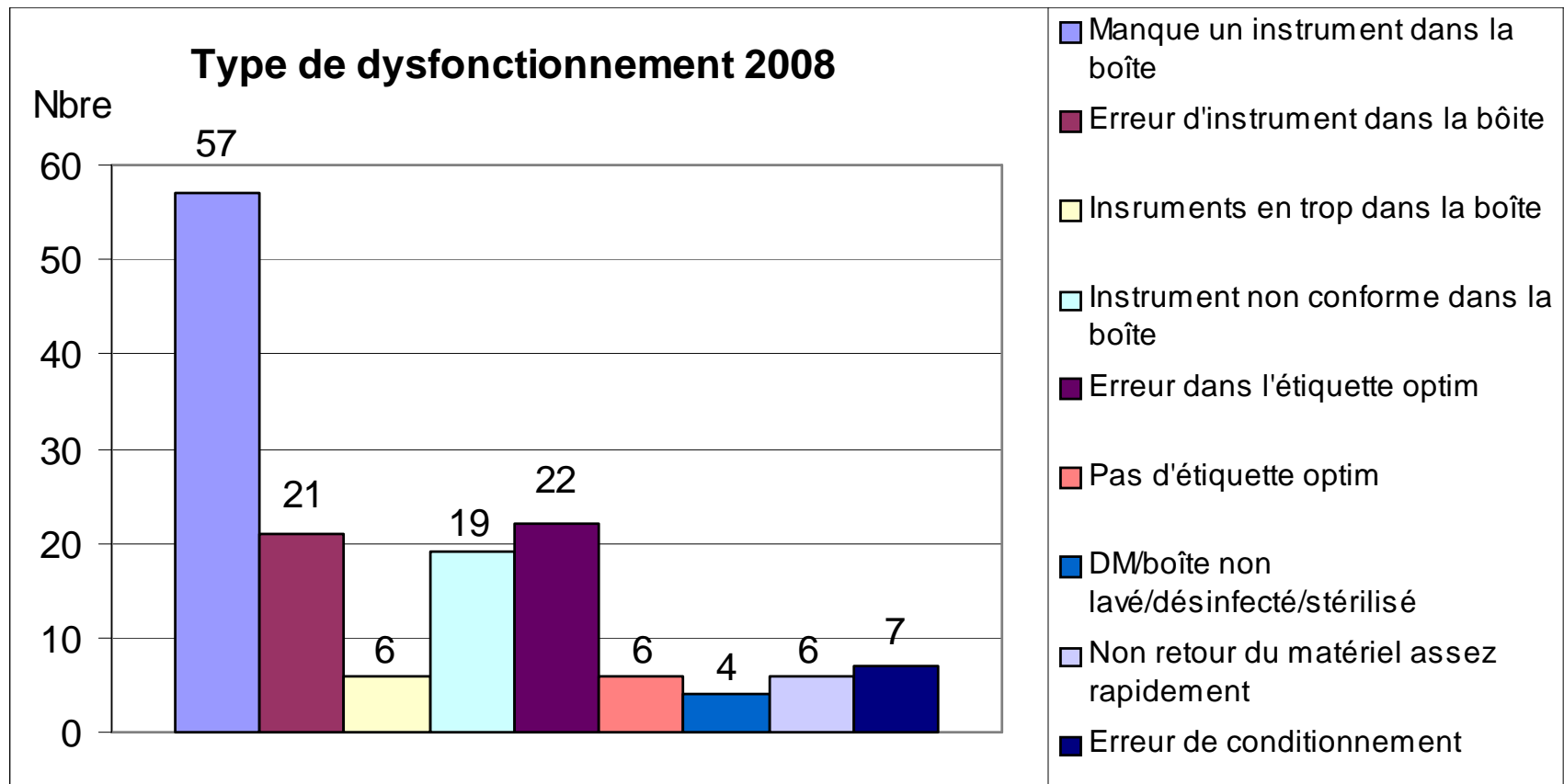
## Méthode (2)

- Diagramme de PARETO  
20% causes = 80 % problèmes
- Diagramme causes-effets d'ISHIKAWA pour la principale cause identifiée par le diagramme de PARETO  
Regroupement des causes par famille « 5M »

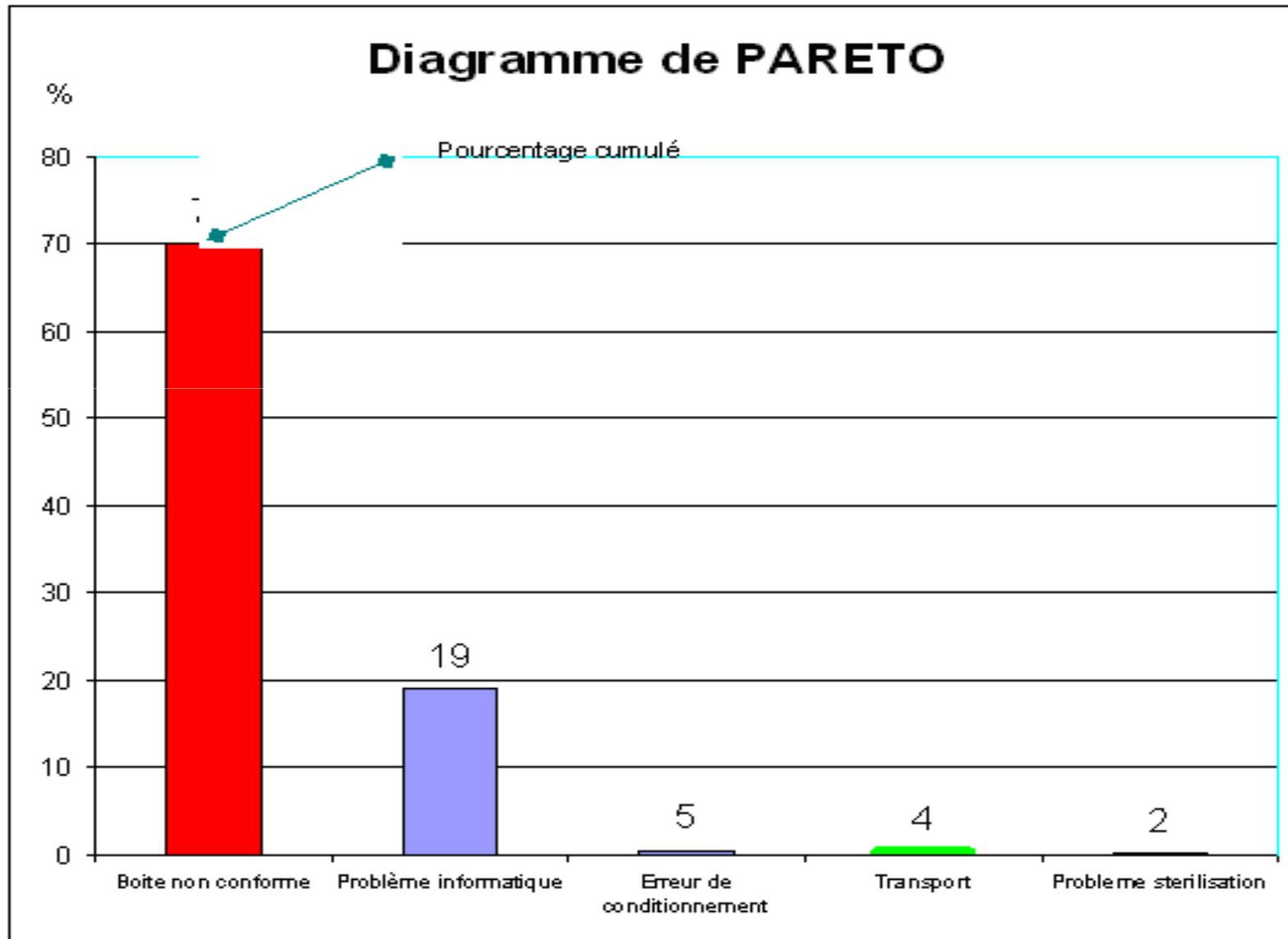
Main d'œuvre	Matériel
Matière	Méthode
Milieu	

# Résultats (1)

- 148 FEI (54%) sur 276 sont liés à un problème avec le service de stérilisation
- Classement par nature de dysfonctionnement



# Résultats (2)



# Résultats (3)

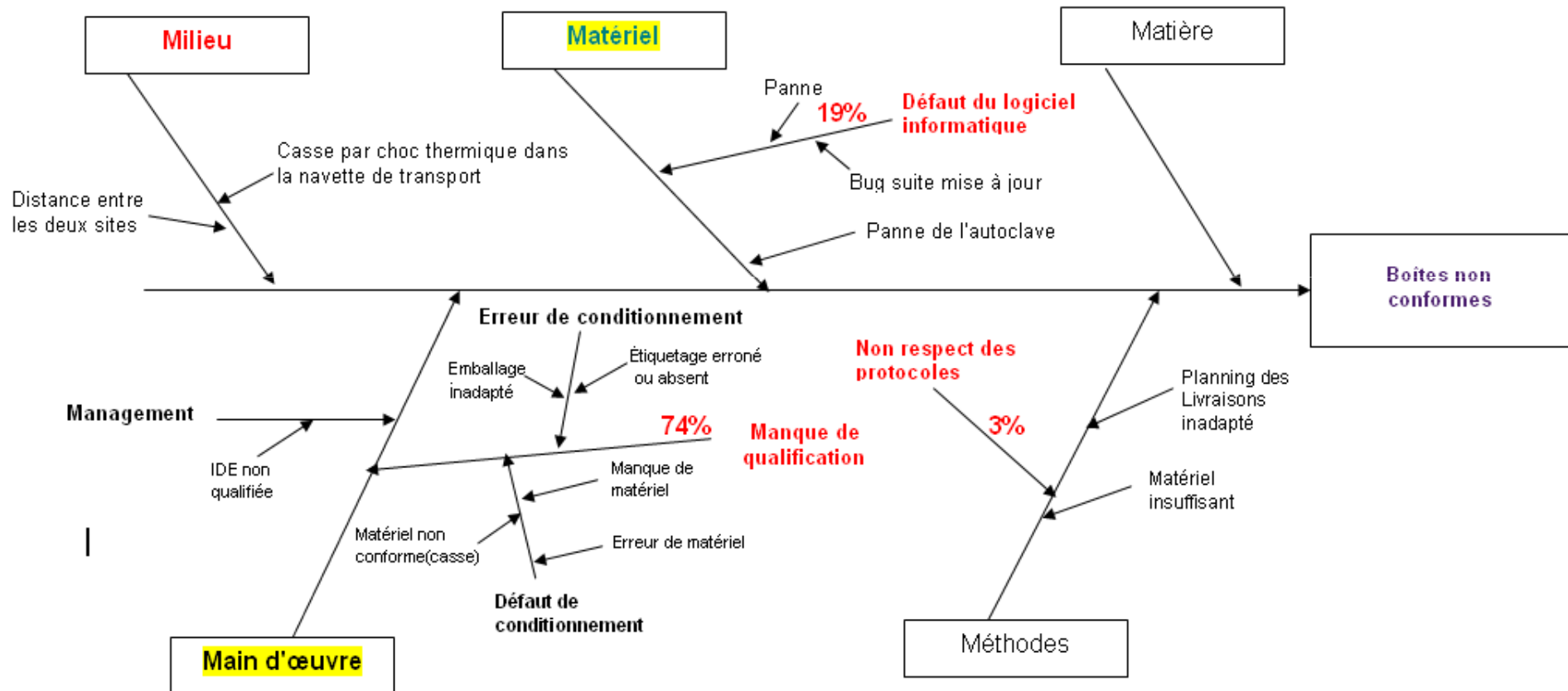


Figure 4 : Diagramme causes-effets d'ISHIKAWA pour l'analyse des causes de la non conformité des boîtes

# Discussion (1)

## ■ Bilan

- L'externalisation a fait passer le taux de dysfonctionnement de 5 à 54%
- Mise en évidence que le manque de qualification du personnel de notre prestataire est le facteur principal de dysfonctionnement
- Le système informatique génère moins de problème mais ils sont plus graves

