



CHU
Hôpitaux de
Bordeaux



Management des risques dans un établissement de santé

Dr Isabelle ROGER

Unité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance - Pôle de santé publique

Mission transversale de gestion des risques- Direction Qualité gestion des

Risques

CHU de Bordeaux



**Coût économique
Pression des assureurs**

**Evolution techniques
et scientifiques**

**Les EIG sont fréquents
et souvent évitables**

**Evolution sociétale,
demande des patients**

**Volonté du système de
santé de sécuriser les
soins**

**Management
des risques**

Judiciarisation

**Pression
médiatique**

**Obligation
réglementaire
Incitation des
autorités
sanitaires**



LANGON. Une jeune femme a tenté d'enlever un bébé hier matin, à la maternité. Le personnel aussitôt réussi à barrer sa fuite

L'enlèvement d'un bébé évité de peu



Une tentative d'enlèvement de nourrisson a échoué hier à la mi-journée, à la maternité de Langon, grâce au sang-froid et la réactivité du personnel présent dans le service. Un témoin



**Manuel de certification
des établissements de santé
V2010**

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Portail de signalement des événements sanitaires indésirables
signalement.sante.gouv.fr

Accueil

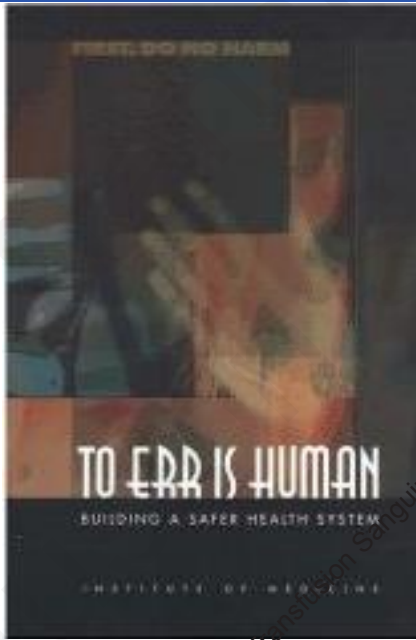
Signaler un événement indésirable, c'est 10 minutes utiles à tous

Vous êtes un particulier
Vous êtes la personne citernnée, un proche, un aidant, un représentant d'une institution (maire, directeur d'école), une association d'usagers ...

Vous êtes un professionnel de santé
Vous êtes un professionnel de santé ou travaillez dans un établissement sanitaire ou médico-social (gestionnaire de soins ou utilisateur d'équipement)

**programme national
pour la sécurité
des patients
2013 / 2017**





Etats Unis (1999) Institute of medicine
 40 000 à 100 000 décès /an suite à des EI
 8 ème cause de mortalité

En France ENEIS (2009)

1 EIG tous les 5j dans un service de 30 lits

Près de la moitié des EIG évitables

Des séjours fréquemment causés par des EIG associés à des PS et notamment médicaments

La fragilité des patients: 1^{er} facteur favorisant

<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>

DOSSIERS **solidarité et santé**

Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé
 Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004

N° 17
2010

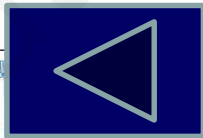
La DREES a réédité en 2009 l'Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS). L'objectif principal était d'estimer la fréquence et la part évitable des événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé et d'observer les évolutions par rapport à l'enquête de 2004. En 2009, 374 EIG ont été identifiés au cours de l'enquête, dont 214 sont survenus au cours de l'hospitalisation et 160 sont à l'origine d'une hospitalisation.

Parmi les EIG survenus en cours d'hospitalisation, dont le nombre est évalué en moyenne à 6,2 pour 1 000 Journées d'hospitalisation, 87 ont été identifiés comme « évitables », soit 2,6 pour 1 000 Journées. Par ailleurs, ont été observés en moyenne pour 1 000 jours d'hospitalisation, 1,7 EIG évitable ayant entraîné une prolongation d'hospitalisation et 1,7 EIG évitable ayant pour origine des actes invasifs ou des interventions chirurgicales. Enfin, la fragilité du patient est le premier facteur contributif à la survenue d'un EIG.

Concernant les EIG à l'origine d'hospitalisations, 4,5 % des séjours ont été causés par un EIG et 2,6 % l'ont été par un

Philippe MICHEL, Christelle BARRONDESI*, Monique LATHIEZ**, Catherine WOTHY-WOMEREAU †, Sandrine BOUWECOU ‡, Mylène CHALAZIE §, Marion ESCOFFIER ††, Frédéric BUISSONNET †††, Jean-Luc OLIVIER ††††, Lucile CLERY †††††

* - Centre de coordination de l'évaluation clinique de la qualité en Aquitaine (CECQA)
 † - DREES



Management...des risques

Management : « Ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise » *Larousse*

Gérer les risques



Gérer les risques

- Prévenir les risques déjà connus ou nouvellement identifiés grâce aux :
 - ▶ Données de la littérature, recommandations, exigences réglementaires
 - ▶ Analyses de risques a priori (visites de risques, AMDEC, Méthode Patient Traceur..)
 - ▶ Analyses a posteriori d'évènements indésirables (EI) remontés par les systèmes de signalement

Systemes de signalement des EI

- S'impose comme une évidence aux ES
- Techniquement : *relativement* simple à mettre en œuvre
- Véritable enjeu : organisation mise en place pour gérer ces évènements
 - ▶ Le traitement de l'information
 - ▶ La nature de l'analyse à réaliser (différentes méthodes possibles selon la gravité)
 - ▶ La mise en place d'actions et le partage d'expérience

Systemes de signalement des EI

- Systemes de veille et d'alerte, basé sur le volontariat avec toutefois des limites :
 - ▶ Sous déclaration importante (difficultés à identifier le problème, craintes de sanction)
 - ▶ Embolisation du systeme avec des déclarations d'EI peu graves au détriment des graves (4%- 10%)
 - ▶ Systemes déclaratifs parfois complexes pour les professionnels (dispositifs de vigilance lutte contre les EI associé aux soins)
 - ▶ Organisation très consommatrice en temps et en compétences

Systemes de signalement des EI

- Besoins de clarification : les outils et l'accompagnement
 - ▶ Définitions
 - ▶ Protection des signalants : charte d'encouragement au signalement et de non punition, outil d'aide à la décision pour les manager
 - ▶ Equipes dédiées et formées pour sensibiliser, convaincre, analyser et renforcer les barrières de prévention, détection et récupération



Qu'est ce qu'un **EI** grave associé aux soins ?

- Un évènement **défavorable** consécutif aux stratégies et actes de prévention, de diagnostic, de traitement ou de réhabilitation avec pour conséquence :
 - ▶ Décès inattendu
 - ▶ Mise en jeu du pronostic vital
 - ▶ Perte d'une fonction
- Ne résulte pas de l'évolution naturelle de la maladie



Charte d'encouragement au signalement



CHARTRE D'ENCOURAGEMENT AU SIGNALLEMENT DES EVENEMENTS

Ce document constitue l'**engagement du CHU** dans une démarche active de prévention des risques.

La sécurité des activités de toute nature constitue une préoccupation première et permanente pour tout établissement de santé.

Elle se fonde sur la connaissance et le traitement, jour après jour, des événements pouvant affecter la sécurité des patients et des personnels.

L'un des axes politiques du CHU de Bordeaux est d'améliorer sa connaissance de ces événements afin d'entretenir une culture de sécurité dans l'établissement et d'apporter les mesures correctives qui s'avèrent nécessaires après analyse.

Dans ce but, il relève de la responsabilité individuelle de chacun de communiquer **spontanément** et **sans délai** toute information sur les événements de cette nature. Ce devoir de signalement conditionne la mise en œuvre concrète de toute démarche de prévention.



La direction du CHU s'engage à ne pas entamer de procédure disciplinaire à l'encontre d'un salarié ayant signalé un manquement aux règles de sécurité, quelque soit son niveau d'implication dans l'évènement considéré.

Néanmoins, ce principe **ne peut s'appliquer** en cas de manquement **délibéré** aux règles de sécurité.

Talence, le 07 novembre 2016

Pr Philippe MORLAT
Président de la CMR

Luc DURAND
Coordonnateur général des soins

Philippe VIGOUROUX
Directeur Général

© Société Française de Transfusion Sanguine - Tous droits réservés



Outil d'aide à la décision

Management de l'erreur Guide d'accompagnement

Logo de l'Université de Bordeaux (U-Bordeaux) et de l'Association Française de Transfusion Sanguine (AFTS).
Date: Mai 2017

Recommandation pour l'encadrement

Vous êtes personnel d'encadrement, un événement indésirable associé aux soins est survenu dans votre service. Un ou plusieurs membres de votre équipe est (sont) impliqué(s).

Comment évaluer le niveau de responsabilité des professionnels impliqués ?

La très grande majorité des EIAS sont liés à des erreurs involontaires favorisées par des défaillances organisationnelles.

A partir de ce constat est apparue la notion de **culture sans blâme**. Cette approche permet de donner confiance aux professionnels et signaler leur propre erreur.

Cependant, il est essentiel d'établir une limite entre un comportement inacceptable et des actes risqués non condamnables dans le souci d'une **culture juste**.

Pour faciliter l'encadrement à évaluer le niveau de responsabilité et prendre une décision la plus juste, il est important de conduire une **réflexion au cas par cas en s'appuyant sur l'arbre décisionnel proposé au verso de la fiche**.

Comment utiliser l'arbre décisionnel ?

L'arbre décisionnel guide la réflexion autour de quatre questions associées à un niveau de responsabilité décroissant. Le questionnement s'effectue en deux étapes.

- | Etape 1 : au plus près de la survenue de l'événement | Etape 2 : à distance, après la réunion d'analyse des causes |
|---|--|
| <p>1. Intentionnalité de l'acte : Le professionnel a-t-il agi de manière délibérée avec l'intention de provoquer un dommage. Il peut s'agir d'un comportement de sabotage ou de malveillance.</p> | <p>1. Transgression des règles de sécurité : L'organisation a-t-elle encouragé ou découragé la transgression volontaire des règles de sécurité, s'agit-il d'un comportement individuel négligent ou exceptionnel ou d'un comportement routinier et suivi par le collectif de travail ?</p> |
| <p>2. Capacité à agir : La maladie, l'influence de drogues ou d'alcool peuvent altérer les capacités du professionnel et diminuer sa performance.</p> | <p>2. Test de substitution : Une personne différente, à qualification et compétences égales, aurait-elle pu commettre la même erreur dans des circonstances identiques.</p> |

L'erreur est inévitable dans toute activité humaine

Notion de « culture sans blâme », donner confiance et signaler les erreurs

Une « culture juste » (J. Reason) vise à supprimer la peur du blâme en définissant de façon largement partagée la limite entre l'acceptable et l'inacceptable

Qu'entend-on par EIAS ?

Un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est une conséquence défavorable pour le patient ou un dysfonctionnement dans le processus de soin, quelle qu'en soit la gravité ou la nature, consécutive aux stratégies et actes de prévention, de diagnostic, de traitement ou de réhabilitation.

Cet événement qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie.

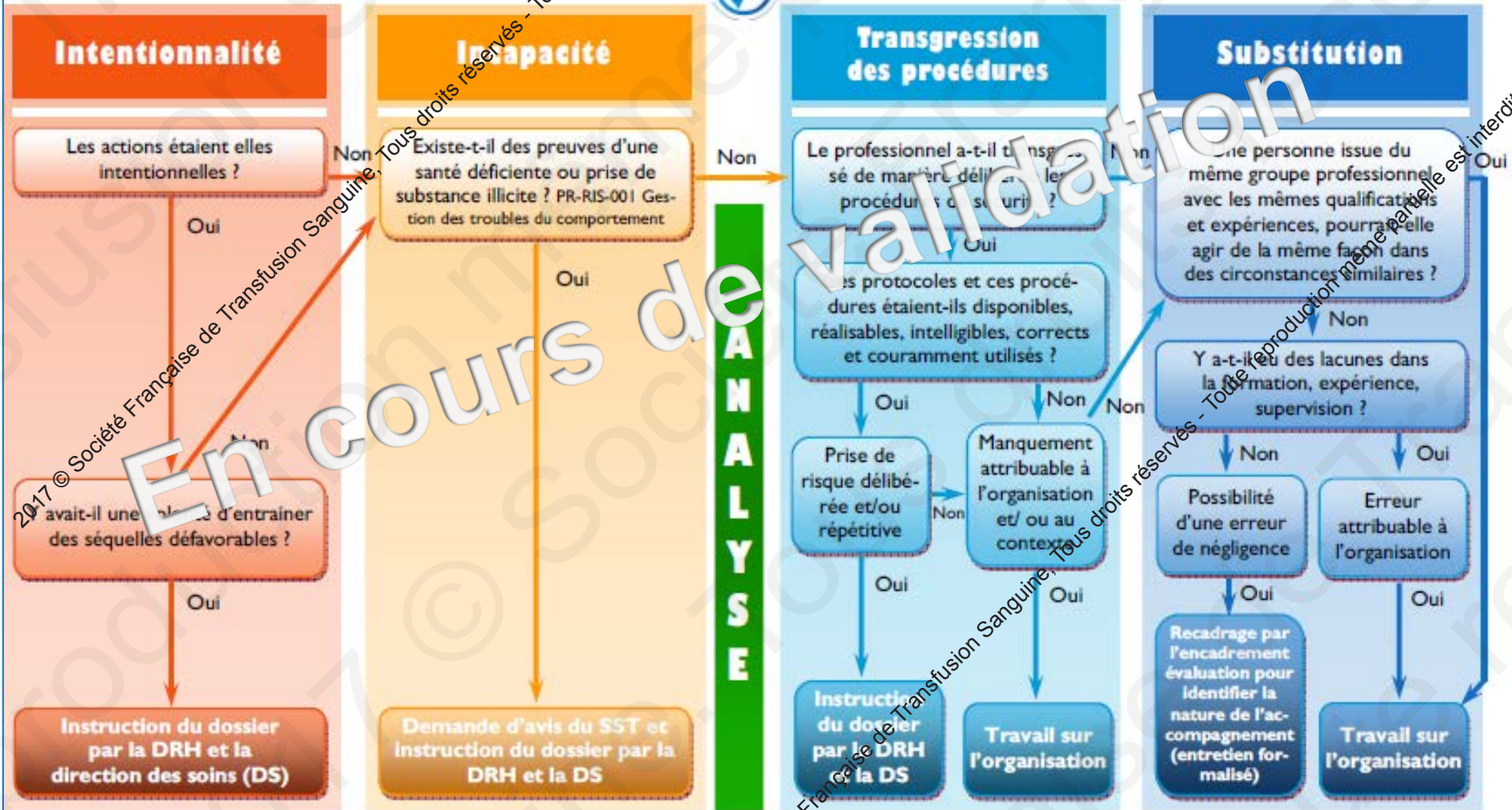
Outil d'aide à la décision

Arbre décisionnel relatif aux Événements Indésirables Associés aux Soins

Démarrer ICI

Dès la survenue de l'EIAS

A distance après analyse de l'EIAS



En fonction des circonstances la DRH, en accord avec l'encadrement, se réserve la possibilité de décider d'une suspension (à titre conservatoire)

Responsabilité en diminution



Management des risques : la gouvernance

- **Niveau stratégique / Pilotage** : directions, CME (commission médicale ou conférence médicale)
 - ▶ Politique qualité – sécurité des soins intégrée au projet d'établissement : engagement de la direction sur des priorités
 - ▶ Programme d'actions pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (élaboré par la CME et proposé au directeur)
 - ▶ Plan d'actions

Management des risques : la gouvernance

■ Niveau opérationnel :

- ▶ Coordonnateur de la gestion des risques, ingénieurs qualité risques,
- ▶ Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- ▶ Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
- ▶ Vigilants (hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, toxicovigilance....)
- ▶ Chefs de pôle, référents QR et professionnels de santé

Management des risques en ES : les défis

- Avoir une vision commune et partagée
- Décloisonner des différents dispositifs de signalements des EI (interactions et coordination)
- Avoir des pratiques managériales favorisant la confiance et la liberté de parole
- Mobiliser tous les acteurs afin d'ancrer la sécurité des soins au cœur des pratiques

Pour aller plus loin

- Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé (Guide HAS mars 2012)
- Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. Amalberti R et al (DREES juillet 2007)
- Evènements indésirables associés aux soins. Résultats des enquêtes nationales 2009 et 2004. P Michel et al (DREES 2010)
- Circulaire DGOS /PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application de décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins