

2017 © Société Française de Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle.



GESTION DES RISQUES A POSTERIORI DANS UN ÉTABLISSEMENT RÉGIONAL

Septembre 2017

Aude Thiery,

efs.sante.fr

ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG – GESTION DES RISQUES A POSTERIORI DANS UN ÉTABLISSEMENT RÉGIONAL – SFTS 20/09/2017

©

GESTION DES RISQUES

A postériori ?

➔ Qu'est ce que la gestion des risques à postériori

Contrairement à la démarche à priori, c'est une approche **réactive** après la survenue d'un accident (ou incident)

➔ Objectif du système

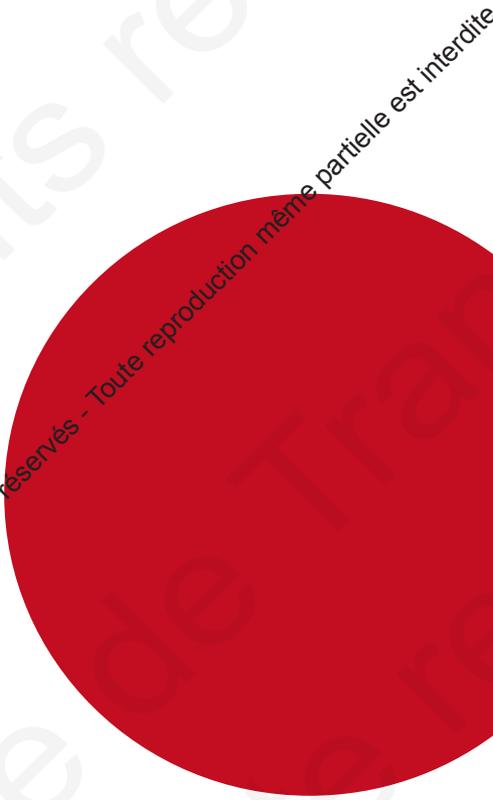
- ➔ **Recueillir et traiter** les événements indésirables qui se sont produits
- ➔ **Communiquer** les bonnes informations aux bonnes personnes
- ➔ **Intégrer** les actions correctives dans les pratiques des acteurs métier
- ➔ **Surveiller**

GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

Démarche régionale



IDENTIFIER LES DONNÉES D'ENTRÉE



DONNÉES D'ENTRÉE

Les sources

Quelles sources
pour identifier
les événements
indésirables ?

Audits

Inspections

Comité
Sécurité
Risques
national

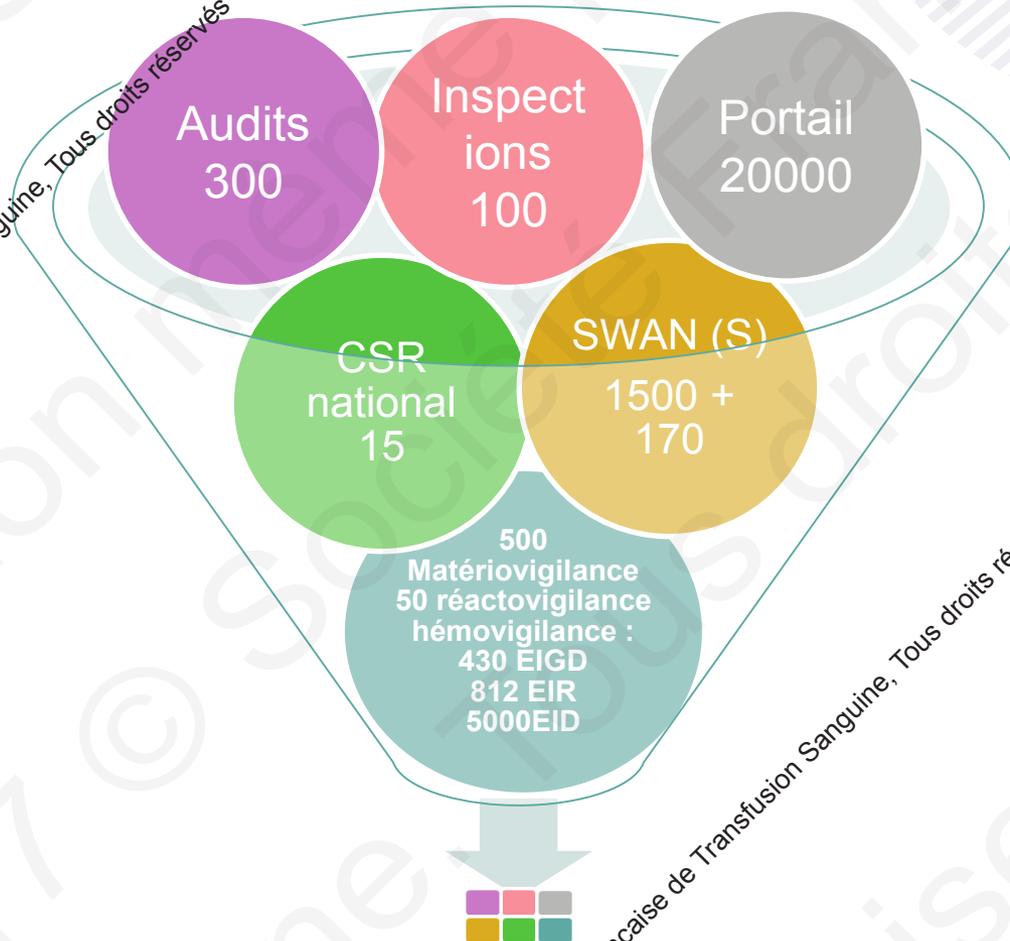
Portail
de
surveillance

Vigilances

Non
conformités

DONNÉES D'ENTRÉE

Les sources



Informations critiques ➔ tableau de bord

DONNÉES D'ENTRÉE

=> tableau de bord

CSR national

- ↳ actions impactant l'établissement

Audits

- ↳ Non-conformités critiques (>G3) ou récurrentes

Portail

- ↳ Anomalies critiques (indicateurs)

Vigilances

- ↳ Evénements notables
- ↳ Alertes descendantes
- ↳ Indicateurs

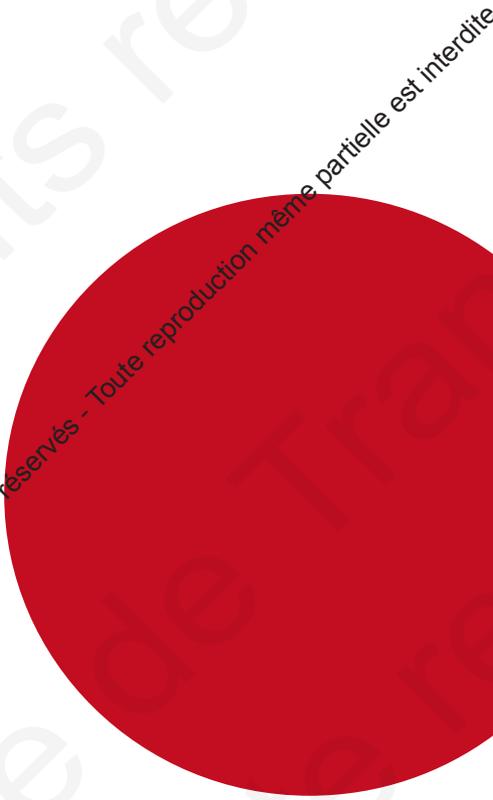
SWAN (S)

- ↳ Non-conformités critiques (>G3) ou récurrentes
- ↳ Comparaison des % d'anomalies SWAN / QBD

Inspections

- ↳ Ecart majeurs / critiques

DÉFINIR UNE ORGANISATION



DEFINIR UNE ORGANISATION

Responsabilités

Rôle stratégique

Comité de direction /
Comité sécurité risques

- ❖ Définir une politique gestion des risques
- ❖ Valider les plans d'actions
- ❖ Fixer des objectifs d'amélioration
- Assurer le suivi

Rôle d'expert

Le service qualité / DQ
référénts qualité processus

- ❖ Organiser la gestion des risques
- ❖ Centraliser et structurer les informations sur les risques
- ❖ Hiérarchiser les événements indésirables
- ❖ Evaluer les actions

Rôle de coordination

Les référents des Risques (vigilants,
responsable HSE)

- ❖ Réaliser la veille sanitaire (alertes descendantes et ascendantes)
- ❖ Analyser les événements indésirables
- ❖ Former/ Informer le personnel, les instances

Rôle opérationnel

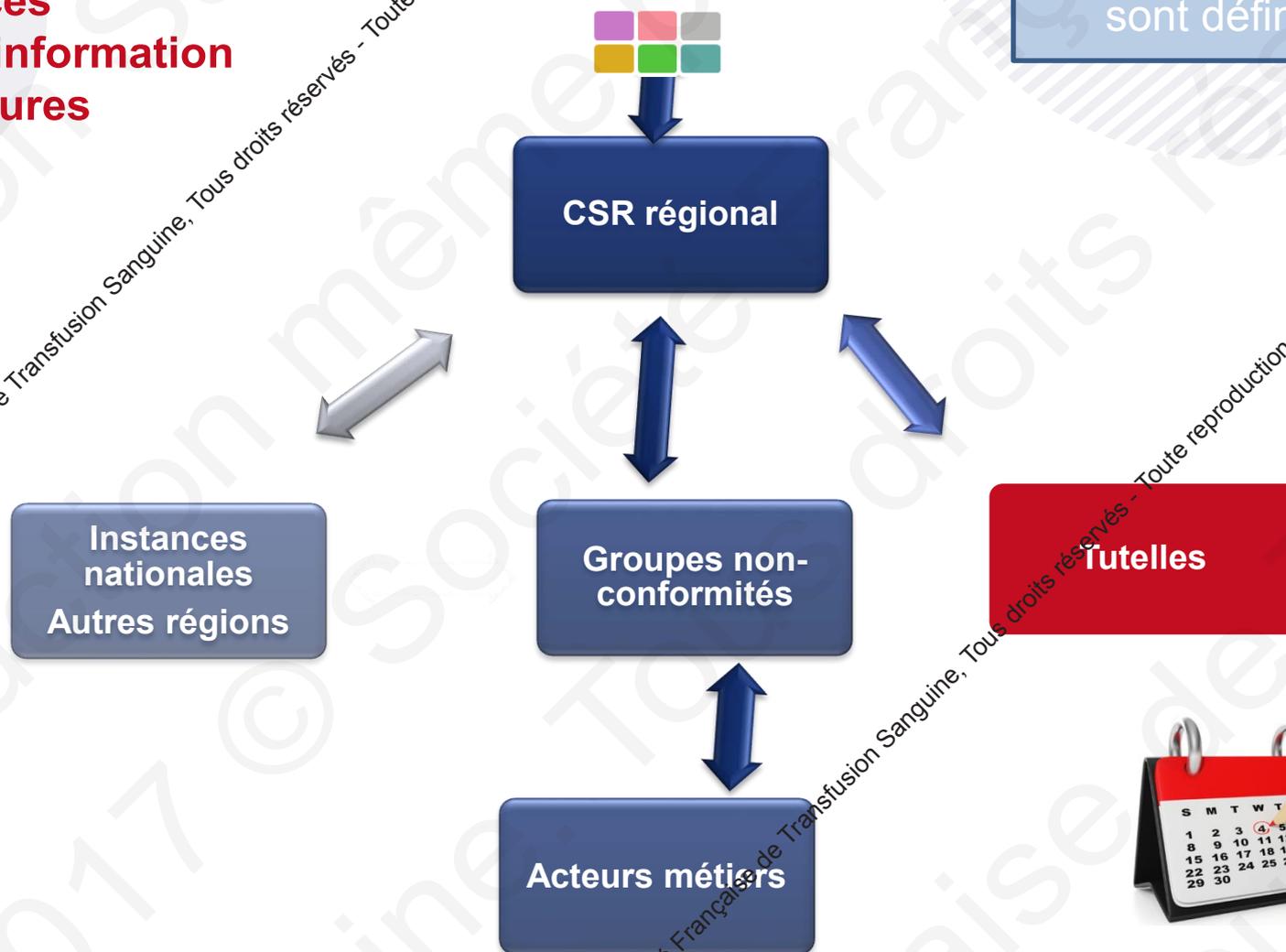
Personnel / Cadres, médecins, techniciens
Groupes « non-conformités »

- ❖ Identifier les nouveaux risques et/ou les risques non maîtrisés
- ❖ Participer aux analyses des événements indésirables
- ❖ Mettre en œuvre les actions

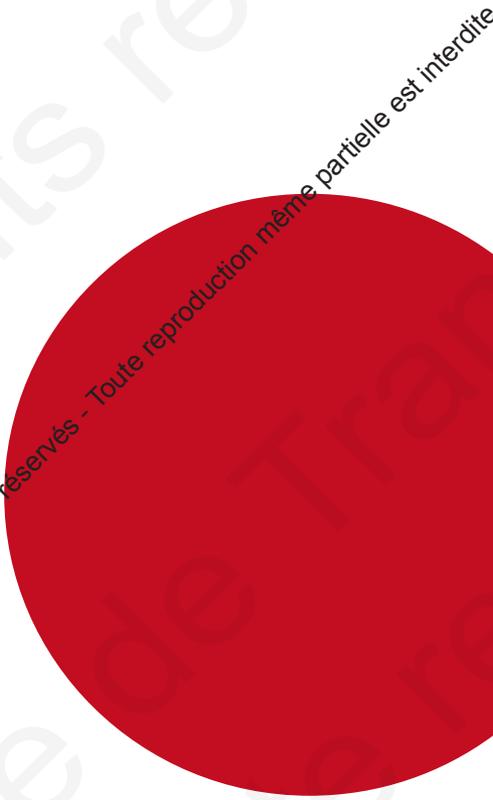
DEFINIR UNE ORGANISATION

Instances
Flux d'information
Procédures

Les modalités de restitution des données aux acteurs métiers sont définies



ANALYSER AGIR PÉRENNISER SURVEILLER



ANALYSER AGIR

Les questions à se poser

ÉVÉNEMENT

Identifier la chronologie des faits

Statuer sur la récurrence

Valider la gravité

Analyser l'étendue de l'écart

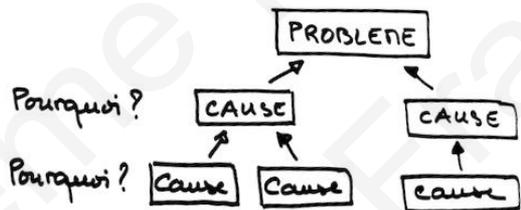
Rechercher les causes racines

Définir et déployer les solutions

ANALYSER AGIR

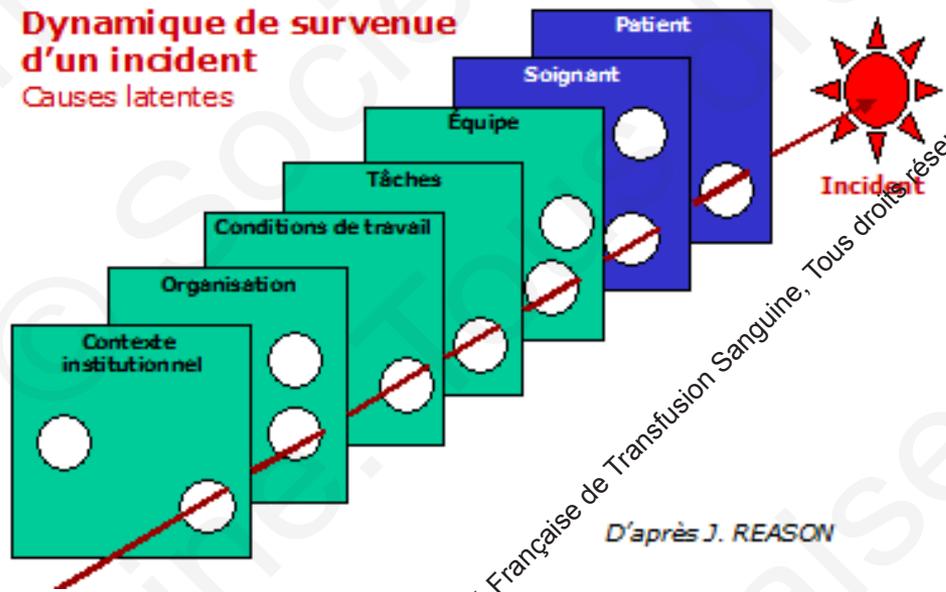
3P, 5...9M, Modèle de Reason

Analyse **non culpabilisante** des erreurs



Dynamique de survenue d'un incident
Causes latentes

Facteurs systémiques
85%



Facteurs individuels
15%

D'après J. REASON

2017 © Société Française de Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Toute reproduction même partielle est interdite.

PÉRENNISER

Bien communiquer



→ Une direction engagée

→ Un retour d'expérience organisé

→ Une communication en terme de risque

Anomalie : étiquetage manquant

Risque : perte de produit

Décision/action : revoir la procédure

Anomalie : non prise en charge d'un fax

Risque : retard de délivrance d'un produit

Décision/action : déployer les reports de fax en chambre de garde

La mobilisation de acteurs terrain passe par le partage d'**enjeux communs**. La communication autour des erreurs doit être **pédagogique**, les informations partagées doivent donner **du sens** aux actions

PÉRENNISER

Capitaliser analyses et actions

➔ Alimenter les analyses de risques

- ➔ Pour remettre en question les moyens de maîtrise
- ➔ Pour **transmettre** : en intégrant les risques et moyens de maîtrise aux formations et procédures



SURVEILLER

s'assurer que les
risques identifiés
sont bien **maîtrisés**

➔ Suivre les actions

➔ Plan de réduction des risques

➔ Efficacité des actions

➔ Faire de l'audit un outil de maîtrise des risques

➔ Surveillance des points sécuritaires

➔ Plans de contrôle

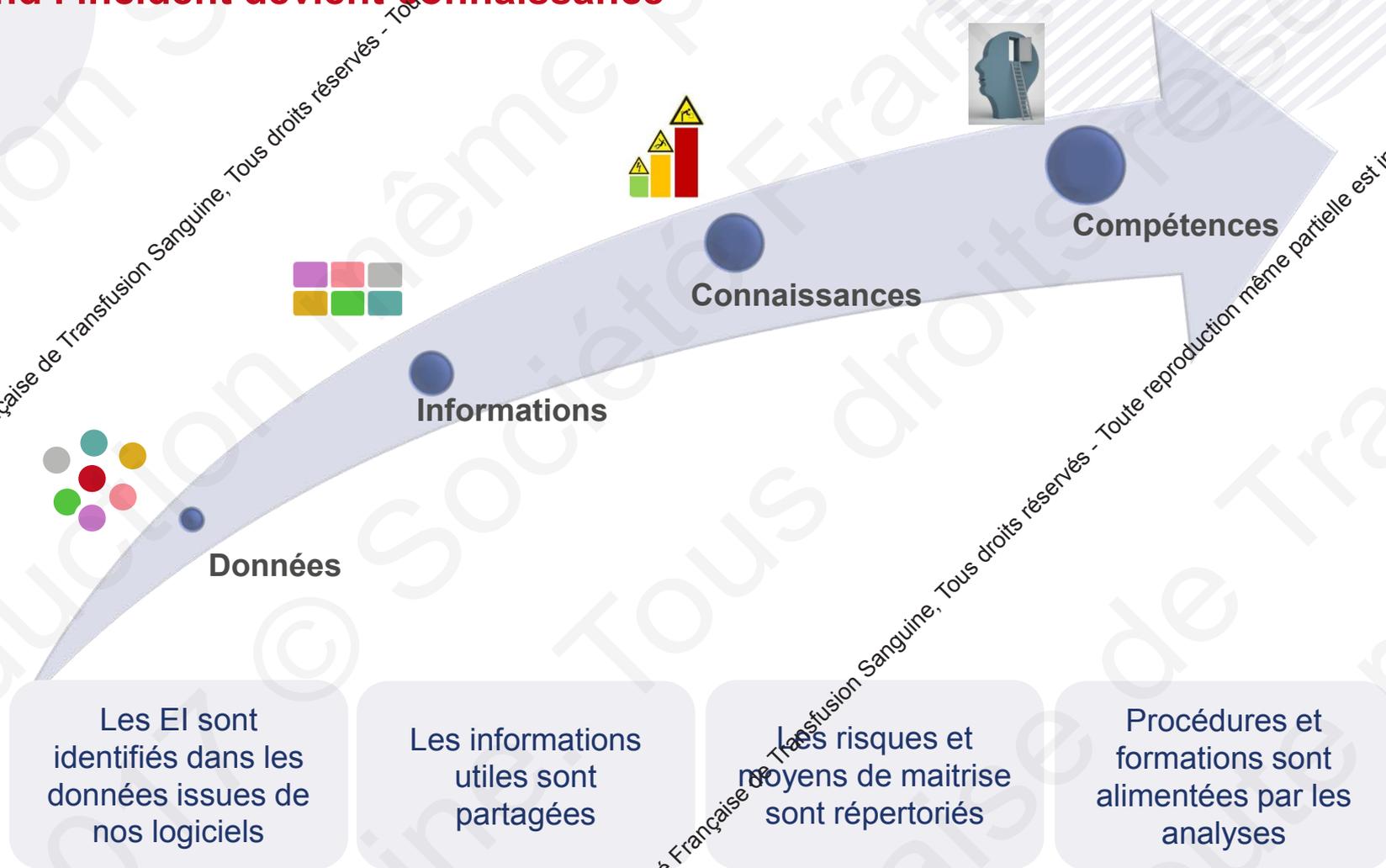
➔ Tableau de bord de la direction

2017 © Société Française de Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle.

CONCLUSION

CONCLUSION

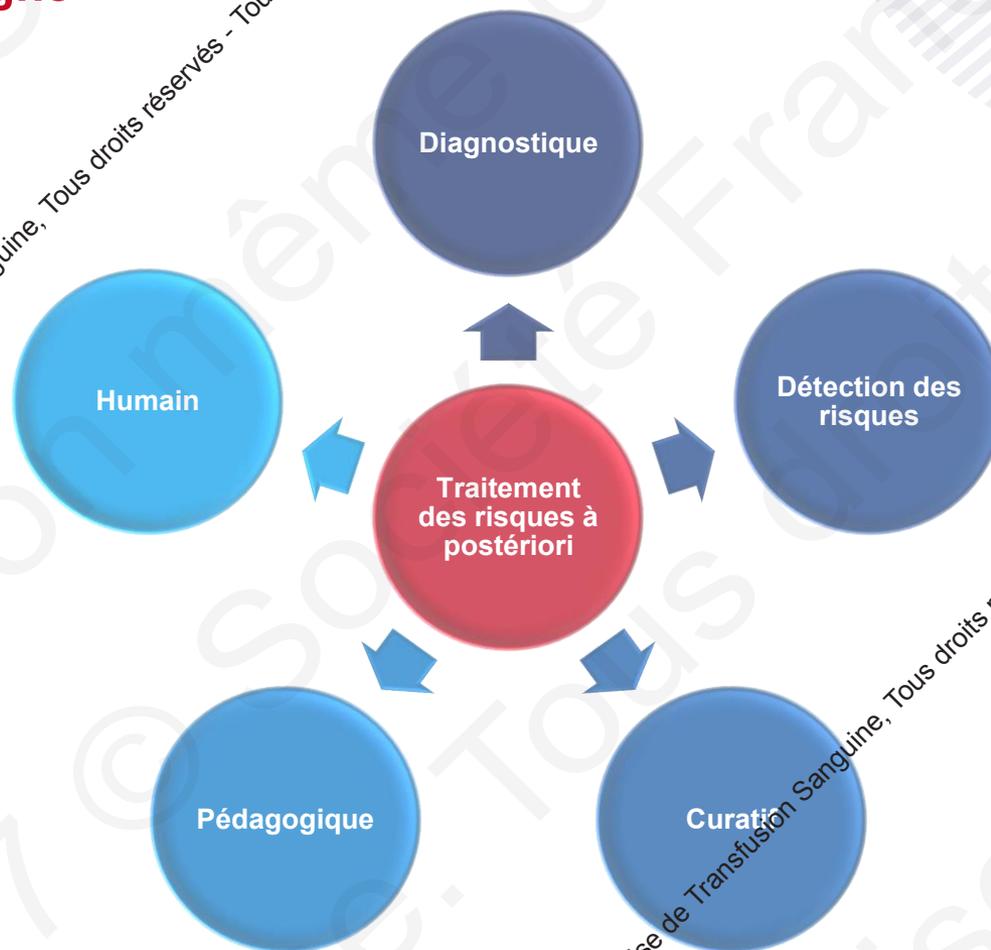
Quand l'incident devient connaissance



2017 © Société Française de Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

CONCLUSION

Ce qu'on y gagne



CONCLUSION



Merci

Contact

Aude THIERY

Directrice du département Risques et Qualité EFS Pyrénées-Méditerranée

Tél. : 05 61 31 20 75 / 06 75 95 38 58

● e-mail : aude.thiery@efs.sante.fr



efs.sante.fr

© Société Française de Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle.

© Société Française de Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.