



La nécessaire implication des acteurs dans la gestion des risques liés aux soins

- Dr Michel TOSSOU (*Président CME – Coordonnateur de la gestion des risques – RSMQ – CH de Blois*)





Gestion des RISQUES liés aux SOINS

- **Événement indésirable associé aux soins** : incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement
- **Sécurité du patient** : absence pour un patient d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé



Gestion des RISQUES liés aux SOINS

- **Atteinte associée aux soins de santé** : atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou à des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés, et qui ne résultent pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacent(e)
- **Événement évitable** : jugement de valeur accepté par la Collectivité compte tenu des savoirs et des pratiques médicaux recommandés, dans des circonstances données et à un moment donné, par la communauté scientifique



Gestion des RISQUES liés aux SOINS

- **Cause immédiate** : cause objective la plus immédiatement liée à la survenue de l'événement indésirable
- **Facteur favorisant ou cause profonde** : circonstance, acte ou élément susceptible d'avoir participé à la naissance ou à la survenue d'un incident, ou d'avoir accru le risque d'événements indésirables graves



Gestion des RISQUES liés aux SOINS

- **Les facteurs favorisants** : peuvent être externes (l'établissement n'en a pas la maîtrise), liés à l'organisation (absence de protocoles acceptés), liés au personnel (comportement d'une personne, absence d'encadrement, manque de collaboration ou communication insuffisante) ou liés au patient (facteur problématique)



Évènements indésirables liés à des complications évitables des pathologies

- Ces complications ont des caractéristiques communes pour la gestion des risques : elles sont fréquentes et accessibles à des démarches épidémiologiques ; leur réduction rejoint la démarche d'amélioration continue de la qualité, l'observance aux recommandations, l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, à la fois pour chaque acte et pour le parcours clinique coordonné de chaque GH de patients. Ces caractéristiques permettent de comparer ses résultats avec des moyennes régionales ou nationales



Les évènements incroyables : mauvais patient opéré, mauvais côté opéré...

- **Il s'agit d'événements rares, spectaculaires, dramatiques pour le patient et l'établissement. Ils ne relèvent pas d'incompétence professionnelle. Leur réduction s'appuie sur des outils spécifiques tels que :
EPR, RMM, bonnes pratiques de sécurité (check-list par exemple)**



Cadre législatif et obligations réglementaires (1)

- **Loi HPST (2009-879)**
- **Article L1413-14, modifié par l'ordonnance n° 2010-177 du 23/02/2010-art 7 relatif à la déclaration obligatoire de tout événement indésirable grave lié à des soins au DG ARS**
- **Décrets n° 2010-439 du 30/04/2010 et n° 2010-1325 du 05/11/2010 relatifs aux nouvelles responsabilités des CME des établissements de santé publics et privés**



Cadre législatif et obligations réglementaires (2)

- **Décret n°2010-1408 du 12/11/2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé et sa circulaire d'application du 18/11/2011**
- **Arrêté du 06/04/2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (circulaire du 14/02/2012)**
- **Obligations relatives à la certification des établissements de santé (manuel V2011 - PEP - indicateurs gestions des risques)**



Objectif

Organiser de façon collective et pérenne la gouvernance et la lutte contre les événements indésirables, en fonction d'un programme d'actions tenu régulièrement à jour, selon les priorités et les risques spécifiques de l'établissement





La nécessaire implication de tous - Dimensions de la culture de la sécurité - (1)

- 1. Perception globale de la sécurité**
- 2. Toutes les catégories de personnels sont encouragées à signaler les EI, même mineurs**
- 3. Les supérieures hiérarchiques directs soutiennent les actions liées à la sécurité des soins**
- 4. Organisation apprenante et amélioration continue**
- 5. Travail d'équipe**
- 6. Engagement de tous dans la sécurité et encouragements à parler**



La nécessaire implication de tous **- Dimensions de la culture de la sécurité - (2)**

- 7. Réponse non punitive à l'erreur**
- 8. Ressources humaines : l'organisation du travail et le personnel sont cohérents pour faire face à la charge de travail, le nombre d'heures travaillées est adapté à une qualité optimale des soins**
- 9. Soutien du management pour la sécurité des soins : la direction instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins**
- 10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement**



La nécessaire implication de tous - Démarche pluriprofessionnelle -

1. Repérer et identifier les risques d'EI dans le processus de soins (*a priori* ou *a posteriori*)
2. Analyser ces risques en termes de gravité et de fréquence, puis rechercher leurs causes latentes et enfin prendre une décision d'inclusion ou d'exclusion du risque
3. Traiter ces risques jugés non acceptables en imaginant des solutions le plus souvent sous forme de barrière de sécurité
4. Assurer le suivi de la démarche pour apprécier au mieux les risques résiduels et mettre en place un Retour d'expérience



La nécessaire implication de tous - Mais qui fait quoi ? -

- **GOVERNANCE** :

- Le Directeur de l'établissement ou son représentant

- Le président de la CME et la CME

1. Définissent et évaluent ensemble la stratégie du programme d'actions de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement
2. Ils désignent et travaillent ensemble avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins



La nécessaire implication de tous - Mais qui fait quoi ? -

- **COORDINATION ET ANIMATION :**
 - ➔ **Coordonnateur de la GRLS et RSMQ**
- 1. **Expertise, coordination, programmes d'actions, cohérence des actions, culture de la sécurité**
- 2. **Méthodologie, mise en œuvre du programme, évaluations - indicateurs, gestion des moyens alloués**
- 3. **Travaille(nt) avec l'ingénieur qualité, la CSIRMT, la CRUQPC, les chefs de pôles, EOH, les vigilants, Comités, etc....**



La nécessaire implication de tous - Mais qui fait quoi ? -

- **Mise en œuvre opérationnelle**
 - ➔ **Analyses *a priori***
 - ➔ **Analyses *a posteriori***
 - ➔ **Élaboration de protocoles**
 - ➔ **Mise en œuvre des solutions**
 - ➔ **Suivi et retour d'expérience**



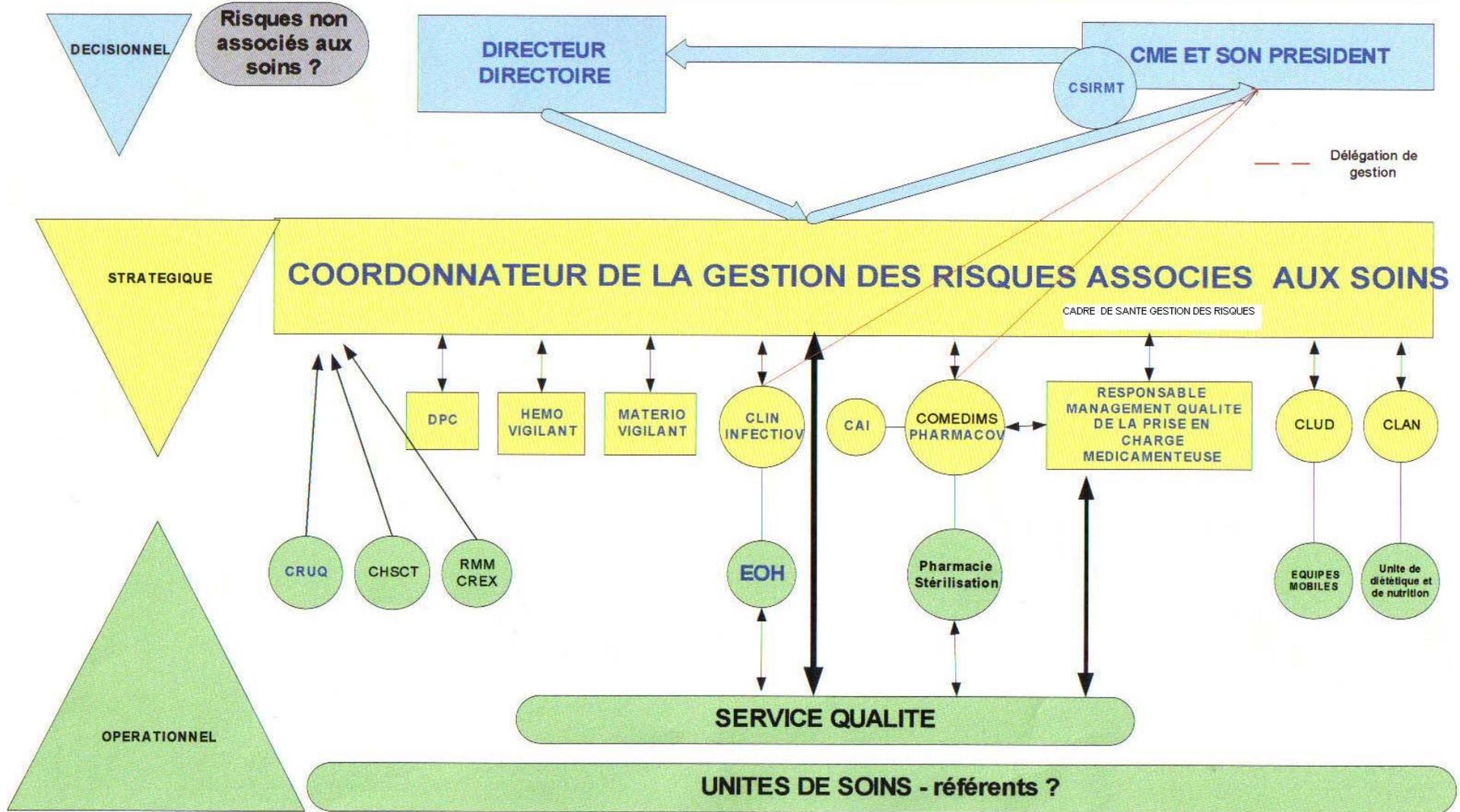
La nécessaire implication de tous - Mais qui fait quoi ? -

- **Mise en œuvre opérationnelle (par les groupes de travail spécialisés)**
 - ➔ **Experts de l'établissement, toutes les directions concernées**
 - ➔ **Professionnels des unités de soins concernées**
 - ➔ **Les comités et commissions concernés**

LA NECESSAIRE IMPLICATION DES ACTEURS DANS LA GESTION DES RISQUES LIES AUX SOINS (sur le plan théorique)

Lutte contre les événements indésirables associés aux soins

Ecriture bleue : selon décret 12/11/2010



Bureau de la CME 05/04/2012

Dans la pratique au Centre Hospitalier de BLOIS

Gestion des risques associés aux soins

