



CENTRE HOSPITALIER
Carcassonne

Gestion des Risques

L'évaluation et l'analyse des risques

Formation Etudiant IDE 2ème année
IFSI Carcassonne



Cindy DIOT – Ingénieur Coordonnateur des Risques
Cellule Qualité & Gestion des Risques



Comment analyser les risques et les dysfonctionnements ?



Deux types d'approche :

- Analyse des risques *a posteriori*
 - Analyse des événements indésirables **après** leur apparition
 - Méthodologie :
 - QQQQCP
 - 5M
 - Les 5 pourquoi ?
- Analyse des risques *a priori*
 - Analyse des événements indésirables **avant** leur apparition
 - Méthodologie :
 - Approche processus
 - AMDEC

Quels outils pour l'analyse *a posteriori* ?



L'approche a posteriori

- **Comment** : Par déclaration sur des feuilles d'événements indésirables, par la déclaration des vigilances, plaintes, réclamations, ...
- **Objectifs** :
 - Améliorer le système après la survenue d'un événement indésirable
 - Mettre en place des actions préventives et correctives afin de sécuriser une situation à risque



Qu'est ce qu'un Evénement Indésirable?



Définitions

- **Événement Indésirable** = dysfonctionnement, incident, accident ayant causé ou potentiellement cause de dommage.
- **Événement Iatrogène** = événement indésirable lié à la prise de médicament ou à la réalisation d'un acte diagnostique ou thérapeutique, médical ou chirurgical. *(La iatrogénie n'implique pas nécessairement une faute médicale.)*

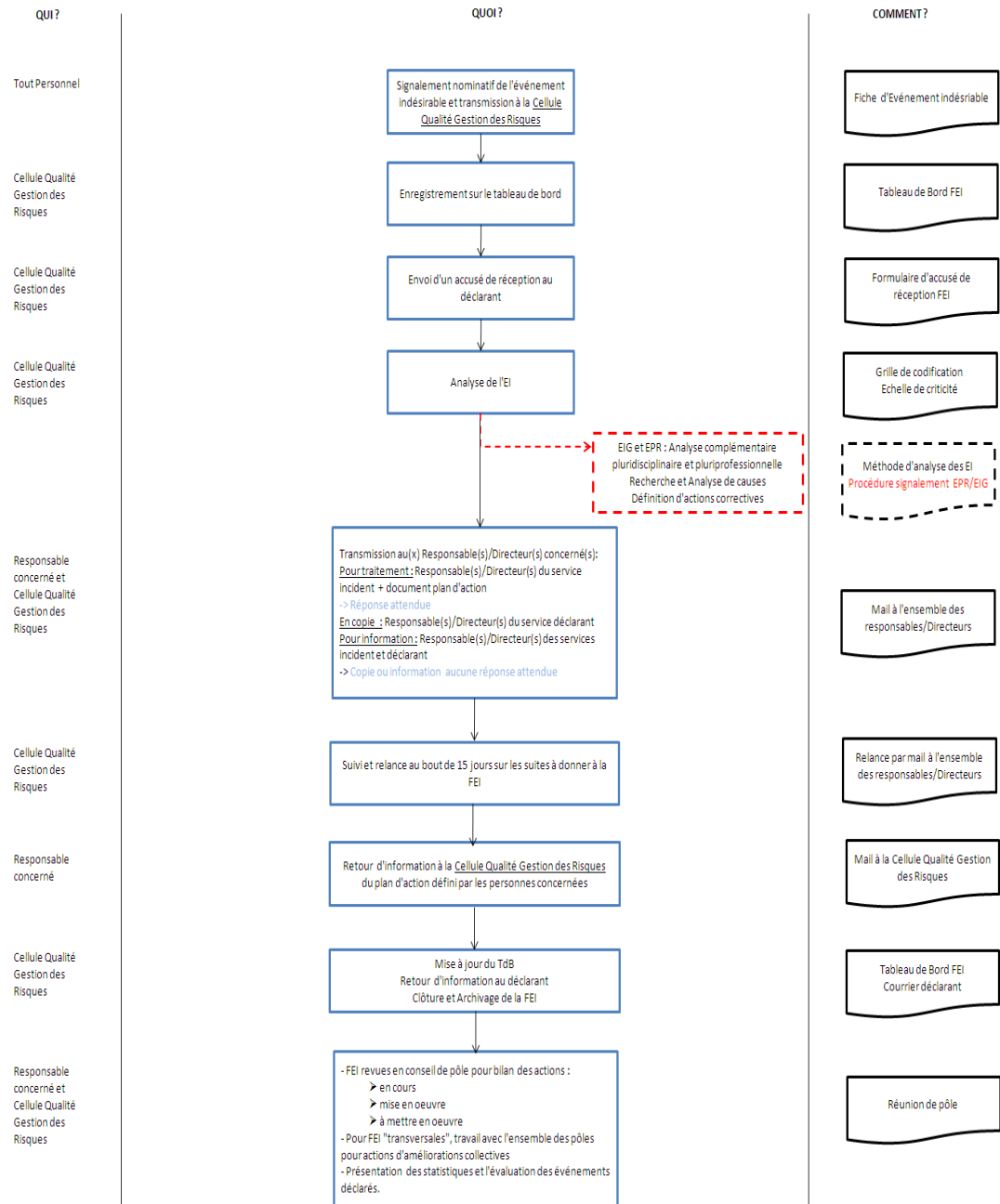
Définitions

- Événement Iatrogène ou Indésirable Grave (EIG) = événement iatrogène cause d'hospitalisation ou entraînant une prolongation de l'hospitalisation, une incapacité à la sortie de l'unité ou un risque vital.
- Enquête ENEIS : en 2009 (sur un échantillon d'établissements)
 - 374 EIG dont 177 évitables
 - 214 EIG survenus en Hospitalisation dont 87 évitables dont 27% dus aux médicaments
 - 160 EIG à l'origine d'une Hospitalisation dont 43,8% liés au circuit du médicament
 - **1 EIG/5jours d'hospitalisation pour un service de 30 lits!!!**

Déclaration

- **Les événements indésirables :**
 - doivent être déclarés sur une fiche d'événement indésirable ou fiche de signalement ou fiche d'anomalie (...)
 - sont obligatoires dans tous les établissements de santé
 - peuvent être rédigés par tout agent et sont adressés pour analyse à la Cellule Qualité Gestion des Risques

La gestion des événements indésirables



Exemple d'analyse a posteriori?



Événement indésirable :
Erreur d'injection

Prévention des erreurs médicamenteuses

ADMINISTRATION : LA REGLE DES 5 B

B

MEDICAMENT

PATIENT

DOSE

VOIE

MOMENT

Prévention des erreurs médicamenteuses

LE BON PATIENT

Procédure de vérification de l'IDENTITE à chaque administration, patient pouvant se présenter ou non

Prévention des erreurs médicamenteuses

LE BON MEDICAMENT

Prescription lisible

Prescription pour le bon patient

Bien lire le nom du médicament

- Collecte dans l'armoire
- Pilulier
- Au moment de donner le médicament

Prévention des erreurs médicamenteuses

LA BONNE DOSE

Dilution

Concentration

Dose prescrite: alerter si dose inhabituelle, terrain

Prévention des erreurs médicamenteuses

LA BONNE VOIE

La voie prescrite

Faire confirmer au moindre doute

Faire confirmer si inhabituelle: intrathécale...

Prévention des erreurs médicamenteuses

LE BON MOMENT

heures et fréquences spécifiques
bon moment patient et contraintes du ttt

Exemple d'analyse a posteriori?



Evénement indésirable :
Préparation Opéré

Signalement

Date déclaration :	<input type="text" value="2011/04/15"/> *
Date incident (type 12/12/2004) :	<input type="text" value="15/04/2011"/>
Heure incident (type 12:15) :	<input type="text" value="8:00"/>
Service incident :	<input type="text" value="CHIRURG. ORTHOPE. HOSPIT."/> ▼
Type d'incident :	<input type="text" value="malade préparé du mauvais coté"/>
Description des faits et des dommages	<input type="text" value="ce malade devait subir une exostose sur femur gauche .Or le malade avait été rasé et préparé du coté droit.Ceci a entraîné un retard sur la matinée opératoire et une possibilité de nous induire en erreur"/>

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE

Gravité estimée	Fréquence	Plainte prévisible
<input type="radio"/> Décès	<input type="radio"/> Ca se produit fréquemment	<input type="radio"/> Oui
<input type="radio"/> Dommages importants	<input checked="" type="radio"/> Ca s'est déjà produit	<input checked="" type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Dommages mineurs	<input type="radio"/> C'est la première fois	<input type="radio"/> Indéterminé
<input checked="" type="radio"/> Désorganisation, insatisfaction		
<input type="radio"/> Aucune mais cela aurait pu être grave		

Actions immédiates mises en place et personnes informées

Suggestions éventuelles d'amélioration

Le QQQQCP

- **Objectif** : décrire le problème
- **Méthodologie** : aborder le problème au travers de 6 questions

QUOI ?	Quel est le problème ? Quel est le défaut ?
QUI ?	Qui est concerné ? Quelle équipe ? Quel service ? Quel fournisseur / client ?
OÙ ?	Quel pôle, service ?

QUAND ?	A quel moment ? A quelle date ? A quelle heure ? Depuis quand ? Fréquence ?
COMMENT ?	Comment a-t-il été détecté ? Par quel moyen ? Quel matériel Comment cela se manifeste ?
POURQUOI ?	Est-ce un problème ? Risques ?

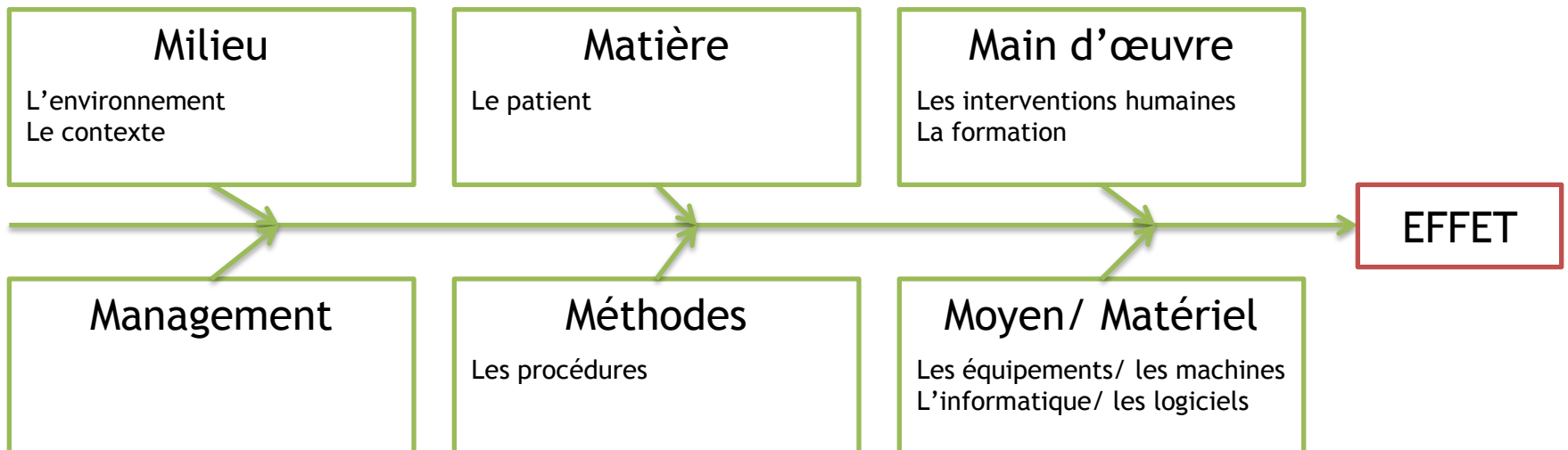
Le QQQQCP

QUOI ?	<i>Quel est le problème ? Quel est le défaut ?</i>	Patient préparé pour le BO du mauvais côté
QUI ?	<i>Qui est concerné ? Quelle équipe ? Quel service ? Quel fournisseur/ Client ?</i>	Orthopédie BO
OU ?	<i>Quel service ?</i>	Orthopédie BO
QUAND ?	<i>A quel moment ? A quelle date ? A quelle heure ? Depuis quand? Fréquence ?</i>	Signalé par une IBODE le 18/04/2011
COMMENT ?	<i>Comment il a été détecté? Par quel moyen ? Quel matériel ? Comment cela se manifeste?</i>	Patient a signalé au BO que la tonte n'avait pas été effectuée sur la jambe à opérer
POURQUOI ?	<i>Est - ce un problème ? Risques?</i>	Retard au BO pour préparation du bon côté Risque accru d'erreur chirurgicale (erreur de côté)

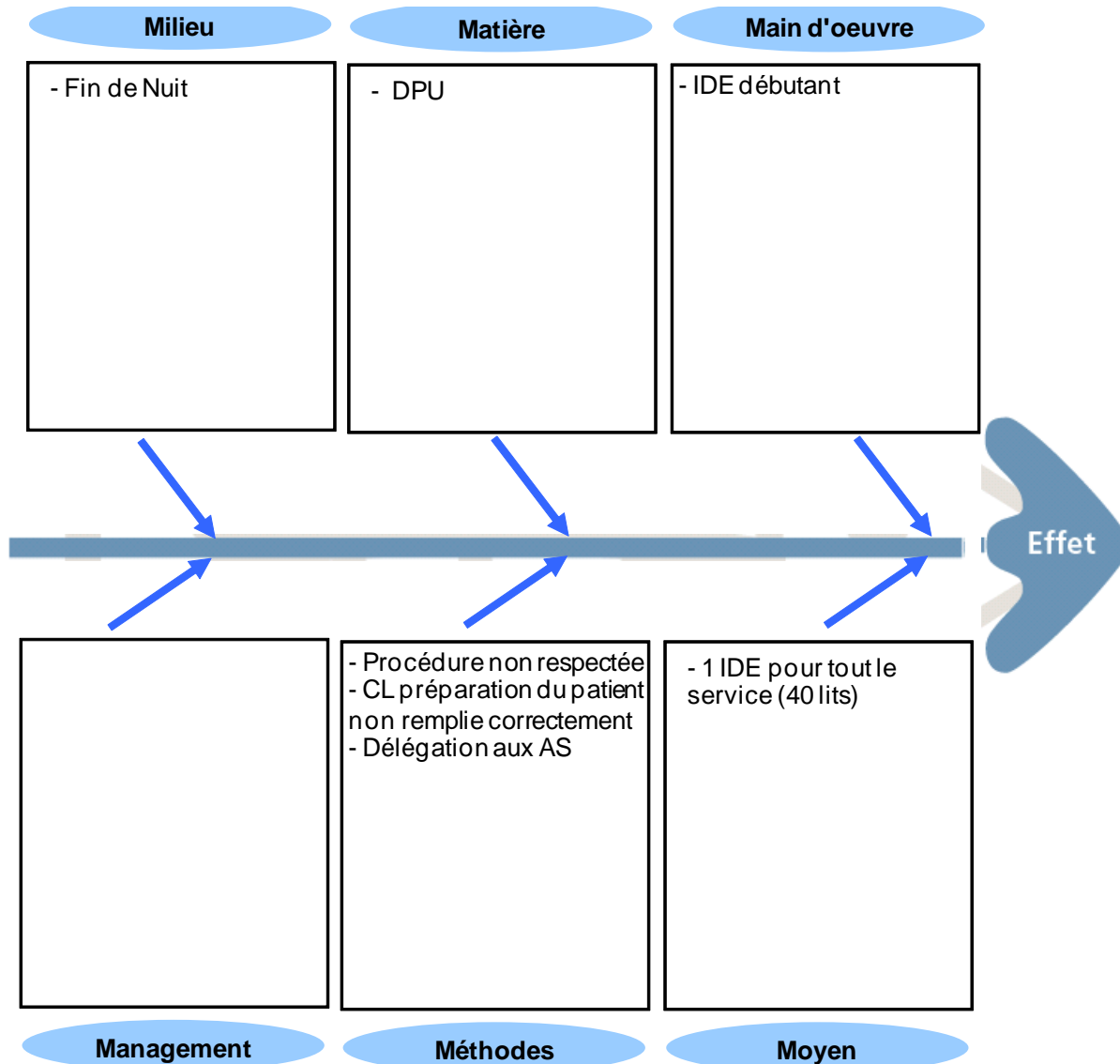


Les 5M- 6M

- **Dénomination** : diagramme cause-effet, diagramme d'Ishikawa
- **Objectif** : analyser le problème
- **Méthodologie** : aborder le problème au travers de 5 ou 6 familles de causes

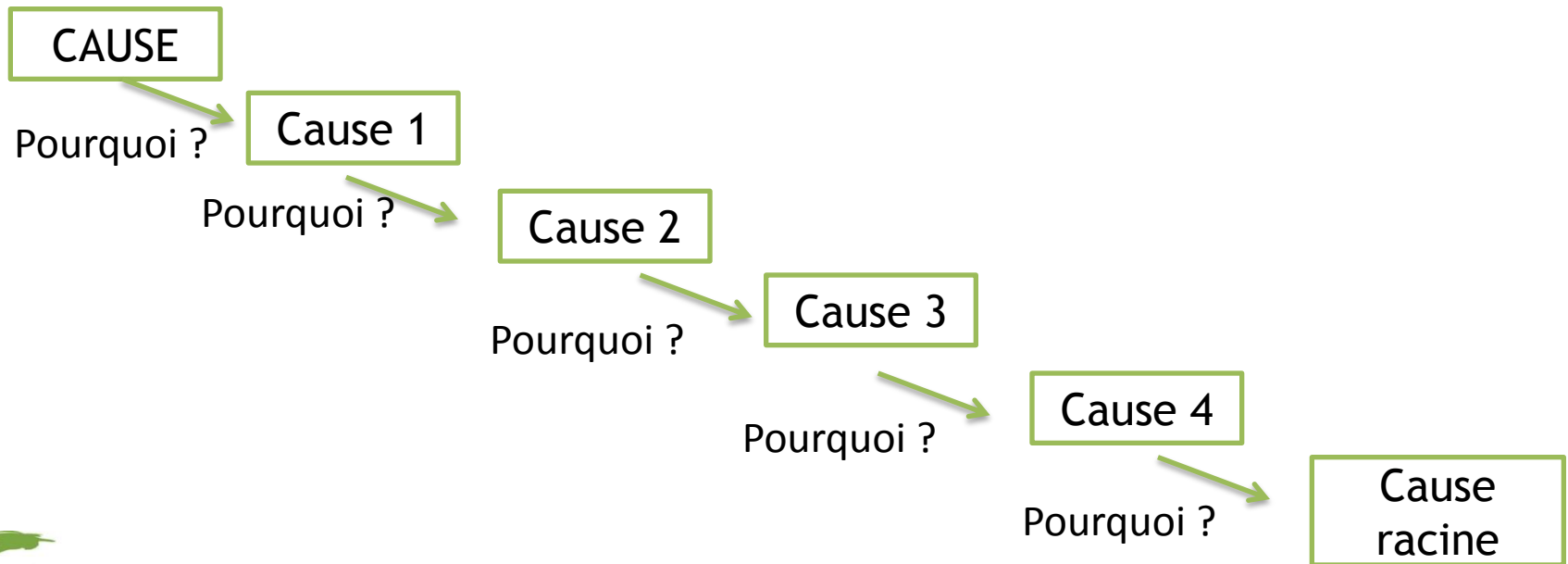


Les 5M- 6M



Les 5 pourquoi ?

- **Objectif** : Recherche la cause racine du problème
- **Méthodologie** : pour chacune des causes se poser la question pourquoi ? et recommencer 4 fois à chacune des réponses obtenues



Les 5 pourquoi ?

Causes	1 ^{er} pourquoi	2 ^{ème} pourquoi	3 ^{ème} pourquoi	4 ^{ème} pourquoi	5 ^{ème} pourquoi
Absence d'indications du côté à opérer aux AS	Charge de travail importante Pas de vérification dans DPU	1 IDE pour 40 lits Non respect de la procédure	Effectif de nuit du service Nouvel IDE		
Non vérification du côté à opérer sur le dossier du patient	Non respect de la procédure Confiance au patient et famille				
Confiance « aveugle » au patient et à sa mère					
Non vérification de la préparation par l'IDE du matin avant le départ au BO	Non respect de la procédure	Charge de travail importante Confiance dans l'équipe précédente Mauvaise connaissance de la procédure de vérification	Nombreuses préparations pour le BO Relève imprécise		



Le plan d'actions

- **Objectif** : Définir les actions prioritaires à mettre en place
- **Méthode** :
 - Lister les actions
 - Définir les pilotes
 - Définir l'échéance
 - Définir les modalités d'évaluation de l'action

Le plan d'actions

N° test	Solutions / Recommandations
1	Rappel aux équipes sur la nécessité et l'obligation de la vérification systématique du côté à opérer au moment de la préparation et au moment du départ au BO à l'aide du Dossier Patient
2	Rappel aux équipes sur le remplissage de la Check-list de Vérification du patient à opérer
3	Audit de vérification des dossiers patients (remplissage CL préparation du patient à opérer)

Evaluation et hiérarchisation

échelle de criticité

Calcul d'un « score » du niveau de risque appelé criticité

Criticité = probabilité d'apparition \times gravité Potentielle \times sécurité des pratiques

Établissement d'un classement des risques

P = 3

G = 4

S = 4

C = 48

N = 3 : risque partiellement maîtrisé – recommandations

Date déclaration : 2011/04/15 *

Date incident (type 12/12/2004) : 15/04/2011

Heure incident (type 12:15) : 8:00

Service incident : CHIRURG. ORTHOPE. HOSPIT.

Type d'incident : malade préparé du mauvais coté

Description des faits et des dommages

Ce malade devait subir une exostose sur femur gauche .Or le malade avait été rasé et préparé du coté droit.Ceci a entraîné un retard sur la matinée opératoire et une possibilité de nous induire en erreur

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE

Gravité estimée	Fréquence	Plainte prévisible
<input type="radio"/> Décès	<input type="radio"/> Ca se produit fréquemment	<input type="radio"/> Oui
<input type="radio"/> Dommages importants	<input checked="" type="radio"/> Ca s'est déjà produit	<input checked="" type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Dommages mineurs	<input type="radio"/> C'est la première fois	<input type="radio"/> Indéterminé
<input checked="" type="radio"/> Désorganisation, insatisfaction		
<input type="radio"/> Aucune mais cela aurait pu être grave		

Actions immédiates mises en place et personnes informées

service prevenu

Suggestions éventuelles d'amélioration

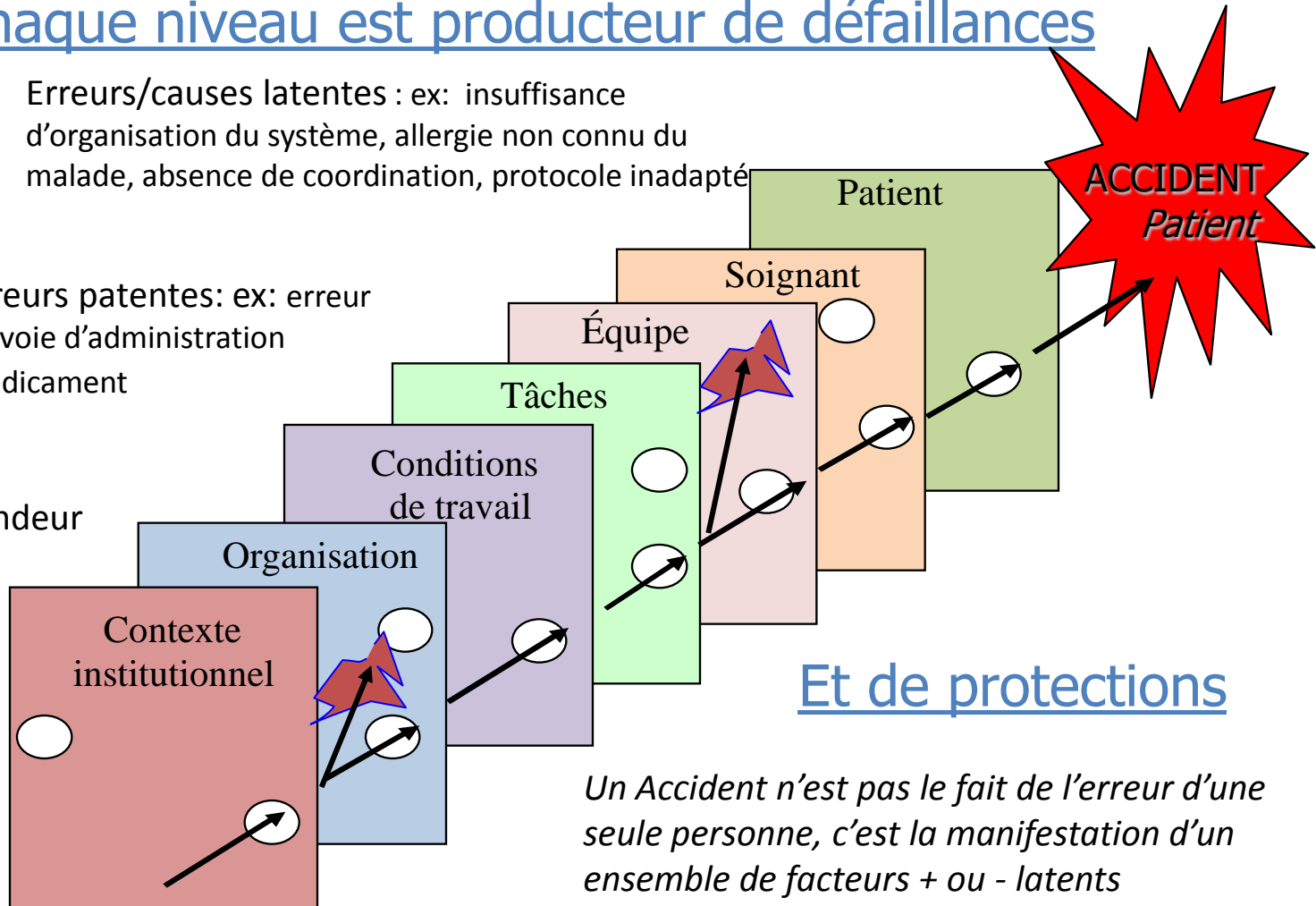
Analyse et évaluation des risques

Chaque niveau est producteur de défaillances

Erreurs/causes latentes : ex: insuffisance d'organisation du système, allergie non connu du malade, absence de coordination, protocole inadapté

Erreurs patentes: ex: erreur de voie d'administration médicament

Défenses en profondeur érodées, inactives:



Et de protections

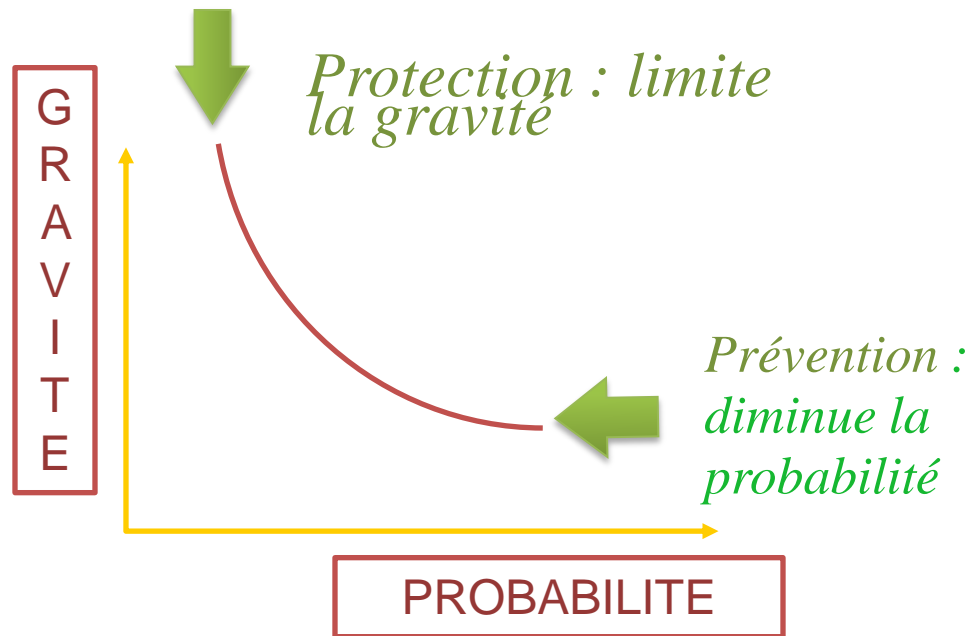
Un Accident n'est pas le fait de l'erreur d'une seule personne, c'est la manifestation d'un ensemble de facteurs + ou - latents

Analyse et évaluation des risques

Gravité = importance du dommage					
D - Décès / lésions irréversibles / destruction des installations	2	3 - Risque critique – des actions d'amélioration doivent être envisagées pour maîtriser le risque		3	
C - Dommages physiques / psychiques / pour l'institution	1	2 - Risque modéré – le risque doit être surveillé. Une analyse peut être conduite pour vérifier que le risque est sous contrôle		3	
B - Insatisfaction du patient, du personnel / Dommages mineurs	1	1	1	2	
A - Aucune gravité	1- Risque faible – aucune action à engager	1	1	1	
Occurrence = probabilité que l'événement redouté se produise	A - Jamais produit avant et peu ou pas probable que cela se reproduise	B - Jamais produit avant mais probable que cela se reproduise	C - Déjà produit	D - Incident récurrent / Incident en recrudescence	

Action de réduction du risque

Fréquence
X
Gravité
X
Sécurité
=
CRITICITE



Autres dispositifs d'évaluation des risques

- Alertes sanitaires/Déclaration des vigilances
- Plaintes et réclamations
- Accidents
- Maladies professionnelles

Dispositifs d'analyse des risques

- RMM (Revue de Morbidité Mortalité)
- CREX (Comité de Retour d'Expérience)
- REMED (Revue des Erreurs liées au Médicament)
- CRUQPEC (Comité de Relation des Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge)
- COVIRIS (COmité des Vlgilances et des RISques)
-

Exemple en image : CREX

Quels outils pour l'analyse *a priori* ?



L'approche a priori

- **Objectifs :**

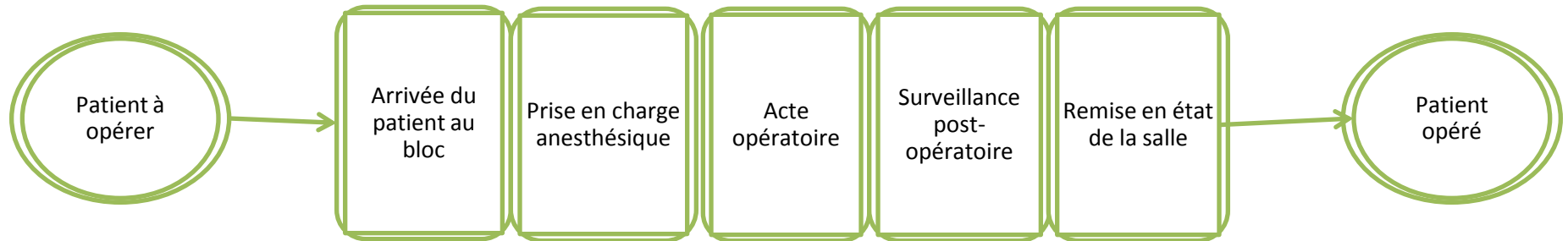
- Identifier les risques **avant** qu'ils ne surviennent
- Proposer des actions de réduction du risque

- **Comment :**

- Réaliser une cartographie des risques = ensemble de risques
 - Décrire les processus
 - Identifier les risques
 - Hiérarchiser les risques
 - Établir un plan d'action

Le processus

- **Définition** : Un processus est défini comme un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie.
- **Exemple** : La prise en charge du patient au bloc opératoire
 - Élément entrant : patient à opérer
 - Élément sortant : patient opéré



L'identification des risques

- **Objectif** : Définir en amont les dysfonctionnements potentiels
- **Méthodologie** :
 - Méthode AMDEC : Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur criticité.
 - Soit :
 - Définir à chaque étape du processus ce qui pourrait dysfonctionner
 - Déterminer les origines (causes) et les conséquences (effets) de chacun des dysfonctionnements
 - Quantifier les dysfonctionnements

La hiérarchisation des risques

- **Objectif** : Prioriser les risques en fonction de leur criticité
- **Méthodologie** :
 - Quantifier les dysfonctionnements à l'aide d'une matrice à 3 critères :
 - **La probabilité** d'apparition – d'exposition au danger (risque)
 - **La gravité** potentielle de l'événement indésirable
 - **La sécurité** définie en fonction des mesures de maîtrise des risques existantes
 - Définir le **niveau de maîtrise** du risque

Niveau de maîtrise = 1 → Risque maîtrisé sous contrôle – pas de suivi

Niveau de maîtrise = 2 → Risque partiellement maîtrisé – à surveiller

Niveau de maîtrise = 3 → Risque critique – à traiter prioritairement

		PROBABILITE					
		1	2	3	4		S E C U R I T E
G R A V I T E	4	16	32	48	64	4	
	3	9	18	27	36	3	
	2	4	8	12	16	2	
	1	1	2	3	4	1	

Diagramme de FARMER

Exemple d'AMDEC

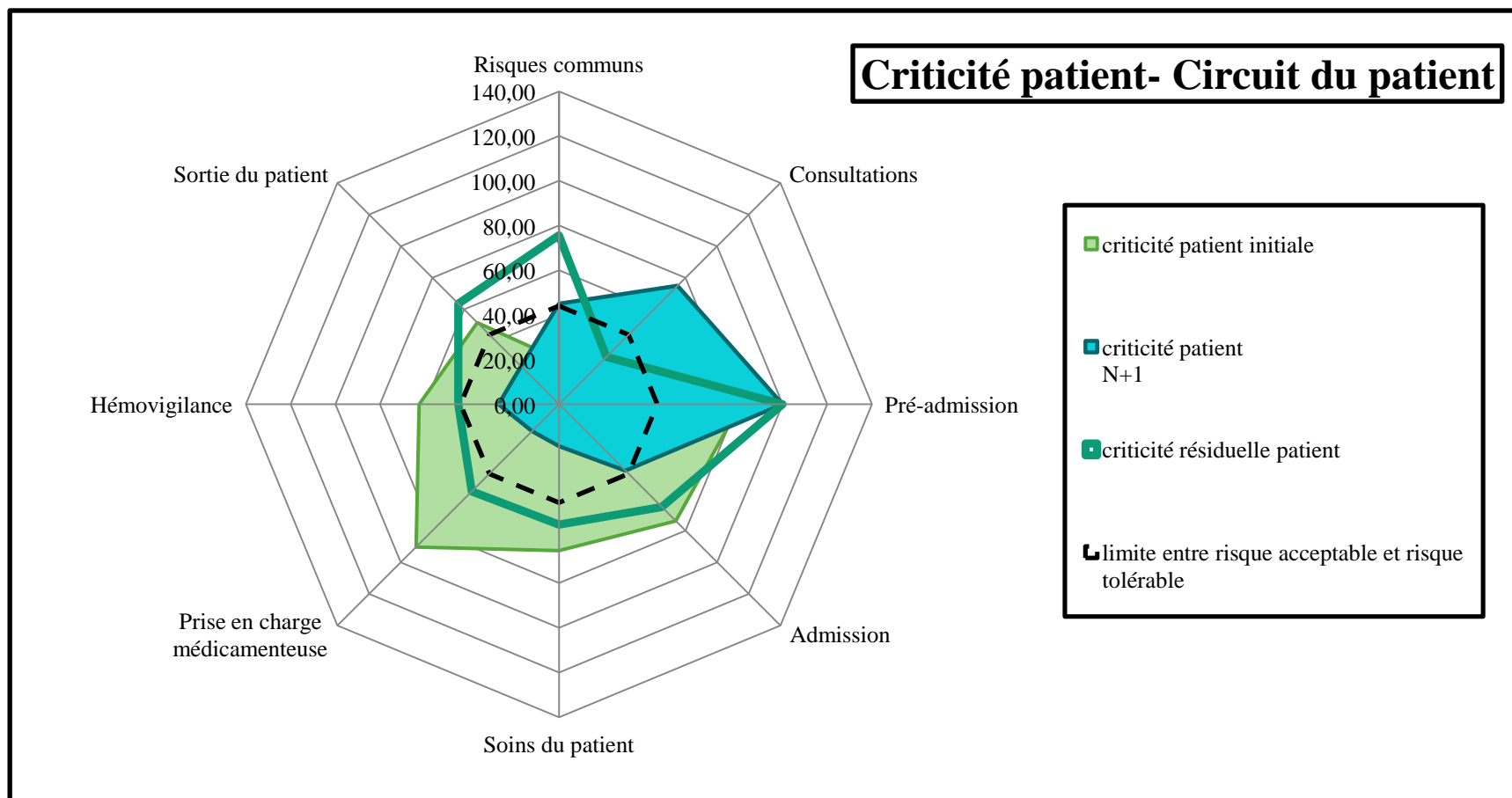
Sous-phase	Situation à risque-événement indésirable	Causes	Conséquences réelles et potentielles
Accueil du patient au bloc opératoire	Erreur de patient	Homonymie non détectée Erreur de saisie des données Erreur d'émission des étiquette Erreur de transmission Check-list préparation de l'opéré avant départ au bloc non/ mal réalisée	Retard de l'intervention

Moyens de maîtrise et de sécurité déjà existants	P	G	S	C	N	Propositions d'actions d'amélioration
Interrogatoire et contrôle physique par le personnel d'accueil Bracelet d'identification	3	2	2	12	2	Mettre en place une procédure de contrôle à l'accueil Evaluer le respect de la procédure

Niveau 2 → risque à surveiller

Modélisation des résultats

EXEMPLE



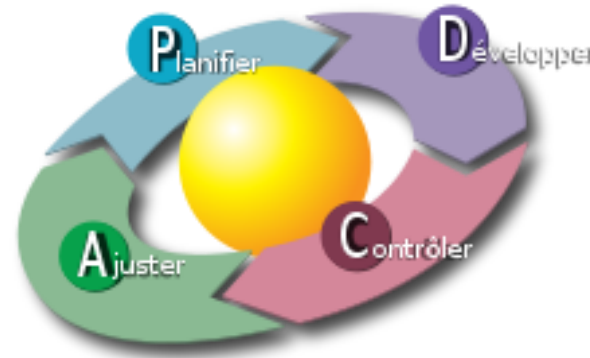
Le plan d'actions

- **Objectif** : Définir les actions prioritaires à mettre en place
- **Méthode** :
 - Lister les actions
 - Définir les pilotes
 - Définir l'échéance
 - Définir les modalités d'évaluation de l'action

Bilan

- Méthodes réflexion générale d'amélioration continue en qualité :

PDCA
ou
roue de DEMING



Méthode SORA

- Situer le contexte
- Observer la situation
- Réfléchir aux actions
- Agir



MERCI DE VOTRE ATTENTION

*Centre Hospitalier de Carcassonne
Cellule Qualité & Gestion des Risques –
0468242698*

cindy.diot@ch-carcassonne.fr

Cindy DIOT – Ingénieur Coordonnateur des Risques