La gestion d'un évènement indésirable de soins : le portail vers l'instauration d'une culture de partage et de sécurité



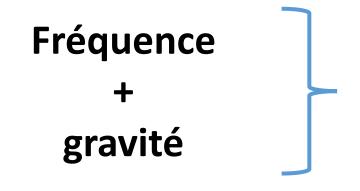
Dr EZZI Olfa

Service Hygiène Hospitalière_CHU Farhat Hached_Sousse Journée STO le 6 Avril 2019

Introduction

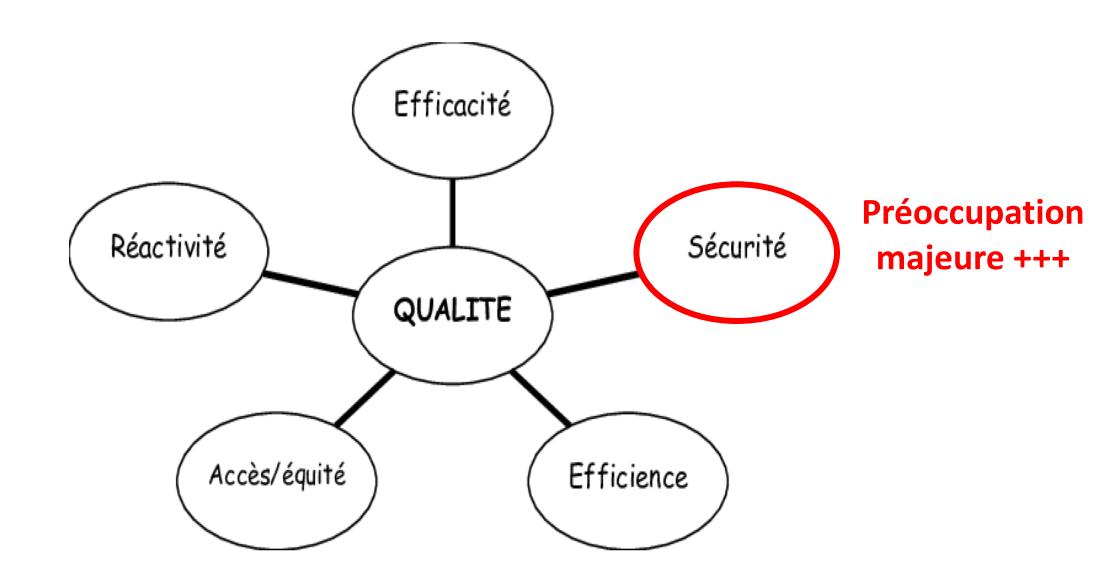
 La sécurité du patient est un principe fondamental des soins de santé

 Chaque étape d'administration de soins s'accompagne d'un certain risque pour le patient



critère de **performance** pour le système de santé

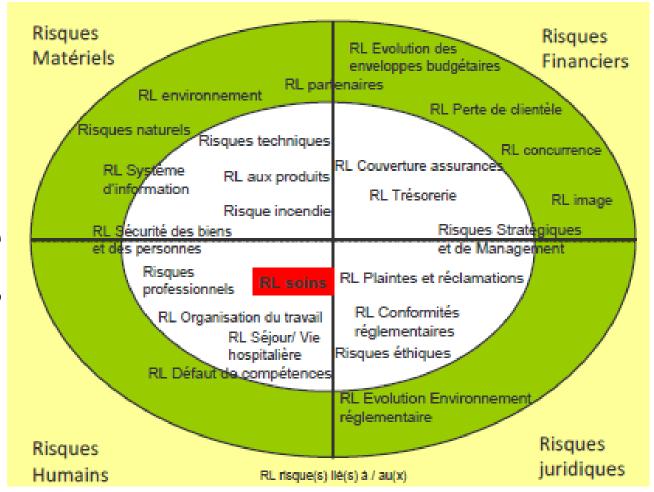
Dimensions de la qualité

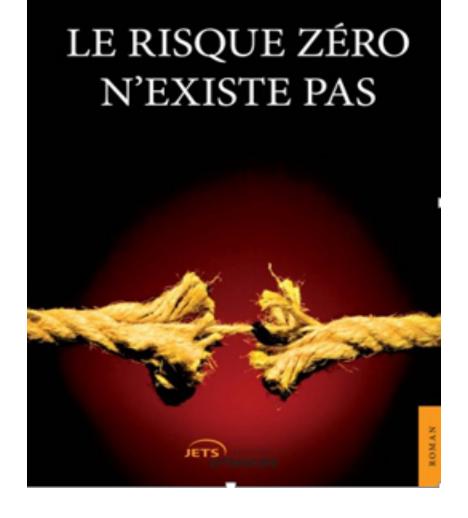


Risques en Santé

 Nombreux, dispersés et intriqués

 Mettre en jeu la continuité des soins et la sécurité des personnes





Comment travailler en toute **sécurité** au milieu de ces incertitudes? Comment se mettre en situation de les **gérer** plutôt que de les subir?

Quelques définitions





Risque

• C'est la <u>probabilité</u> de survenue d'un **évènement indésirable** ou le dépassement de la valeur critique d'une caractéristique d'un processus dangereux.

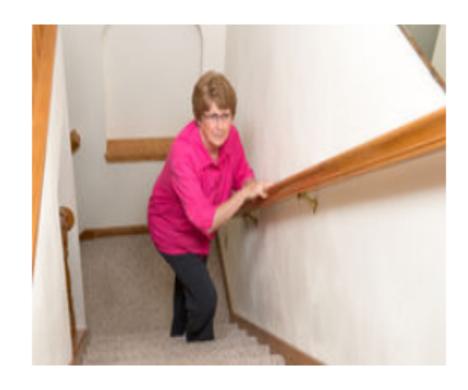


Risky?



Risky?



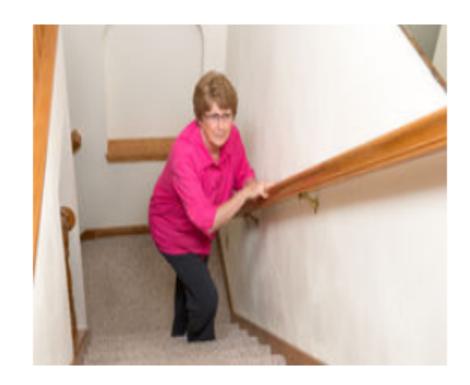


Lequel de ces environnements pose plus de risque?

Risky?



Alpiniste classée mondialement Ascension très facile (5.6)



N° de compétence adaptée→Risque faible

Risque = Danger * Exposition







Risque Acceptable

- Les compétences sont jugés adaptés à l'activité
- Bébéfices potentiels sont jugés sup aux dommages

Risque inacceptable

- Non justifiable sur une base scientifique
- Dommages potentiels sont jugés sup aux bénéfices

Définitions

Evénement indésirable associés aux soins (EIAS):

Evénement **défavorable** pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention ou de réhabilitation.

Evénement indésirable grave (EIG):

- Evénement indésirable à l'origine
 - d'une hospitalisation
 - d'une prolongation de l'hospitalisation d'au moins un jour
 - d'un handicap ou d'une incapacité à la fin d'hospitalisation
 - d'une menace vitale ou au décès

Evènement indésirable

El évitable

▶ ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de l'événement

El inévitable (Aléa thérapeutique)

►El survenu en dépit de soins conformes à une PEC satisfaisante

Erreur



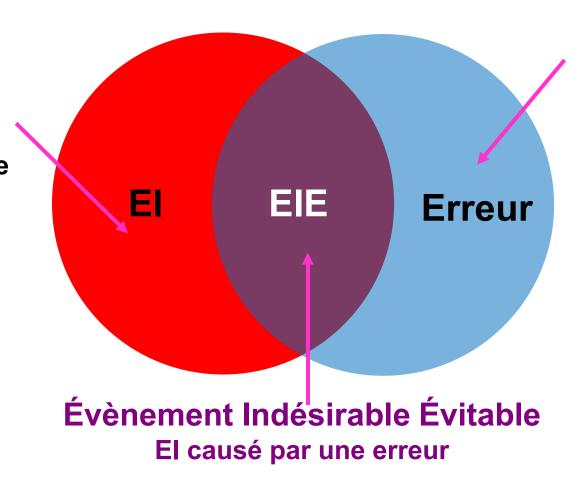
•L'erreur se produit si, pendant la planification ou l'exécution de l'acte de soin:

On fait quelque chose alors qu'il ne fallait pas le faire (= faire la mauvaise chose)	E. Commission
On ne fait pas quelque chose alors qu'il fallait le faire (= ne pas faire la bonne chose)	E. Omission
On fait ce qui est requis mais incorrectement	E. Exécution

Evènement Indésirable / Erreur

ΕI

Dommage physique ou psychologique non intentionnel du à la prise en charge médicale



Erreur

Défaillance d'une action planifiée non complétée comme prévu ou utilisation d'un faux plan pour réaliser le but

Echelle de gravité des évènements indésirables (EI)

Catastrophe

Accident

Situation qui aurait conduit à l'accident si des conditions favorables n'avaient pas permis de l'éviter

Presque accident (Near miss)

Incident – Dysfonctionnement sans blessure

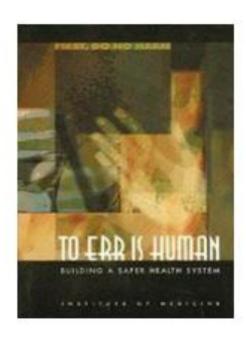
Apport pédagogique

Quelques chiffres...





Accidents/Incidents: quelques constats



1999 – « To err is human: building a safer health system » (Institut of Medecine, USA)

Quelques données marquantes :

- Les complications médicamenteuses graves = 2.9-3.7 % des hospitalisation
- 8.8-13.6 % des événements conduisent à la mort
- Extrapolation : 44 000 à 98 000 décès aux USA chaque année
- 8éme cause de mortalité (accidents de la route: 43 500, cancer du sein : 42 000, sida : 16516)

Alerte sur l'importance et l'urgence d'une réflexion sur la sécurité des patients+++

Accidents/Incidents: quelques constats

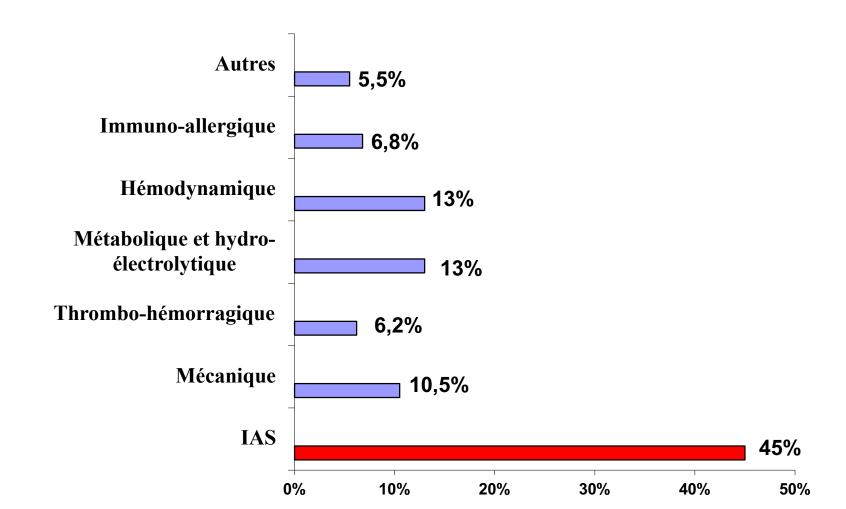


vénements indésirables		Évitables	
par séjour			
 Australie 	16 %	50 %	(1995)
•UK	11 %	50 %	(2001)
 Danemark 	9 %	40 %	(2001)
Canada	7,5 %	37 %	(2004)

Les 3 types d'accidents évitables les plus fréquents dans les établissements de santé sont les erreurs médicamenteuses, les chutes et les infections nosocomiales (IOM, 1999).

CHU Farhat Hached de Sousse: enquête EIG (2009)

- Incidence des EIG: 11,3% (162 / 1428 patients suivis)

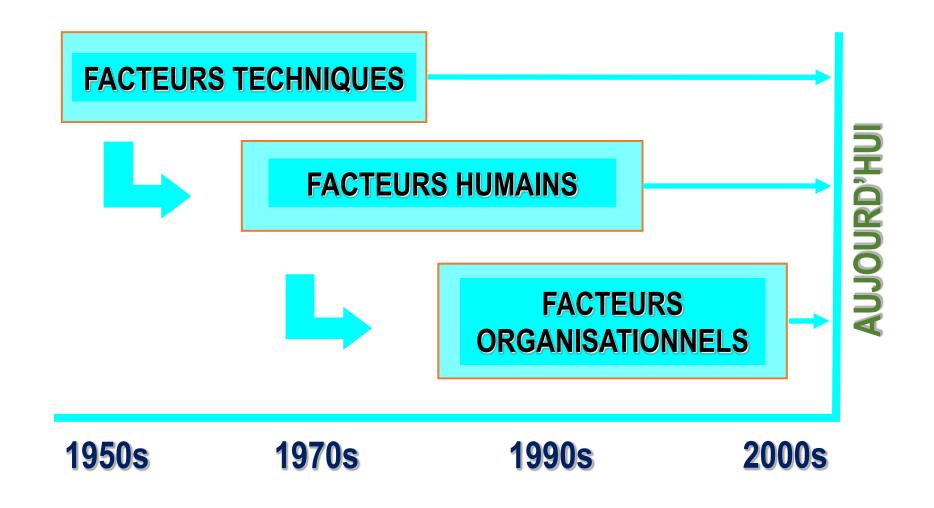


Des événements indésirables survenaient dans 4% à 16% des hospitalisations et 50 % seraient évitable





L'évolution de la pensée en matière de sécurité



Modèle de James Reason

MINISTORIA CACTON

AMERICAN FOR SECTION

AMERICAN FOR SECTION

AMERICAN

AME

« Modèle du fromage swiss »

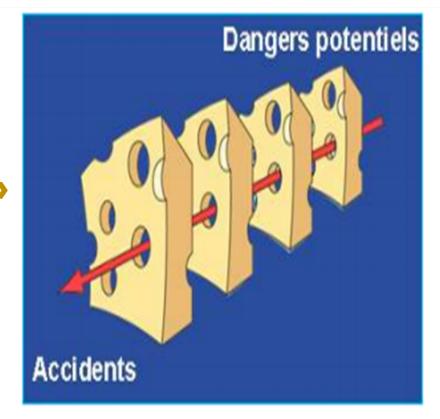
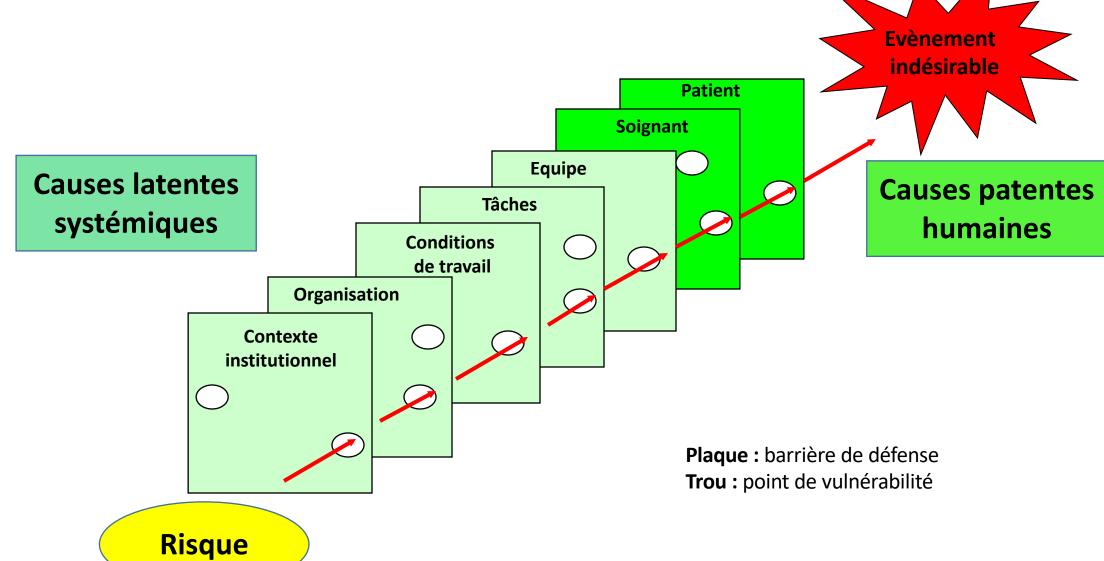


Figure 6 : Version populaire du "Swiss Cheese Model" où une tranche représente une barrière (technique, humaine ou organisationnelle), un trou une défaillance et la flèche rouge la trajectoire accidentelle. (Reason, 2000b).

« Modèle du fromage swiss »



Le « swiss cheese model »

 La réaction naturelle, lorsque survient un accident dans le cadre d'un système organisé, est d'identifier un responsable et d'engager des procédures disciplinaires à son encontre.

Approche « individuelle »

≠

Approche « systémique »



Le « swiss cheese model »

Approche systémique:

- l'individu est **faillible**, les erreurs individuelles sont inévitables
- Les accidents sont dus à des imperfections de l'organisation du système en amont.





Le « swiss cheese model »

« La sécurité d'une activité ne peut pas être assurée par l'unique recherche de la <u>suppression de l'erreur</u>. Il s'agit plutôt de rendre <u>l'activité robuste à l'erreur</u> en donnant aux acteurs les <u>outils</u> permettant de les détecter et les récupérer. »

James Reason

Que faut-il faire ??





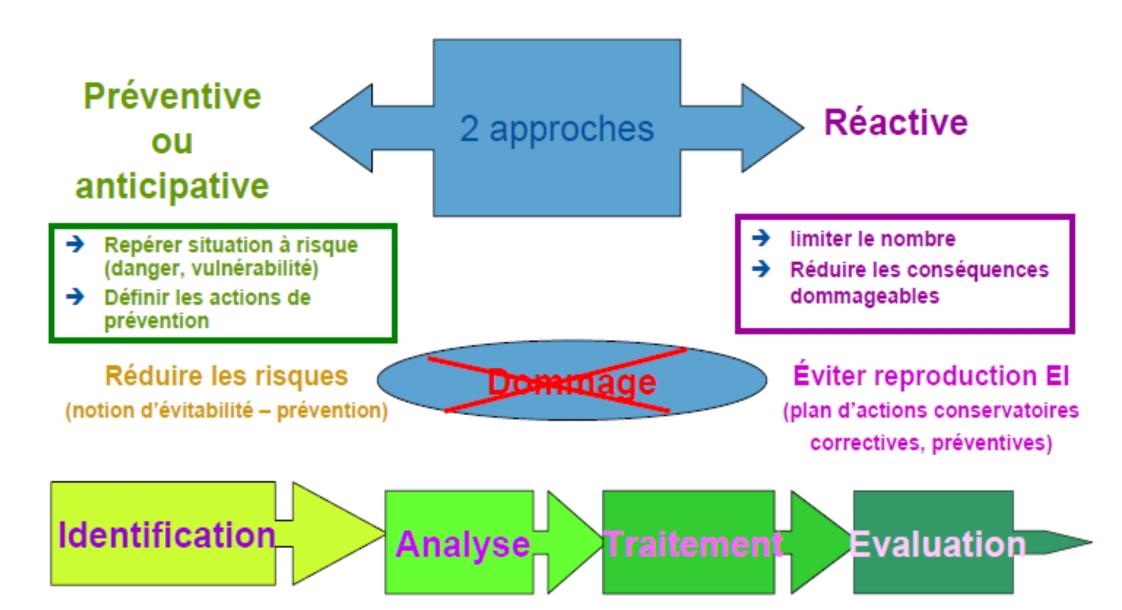


Gestion des risques associés aux soins

« Processus **régulier**, **continu**, **coordonné** et **intégré** à l'ensemble d'une organisation, qui permet <u>l'identification</u>, <u>l'analyse</u>, <u>le contrôle et l'évaluation</u> des risques et des situations à risques qui ont causé ou auraient pu causer des dommages à une personne ou des biens »

(ISO 9000, version 2000)

Quelle approche pour gérer les risques ?



Quelques idées fausses ...

Pas seulement un outil pour réduire ou gérer les plaintes mais outil d'amélioraton de la sécurité des soins

Pas seulement un signalement des événements indésirables mais aussi une démarche proactive

■Pas seulement une affaire de gestionnaires mais plutôt de l'ensemble des professionnels

Objectifs de la gestion des risques

- ➤ La sécurité des personnes
- > La sécurité financière et la pérennité de l'établissement
- La préservation de l'image et de la réputation de l'établissement
- La sécurité juridique (éviter les responsabilités pénales)

Art de « *prendre des risques* » et de « *limiter les pertes* »

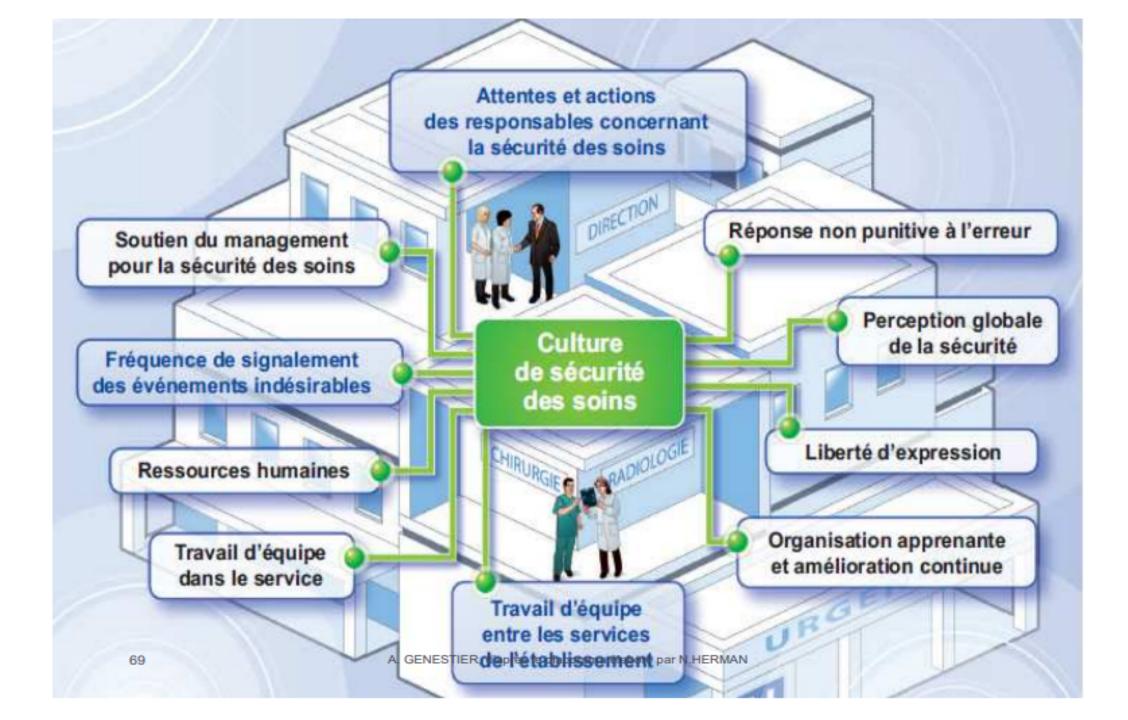
Un préalable indispensable



Un changement culturel: Culture de Sécurité



- « la manière de voir et faire les choses dans une unité de travail »
- Dans une culture de sécurité, les acteurs sont guidés par une organisation où chaque acteur prend en compte ses propres normes de sécurité mais aussi celle des autres



Culture juste

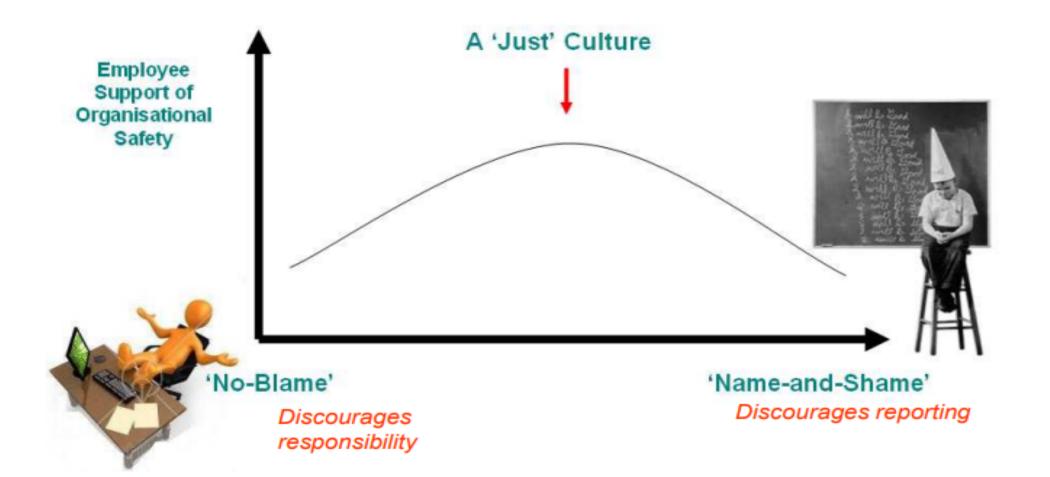
Just Culture

"An atmosphere of trust in which people are encouraged for providing essential safety-related information, but in which they are clear about where the line must be drawn between acceptable and unacceptable behaviour"

Dr James Reason.

- Le premier pas vers une culture juste consiste à reconnaître et à accepter le droit à l'erreur.
- Instaurer la confiance au sein de l'organisation





CONCLUSION

La prise de risque est indissociable de l'activité humaine.

En santé, ne pas prendre de risque conduirait à ne pas soigner, donc un risque pour le patient.



- Le risque Zéro n'existe pas mais il convient de le rendre le plus faible possible
- Meilleure sensibilisation de tous les acteurs de soins à la gestion des risques en milieu de soins
- Développement d'une culture sécurité avec passage d'une culture de l'erreur et de culpabilisation à une culture de responsabilité collective
- Instaurer un système de signalemmnt des EIG: analyse en temps réel les causes racines afin d'orinter efficacement les mesures préventives

Merci pour votre attention