

Gestion des évènements indésirables : Expérience de l'hôpital Sahloul

SOTUGERES / 19-20 Octobre 2018
Houyem Said Latiri – CQ ; CHU Sahloul

Objectifs de la présentation

1. Rappeler l'historique : point de départ → gestion EI
2. Décrire les étapes suivies dans le mise en place réelle du système de signalement des EI à l'hôpital
3. Énumérer les forces et les faiblesses de la démarche

Rappel historique : EI au CHU Sahloul ?

- **Service de Prévention et de Sécurité des Soins**

➔ Plan d'action 2016 : Incidence des EI



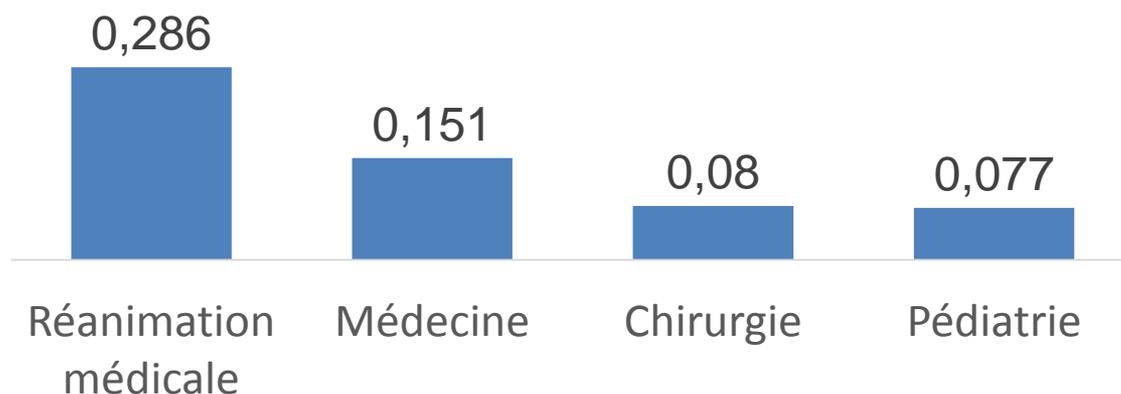
Rappel historique : Et au CHU Sahloul ?

Plan d'action - année 2016 Calendrier des activités (2016)

| ACTIVITES | MOIS | | | | | | | | | | | |
|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| I/ Surveillance épidémiologique | | | | | | | | | | | | |
| 1- Surveillance continue des AES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Elaboration et validation du protocole de la surveillance | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | |
| Description du circuit de prise en charge d'une victime d'AES | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Recueil des données | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Rédaction du rapport de l'enquête | | | | | | X | | | | | | X |
| 2- Surveillance des BMR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Révision et validation des fiches de suivi | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Recueil des données | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Rédaction du rapport de suivi | | | | | | | | X | | | | X |
| Rétro information des services | | | | | | | | X | | | | X |
| 3- Enquête de prévalence annuelle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Courrier d'information pour les chefs des services | | | X | | | | | | | | | |
| Collecte des données | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | |
| Saisie et analyse des résultats | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | |
| Rédaction du rapport et diffusion des résultats | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| 4- Enquête d'incidence : incidence des événements indésirables | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Rédaction du protocole de recherche | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | |
| Collecte des données | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | |
| Saisie et analyse des résultats | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | |
| Rapport final et rétro information | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ |

Rappel historique : EI au CHU Sahloul ?

- Incidence des EI : 12,4 %
- Répartition par spécialité :



- Les IAS : EI le plus fréquent (43,4%), suivies par la réadmission non programmée (12,5%)

Rappel historique : EI au CHU Sahloul ?

- Incidence des EI : chiffres Et après ??

- **Problématique :**

- Initiative d'un service de l'hôpital
- Action isolée et non complète

Démarche de gestion des EI au CHU Sahloul : déclenchement

- Projet PACS : EI un des éléments prioritaires
- Mise en place du système de gestion des EI a été plus facile après :
 - La constitution du dispositif qualité : CQ ; COPIL ; réseau RQGR
 - La sensibilisation et la préparation des professionnels de l'hôpital à la démarche qualité

Plan d'action PACS - EP

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|----------|----------|----------|---|----|--------------------------|------------|----------|--|---|
| Plaintes et réclamations | place | En cours | En cours | Oui | Monsieur le Directeur Général a été réalisée le 23/06/2018 En V2: Le recueil est en cours de mise en place En V1: Le suivi du traitement n'est pas réalisé. Un registre existe sous format papier mais la traçabilité des actions n'est pas formalisées. | V1 | Cellule Qualité | 25/06/2018 | Oui | surveillants a été organisée au profit de 47 surveillants (100%) | Support PP1 |
| | | | | | Mettre à jour le tableau de suivi des Plaintes et Réclamations | V3 | Groupe gestion des P & R | 29/08/2018 | | | |
| Gestion des événements indésirables | Une organisation pour la déclaration d'évènement indésirable est formalisée dans un document qualité | Oui | Oui | Oui | Présenter la procédure au COPIL et en Assurer la diffusion En V2: La procédure a été validée le 19/04/2018 et diffusée. En V1: Circuit de déclaration, organisation, responsabilités, définition du type de signalement >> procédure Validée le 25/11/2017 mais reste à diffuser | V1 | Cellule Qualité | 22/02/2018 | Oui | | |
| | Une fiche d'évènement indésirable existe | Oui | Oui | Oui | Procéder à la validation de la FEI par le COPIL et organiser la sensibilisation du personnel au signalement Diffuser la FSEI et la Charte de non punition | V1 | Cellule Qualité | 22/02/2018 | Oui | | |
| | | | | | | V2 | Cellule Qualité | 30/06/2018 | Oui | La FSEI a été diffusée dans les classeur Qualité ainsi que la charte de non punition le 04/07/18 | Classeur Qualité |
| | Formation à la gestion des EI | | | | Former les membres de la cellule qualité, le COPIL, les comités, surveillants et référents par service (Avec exercice de simulation) | V2 | Cellule Qualité | 15/07/2018 | Oui | Une formation des membres du Copil le 30/06/2018 | Fiche de présence Support de formation |
| | Une organisation pour la déclaration d'évènement indésirable est en place | Non | En cours | En cours | Assurer l'intégration des actions d'amélioration dans le PAQ En V3: le recueil, le traitement et les actions d'amélioration émanant des EI En V2: Le recueil est en cours de mise en place En V1: Lancer officiellement le signalement des EI auprès de quelques services volontaires | V1 | Cellule Qualité | 30/06/2018 | En cours | Le recueil est assurée. La cellule qualité a reçu 6 FEI. | FEI renseigné Classement des FEI FQ/CQ 16 |
| Plan de communication | Un plan de communication qualité et GDR est en place | | | | Assurer la diffusion du document Elaborer un plan de communication selon le modèle PACS | V2 | R. Qualité | 25/06/2018 | En cours | Le document est formalisé et validé. Il doit être diffusé | FQ/CQ 26 |
| | Les groupes de travail d'auto-évaluation sont constitués | | | | Valider la constitution des groupes de travail selon le tableau de répartition communiqué à l'établissement | V3 | COPIL | 04/08/2018 | | | |
| | Les groupes de travail d'auto-évaluation sont formés à la démarche d'auto-évaluation | | | | Former les groupes de travail à la démarche d'auto-évaluation | V3 | COPIL | 03/09/2018 | | | |

Démarche de gestion des EI au CHU Sahloul : Etapes

- 1. Structuration**
- 2. Organisation : Élaboration des documents**
- 3. Sensibilisation / formation**
- 4. Déploiement**

Démarche de gestion des EI au CHU Sahloul :

Etapes

1- Structuration :

– Création d'un sous comité au sein de la CQ

➔ Comité de gestion des évènements indésirables
« CGEI »

« CGEI »

| | | |
|---|--|---------------------|
|  | Manuel des formulaires | Référence: FQ/CQ-03 |
| | CONSTITUTION D'UN COMITE, D'UNE INSTANCE OU D'UNE VIGILANCE | Version: 01 |
| | | Date: 19/04/2018 |
| | | Page: 1/1 |

| Désignation: Comité de GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES | | | |
|--|----------------------------|--------------------------------|--|
| Responsable | | Mme <u>Houyem SAID LAATIRI</u> | |
| CONSTITUTION | | | |
| N° | Nom et prénom | Fonction | Informations utiles |
| 01 | M. <u>Sami Mosbehi</u> | Coordinateur qualité | mesbahy1@yahoo.fr / Tél: 29057877 |
| 02 | Mme <u>Balsam Kacem</u> | Membre de la cellule qualité | balsamkacem@yahoo.fr / Tél: 92998996 |
| 03 | M. <u>Med Sahbi Chalbi</u> | Assistant coordinateur qualité | sahbichalbi.sc@gmail.com / Tél: 98982000 |
| 04 | Mme <u>Asma Ben Cheikh</u> | Membre du CLIN | asmasmams@yahoo.fr / Tél: 7455045 |
| 05 | <u>Fredj Dridi</u> | Surveillant Général | fredjdridi@yahoo.fr / Tél: |
| 06 | Référents qualité (*) | | |
| 07 | Chef du service (**) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Démarche de gestion des EI au CHU Sahloul :

Etapes

2- Documentation nécessaire : Décembre 2017 → Avril 2018 (approbation par le COPIL)

- Procédure de gestion des EI
- Mode opératoire : analyse d'un EI
- Charte d'incitation au signalement des EI
- Fiche signalement des EI (FSEI)
- Formulaire : accusé de réception
- Formulaire de classement des FSEI

Démarche de gestion des EI au CHU Sahloul :

Etapes

| | | |
|---|---|-----------------------|
|  | Manuel des formulaires | Référence : FQ/CQ 14 |
| | SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDÉSIRABLES | Version : 01 |
| | | Date : 07/04/2018 |
| | | Page : 1/2 |
|  | Manuel des procédures | Référence : PR /CQ 02 |
| | LA GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES | Version : 01 |
| | | Date : 19/04/2018 |
| | | Page : 1/6 |
|  | Manuel des formulaires | Référence : FQ/CQ 16 |
| | CLASSEMENT DES FICHES DE SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES | Version : 01 |
| | | Date : 15/03/2018 |
| | | Page : 1/1 |
|  | Manuel des enregistrements | Référence : EQ/CQ 07 |
| | CHARTRE D'INCITATION AU SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES | Version : 01 |
| | | Date : 24/03/2018 |
| | | Page : 1/1 |
|  | Manuel des modes opératoires | Référence : MO /CQ 01 |
| | ANALYSE D'UN EVENEMENT INDÉSIRABLE DECLARÉ | Version : 01 |
| | | Date : 19/04/2018 |
| | | Page : 1/6 |

I/- OBJET :

Le présent mode opératoire décrit les modalités d'analyse d'évènement indésirable déclaré



Manuel des formulaires

Référence : FQ/CQ 15

Accusé de réception d'une fiche de signalement d'un événement indésirable

Version : 01

Date : 19/04/2018

Page : 1/1

N° de l'accusé de réception :

EVENEMENT INDESIRABLE

Description de l'évènement

Date et heure de survenue

Lieu

Personne déclarante

Fonction

N° de téléphone

RECEPTION DE LA FICHE DE SIGNALEMENT

Date et heure de réception

Réceptionniste

Fonction

N° de téléphone

Observation :

NB : Nous nous engageons à préserver l'anonymat de la personne déclarante.

Cachet et Signature

Charte de signalement

| | | |
|--|--|----------------------|
|  | Manuel des enregistrements | Référence : EQ/CC/01 |
| | CHARTRE D'INCITATION AU SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES | Version : 01 |
| | | Date : 24/03/2018 |
| | | Page : 11 |

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est une préoccupation prioritaire et constante pour notre établissement. A ce titre, la déclaration des événements indésirables et le retour d'expérience sont des outils majeurs.

Tout événement déclaré est porteur d'expériences et rend le professionnel de la démarche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Toute remontée d'informations permet d'identifier, d'analyser et de prévenir les causes de défaillances ayant conduit à cet événement.

Notre objectif est d'améliorer la conscience des risques liés à l'ensemble des activités et d'apporter les mesures correctives lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Ainsi, nous sommes tous tenus de communiquer, spontanément et de manière proactive, toute information sur les événements indésirables.

Pour encourager le signalement sans restriction, la Direction Générale s'engage à :

- **L'objectivité** : le signalement repose sur des faits. Il ne s'agit pas de mettre en cause des personnes en tant qu'auteurs de faits, ni d'interpréter les faits ou encore de leur donner une traduction médico-légale en termes de responsabilités.
- **Préserver l'anonymat et la confidentialité** : le traitement des informations recueillies s'effectue dans l'anonymat et la confidentialité. Chaque professionnel s'engage à respecter une obligation de discrétion à l'égard des informations portées à sa connaissance dans le cadre de cette démarche.
- **L'efficacité** : la démarche de signalement doit s'efforcer d'être aussi exhaustive que possible en permettant l'identification de l'ensemble des risques liés à l'activité hospitalière et en évitant que ces risques se reproduisent.

Nous rappelons que la finalité de la démarche de signalement des événements indésirables n'a pas pour objet d'établir une faute éventuelle, mais d'identifier les causes des événements et de dégager des recommandations pour éviter la répétition de l'événement.

Le Directeur Général

- **L'objectivité** : le signalement repose sur des faits. Il ne s'agit pas de mettre en cause des personnes en tant qu'auteurs de faits, ni d'interpréter les faits ou encore de leur donner une traduction médico-légale en termes de responsabilités.
- **Préserver l'anonymat et la confidentialité** : le traitement des informations recueillies s'effectue dans l'anonymat et la confidentialité. Chaque professionnel s'engage à respecter une obligation de discrétion à l'égard des informations portées à sa connaissance dans le cadre de cette démarche.
- **L'efficacité** : la démarche de signalement doit s'efforcer d'être aussi exhaustive que possible en permettant l'identification de l'ensemble des risques liés à l'activité hospitalière et en évitant que ces risques se reproduisent.

FICHE DE SIGNALEMENT DES EI

| | | |
|---|--|---|
| | Manuel des formulaires | Référence : FQ/CQ 14 |
| | SIGNALEMENT DES ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES | Version : 01 Date : 23/01/2018 Page : 1/2 |
| Personne déclarante | | N° de la fiche (*) : |
| Nom : Prénom : | Événement | |
| Fonction : | Date et Heure : | |
| Service : NCTA : | Lieu : | |
| L'ÉVÉNEMENT CONCERNE | | |
| Une personne | | Un produit de santé |
| Patient | Personnel de santé | Vétérinaire |
| L'Un médicament | | L'Un dispositif médical |
| Nom et prénom : | | Indicatif chimique/biologique |
| Matière : | | Autre |
| Dénomination : | | Composition |
| Adresse : | | Laboratoire ou fabricant |
| N° de téléphone : | | N° de lot |
| Description de l'événement | | |
| <i>Décrire ce qui s'est passé de manière chronologique et précise.</i> | | |
| Actions immédiatement entreprises et solutions proposées | | Causes possibles de l'événement |
| <i>Décrivez ce que vous avez fait pour pallier immédiatement au problème et ce que vous proposez pour éviter que cela ne se reproduise.</i> | | <i>D'après-vous, quels sont les facteurs à l'origine de cet événement ?</i> |
| ESTIMATION DE LA GRAVITÉ * | | |
| Minore | | Exceptionnel (moins d'une fois par an) |
| Modérée | | Rare (1 à 3 fois par an) |
| Grave | | Peu fréquent (au moins une fois par trimestre) |
| Critique | | Fréquent (au moins une fois par mois) |
| Catastrophique | | Très fréquent (au moins une fois par semaine) |
| Commentaires du responsable du secteur concerné | | |
| <i>Indiquez vos commentaires, remarques ou compléments d'information relatifs à cet événement.</i> | | |

* : Voir verso

| | | | |
|--|--|--|---|
| | Manuel des formulaires | Référence : FQ/CQ 14 | |
| | SIGNALEMENT DES ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES | Version : 01 Date : 23/01/2018 Page : 2/2 | |
| ECHELLE DE GRAVITE | PATIENT / PERSONNEL | ORGANISATION | Pourquoi remplir cette fiche ? <ul style="list-style-type: none"> • Pour mieux connaître les risques de l'hospitalisation. • Pour corriger les dysfonctionnements susceptibles de créer un dommage aux patients ou aux professionnels • Pour être plus réactif face à des situations intenses similaires. • Pour garantir la sécurité des personnes et la qualité des activités et lutter contre les accidents évitables Qui est concerné par le signalement ? <ul style="list-style-type: none"> • Tous les professionnels de santé intervenants à l'hôpital, en tant qu'auteur ou en tant que témoin. • Vous pouvez être le relais d'une plainte orale signalée par un patient ou ses proches. |
| Minore | Sans effet sur l'état moral et physique du patient. Accident du travail sans arrêt | Sans effet sur les processus, l'activité et la sécurité. | |
| Moderée | Minors de caractère gêne légère ou transitoire sans atteinte sur la santé. Atteinte superficielle. Sentiment d'insécurité. Arrêt de travail < 21 jours | Effet ne remettant pas en cause le fonctionnement du processus. | |
| Grave | Impact sur la santé augmentant la durée d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation. Arrêt de travail entre 21 jours et 90 jours | Fonctionnement du processus perturbé. Indisponibilité des ressources ... | |
| Critique | Aggravation de l'état de santé avec effet réversible. Engagement du pronostic vital. Arrêt de travail > 90 jours | Arrêt temporaire de l'activité, fermeture partielle. Retras en cause du fonctionnement du processus. | |
| Catastrophique | Décès, effet irréversible sur la santé. | Arrêt prolongé de l'activité | |
| Est-il obligatoire de signaler ? | | | Que faut-il signaler ? <ul style="list-style-type: none"> • Accidents : cause d'un dommage corporel, psychique ou matériel • Incidents : cause d'un dommage mais nuisant à la qualité du service rendu • Situations à risque : cause éventuelle d'un incident ou d'un accident |
| <ul style="list-style-type: none"> • Le signalement des incidents liés aux vigilances est réglementaire (démé obligatoire) pour tous les professionnels de santé. • Le signalement des événements indésirables liés aux activités de soins, à la vie hospitalière, aux relations avec les patients est volontaire et reste une procédure interne à l'établissement. | | | |
| Cette fiche ne se substitue pas aux registres institutionnels (interposition des instances, déclaration d'accident, ...) | | | |
| Comment utiliser la fiche ? | | | |
| Toute personne qui constate un événement "indésirable", un accident ou un risque d'accident : <ul style="list-style-type: none"> - Traiter immédiatement et éventuellement la situation et informer le surveillant du service ou le référent qualité et gestion des risques - Déclencher l'événement en remplissant la fiche de signalement et l'adresser au responsable du Comité de Gestion des Événements Indésirables (CGEI). Celui-ci assure réception de votre déclaration et s'engage à la traiter. | | | |
| Le responsable du CGEI procède ou fait et informe la Direction Générale et constitue un groupe d'analyse de l'événement en garantissant l'anonymat. | | | |
| Coordonnées du responsable CGEI : Mme Noussou Letji , Service de Prévention et de Sécurité des Soins / Poste 1502 / tel 2338104 | | | |
| Cette fiche a pour objectif d'explicitier les modalités de signalement des événements indésirables au sein de notre établissement. Cette pratique, selon les standards internationaux, constitue l'un des axes d'une démarche de la qualité et de la gestion des risques. Elle ne constitue en aucun cas un moyen de délation, de contrôle ou de sanction, la finalité étant que les événements les plus importants ne se reproduisent pas. | | | |

Circuit de signalement

QUI ?

COMMENT ?

Tout personnel

1

Survenue d'un EI

Personne déclarante

Référent qualité

2

Prendre les mesures immédiates et informer référent qualité et sécurité des soins

Personne déclarante

déclarante

3

Déclarer l'événement en remplissant la fiche de signalement et en l'adressant au responsable du CGEI

4

Lire la fiche attentivement et compléter ou clarifier les informations si nécessaire.

Responsable du

CGEI

5

Attribuer un numéro de classement pour la fiche de signalement avec signature et cachet

Assistant CQ

6

Remplir un formulaire de réception et le transmettre aux :
personne déclarante
responsables hiérarchiques concernés après
anonymisation

Fiche de signalement des EI

Accusé de réception de signalement d'un EI

Classer les EI selon l'ordre chronologique de leurs survenues dans l'enregistrement qui convient (format papier / un tableau Excel)

Classement des fiches de signalement des EI survenus

Circuit de signalement

| | | |
|---|---|-----------------------|
|  | Manuel des procédures | Référence : PR /CQ 02 |
| | LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES | Version : 01 |
| | | Date : 19/04/2018 |
| | | Page : 4/6 |

1.2/- Description :

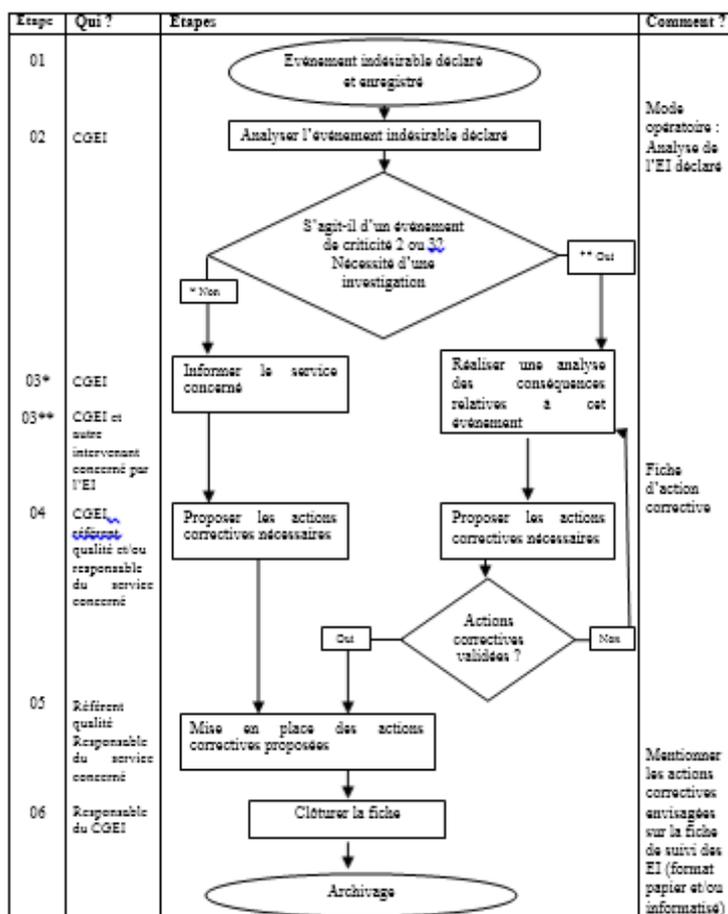
| Etape | Description |
|-------|--|
| 03 | <p>Responsables de la réception et du classement des fiches de signalements des EI :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Responsable de la cellule Qualité :<ul style="list-style-type: none">- Nom et prénom : Mme Houyem Said Latiri- Bureau : Service de Prévention et de Sécurité des Soins- N° de téléphone : poste 1502 / 23538104- Adresse : Hôpital Sahloul de Sousse, Route de ceinture, cité Sahloul, 4054 Sousse, Tunisie▪ Assistant Coordinateur Qualité :<ul style="list-style-type: none">- Nom et prénom : Mohamed Sahbi <u>Chalbi</u>- Bureau : Service de Prévention et de Sécurité des Soins- N° de téléphone : poste 1303 / 98982000- Adresse : Hôpital Sahloul de Sousse, Route de ceinture, cité Sahloul, 4054 Sousse, Tunisie |

Circuit du traitement d'un EI

| | | |
|--|---|-----------------------|
|  | Manuel des procédures | Référence : PR /CQ 02 |
| | LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES | Version : 01 |
| | | Date : 10/04/2018 |
| | | Page : 5/6 |

2/- Traitement d'un événement indésirable :

2.1/- Circuit du traitement d'un événement indésirable :



| Etape | Description |
|-------|---|
| 02 | Analyse de l'événement indésirable : Le responsable du CGEI fait appel à une réunion dans un délai qui ne dépasse pas les cinq jours pour analyser la fiche de signalement, il invite les membres du comité, le référent qualité et le responsable du service hospitalier ou administratif concerné. L'analyse de l'événement signalé sera réalisée en se référant au mode opératoire dénommé « Analyse de l'événement indésirable déclaré ». Un score relatif au niveau de criticité correspondante à l'évènement signalé sera attribué. |
| 04 | Le CGEI en concertation avec le responsable du service ou de la direction concernés par l'EI et le référent qualité proposent une ou plusieurs actions correctives à mettre en place dans un délai de 7 jours. Une action sera déclenchée par le comité de gestion des EI, une fiche d'action corrective sera ouverte et le tableau de suivi des FEI sera mis à jour en conséquence. |
| 05 | Le référent qualité et le responsable du service ou de la direction concernés par l'EI sont chargés de la mise en place de(s) action(s) corrective(s) proposée(s). Ils sont tenus à mentionner les actions réalisées sur le formulaire « fiche action corrective » et respecter les délais fixés pour son exécution. La fiche action corrective sera ensuite retournée au Responsable du CGEI pour clôture. |
| 06 | Après clôture de la fiche action corrective. Le Responsable du CGEI clôture la fiche d'événement indésirable et procède à l'archivage et la mise à jour de la fiche de suivi des événements indésirables (format papier et/ou informatisé) |

2/- LE NIVEAU DE CRITICITE :

Il est calculé en fonction de la fréquence et de la gravité, soit :

$$C = F \times G$$

La criticité ainsi évaluée permet d'établir les niveaux de risque suivants :

Tableau 1 : Matrice de criticité

| | | Gravité | | | | |
|---------------|---|---------|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vraisemblance | 5 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 |
| | 4 | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 |
| | 3 | 3 | 6 | 9 | 12 | 15 |
| | 2 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Tableau 2 : Les priorités d'actions en fonction de la criticité des EI

| Classe de criticité | Intitulé de la classe | Intitulés des décisions et des actions |
|---------------------|-------------------------|---|
| C1 | Acceptable | Aucune action n'est à entreprendre |
| C2 | Tolérable sous contrôle | On doit organiser un suivi en termes de gestion du risque |
| C3 | Inacceptable | On doit refuser la situation et prendre des mesures en réduction des risques sinon ... on doit refuser toute ou partie de l'activité |

Démarche de gestion des EI au CHU Sahloul : Etapes

3- Information / Sensibilisation :

- Sessions d'information / sensibilisation : COPIL ; Surveillants ; journée des infirmiers ; des ouvriers et des techniciens supérieurs de l'hôpital
- **Objectif : développer la culture du signalement sans avoir peur des réactions**

Démarche de gestion des EI au CHU Sahloul : Etapes

3- Formation

- Public :
 - Comités (CSTH, CT et CLIN) (avril 2018)
 - Référents qualité et gestion des risques (RQGR) : Juillet 2018
- Fiches action formation : Objectifs, méthode , formateurs, matériel
- Atelier de petit groupe ; simulation ...
- Évaluation de la formation
- **Diffusion des classeurs qualité**



CHU SAHLOUL
CELLULE QUALITE

QUALITE ET GESTION DES RISQUES

Le classeur dénommé « Qualité et Gestion des Risques » comporte des documents qualité approuvés et diffusés. Pour toute modification ou suggestion d'un nouveau document prière de contacter le responsable de la Cellule Qualité au poste 1502.

Ce classeur est la propriété du CHU Sahloul, il est sous la responsabilité des référents qualité du service, toute reproduction d'un document qualité doit faire l'objet d'une demande écrite auprès du Responsable Cellule Qualité.

Démarche de gestion des EI au CHU Sahloul :

Etapes

4- Déploiement

- Démarche étendue d'emblée ; libre choix pour tous les services
 - Décision prise lors de la 2^{ème} réunion du COPIL (avril 2018)
- Préalables :
 - Moyens humains : CGEI
 - Actions engagées : sensibilisations ; formation

Démarche de gestion des EI au CHU Sahloul :

Etapes

4- Déploiement

– Préalables :

-
- Relais dans les différents secteurs : RQGR
- Communication : diffusion classeurs QGR (FSEI ; procédure de gestion des EI) ;
- Effort ++ formation : ateliers de simulation (comment signaler et prioriser un EI)
- Les membres de la CQ ; l'EOHH ont commencé à envoyer FSEI :

Démarche de gestion des EI au CHU Sahloul : actuellement

- Depuis le mois de mai : le CGEI ne cesse de recevoir les FSEI (35 EI signalés)
- Fiches de classement à jour (version Excel)
- Des réunions avec les concernés par les EI ont été réalisées (avec des PV)
- Élaboration de recommandations: actions correctives et d'amélioration
- Suivi de la mise en place des recommandations

Suivi FSEI

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------|
| A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L |
| Manuel des formulaires | | | | | | | | | | | Référence : FQ/CQ 16 |
| Classement des fiches de signalement et suivi des actions d'amélioration | | | | | | | | | | | Version : 01 |
| | | | | | | | | | | | Date : 19/04/2018 |
| | | | | | | | | | | | Page : 1/1 |

| N° | Désignation de l'évènement indésirable déclaré | Services hospitaliers ou autres | Date de r | Numéro | Réceptio | Date d'an | Criticité | ACTIONS D'AMELIORATION ENVISAEES | | | | Obs |
|----|--|---------------------------------|------------|------------|----------|------------|-----------|----------------------------------|--------------------|-----------------|--|-----|
| | | | | | | | | N° de la fiche | Date prévue de réa | Date de cloture | Pilote de l'action | |
| 1 | Dispensation inadéquate d'un médicament par la pharmacie | Pharmacie | 01/05/2018 | 001/010518 | RCQ | 11/05/2018 | 8 | 001/010518 | Immédiatement | 31/05/2018 | Balacem Kacem | |
| 2 | Prélèvements de denrées alimentaires non conformes (présence de salmonelles) | Cuisine centrale | 31/05/2018 | 002/310518 | RCQ | 07/06/2018 | 6 | | Immédiatement | 01/09/2018 | Med Sahbi Chalbi | |
| 3 | Boite non stérile au BO | Bloc maxillo-faciale | 19/06/2018 | 003/190618 | RCQ | 18/08/2018 | 9 | 003/190618 | Immédiatement | 19/06/2018 | Responsable de l'unité de stérilisation/surveillant du BO | |
| 4 | Présence de nuisibles dans une service à haut risque | Cardiologie | 25/06/2018 | 004/250618 | RCQ | 17/08/2018 | 3 | 004/250618 | Immédiatement | 30/06/2018 | Service technique et unité de bionettoyage | |
| 5 | Emballages des Jeux de champs opératoires et d'autres produits stériles imbibés d'eau de climatisation | Bloc CCVT | 26/06/2018 | 005/260618 | RCQ | 18/06/2018 | 3 | 005/260618 | Immédiatement | 30/06/2018 | Surveillant CCVT/Responsable service technique/Responsable CDM | |
| 6 | Absence d'agent de nettoyage | Neurologie | 02/07/2018 | 006/020718 | RCQ | 17/08/2018 | 9 | 006/020718 | Immédiatement | 01/08/2018 | Service technique et unité de bionettoyage | |
| 7 | Coupure électrique | Laboratoire biochimie | 12/07/2018 | 007/110718 | RCQ | 26/07/2018 | 12 | 007/110718 | délai de 15 Jours | 17/08/2018 | Ingénieur de maintenance (Karim Dkhal) | |
| 8 | Chute d'un personnel | Etage -I(couloir) | 12/07/2018 | 008/110718 | RCQ | | 6 | 008/110718 | | | | |
| 9 | Chute d'un personnel | Etage -I(couloir) | 12/07/2018 | 009/110718 | RCQ | | 6 | 009/110718 | | | | |
| 10 | Présence de nuisibles dans un service à haut risque | PDG | 13/07/2018 | 010/130718 | RCQ | 17/08/2018 | 4 | 010/130718 | Immédiatement | 13/07/2018 | Service technique | |
| 11 | Coupure électrique | Laboratoire biochimie | 16/07/2018 | 011/160718 | RCQ | 26/07/2018 | 12 | 011/160718 | délai de 15 Jours | 17/08/2018 | Ingénieur de maintenance (Karim Dkhal) | |
| 12 | Panne d'un climatiseur | Bloc urologie | 16/07/2018 | 012/120718 | RCQ | | 12 | 012/120718 | Immédiatement | 01/08/2018 | service technique | |
| 13 | Coupure électrique | Réanimation chirurgica | 21/07/2018 | 013/190718 | RCQ | 26/07/2018 | 20 | 013/190718 | délai de 1MOIS | en cours | Ingénieur de maintenance (Karim Dkhal) | |
| 14 | Coupure électrique | Réanimation chirurgica | 21/07/2018 | 014/200718 | RCQ | 26/07/2018 | 20 | 014/200718 | délai de 1MOIS | en cours | Ingénieur de maintenance (Karim Dkhal) | |
| 15 | Coupure électrique | Laboratoire biochimie | 21/07/2018 | 015/170718 | RCQ | 26/07/2018 | 12 | 015/170718 | délai de 15 Jours | 17/08/2018 | Ingénieur de maintenance (Karim Dkhal) | |
| 16 | Plateaux des repas non récupérés par la cuisine | Unité de greffe Urologie | 31/07/2018 | 016/310718 | ABC | | 15 | 016/310718 | | en cours | Service de bionettoyage | |
| 17 | Accident d'Exposition au Sang "AES" | Médecine interne | 31/07/2018 | 017/300718 | ABC | 31/08/2018 | 1 | 017/300718 | Immédiatement | 31/08/2018 | Urgences et administration | |
| 18 | Rupture du stock des sacs jaunes | SPSS | 31/07/2018 | 018/270718 | ABC | 01/08/2018 | 12 | 018/270718 | Immédiatement | 01/08/2018 | service d'achat et SPSS | |
| 19 | Présence de nuisibles | Pédiatrie | 01/08/2018 | 019/310718 | ABC | 17/08/2018 | 9 | 019/310718 | Immédiatement | 01/08/2018 | Service de bionettoyage | |
| 20 | Equipement médical non réglé | Urgences (service radi | 08/08/2018 | 020/130718 | ABC | | 20 | 020/130718 | | 01/08/2018 | service technique | |
| 21 | Fuite des eaux usées dans un service à haut risque | USIC | 25/08/2018 | 021/250818 | ABC | | 8 | 021/250818 | | en cours | Service de bionettoyage | |

Suivi Actions amélioration



Manuel des formulaires

Référence: FQ/CO27

Version: 01

Date: 19/04/2018

Page: 1/1

Analyse et Traitement des évènements indésirables déclarés

Détermination de la Criticité (C : Fréquence X Gravité)

| Révision CGEI | Evènement Indésirable | N° de la fiche | Lieu de survenu | Fréquence | Gravité | Criticité | Actions correctives / Actions d'amélioration | Pilote de l'action | Date de mise en œuvre | Réalisation |
|---------------|-----------------------|----------------|--------------------------|-----------|---------|-----------|--|--|---|--|
| 26-juil-18 | Coupure électrique | 007/11018 | Laboratoire de Biochimie | 4 | 3 | 12 | Pour le laboratoire de Biochimie : Faire un diagnostic de la situation de l'état des branchements électriques des machines Désosser deux climatiseurs de la ligne de secours à la ligne normale. | L'ingénieur de maintenance Mr Karim Dkhil | 09/08/2018 | OUI |
| | | 011/160718 | | 4 | 3 | 12 | Renforcer la chambre froide par un deuxième climatiseur de secours avec déclenchement automatique. | | 02/08/2018 | OUI |
| | | 015/170718 | | 4 | 3 | 12 | Pour l'unité de Réanimation : Changer les disjoncteurs sur place. Commander les équipements de maintenance nécessaires Prévoir un test d'endurance électrique pour les autres disjoncteurs. | | 02/08/2018 | OUI |
| | Coupure électrique | 013/190718 | Unité de Réanimation | 5 | 4 | 20 | Pour le service de maintenance : Améliorer la traçabilité de la gestion de la maintenance : rédaction de la procédure décrivant la gestion d'une coupure électrique à l'hôpital Prévoir le renforcement de l'effectif de l'équipe de maintenance (recrutement d'au moins un chef d'équipe) | | 02/08/2018 | OUI |
| | | 014/200718 | | 5 | 4 | 20 | Informez et sensibilisez les agents du service de maintenance concernant le branchement des prises d'électricité (dans le cadre d'une extension). Par de branchement sans la validation de l'implémentation par le supérieur hiérarchique. | | 02/08/2018 | En cours |
| | | 004/250618 | | 1 | 3 | 3 | Programmer le démontage et le nettoyage des faux plafonds Evacuer le matériel réfrégerant Procéder à la fermeture et l'entretien des couvercles des regards (aux urinal) | | Service technique et unité de biennettoyage | 24/08/2018 01/10/2018 01/10/2018 |
| 17 Aout 2018 | Présence de nuisibles | 010/130718 | Services Hospitaliers | 2 | 2 | 4 | Préparer un état des lieux sur les locaux ayant des faux plafonds avec plaques manquantes Former les communicationnels verticaux des quinze techniques entre les étages | Service technique | En cours En cours | |
| | | 019/310718 | | 3 | 3 | 9 | Installer des moustiquaires dans tout l'hôpital après avoir mené une étude de coût Identifier les locaux et dépôts fermés en vue de pratiquer leur désinfection et nettoyage et prévoir l'information préalable des surveillants des services sur les dates de passage des agents de la cellule au traitement de lutte contre les nuisibles | Service de biennettoyage | En cours | |
| | | 006/020718 | | 3 | 3 | 9 | Fournir l'organigramme de la répartition des tâches des agents de nettoyage avec l'effectif existant et préparer un nouvel organigramme selon les recommandations en vigueur et les besoins réels de l'hôpital | Service technique et unité de biennettoyage | En cours | |

Difficultés et Points forts

- Points forts :

- Engagement de la Direction
- Formalisation des structures qualité (CQ, COPIL, CGEI, réseau RQGR)
- Implication et adhésion du personnel → développement culture du signalement (rapide et global)
- Accompagnement (INEAS, ENP ...) et formations reçues

Forces et faiblesses

- Difficultés rencontrées :
 - Contexte actuel du pays (hiérarchie !!!)
 - Taille de l'établissement
 - Ressources financières et personnelles
 - Non respect des délais fixés par la procédure de gestion et le mode opératoire d'analyse des EI (disponibilité, période d'été...) → réactivité ---
 - Problème de feedback
 - Disparité entres les services (nombre des FSEI)

Conclusion

- **Pour rendre notre système plus dynamique et pérenne →**
 - Développer davantage la culture de sécurité des soins chez le personnel
 - Multiplier les sessions de formation et de sensibilisation
 - Valoriser les services qui déclarent plus
 - Communiquer les résultats du suivi des actions correctives et d'amélioration

*Merci de votre
attention*

