

**GESTION DES  
RISQUES EN MILIEU  
DE SOINS**  
*Culture de sécurité*

**Dr Lotfi BENMOSBAH**  
Tunis Novembre 2015

---

# Notion de risque

**Exposition souhaitée ou non à un danger:**

- Renoncement au risque
- Risque à la recherche d'un bénéfice
- Risque à la recherche d'une performance
- Prise involontaire d'un risque subi

# Tunisie – Sousse : Un enfant de 11 ans décède à l'hôpital : Suspicion d'erreur médicale

NEWS, SOCIÉTÉ | LM | 12 AOÛT, 2015 À 22:23



24 2 0  
Partager Tweeter G+1



Un enfant âgé de 11 ans est décédé, à El Kalaa El Kobra, relevant du gouvernorat de Sousse, à l'issue d'une erreur médicale selon sa famille et des sources médicales, a indiqué le correspondant de MosaïqueFM.

En effet, l'enfant a été blessé au genou à la suite d'une chute et a été transporté à un dispensaire dans la ville d'El Kalaa où on lui a administré un médicament pour soulager ses douleurs qui lui a causé des effets secondaires sur les reins.

L'enfant a été transféré aux urgences mais n'a pas été pris en charge. Selon les mêmes sources, son état n'a pas été pris au sérieux et a été ré adressé au même dispensaire.

La famille a été obligée de transporter l'enfant à l'hôpital de Sousse où il est décédé.

# LE TEMPS

Quotidien indépendant

Fondateur : Habib CHEIKHROUHO

ACCUEIL

EDITO

PROXIMITÉ

ARTS ET CULTURE

MONDE

FAIT DE SOCIÉTÉ

SPORTS

ECONOMIE & FINANCE



## EL BAYEN SCHOOL

École Primaire Numérique Privée

Près de la Cité des Sciences à côté de  
DAR ASSABAH - Centre Urbain Nord

Contact : 54.352.240 - 97.546.310

Décès

## Une erreur médicale à l'origine du décès d'une patiente

Jeudi 25 Septembre 2014

Journal Le Temps du 11/10/2014



## Société: Afifa est-elle morte suite à une erreur médicale dans une clinique de Tunis?

| Imprimer |

 J'aime 97

 Tweeter 8



***Afifa Olfa est morte 13 jours après son accouchement. Son époux est persuadé qu'une erreur médicale est la cause de son décès. La clinique où elle a accouché prétend le contraire. Une enquête est en cours.***

Par Yūsra N. M'hiri

# Tunisie – Fautes médicales : L'erreur qui tue

mar 6, 2015 Par : Di avec TAP

 Partager sur Facebook

 Tweeter sur twitter





Admise à la clinique Tunis depuis le 21 février 2015 pour une fécondation in vitro (FIV), Olfa Youssefi est encore plongée dans un coma profond.

Le rêve de devenir maman, longtemps caressé par cette femme âgée de 42 ans et mariée depuis 2000, a mis sa vie en péril. Dans une déclaration à l'agence TAP, sa soeur Malika, a indiqué que la malade est entrée à l'hôpital en bonne santé et que son médecin traitant lui a affirmé que l'intervention ne durera qu'une dizaine de minute.

Le cas de cette dame dont la famille a déposé plainte et dont le cas fait, actuellement, l'objet d'une enquête sur les circonstances de l'accident vient relancer le débat sur l'erreur médicale.

## Tunisie : Les malheurs d'une résidente dans un hôpital public

📅 28 août 2015 | 16:06 📖 A LA UNE, TRIBUNE, Tunisie ↻ 7

[J'aime](#) [Partager](#) 1492 [Tweeter](#) 19 [G+](#) 2

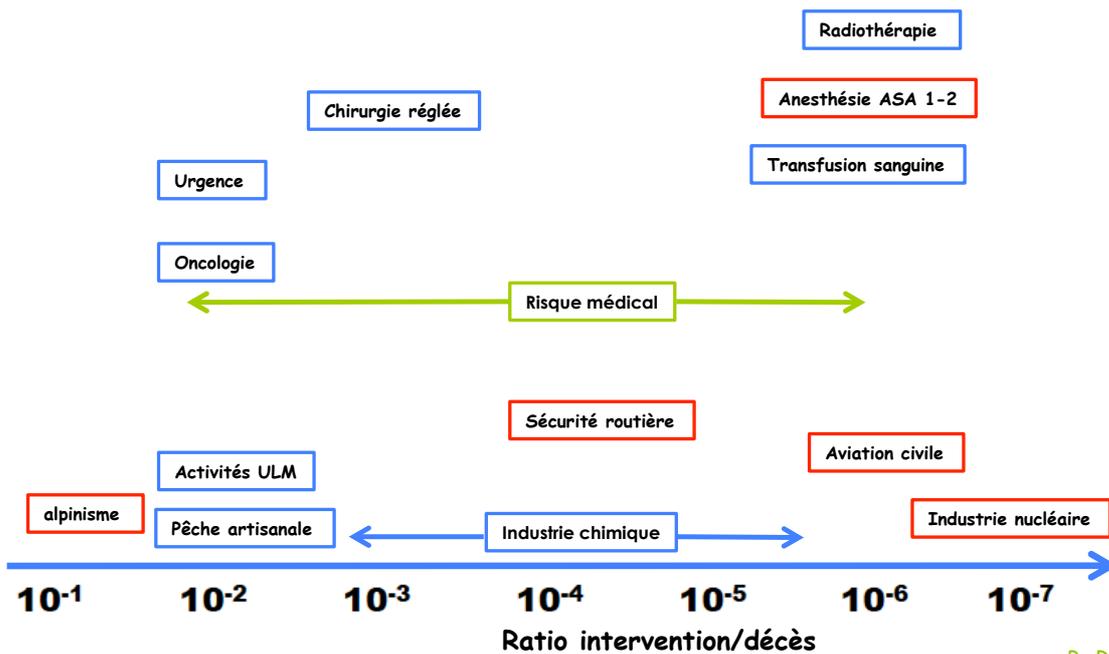


*La condamnation d'une résidente à 2 ans de prison est entourée d'un inexplicable silence de la part de la communauté médicale.*

## Fréquence des EIG

- USA 1999: " To err is human"  
48 à 90000 morts/an
- France 2009: 6,2 EIG/1000 jours  
d'hospitalisations (ENEIS 2)
- Monastir 2010 et Sousse 2013: 10% d'EIG
- Etablissements Privés de santé 2014: 5,2/1000j
- **40 à 50% des EIG évitables**

# Comparaison Secteur de Santé/Autres Activités



Pr René Amalberti

## Démarche de Gestion des Risques

- **Démarche sectorielle**
  - Sécurité incendie
  - Sécurité transfusionnelle
  - Lutte contre les infections nosocomiales
- **Démarche transversale:**
  - Globalité et complexité d'activité des soins
  - Identifier les risques non perçus
  - Défauts d'organisation: 85%

# Démarche de gestion des risques

- **Approche préventive**
- **Gestion à priori ou Approche protectrice:**
  - Identification des dangers du systèmes
  - Mise en place de mesure protectrice
- **Gestion à postériori ou Approche réactive:**
  - Analyse des EI survenus
  - Mise en place de mesures correctives

## Never Events

- Chirurgie du mauvais coté
- Instrument oublié dans le patient
- Voie d'administration erronée d'une chimiothérapie
- Utilisation d'une sonde gastrique mal placée
- Suicide avec des ridelles
- Mort maternelle par hémorragie après césarienne
- Injection directe de potassium en IV
- Evasion d'un prisonnier

## Piliers de la GDR

- **Stratégique:** Implication du Management
- **Culturelle:** appropriation de la démarche
- **Structurelle:** Organisation, Structure
- **Technique:** Méthodes et Outils

## Pilier Stratégique

- Engagement de la direction à son plus haut niveau
- Coordinateur de GDR en lien direct avec la direction générale et le CM
- Instance GDR: Direction, Médecins, Soignants, Qualiticien
- Allocation de ressources adaptée

## Pilier Culturel Culture de sécurité

- Appropriation de la démarche par l'ensemble des professionnels
- *Ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels dommages peuvent être liés aux soins.*

## Pilier Culturel Culture de sécurité

- Culture: Ce qui est commun à un groupe d'individu et qui le soude
- Sécurité: Etat d'une situation présentant le minimum de risque
- Culture de sécurité:
  - *cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins.*
  - Appropriation de la démarche par l'ensemble des professionnels

**Organisation  
apprenante et  
amélioration  
continue**

**Perception  
globale de la  
sécurité**

**Fréquence de  
signalement  
des EI**

**Soutien du  
management  
pour la sécurité  
des soins**

**Réponse non  
punitiv à  
l'erreur**

**Culture  
de sécurité  
des soins**

**Attentes et  
actions des  
responsables  
concernant la  
sécurité des  
soins**

**Liberté  
d'expression**

**Travail d'équipe  
entre les  
services de  
l'établissement**

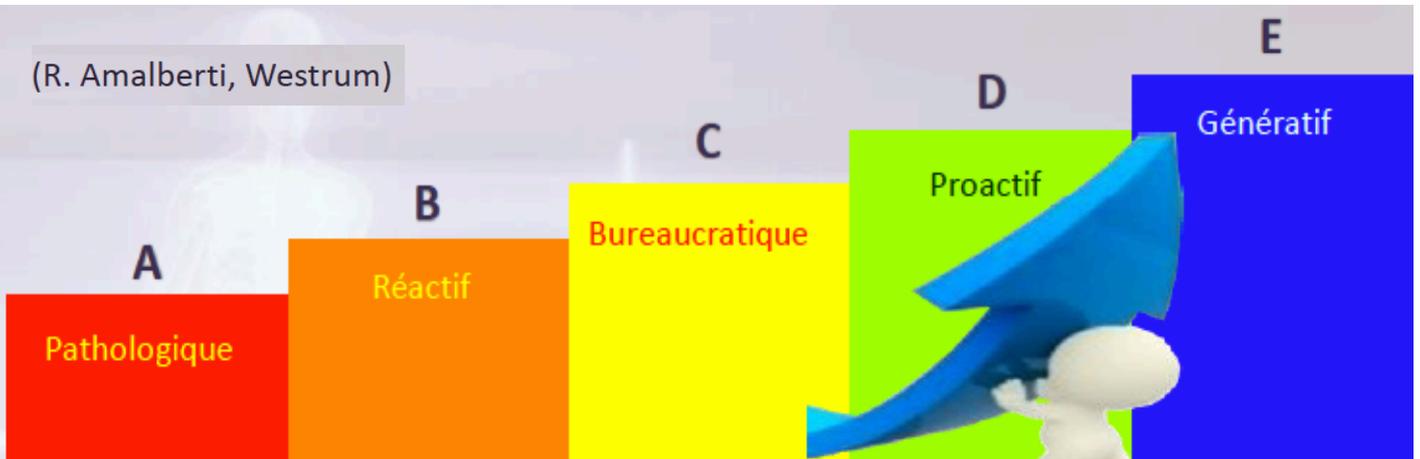
**Travail  
d'équipe dans  
le service**

**Ressources  
humaines**



# Maturité institutionnelle

(R. Amalberti, Westrum)



A – Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité ?

B – Nous prenons la sécurité très au sérieux et nous agissons face à un événement

C – Nous avons des systèmes en place pour gérer tous les risques

D – Nous sommes toujours attentifs, nous avons toujours à l'esprit les problèmes de sécurité qui pourraient survenir

E – Le gestion de la sécurité fait partie intégrante de tout ce que nous faisons

# Conclusion

**Maitriser les risques:**

- **Confiance des patients**
- **Eviter les recours légaux**
- **Confiance des actionnaires**



# Gestion à Priori

# Cartographie des risques (1)

**Représentation graphique des risques anatomiques et fonctionnels**

- **Approche Processus**

- Décrire les processus concernés
- Identifier les défaillances
- Méthode chronophage

- **Par type de risque:**

- Liés à la prise en charge du patient
  - Nosocomiaux, identification.....
- Liés à la vie hospitalière:
  - Alimentaire, transport, SIH, technique, malveillance

## Hiérarchisation des risques(1)

### Echelle de probabilité

4	Très probable	1/Semaine
3	probable	1/mois
2	Peu probable	1 /3 à 6 mois
1	Très peu probable	>1/an

## Hiérarchisation des risques (2)

### Echelle de gravité

	<b>Gravité</b>	<b>Clinique</b>	<b>Image</b>
4	<b>Gravité très élevée</b>	invalidité permanente séquelles graves ou décès.	Impact fort avec effet dans le temps
3	<b>Gravité élevée</b>	incapacité partielle permanente	Altération de l'image
2	<b>Gravité moyenne</b>	préjudice temporaire	Dégradation de l'image sans effet dans le temps
1	<b>Gravité mineure</b>	Sans dommage	Sans impact

## Hiérarchisation des Risques (3)

### Criticité (F X G)

1 à <4	4 à <8	8 à <12	12 à 16
Faible	Modéré	Fort	Majeur

ECHELLE D'EVALUATION DE LA CRITICITE

	1	2	3	4
4	Zone Acceptable	Zone de vigilance	A traiter en urgence	
3	Zone Acceptable	Zone de vigilance	A traiter en urgence	
2	Zone Acceptable	Zone de vigilance	A traiter en urgence	
1	Zone Acceptable	Zone de vigilance	A traiter en urgence	
	1	2	3	4

Probabilité

Impact

## Actions Correctrices

- Chercher des actions correctrices pour les défauts retenues
- Criticité initiale  $C'$
- Appliquer en théorie la correction
- Calcule le nouvel Indice  $C''$  si  $<CL$
- Planifier la mise en place des corrections
- Suivre
- Evaluer

# Gestion à Postérieur

- Recueil des EI
- Analyse
- Recommander
- Evaluer

# Fiche de Recueil des EI



<b>FICHE DE DECLARATION D'EVENEMENT INDESIRABLE LIES AUX SOINS</b>	Version : 4
	Date de création : 02/12/2013
	Date de modification : 16/12/2013

QUI DECLARE D'EVENEMENT	DATE ET HEURE DE L'EVENEMENT
Nom : .....	Date : .....
Fonction : .....	Heure : .....
Téléphone : .....	

**OU L'EVENEMENT S'EST-IL PRODUIT ?**

Etage <input type="checkbox"/> Lequel .....	Maternité: Bloc <input type="checkbox"/> Service <input type="checkbox"/>
Bloc <input type="checkbox"/> Lequel .....	Endoscopie <input type="checkbox"/>
Radiologie <input type="checkbox"/>	Unité d'exploration cardiaque <input type="checkbox"/>
Radiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/>	PMA <input type="checkbox"/> URGENCE <input type="checkbox"/>
Réa Cardio <input type="checkbox"/> Réa Polyvalente <input type="checkbox"/>	Unité de Soins Intensifs Cardiologie <input type="checkbox"/>

**DESCRIPTION DE L'EVENEMENT**

Solutions proposées

Une erreur,  
moi ?



Dissimuler son erreur

# Enquête HSOPSC

## Réponse Non punitive à l'Erreur

■ Rép. Pos. ■ Rép. Neut. ■ Rép. Nég.

- |     |                                                                                                                      |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A8  | Le personnel a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées                                                      |
| A12 | Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème |
| A16 | Le personnel s'inquiète du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel          |



Score: **76%**

## Charte de Non Puniton

### ميثاق عدم معاقبة

سلامة مرضانا هي أهم اولوياتنا.

اني الممضي أسفله الدكتور ..... المدير الطبي للمؤسسة الصحية،

التزم بعدم معاقبة أي عامل أعلمنا في الحين عن خطأ ارتكبه.

التفطن لهذه الأخطاء يمكننا يوما بعد يوم من إكتساب الخبرة اللازمة لإتخاذ الإجراءات

الإصلاحية للمحافظة على سلامة المرضى.

مبدأ عدم المعاقبة لا يمكن أن يطبق في حالة غلط أو خطأ تكرر مرارا.

## Autres Moyens de Recueils

- **Bactériologie:** hémoculture, ECBU, liquide infecté
- **Radiologie:** thrombophlébite et embolie pulmonaire
- **Pharmacie:** erreurs médicamenteuses
- **Diététiciennes:** erreurs de repas
- **Plaintes et réclamations**

## Types d' Evènements indésirables

- **EIG**
- **Evènements récurrents: fréquents**
- **Evènements porteur de risque: presque accidents**

## Analyse

- Comités (CREX, RMM, REMED)
- Ne cherche pas à identifier le ou les responsable
- Identifie les défaillances du système: Causes profondes

**Apprendre de ce qui s'est passé pour mieux maîtriser l'avenir et formuler des recommandations**

## Modèle de Reason

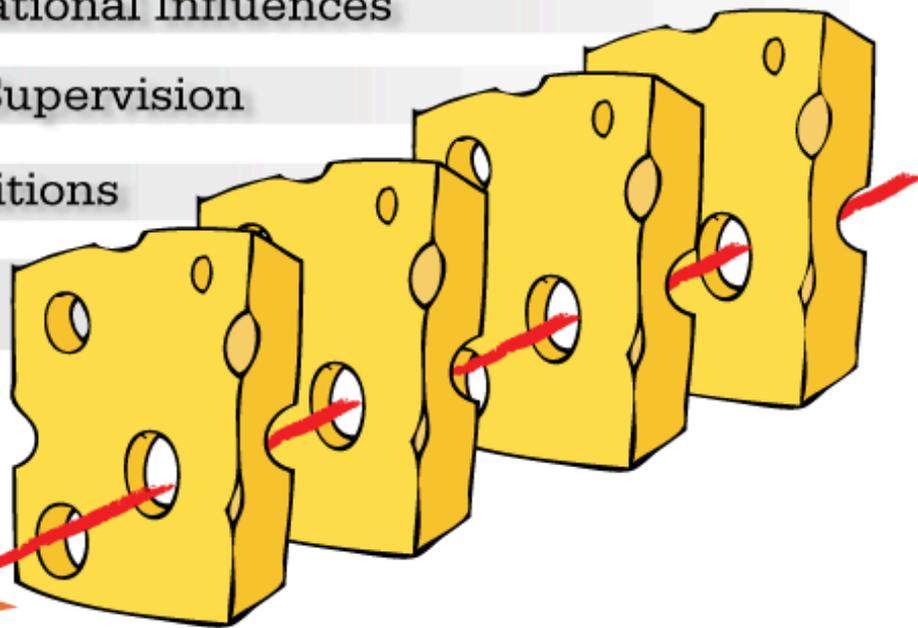
Organizational Influences

Unsafe Supervision

Preconditions

Unsafe Acts

**Accident!**



# Méthodes D 'analyse

- Arbres des causes
- Ishikawa
- 5P
- Orion
- ALARM

# Méthode ALARM

EIG



**Reconstitution chronologique des faits**

**Identification des défauts de soins**

**Identification des erreurs systèmes**

**Propositions de mesures correctives**

# Chronologie des faits

- Chronologie des faits avec horaires
- Les faits rien que les faits
- Entretiens structurés avec toutes les personnes concernées
- Rassembler les documents: biologie, radio, anapath...

## Identification des défauts de soins

- Actions ou omissions commises par le personnel au cours du processus de soins
- Identifier tous les défauts de soins survenus au cours du processus de soins
- Type de défauts
- Analyse séparée

## Identification des erreurs systèmes

- Concours de circonstances inhabituels et temporaires
- Problèmes plus général et récurrents
- Erreurs systèmes:
  - Patient
  - Individu
  - Equipe
  - Taches
  - Conditions de travail
  - Organisation
  - Institution

## Mesures correctives

- Tenir compte des défaillances constatées
- Faisabilité
- Durée
- Seul la correction de tous les risques identifiés

Permet d'éviter la récurrence

- Agir sur le facteur humain a une valeur limitée

# Méthodologie d'Investigation

- Notification/ Connaissance
- Déclenchement investigation Technique
- Collecte des faits
- Séquence d'évènements
- Identification des actes dangereux et des conditions favorables aux actes dangereux
- Evaluation des risques pour chaque événement (C=RXP)
- Analyse des défenses (barrière)
- Recommandations- programme de prévention
- Diffusion des résultats

## Méthodologie d'investigation

- |                                                                                               |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. <i>Notification/Connaissance</i>                                                           | <b>Phase<br/>d'investigation</b>  |
| 2. <i>Déclenchement investigation technique</i>                                               |                                   |
| 3. <i>Collecte des faits</i>                                                                  |                                   |
| 4. <i>Séquence d'événements</i>                                                               | <b>Phase<br/>d'analyse</b>        |
| 5. <i>Identification des actes dangereux et des conditions favorables aux actes dangereux</i> |                                   |
| 6. <i>Pour chaque "événement", évaluation des risques (<math>R = P \times G</math>)</i>       |                                   |
| 7. <i>Analyse des défenses (barrières)</i>                                                    |                                   |
| 8. <i>Recommandations - Programme de prévention</i>                                           | <b>Phase de<br/>communication</b> |
| 9. <i>Diffusion des résultats</i>                                                             |                                   |

## Take Home Message

- Ne pas chercher un coupable
- Analyser le système
- Culture positive de l'erreur
- Evaluer les mesures correctrices