

Les enjeux du signalement des évènements indésirables



Isabelle Poullain

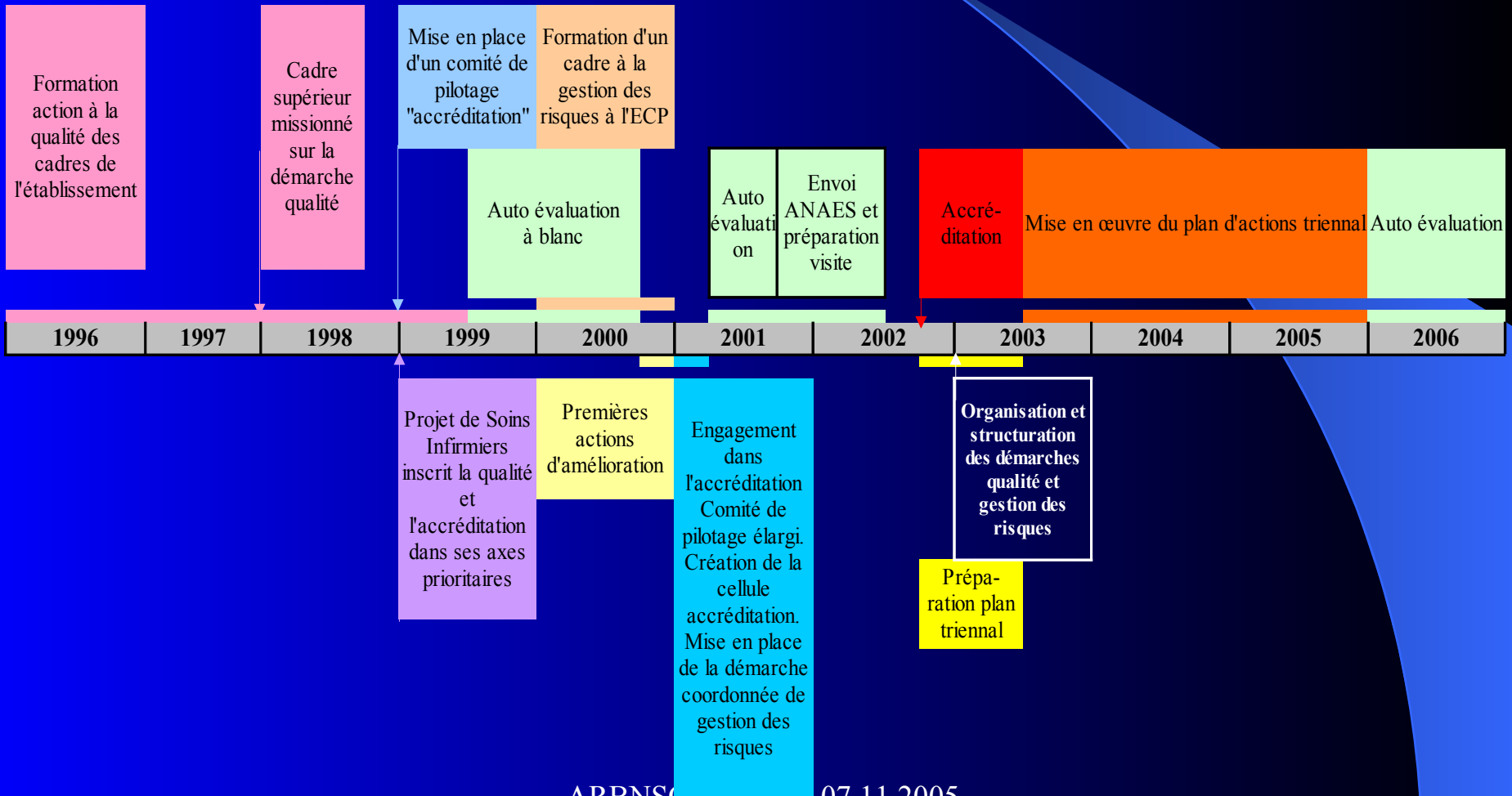
**Gestionnaire de risques, responsable du service
qualité gestion des risques du Centre
Hospitalier de Dieppe**

Le Centre Hospitalier de Dieppe en bref:

- **Etablissement public de santé, 3 sites, dont le projet d'établissement est en cours d'élaboration**
- **Hôpital de référence du secteur co-maritime situé à 60 kms du CHU de Rouen**
- **Lits et places autorisés:**
 - **MCO: 356**
 - **2 secteurs de psychiatrie + pédopsychiatrie: 90**
 - **SSR: 45**
 - **USLD: 200**
 - **Maison de retraite: 180****Soit 871**

Démarche d'amélioration continue de la qualité

Mise en place d'une démarche d'amélioration de la qualité des prestations centrées sur le patient



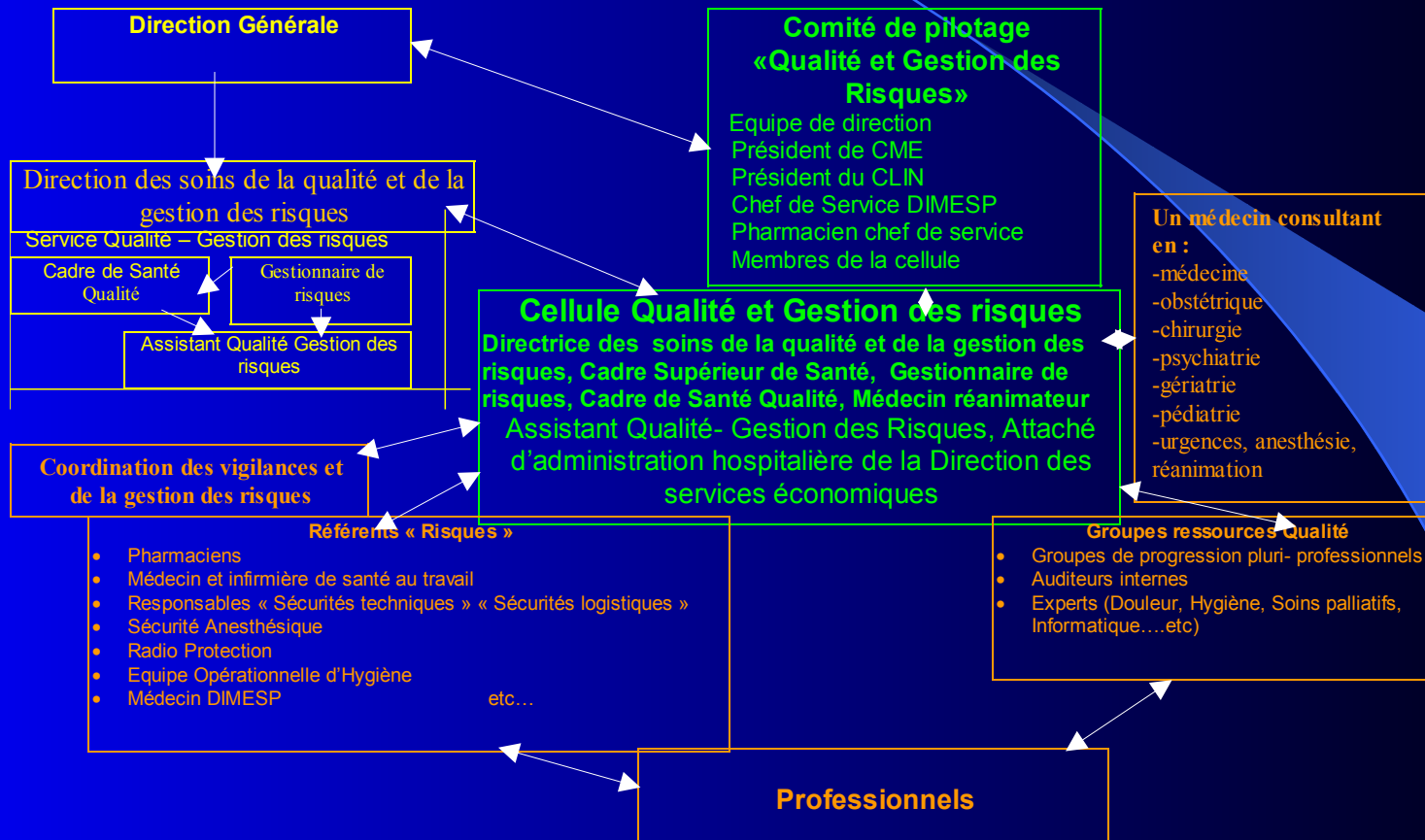
LES DATES

- ✧ 1996 : mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité après formation des cadres
- ✧ 1998 : un cadre infirmier supérieur missionné sur la démarche
- ✧ 1999 : Qualité - Accréditation : deux axes prioritaires du Projet d'Etablissement , mise en place en février d'une fiche de déclaration des incidents et accidents par la DSSI
- ✧ 1999 / 2000 : Création d'un Comité de Pilotage "accréditation"
 - ✧ Auto-évaluation "à blanc"
 - ✧ Premières actions d'amélioration de la qualité
- ✧ 2000 : Formation d'un cadre à la Gestion des Risques, Ecole centrale de Paris
- ✧ Janvier 2001 : Mise en place d'une démarche coordonnée de Gestion des Risques avec plans de formation et de communication , évolution du système de signalement (fiche, circuit, exploitation)
- ✧ Mars 2001 : engagement officiel dans la démarche d'accréditation, auto-évaluation sur 10 mois

LES DATES

- ✧ **Mars 2002 : visite des experts de l'ANAES**
Réajustement de la FSEI après évaluation par les professionnels
- ✧ **Octobre 2002 : Accréditation avec 3 recommandations**
- ✧ **Depuis la visite : Réorganisation des structures, définition des missions, mise en place d'un plan d'actions "qualité -gestion des risques" triennal élaboré à partir de l'autoévaluation, du bilan de gestion des risques, des audits...etc**
- ✧ **2004: Réorganisation de la gestion des fiches de signalement et du retour d'information, formalisation du suivi des actions, statistiques semestrielles de signalements, acquisition d'un logiciel qualité gestion des risques**
- ✧ **2005: restructuration totale de la fiche par la cellule QGR avant mise en ligne en fonction:**
 - de la redéfinition des objectifs et de la politique institutionnelle
 - des bilans annuels de signalements,
 - des « dérives » à prévenir
 - d'études nationales sur les événements indésirables
 - de l'avis des professionnels
 - des contraintes de gestion du service QGR

Organisation de la qualité et de la gestion des risques



La démarche de gestion des risques, premier enjeu: identifier les risques pour mieux les connaître et agir avec pertinence

Deux approches essentielles et complémentaires:

- L'identification a priori: APR, visites de risques, audits...
- L'identification a posteriori: **un des outils, la fiche de signalement des évènements indésirables**
- La mise en place d'une structure de gestion pour:
 - Mesurer et hiérarchiser grâce à la fréquence et la gravité
 - Analyser la situation, le contexte de survenue
 - Informer, alerter pour agir et sécuriser
 - Tracer les signalements, suivre les actions de correction et /ou de prévention et favoriser les retours d'expérience
- Un plan de communication et un programme de formation

AUTRES ENJEUX

- Faire acquérir progressivement une culture de « transparence », de partage de l'information et de décloisonnement
- Développer un état d'esprit et un comportement de vigilance chez les professionnels
- Faire émerger:
 - une culture d'évaluation et d'analyse des risques liés aux organisations et aux pratiques
 - une dynamique de progression et de changement
- Développer la communication et le retour d'information

Pour sécuriser les processus de prise en charge des patients et les conditions de travail des professionnels de santé

La démarche de signalement s'appuie sur:

- **La définition d'une politique de Gestion des Risques et de signalement**
- **L'engagement de la Direction de l'établissement et un positionnement clair // à la sanction et à la délation**
- **La culture de signalement des vigilances**
- **Un management participatif et une démarche relayée à tous les niveaux:**
 - **l'établissement**
 - **Les pôles, les services et leurs interfaces**
 - **Les équipes**
- **La participation volontaire et responsable de la personne qui signale**
- **Le retour d'information indispensable**
- **L'utilisation de moyens et de méthodes complémentaires d'identification**

Expérience du CH de Dieppe

Que signale t-on?

- **En priorité: tout évènement potentiellement dommageable et/ou dommageable pour les personnes:**
 - patients
 - professionnels
 - familles, visiteurs...etc
- **puis pour le matériel, les locaux, l'organisation**
- **et pour l'hôpital**

La rédaction d'une fiche ne se substitue pas :

- au rapport à faire aux différentes directions pour tout problème de gestion de personnel et /ou de service...etc
- aux déclarations d'accident du travail
- à la mise en œuvre d'actions conservatoires, appel des services techniques, de l'EOH ... etc

Une ou des fiches?

- **Une coordination des vigilances et de la gestion des risques en place depuis 2002**
- **Jusque fin 2005: une fiche de signalement papier spécifique avec un code couleur différent pour chaque vigilance, un poster « mode d'emploi » dans chaque unité**
- **Un traitement spécifique mais une gestion de certaines situations à risque en équipe**
- **Un bilan annuel des signalements de la coordination**

Le circuit du signalement

- Direct entre l'auteur, témoin de l'évènement, et l'équipe du service qualité gestion des risques ou les correspondants des vigilances
- Pas d'obligation de visa par le cadre , mais l'informer pour tout évènement concernant un patient, un agent ou l'organisation du service
- A réception: lecture pour analyser le besoin de réaliser une enquête et /ou une alerte (orale, mail, courrier,rapport, en réunion de cellule QGR, en réunion de direction)
- Enregistrement dans base de données
- Envoi d'un accusé de réception individuel
- Envoi de statistiques trimestrielles par service et globales pour l'établissement

Evolution des signalements

1999: création d'une fiche de déclaration des incidents et accidents par le service infirmier → **437 fiches / 10 mois**

2000: → **877 fiches**

2001: Bilan , création d'une FSEI basée sur le processus de prise en charge du patient, à utiliser par tous les professionnels de l'établissement après formation → **2227 fiches**

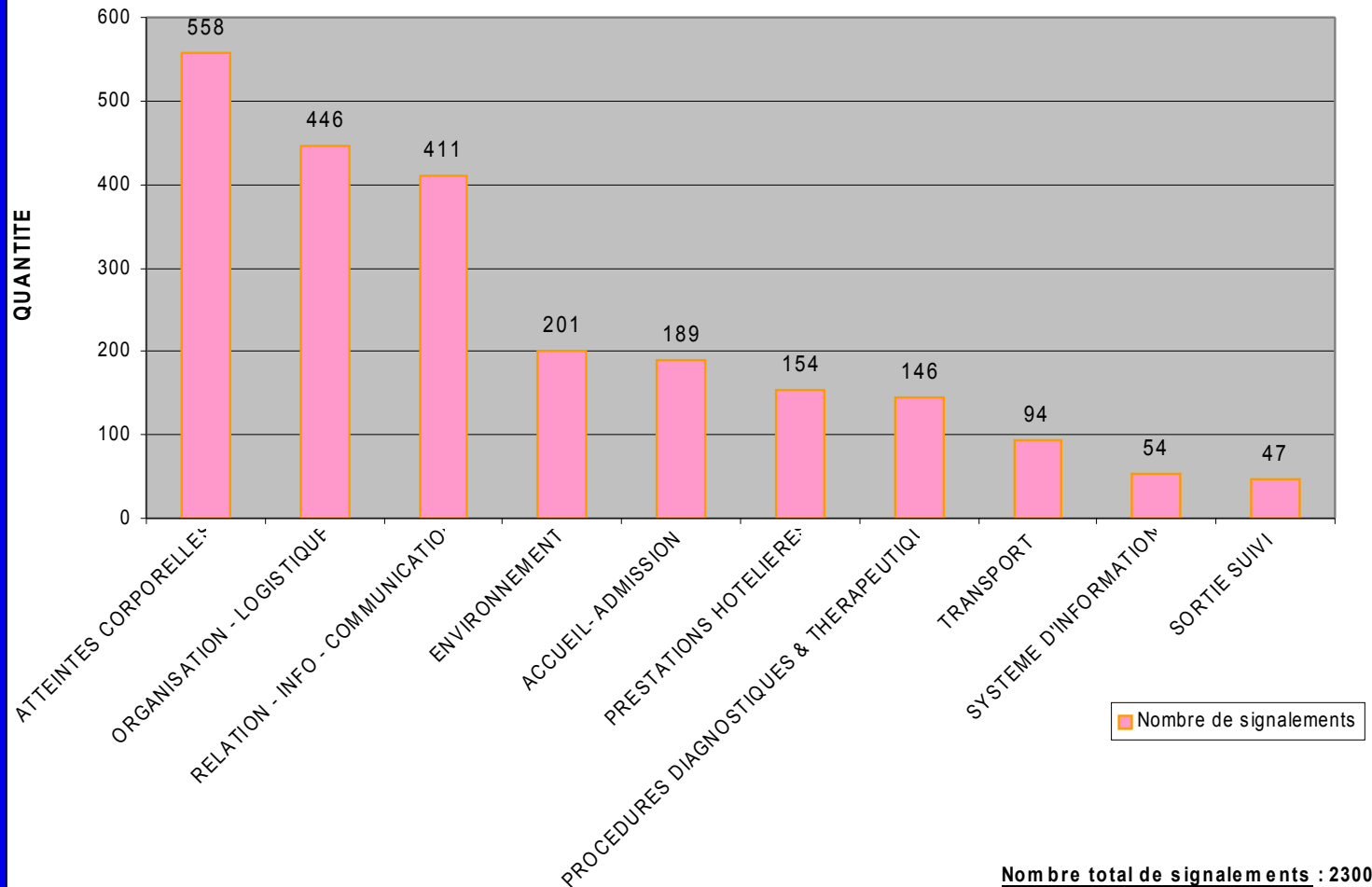
2002: évaluation de la fiche par les professionnels, bilan après un an d'utilisation, réajustement, mode d'emploi « plus ciblé »: Diminution du retour d'information lié aux travaux d'autoévaluation → **1810 fiches**

2003: Mobilisation, formation et mise en place du plan d'actions qualité gestion des risques → **1659 fiches**

2004: Réorganisation du retour d'information, plan de communication et suivi des actions → **2300 fiches**

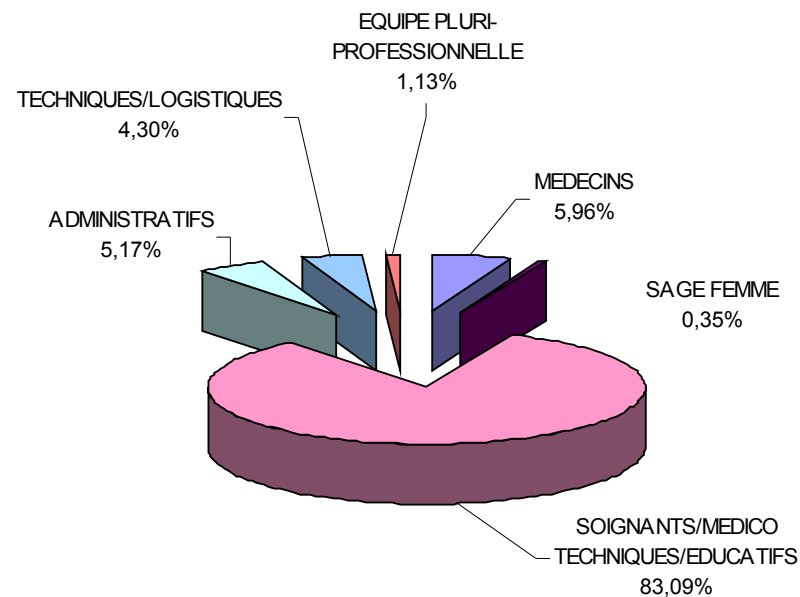
2005: au 1er novembre → **2200 fiches**

NOMBRE DE SIGNALEMENTS PAR CHAPITRE ANNEE 2004



Nombre total de signalements : 2300

POURCENTAGE DES SIGNALEMENTS PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE ANNEE 2004



ACTIONS / 2300 signalements

- Pour 13%: réalisation d'enquêtes
- Pour 30%: alertes des personnes ressources, cellule qualité gestion des risques , coordination des vigilances, experts, directeurs fonctionnels, directeur de l'établissement..... pour mise en place d'actions et /ou prise de décisions
- Pour 13%: mise en place d'actions préventives
- Pour 8,5%: mise en place d'actions correctives

Des travaux pluri-professionnels de « grande envergure »

Exemple: la gestion des détresses vitales dans l'établissement

En 2001, des enquêtes réalisées à partir de signalements effectués par de nombreuses infirmières , un anesthésiste et un réanimateur montrent:

- 5 modalités différentes d'appel en cas d'urgence recensées dans l'établissement
- une réponse médicale réelle mais non formalisée
- une gestion globale de l' équipement en matériel d'urgence insuffisante
- un besoin de formation aux gestes élémentaires de survie identifié par les infirmières

Au Total: une forte demande des infirmières d'améliorer la gestion des situations d'urgence vitale dans les services

- Situations de détresse rares mais graves:
 - où elles se sentent isolées (soir nuit..)
 - pour lesquelles:
 - elles doivent être performantes
 - elles manquent de formation et quelquefois d'équipement adapté

En 2002: mise en place d'un groupe de travail infirmier chargé de:

- **Réaliser un état des lieux :**
 - Des pratiques d'appel dans chaque service
 - De la réponse apportée
 - Du matériel d'urgence, de sa gestion et de son coût dans chaque service
 - De la formation de base aux gestes d'urgence à l'IFSI
 - De la formation continue aux gestes d'urgence dans l'établissement
- **Définir les pratiques à améliorer:**
 - humaines individuelles et collectives
 - organisationnelles
 - techniques

En conclusion, trois dimensions à améliorer:

- ↗ l'appel et l'organisation de la réponse médicale
- ↗ la formation aux gestes d'urgence
- ↗ L'équipement et la gestion du matériel

Objectif: élaboration et mise en oeuvre d'une procédure de gestion des détresses vitales au CH de Dieppe

- **2003: recherche du consensus sur l'organisation de la réponse médicale pilotée par le médecin de la cellule QGR**
- **2004: équipement en matériel d'urgence des services insuffisamment dotés (définition d'un minimum requis, étude de coût...), définition du protocole de réarmement, contrôle et hygiène du chariot et /ou sac d'urgence**
- **Organisation avec le service de formation continue d'une formation aux gestes d'urgence réalisée par les urgentistes**
- **Diffusion de la procédure à toutes les unités en 2005, évaluation en cours.**

Conclusion

Enjeux/apports de la démarche:

- nouvel état d'esprit et nouvelle culture
- transparence/ partage de l'information
- responsabilisation, participation et investissement des acteurs
- déclenchement d'actions correctives et /ou préventives notamment sur les modes d'organisation
- levier d'évolution, mise en cohérence avec les autres projets de l'établissement
- permet de définir des cibles

Limites:

- identification a posteriori
- dépend de la volonté de signaler et de la compréhension des enjeux
- utilisation « détournée », recadrage nécessaire
- gestion et suivi « lourds »
- confusion: gestion des risques = signalement