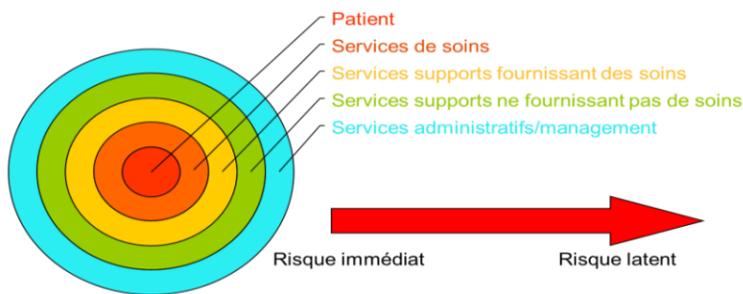


Une **gestion globale des risques** au sein d'un établissement passe par deux démarches complémentaires d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :

- gestion des risques *a posteriori* basée sur l'étude des événements indésirables passés ;
- gestion des risques *a priori* effectuée sur l'analyse des risques potentiellement accidentogènes.

Notre ambition est de réaliser une cartographie des risques à jour et complète afin d'améliorer notre maîtrise des risques.

### Tous les services sont concernés



### Gestion des risques *a priori* : Méthodologie

Analyse de processus complétée par une analyse du mode de défaillance, de leurs effets et évaluation de leur criticité (AMDEC)

- Définition du processus
- Réalisation de la grille d'analyse (AMDEC + critères Patient Traceur)
- Listing des événements redoutés ou avérés
- Détermination de leur criticité, de leur niveau de maîtrise
- 2-3 actions pour l'année
- Point d'étape à 6 mois
- Clôture des actions à 1 an
- Réévaluation des risques



### Identification des risques

- Par les équipes médicales, soignantes et médicotechniques, dans leur service respectif
- Pendant 2 semaines : recueil des risques potentiels ou avérés
- Sur le document support réalisé en interne "**analyse de risques**"
- Hiérarchisation des risques par les cadres, en partenariat avec le service qualité
- Répartition des risques à traiter par la coordination qualité gestion des risques

### Evaluation / cotation des risques

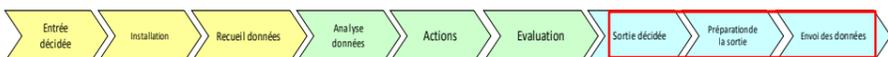
- Echelle de gravité
- Echelle de fréquence
- Echelle du niveau de maîtrise du risque identifié

Echelles institutionnelles

Echelles à 5 niveaux

### Illustration du document support "Analyse de risques"

#### complété par un service de soin



Sortie décidée														
Description des différents actes de l'étape Comment cela se passe-t-il?			Identification et analyse des défaillances potentielles			Barrières		Solution possible		Intérêt		Limites		
N°	Quoi?	Qui?	Avec quoi?	Evénements (indésirables) (redoutés) ou déjà vécus?	Conséquences possibles	Causes possibles	Mesures prises pour éviter l'événement ou atténuer les	Fréquence	Gravité	Criticité	Maîtrise			
1	Sortie d'un patient prévue à 13h.	IDÉ - AS	Dossier du patient	IDÉ prévenue à 13h00 par le médecin	Sortie retardée Non respect du délai nécessaire pour la préparation des documents	Service plein - Professionnels débordés - Défaut de communication - Sortie décidée à la dernière minute	Sorties décidées en général pour 11 heures voire la veille	2	2	4	2	Vigilance - sensibilisation - rappels aux équipes	Amélioration de la qualité de la sortie	Charge de travail
2	Prise en charge du patient par les ambulanciers pour la sortie	AS - IDE	Effets personnels	Effets personnels restés dans la chambre	Appel des familles pour récupérer les effets donc perte de temps Mécontentement du patient et/ou des familles	Défaut de vigilance	Sensibilisation - utilisation de l'inventaire d'entrée	3	2	6	3	Mise en place d'une check liste de sortie - Comparaison avec l'inventaire d'entrée	Diminution des litiges concernant les effets personnels	Charge de travail
3	Patient ayant bénéficié de la télévision pendant son hospitalisation	IDÉ - AS	Télévision	Arrêt du compte sur Gésitel impossible car n'a pas été pris en compte. Ouverture impossible à l'entrée d'un nouveau patient	Service interpellé car BDE pense qu'il n'a pas fait son travail Manque à gagner pour l'hôpital	Défaut technique	Communication avec le BDE - appel des services techniques	3	2	6	4	Adaptation du logiciel Gésitel	Améliorer la satisfaction des patients et la facturation	Coût

### Conclusion de la démarche d'analyse des risques

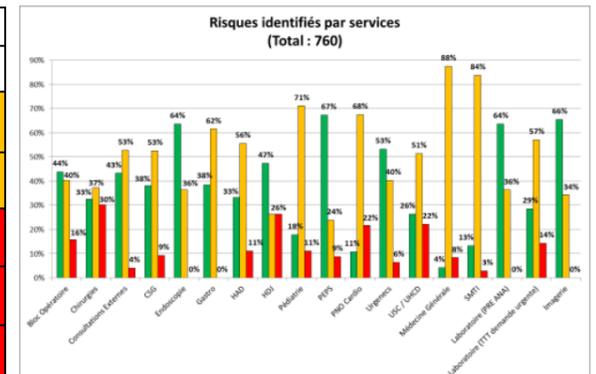
La méthodologie employée répond aux recommandations de la Haute Autorité de Santé et permet de préparer les équipes médicales et paramédicales à la visite de la certification. Elle doit être facilement reproductible dans le temps afin de suivre l'évolution du niveau de risques. Néanmoins, le retour d'expérience au décours de cette démarche nous conduira à revoir nos échelles de cotation peut-être pas assez discriminantes.

En faisant participer un grand nombre d'acteurs (plus d'un agent sur quatre), cette démarche a pour finalité de promouvoir la **culture qualité et sécurité**. Un suivi et une communication des actions en cours de réalisation sont indispensables pour assurer le retour sur investissement du personnel et favoriser l'adhésion à la démarche.

### Résultats

**760 risques identifiés sur l'ensemble des services de l'établissement**

Niveau de maîtrise	Criticité				
	1 à 3	4 à 6	7 à 10	11 à 14	Plus de 15
1		38%			
2			51%		
3				11%	
4					
5					



- Risques sous contrôle** : criticité faible ou très faible et niveau de maîtrise bon ou très bon
- Risques à surveiller** : criticité moyenne et niveau de maîtrise faible
- Risques à traiter** : criticité élevée ou très élevée et niveau de maîtrise mauvais ou inexistant.

Ces résultats attirent notre attention sur deux points :

- Les services ayant déclaré une proportion de risques critiques non maîtrisés (« rouge ») ont la particularité d'avoir de **multiples intervenants** (ayant potentiellement des habitudes différentes), ce qui peut avoir un impact sur l'organisation de la structure (*plus de 20% de risques « rouges » pour la chirurgie, l'hospitalisation de jour et pour le service de cardio-pneumologie*).
- Deux services (*services d'endoscopie et d'imagerie*) n'ont pas de risques « rouges » et ont une proportion de risques peu critiques et bien maîtrisés (« vert ») supérieure à 60%. Ces deux services avaient déjà réalisé une cartographie quelques années auparavant.

Devant la forte proportion de risques intermédiaires (« orange »), une réflexion devra être menée sur la pertinence des échelles utilisées pour évaluer la vraisemblance, la gravité et le niveau de maîtrise.

### Traitement des risques

- **8 risques transversaux** ont été sélectionnés au niveau institutionnel et pilotés par la Coordination Qualité Gestion Des Risques.
- Des **risques propres** à chaque service ont été traités en interne.
- Des **risques relevant de thématiques spécifiques** ont été attribués aux groupes opérationnels concernés.
- Les actions planifiées sont évaluées, puis clôturées, ajustées ou abandonnées.

### Extrait du plan d'actions

Plan d'actions d'amélioration suite aux risques transversaux identifiés AUBAN-MOËT																	
MAJ 19 09 2016																	
Risques identifiés	Objectifs	Actions	Pilote et acteurs	Etat d'avancement	Indicateur de suivi	Année 2016											
						J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Augmentation de la DMS Sortie retardée ou en fin d'après midi Patient non habillé Oubli de donner le carton de RDV	Optimiser et améliorer le parcours de soins	Optimisation du parcours de soins avec anticipation des types de sortie (anticiper la sortie dès l'entrée, identifier les parcours types de PEC) Culture d'un parcours patient idéal	DSIRMT Parcours patient	En cours	Taux de sortie le matin IPAQSS sortie Evaluation de la DMS												
Non détection du risque suicidaire	Détecter et prendre en charge la crise suicidaire	Formation à la gestion de la crise suicidaire (plan de formation)	DRH	En cours	Nombre d'agents formés												
Maîtrise partielle du dossier patient	Maîtriser l'utilisation du logiciel dossier patient informatisé	Création du COPIL Dossier patient Formation des agents Création du Guide d'utilisation du dossier patient Référents dossier patient dans chaque service	COPIL Dossier patient	Fait	IPAQSS TDP Nb de personnes formées												
Patient non identifiable	Réduire les risques d'erreurs liés à l'identité	Réflexion éthique à mener sur le port du bracelet pour tous (suite à la réflexion de 2012)	CME DSIRMT	A faire	Décision suite au rapport en CME												
Méconnaissance du codage des actes Perte d'information Perte de temps Perte financière	Valoriser les séjours patients	Formation des médecins, IDE, secrétaires au codage	DIM COPIL Dossier patient Direction financière	Fait	Evolution du FMCT												