

Harmonisation du signalement des EI

Vers une nomenclature commune

Dr Xavier RICHOMME
Direction des risques



Nous prenons soin de vous

Strasbourg, le 26 mai 2011

Générale de Santé - Contexte

→ 10 établissements en France

→ **Des activités diverses:**

MCO (63), SSR (19), S Mentale (24), Radiothérapie (4)

→ **Des tailles différentes**

→ **Des histoires et des cultures différentes**

Entrée progressive de l'ensemble des ES dans le groupe en 23 ans

→ **Un point commun depuis 1998:** Certification de service annuelle AFAQ-AFNOR (le LABEL®) avec un référentiel propre à GDS

Eng 1: « *Veiller à la sécurité du séjour de nos patients et de leur entourage* »

Evolution du signalement des EI

1998 Mise en place = Appropriation

Signalement centralisé
DOMAINES de risques fixés par le siège
Création libre de libellés par les ES

18 ES

50
libellés

50 ES

2006 Evolution

Signalement + Suivi centralisé

150 ES

2008 « Industrialisation »

Signalement + Suivi + RETEX centralisé
Harmonisation des pratiques (taxonomie)

7146
libellés

2009

Besoin de benchmarking

110 ES

Bilan de 10 ans de signalement (1998-2008)

28 000 EI signalés par an (maxi 68 000/an pour 180 ES)

7146 libellés d'EI ont été créés

Un signalement des EI très **disparate** d'un ES à l'autre

→ Des politiques de signalement différentes selon les ES

Soit politique de signalement restreint aux seuls EI Graves

Soit politique de signalement élargie à tous les EI quelle que soit la gravité

→ Restriction possible du signalement

Les domaines de risques sont fixes (imposés par le siège)

Mais les fiches de signalement « papier » sont élaborées par les ES en fonction de la politique locale de signalement (restriction du choix des libellés)

→ Des intitulés de libellés différents d'un ES à un autre pour une définition semblable

→ Un même libellé peut être rattaché à des familles différentes selon les ES (ex: erreur identité patient)

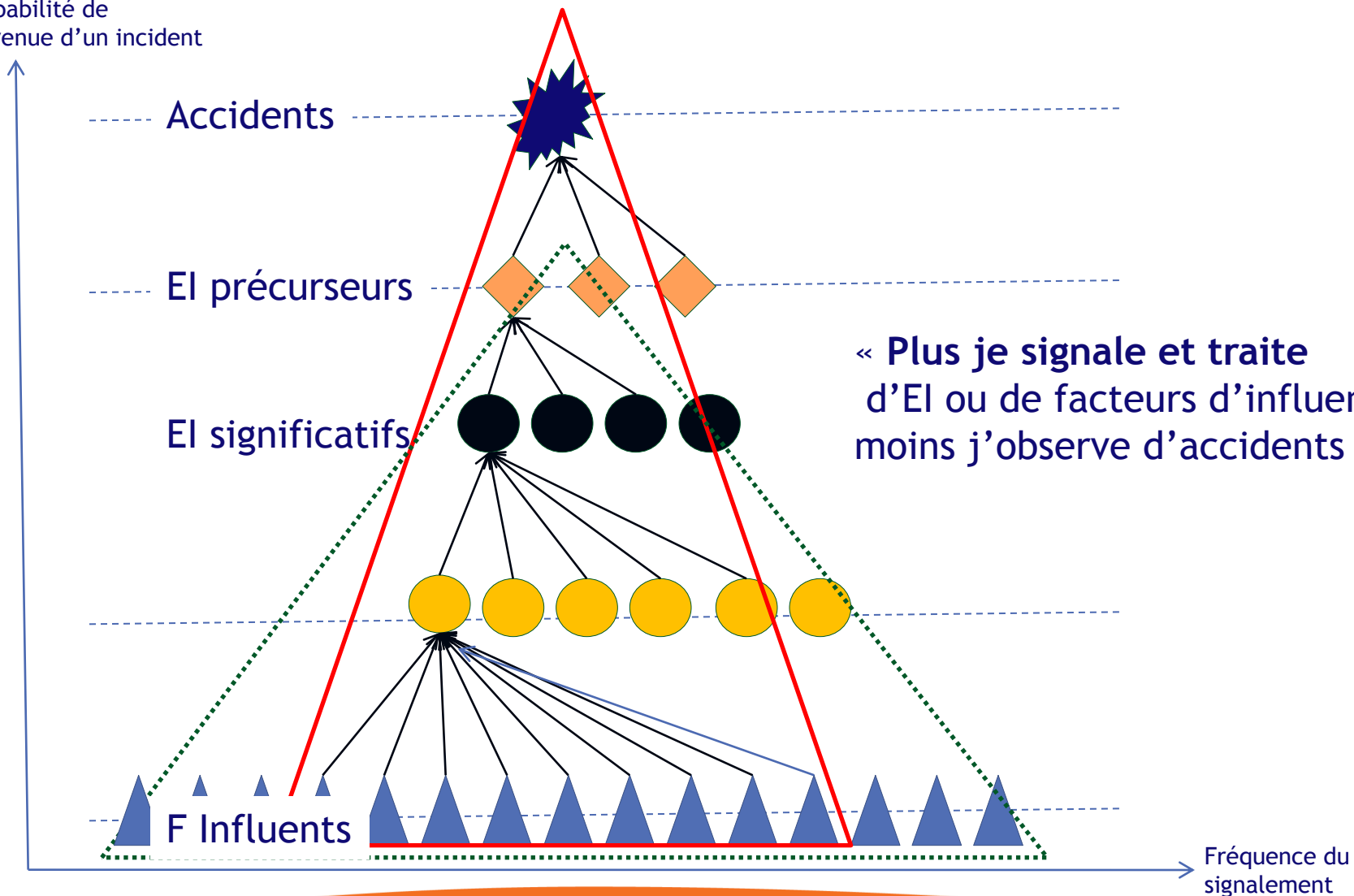
Améliorer et harmoniser l'identification des EI

Des pré-requis / Des questions:

- Doit-on tout signaler?
- Comment être cohérent avec les autres démarches d'identification des risques? (vigilances, risque professionnel, risques financiers, ...)
- Les domaines de risques de risques tels que définis initialement sont-ils toujours d'actualité?
- Comment intégrer la notion de processus? (cohérence avec la GDR a priori)
- Comment harmoniser la notion de gravité? (échelles de gravité multiples)
- Quels évènements analyser? (causes racines et facteurs influents)
- Quels évènements doivent-ils donner lieu à une alerte du siège? (cellule d'aide et appui dédiée H24)

Doit-on tout signaler?

Probabilité de survenue d'un incident



Quelle solution pour harmoniser?

→ Une nomenclature commune des EI

Issue de l'expérience de 10 ans de signalement de 110 ES

→ Une cartographie commune des processus

Prise en charge du patient au centre, processus supports en périphérie et processus managériaux autour.

→ Un lien entre cartographie des processus et nomenclature

→ L'intégration de la gravité perçue et de la gravité réelle

→ Un raisonnement par impacts potentiels et avérés

Impacts sur personnes, structures, technique/matériel, l'organisation, RH, juridique, réputation, économique.

→ Un échelle de gravité « universelle » (en cours de validation)

Liée aux impacts, pour permettre de définir les EIG et pour faire le lien avec la gestion des risques a priori.

Une nomenclature commune des EI

2008

Label V1

Libre choix des libellés à condition de rattacher à une famille

7146 libellés

Groupe de Travail
Multidisciplinaire

Recouplement des
doublons et similitudes
Réorganisation des EI

1750 libellés

2009

Label V2

Consolidation obligatoire par le siège

264 libellés

Nouvelle classification
Cartographie des processus
Impacts (gravité)
Méthode ACRES

GERIMED® V3

Outil de signalement,
suivi et analyse des EI

Une nomenclature commune des EI

- Nomenclature **par domaines** de risques (différents de domaines initiaux)
- **2 Chapitres:** Les ressources transversales de l'établissement
Le patient et les soins
- Organisation sur **5 niveaux**
 - Chapitre Ex: Le patient et ses soins
 - Donnée consolidée Ex: La continuité des soins
 - Famille centrale Ex: La prise en charge du patient
 - Famille Ex: Réalisation de l'acte/examen/soins
 - Evènement Ex: Acte/traitement/Soin non réalisé
- Une nomenclature commune mais des spécificités **par type d'ES** (MCO, SSR, Psy, Radioth)
- Chaque libellé est rattaché à une ou plusieurs **étapes de processus**
- **Chaque Etablissement peut encore détailler** le libellé de l'EI grâce à :
 - Ecologie de l'EI (date, horaire, lieu, ...)
 - Mots clés (libellés à la discrétion de chaque ES)
 - **Vigilances paramétrées** (questionnaires complémentaires paramétrables)

Une nouvelle nomenclature des EI

1^{ER} chapitre : LES RESSOURCES TRANVERSALES DE L'ETABLISSEMENT

LES FONCTIONS HOTELIERES

LA GESTION DE LA CHAMBRE

LA RESTAURATION

LES DECHETS

LA LINGERIE

LA SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES

LES LOCAUX

LE MATERIEL MEDICAL ET LES FOURNITURES MEDICALES

LE PERSONNEL

LA SECURITE

LA PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX

LA STERILISATION

LA CHAINE DE STERILISATION

LA TRACABILITE

Une nouvelle nomenclature des EI

2nd chapitre : LE PATIENT ET LES SOINS

COMPORTEMENTS ET DROITS DES PERSONNES

LE COMPORTEMENT DU PATIENT

LE COMPORTEMENT DE L'EQUIPE

ACCUEIL ET INFORMATION DES PATIENTS

L'ACCUEIL DU PATIENT

L'INFORMATION DU PATIENT/FAMILLE

LA TENUE DU DOSSIER PATIENT

LE DOSSIER ADMINISTRATIF

LE DOSSIER MEDICAL

LA CONTINUITE DES SOINS

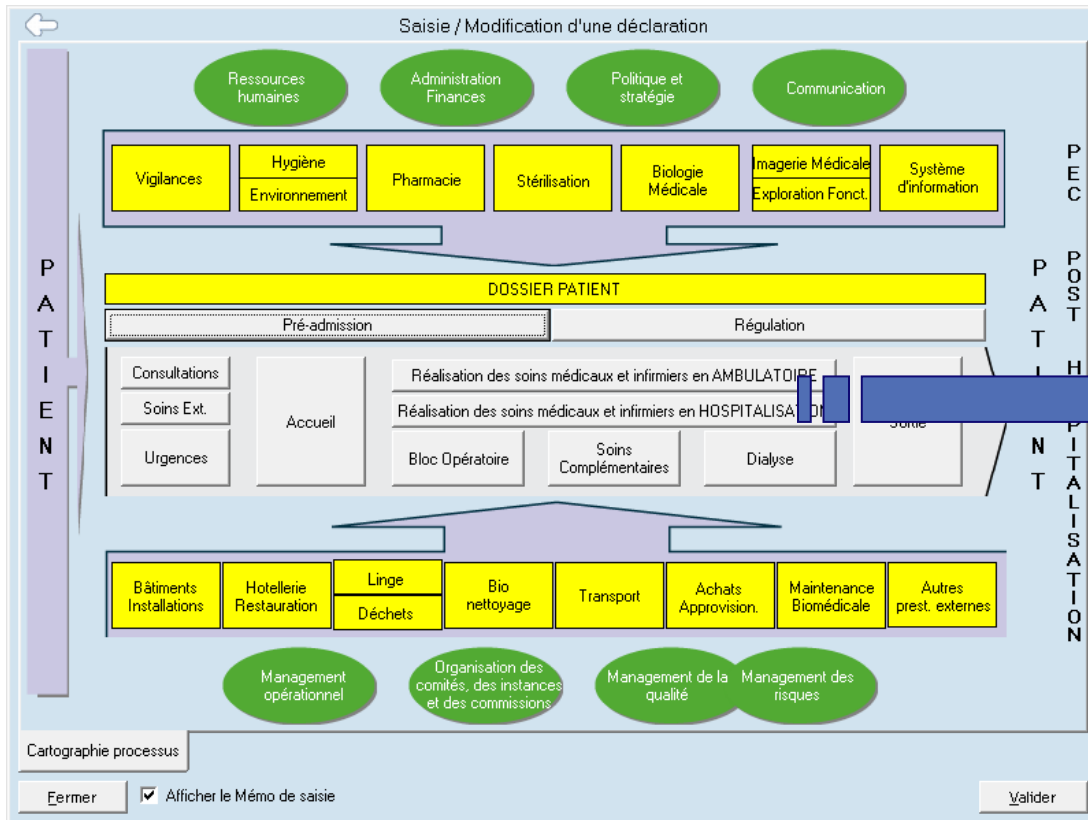
LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

LA SORTIE DU PATIENT

LE BLOC OPERATOIRE

LA RADIOTHERAPIE / CHIMIOOTHERAPIE

Un lien avec une cartographie des processus



Signalement /Suivi des EI

Tableaux de bord / Indicateurs
Cartographie des risques

Gestion documentaire

Gestion des risques a priori

Rmq: Le signalement peut toujours être fait à partir de la nomenclature des EI (domaines de risques) ou par le descriptif de l'EI

Un lien avec la gestion des risques a priori

Une nomenclature théorique, issue de la gestion des risques avérés

→ La nomenclature commune est issue de l'expérience d'autres ES que le sien.
Un certain nombre d'EI restent potentiels à l'échelle d'un ES.

→ Chaque ES peut calculer la criticité théorique pour chaque EI de la nomenclature et pour chaque processus (module dédié)

Puis il peut comparer la réalité du signalement au risque théorique calculé.

Une démarche cohérente de management intégré des risques

→ La cartographie des processus et l'échelle de gravité (liée aux impacts) sont identiques pour les deux démarches d'identification des risques avérés et potentiels (autorisant la superposition des cartographies)

Quel bilan après 18 mois?

→ 110 ES ont migré vers la nouvelle nomenclature

Formations et Accompagnement +++

Créations d'outils (tables de concordance, guide explicatif)

→ 2010: année de transition = Signalement resté stable (en valeur absolue)

→ Tendance à l'augmentation du signalement (confirmée sur 2011)

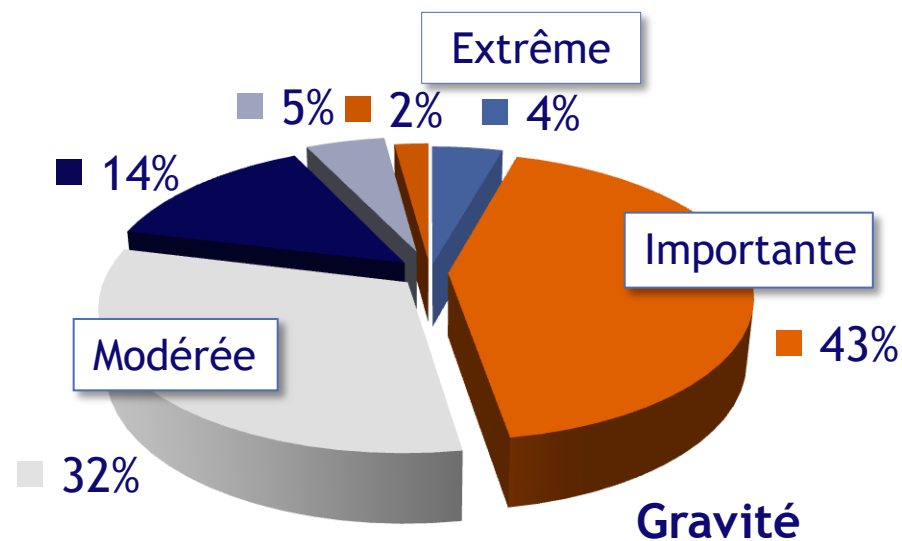
→ Modification des typologies de signalement (effet incitatif)

→ 20 nouveaux libellés ont été créés
(dont la « e-iatrogénie »)

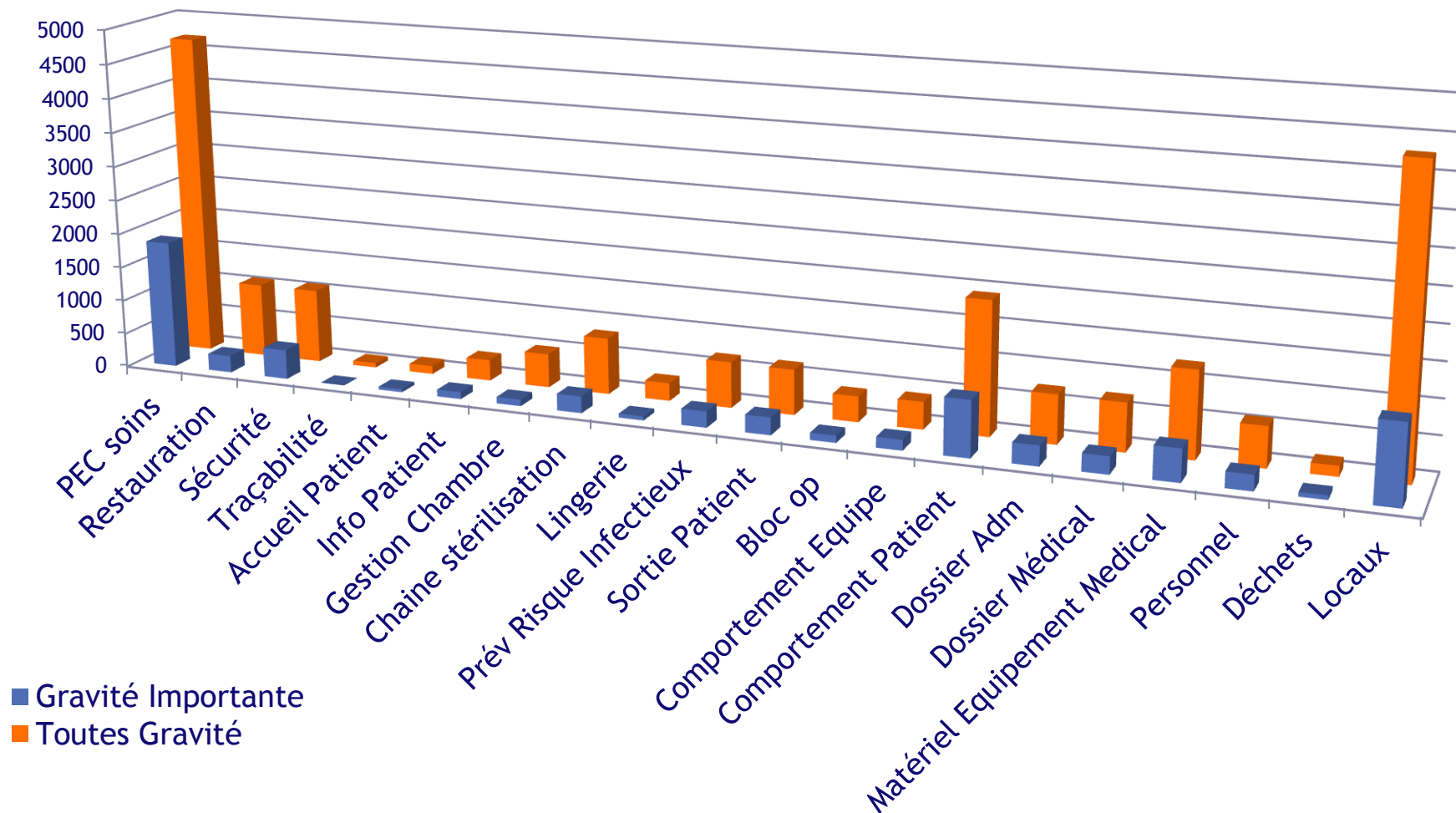
→ Benchmarking fin désormais possible

→ RETEX favorisé par l'analyse systémique des EI (Méthode ACRES)

→ Besoin encore de sensibiliser les déclarants

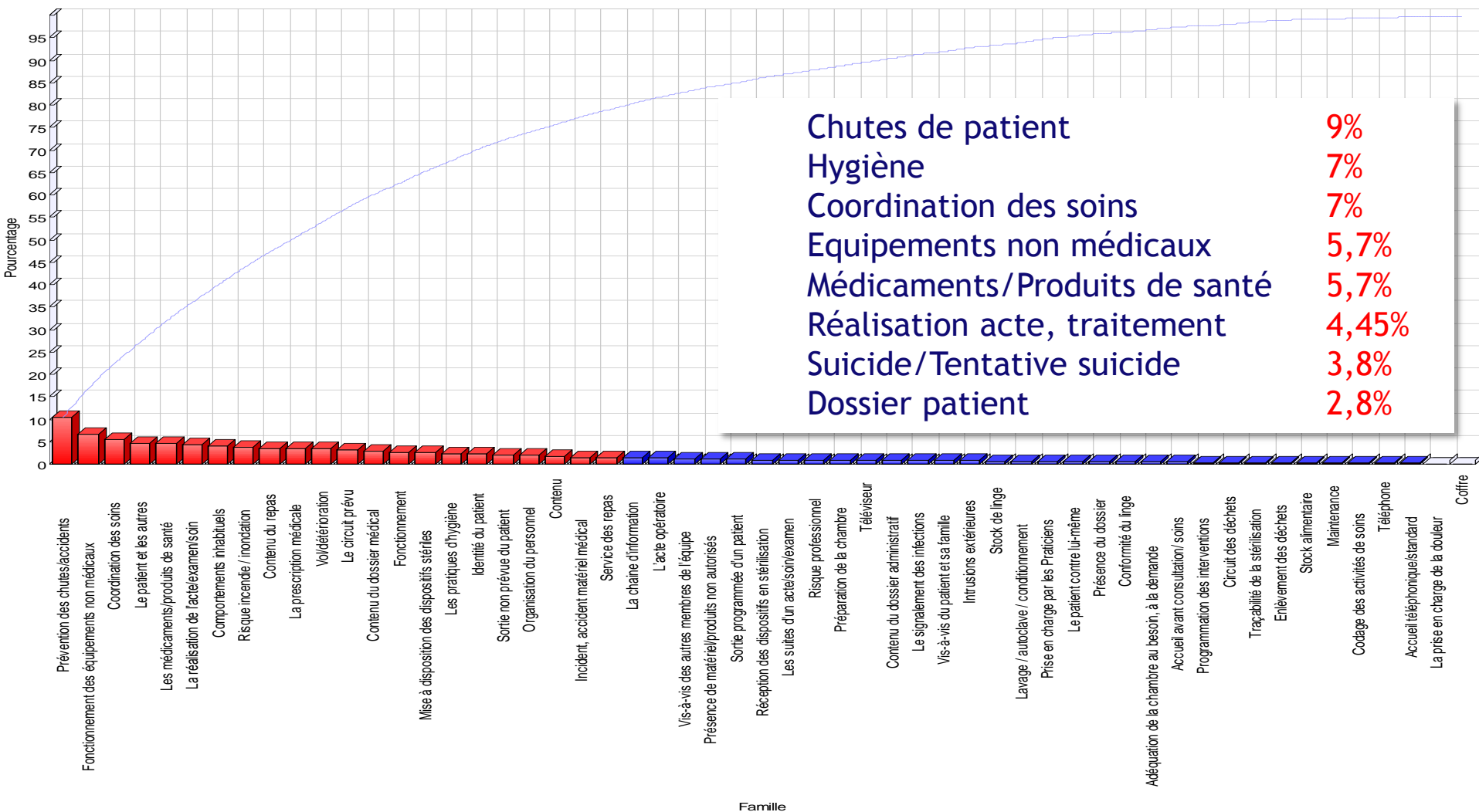


Répartition par familles centrales



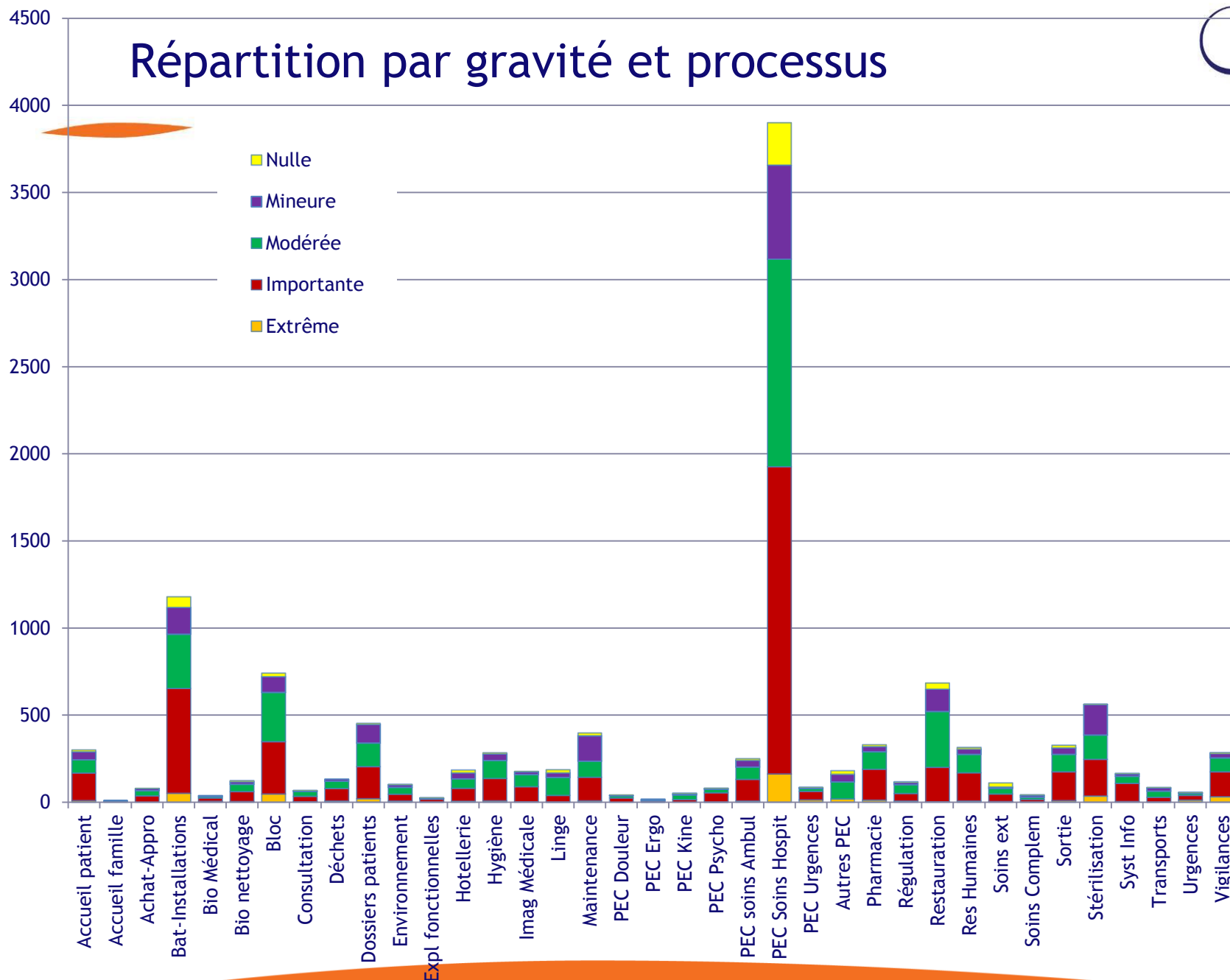
Répartition par familles (toutes gravités confondues)

Fréquence d'apparition des EI. par famille



Chutes de patient	9%
Hygiène	7%
Coordination des soins	7%
Equipements non médicaux	5,7%
Médicaments/Produits de santé	5,7%
Réalisation acte, traitement	4,45%
Suicide/Tentative suicide	3,8%
Dossier patient	2,8%

Répartition par gravité et processus



En conclusion

- Nécessité d'un langage commun pour un benchmarking et optimiser le retour d'expérience
- En fonction du raisonnement en domaines de risques ou en processus les points de vue changent
- Il est nécessaire d'avoir une démarche appliquée à l'ensemble des processus (approche systémique)
- La sélection du signalement par la gravité réduit les possibilités d'anticipation des risques (ex: 35% des EI de gravité nulle sont des chutes de patients donc potentiellement graves)
- Nécessité d'une cohérence entre GDR a priori et a posteriori
- Vers une démarche d'ingénierie de la santé