

Fiche 9. Choisir les événements et situations à risques à traiter

Objectif

Choisir entre risques acceptables et risques inacceptables et prioriser

Tous les risques ne peuvent être traités simultanément. Il convient donc d'établir des priorités⁵⁷. La priorisation des démarches à mettre en œuvre peut-être effectuée selon plusieurs modes tels que :

- **choix effectué selon la gravité** (repérer les événements indésirables devant faire l'objet d'un traitement ciblé prioritaire, événements de niveaux 3 à 5 selon échelle ci-dessous),
- **choix effectué selon la fréquence** (cas d'événements peu graves mais dont la répétition pose problème : événements annonciateurs possibles d'un événement plus grave, impact sur l'organisation et les pratiques, coûts accrus, par exemple les événements de niveaux 1 et 2 selon l'échelle ci-dessous),
- **choix effectué selon la criticité.**

1. Choix selon la gravité

La mise en œuvre d'une échelle de gravité unique au sein de l'établissement, toutes activités confondues, est essentielle pour parler un langage commun et prendre des décisions sur la base de règles communes⁵⁸.

Niveau de gravité	Impact sur l'organisation (de la prise en charge, du service, de l'établissement)	Impact sur les biens matériels et l'environnement. Pertes financières	Impact sur la sécurité des personnes	Conduites à tenir
1 Mineure	Effet négligeable sur la réalisation de la mission			Événement indésirable non grave <ul style="list-style-type: none"> • <i>archivage</i> • <i>alimentation du tableau de bord annuel</i> • <i>discussion trimestrielle</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • mission réalisée sans impact : pas de perte de temps. • indisponibilité de ressources mais avec solution alternative immédiatement disponible 	<ul style="list-style-type: none"> • destruction ou disparition d'un bien d'une valeur < à 10 euros. • Perte financière < à 10 euros 	Néant	
2 Significative	Impact sur la performance de la mission (partiellement réalisée) (retardée, solution dégradée, perte financière modérée)			
	<ul style="list-style-type: none"> • mission réalisée mais par la mise en place d'une solution dégradée. • indisponibilité des ressources entraînant un retard de la mission compris entre 1 et 2 heures 	<ul style="list-style-type: none"> • destruction ou disparition d'un bien d'une valeur comprise entre 10 et 100 euros. • Perte financière entre 10 à 100 euros 	Néant	

57. Un parallèle méthodologique peut être établi avec la démarche relative aux risques professionnels, analyse des accidents du travail les plus graves d'une part, identification des risques et sélection des actions de prévention à prioriser dans le cadre du document unique d'autre part.

58. Mise en œuvre au sein d'un CHU français, l'échelle proposée ci-dessus peut être complétée :

- d'une colonne « impact médiatique » (avec par exemple réclamation en niveau 2, plainte d'un patient en niveau 3, contentieux ou article dans un journal local en niveau 4, impact régional ou national en niveau 5),
- d'une dernière colonne précisant le niveau impliqué par l'analyse, le traitement et le suivi de l'événement (responsables d'unité et de service, chefs de pôle d'activité, référents thématiques et gestionnaire de risques, direction générale et instances).

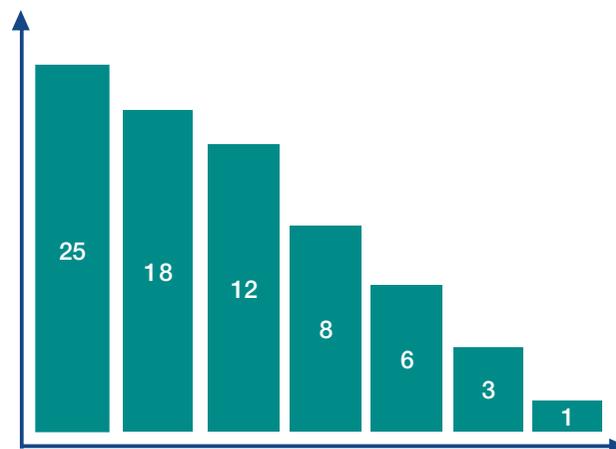
Niveau de gravité	Impact sur l'organisation (de la prise en charge, du service, de l'établissement)	Impact sur les biens matériels et l'environnement. Pertes financières	Impact sur la sécurité des personnes	Conduites à tenir
3 Majeure	Impact sur la performance de la mission (échec de la mission)			Événement indésirable de gravité intermédiaire • analyse sous 30 j mesures de prévention
	<ul style="list-style-type: none"> mission réalisée partiellement. indisponibilité des ressources entraînant un retard de la mission compris entre 2 et 24 heures 	<ul style="list-style-type: none"> destruction ou disparition d'un bien d'une valeur comprise entre 100 et 5 000 euros. perte financière entre 100 et 5 000 euros 	Néant	
4 Critique	Impact REVERSIBLE sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement (échec de la mission)			Événement indésirable grave • analyse sous 15 j anonymisation propositions information de la commission GDR information de la CME et/ou du CHSCT • +/- information de l'ARS selon la nature de l'événement
	<ul style="list-style-type: none"> mission non réalisée. indisponibilité des ressources entraînant un retard de la mission supérieur à 24 heures 	<ul style="list-style-type: none"> destruction ou disparition d'un bien de valeur comprise entre 5 000 et 100 000 euros. perte financière entre 5 000 et 10 000 euros 	Événement ou défaut de prise en charge atteinte physique ou psychologique réversible	
5 Catastrophique	Impact IRREVERSIBLE sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement (échec de la mission)			
		<ul style="list-style-type: none"> destruction ou disparition d'un bien d'une valeur > à 100 000 euros. perte financière > à 100 000 euros 	Événement ou défaut de prise en charge atteinte physique ou psychologique non réversible pouvant aller jusqu'au décès	

2. Choix selon la fréquence

Déjà utilisé dans les démarches d'amélioration de la qualité, le diagramme de Pareto favorise une hiérarchisation des familles d'événements indésirables établie en fonction de leur fréquence de survenue (sous réserve d'une notification la plus exhaustive possible de ces événements).

Sur un mode empirique, il incite à traiter de façon prioritaire les 20 % d'événements responsables de 80 % des dommages ou coûts induits (loi dite des « 20/80 »).

→ **Une illustration ciblée** : l'exploitation mensuelle des notifications d'événements indésirables au sein d'un centre hospitalier.

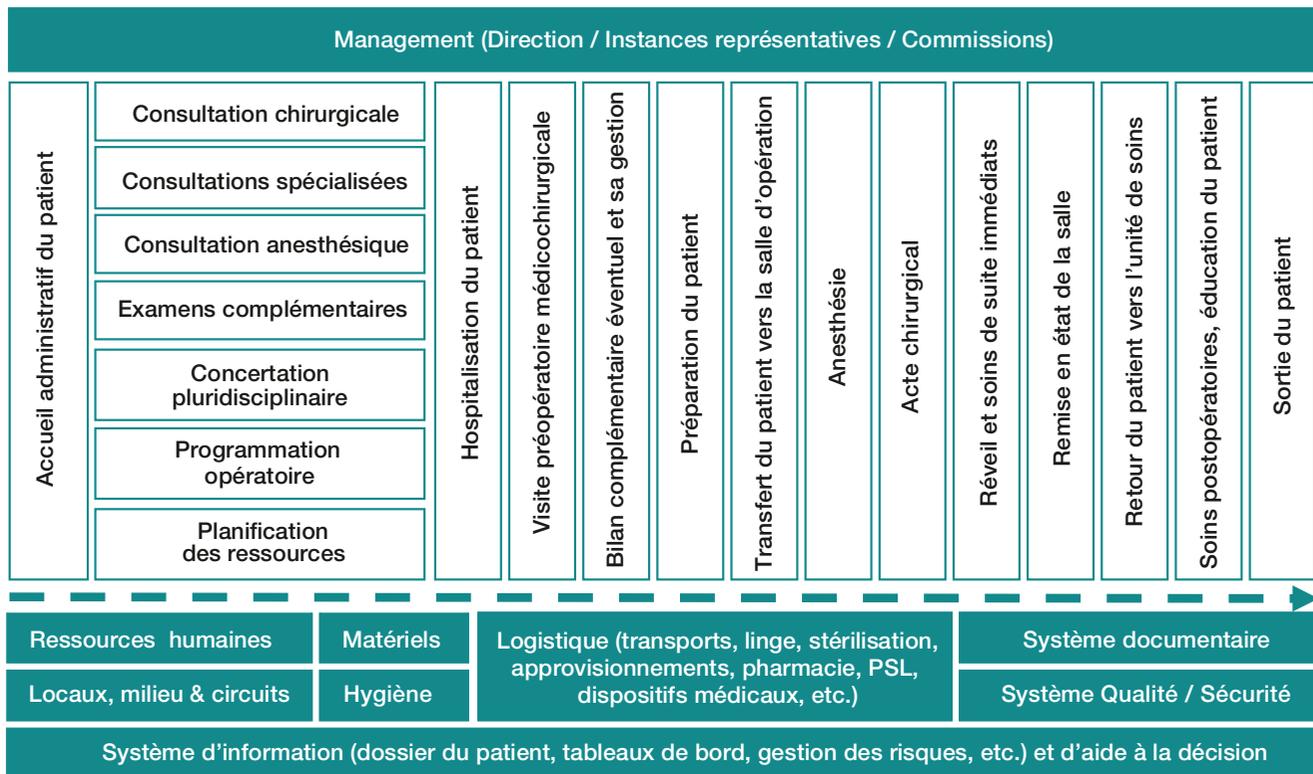


3. Choix selon la criticité (initiation à la cartographie des risques)

→ **Partir d'une cartographie des processus** (établissement, pôle d'activité ou unité de soins)

- au sein d'un établissement de santé, la cartographie des processus favorise l'inventaire des différents processus clés relatifs à un circuit de prise en charge des patients.
- elle constitue une première étape en vue d'actions plus approfondies destinées à optimiser une prestation et à prévenir la survenue d'événements indésirables.

Exemple de cartographie des processus (application à l'activité chirurgicale)



→ Sur la base de la cartographie des processus préétablie, progresser selon les temps suivants :

- choisir un processus, voire un sous processus (« brique élémentaire »),
- établir collectivement, si besoin sur un mode multi professionnel, une liste des événements redoutés pour le périmètre étudié (pas plus d'une dizaine) en utilisant diverses sources (cf. [méthodes de surveillance du risque et de signalement des événements indésirables en axe 6](#)),
- caractériser les événements en termes de gravité et de vraisemblance de survenue sur la base d'échelles de cotation simples, telles que proposées ci-dessous (la criticité étant le produit des deux données),
- évaluer les événements redoutés en les positionnant sur la matrice de criticité (cf. [illustration ci-dessous](#)),
- choisir les actions jugées prioritaires (d'abord les criticités élevées situées en zone rouge, puis celles moins élevées situées en zone jaune).

Un exemple d'échelle de gravité	
G1. Mineure	Conséquences mineures sans préjudice (ex : retard simple)
G2. Significative	Incident avec préjudice temporaire (ex : retard avec désorganisation de la prise en charge)
G3. Majeure	Incident avec impact (ex : report, prolongation anormale de l'hospitalisation, transfert non prévu en réanimation, perte de fonction transitoire)
G4. Critique	Conséquences graves (ex : ré-intervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente)
G5. Catastrophique	Conséquences très graves (ex : invalidité permanente, séquelles graves, décès)

Un exemple d'échelle de vraisemblance	
V1. Très improbable	Ou « jamais vu »
V2. Très peu probable	Ou « vu une fois dans ma carrière »
V3. Peu probable	Ou « vu dans d'autres établissements »
V4. Possible / Probable	Ou « survient dans l'établissement »
V5. Très probable à certain	Ou « vécu dans mon secteur d'activité »

→ Connaître les intérêts et limites de la matrice de criticité

Intérêts

- une représentation graphique parlante à tous : « sortir de la zone orange » par une démarche active de réduction du risque (sauf à envisager un arrêt de l'activité concernée),
- son caractère synthétique (regroupement de thématiques différentes dans le but de favoriser la prise de décision).

Limites

- la difficulté d'estimation de la vraisemblance de survenue avant action préventive (données de la littérature, données locales),
- la pertinence de l'échelle de vraisemblance pour la problématique analysée (parfois à adapter selon la nature de la situation à analyser et les données de la littérature médicale),
- la difficulté d'estimation de la vraisemblance de survenue au terme de l'action corrective envisagée,
- les limites entre les trois zones qui relèvent du consensus social (acceptabilité du risque),
- l'analyse réalisée est propre à un établissement ou à une unité de soins, valable « ici et maintenant ».



Une illustration en lien avec l'activité d'un bloc opératoire⁵⁹

(action primée lors d'une journée régionale en gestion des risques associés aux soins)

Un établissement public de santé (dont 222 lits de MCO) est engagé dans une politique active de gestion des risques. L'activité de bloc opératoire fait l'objet de démarches successives portant sur :

- une comparaison avec les établissements de santé comparables de la région (publics, privés) ainsi qu'un relevé des dysfonctionnements avec identification des marges de progression et engagement des actions d'amélioration en conséquence (2007, 2008, 2010 / accompagnement par l'ARS),
- une réorganisation du bloc opératoire conduite selon plusieurs axes d'amélioration (planification des vacations opératoires, programmation, sécurité des soins, management).

Au-delà du suivi actif des dysfonctionnements, **une démarche d'identification et d'analyse de risques a priori** (critère 8.d du manuel de certification V2010) est engagée en septembre 2009 selon les quatre axes suivants :

- processus de transfert du patient (service de soins vers bloc, accueil du patient au bloc, retour vers le service de soins),
- processus d'anesthésie (pré-anesthésie, anesthésie, réveil),
- processus opératoire proprement dite,
- processus de remise en condition de la salle d'opération après intervention.

→ La démarche est conduite par méthode projet :

- les responsables du projet sont le coordonnateur médical du bloc et la directrice des soins,
- l'animation du groupe de travail est confiée au cadre supérieur du pôle d'activité formé à cette activité,
- le soutien méthodologique est assuré par la cadre supérieure de santé préalablement formée dans le cadre d'un diplôme universitaire, récemment nommée coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins,
- la démarche est conduite selon un agenda serré (présentation aux instances en septembre et octobre, constitution des quatre sous-groupes de travail en novembre 2009, réunions organisées de janvier à juin 2010). Elle mobilise 28 professionnels (médecins anesthésistes, chirurgiens, IBODE, IADE, cadres de santé, aides soignants, ASH, brancardiers, ambulanciers) sur la base de 9 réunions de 2 heures.

→ Pour chacun des processus analysés, il est demandé aux professionnels :

- de prendre en compte les événements indésirables identifiés au cours des deux années passées,
- de prendre en compte les critères de la *check-list* HAS sur la sécurité du patient au bloc opératoire,
- d'identifier les événements redoutés ou situations à risque (SAR),
- d'analyser ces situations en identifiant pour chacune d'elles les conséquences et les causes,
- d'estimer la gravité et la vraisemblance de survenue de ces situations (en s'aidant des deux échelles proposées ci-dessus),
- de positionner les situations à risque sur la matrice de criticité, .../...

59. Une autre illustration appliquée au risque infectieux : Blondel P, Brunel C. Étude et hiérarchisation du risque infectieux nosocomial selon la criticité : nouvelle approche. Risques et qualité en milieu de soins 2004 ; 1(3) : 17-23.

- d'identifier les barrières de sécurité existantes (prévention, récupération, atténuation) et d'évaluer leur efficacité en lien avec la réglementation concernée et/ou les recommandations disponibles (cf. *encadré ci-dessous* quant aux questions à se poser),
- de proposer de nouvelles actions en maîtrise du risque et d'identifier l'autorité de décision pour la mise en application.

Barrières de prévention : Qu'est ce qui pourrait éviter la survenue de l'événement redouté sur la base des causes identifiées ? Comment prévenir ?

Barrière de récupération : Comment gérer et contrôler l'événement redouté avant d'aboutir à un événement dommageable pour le patient ? Comment détecter, comprendre et agir ?

Barrière d'atténuation des effets : Comment gérer la gravité avérée ? Comment atténuer ?

→ **Quatre matrices de criticité sont complétées.** À titre d'exemple, les situations à risques (SAR) identifiées pour le processus de transfert du patient sont positionnées sur une matrice de criticité.

- SAR 1.** le transfert vers le bloc effectué par un seul agent (ASH, brancardier de bloc),
- SAR 2.** les retours de bloc très rapprochés,
- SAR 3.** l'attente du patient seul devant l'ascenseur,
- SAR 4.** les patients non préparés lors de la venue des ASH ou brancardiers au sein des unités de soins,
- SAR 5.** le transfert des patients entre lit et brancard,
- SAR 6.** les dossiers incomplets,
- SAR 7.** la non disponibilité de l'ascenseur du bloc opératoire (panne ou non),
- SAR 8.** la prise en charge de patients obèses,
- SAR 9.** l'attente des patients,
- SAR 10.** l'accueil au bloc opératoire par une équipe différente de celle qui prendra en charge le patient.

La matrice de criticité (complétée à partir de l'illustration proposée)

		Gravité estimée				
		1	2	3	4	5
Vraisemblance estimée	5	5	10 SAR 1, SAR 5	15 SAR 3, SAR 9	20	25
	4	SAR 6	SAR 2		SAR 10	20
	3			9 SAR 8		15
	2	SAR 4	4 SAR 7			
	1	1				5
		1	2	3	4	5
		Risques à traiter en priorité. Situations à risques non acceptables en l'état, nécessitant des actions d'analyse et de traitement pour réduire le risque au moins jusqu'à un risque à surveiller				
		Risques à surveiller. Situations à risques acceptables en l'état à condition que des actions soient menées pour mieux les identifier et les surveiller				
		Risques non critiques. Situations à risques acceptables en l'état, correspond à un risque faible				

→ **31 situations à risques sont ainsi sélectionnées en juin 2010 donnant lieu à 39 actions validées par le conseil de bloc :**

- en information (10) (ex : rappel de procédures de soins ou de règles de régulation),
- en formation (8) (ex : radioprotection, manutention des patients),
- en élaboration ou réactualisation de documents (11) (ex : accueil de personnels nouveaux, médicaux et paramédicaux, au bloc opératoire, uniformisation des chariots d'anesthésie), .../...

- en audits de pratiques (2) (ex : préparation cutanée de l'opéré, entretien des locaux),
- en organisation (8) (ex : permanence des soins, réorganisation des postes ASH).

➔ **Le suivi des actions menées est assuré selon plusieurs modalités :**

- audits portant sur l'hygiène hospitalière,
- surveillance de l'environnement (prélèvement de surface, qualité de l'eau),
- suivi des actions conduites dans le cadre d'une EPP (prise en charge des césariennes en urgence par exemple),
- suivi des fiches d'incidents au bloc opératoire,
- nombre d'infections de site opératoire,
- suivi des actions de formation.

➔ **Fin septembre 2011 :** Sur les 39 actions évoquées (identification, évaluation, traitement et suivi des situations à risques), 16 actions étaient finalisées, 11 étaient en cours, 12 restaient à engager. Un premier retour d'expérience était effectué notant une implication et une participation active des personnels concernés, un renforcement de la sensibilisation sur les situations à risque, le développement d'une culture de sécurité des soins, une meilleure connaissance et acceptation des contraintes des uns et des autres.



Une illustration en gastro-entérologie

Sur la base de la méthodologie présentée dans l'illustration précédente, l'organisme agréé pour l'accréditation des médecins en gastro-entérologie (Évaluation et Accréditation des Hépatogastroentérologues) identifie dix situations à risques à surveiller ou à traiter en priorité dans le cadre de son programme 2010/2011. Chacune de ces situations est analysée en termes de conséquences, de causes et de barrières de sécurité à confirmer ou à mettre en œuvre. L'une de ces analyses concerne le risque d'une antibiothérapie inadaptée en endoscopie et proctologie, résumée ci-dessous.

Situation à risque	Antibioprophylaxie inadaptée en endoscopie et proctologie			
Caractérisation des patients	<ul style="list-style-type: none"> • adultes, nécessitant une protection antibiotique avant un geste chirurgicale. • patients à risques porteurs de valves cardiaques 			
Type de prise en charge	En hospitalisation ou en ambulatoire			
Intervention(s) concernée(s)	Tous les gestes thérapeutiques endoscopiques et proctologiques			
Diagnostic(s) principal(aux) avant la survenue de l'événement	Tous types de diagnostics relevant de ces techniques			
Liste des conséquences de la situation à risque	Manifestations infectieuses post procédure (bactériémie, endocardite...)			
Liste des causes immédiates de la situation à risque	<ul style="list-style-type: none"> • facteurs liés au terrain (défaut d'appréciation : cardiopathie, allergie) • facteurs liés à l'acte (défaut d'appréciation du risque bactériémique de la procédure) • facteurs organisationnels (transmission de l'information, délai inadapté entre antibiothérapie et acte) 			
Liste des barrières de sécurité (prévention, récupération, atténuation des effets)	<ul style="list-style-type: none"> • suivi des recommandations (fiche de la Société française d'endoscopie digestive), document de la Société française d'anesthésie réanimation) • traçabilité de l'information dans le dossier du patient • utilisation d'une check-list en endoscopie ou proctologie 			
Évaluation du risque (faite sur la base de la matrice de criticité et des deux échelles associées dans l'illustration précédente)		Fréquence	Gravité	Criticité (F x G)
	Risque initial	4	2	8
	Risque résiduel	2	2	4
Recommandations liées	Antibioprophylaxie et endoscopie digestive SFED 2004			
Références bibliographiques	Etc.			