

# Soins infirmiers et gestion des risques





# Le risque

## Définition selon le Larousse:

*Possibilité, probabilité d'un fait, d'un événement , considéré comme un mal ou un dommage*

## Définition dans le droit:

*Un "risque" est un événement dont l'arrivée aléatoire, est susceptible de causer un dommage aux personnes ou aux biens ou aux deux à la fois.*

Les définitions sont nombreuses, on parle plus du « **concept de risque** »

Caractéristique importante:

Un risque s'évalue, s'apprécie en fonction de critères importants

- **La probabilité de survenue**
- **La fréquence de survenue**
- **La probabilité de survenue d'un dommage**

# Le risque

❑ Selon la HAS le risque est :

« Une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine ».

« Tout événement redouté qui réduit l'espérance de gain et/ou d'efficacité dans une activité humaine ».

# Le risque

## Les types de risques

- **Risque physique** (maladie, handicap...)
- **Risque psychique** (dépendance à une substance)
- **Risque social** (perte d'emploi, faillite...)
- **Risques industriels** : générés par des industries, des activités humaines, de l'agriculture impactant l'environnement : eau, air, sols, sites, bruits, déchets...
- **Risques naturels** : inondation, mouvement de terrain, tempête, foudre, sécheresse
- ...

# Le risque

Comment mesurer ce risque ?

Le risque ( R ) est une grandeur à deux dimensions

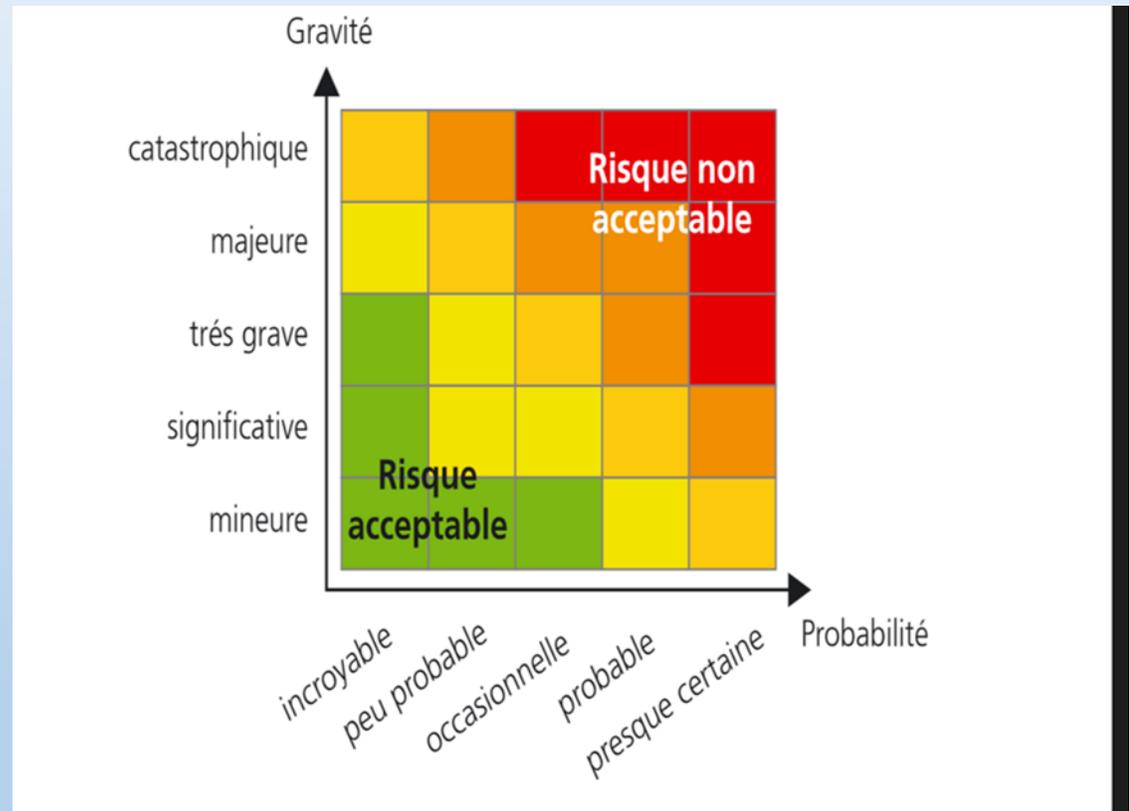
Le risque est défini par deux paramètres :

- La fréquence d'apparition de l'évènement redouté
- La gravité des conséquences de l'évènement redouté
- ✓ Ex: Décès suite à une anesthésie, c'est un cas très grave  
1 cas pour 100000 anesthésies

# Le risque

## 3 catégories pour les risques:

- Evitable
- Acceptable
- Inacceptable



# Le risque

## LE RISQUE ZERO N'EXISTE PAS

La transfusion de sang en France

1980 → 20 donneurs, on les prenait tous

1990 → sur 20 donneurs potentiels, on en prenait 12 donneurs

2003 → sur 20 donneurs potentiels, on en prenait 6 donneurs...

2022 → extension des conditions pour donner son sang

2 risques s'opposent:

- Infection post-transfusionnelle
- Décès de patient faute de donneurs



# Le risque

Exemple d'évaluation  
d'un risque

*Avoir une embolie  
pulmonaire*

Tableau 2. Prédiction clinique d'une embolie pulmonaire selon Wells.		
Signes		Points
Signes cliniques de thrombose profonde		3
Diagnostic d'EP le plus probable par exclusion		3
Rythme cardiaque > 100/min		1,5
Immobilisation ou chirurgie dans le mois précédent		1,5
EP ou phlébite dans les antécédents		1,5
Hémoptysie		1
Cancer dans les 6 derniers mois		1
Le score est obtenu en faisant la somme des points de chaque signe présent		
Plus de 6 points :	risque élevé	60 %
2 à 6 points :	risque modéré	25 %
Moins de 2 points :	risque faible	10 %

# Le risque

## La lutte contre les risques

Deux types de mesures peuvent être prises:

**Les mesures préventives:** mesures mises en œuvre pour éviter que le risque se concrétise

**Les mesures de protection:** mesures prises pour limiter les conséquences du risque si celui-ci se concrétise

Association des deux types de mesures possible dans la stratégie de gestion des risques

# Le risque

## Les facteurs de risque

### Définition de l'OMS:

Un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme.

# Le risque

## Les facteurs de risque

- On appelle risque, la **probabilité** d'apparition d'un événement défavorable et facteur de risque ce qui modifie le niveau de ce risque.
- La présence chez l'individu de certains facteurs augmente la possibilité de développer une maladie donnée.
- Un facteur de risque est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement **susceptible** de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

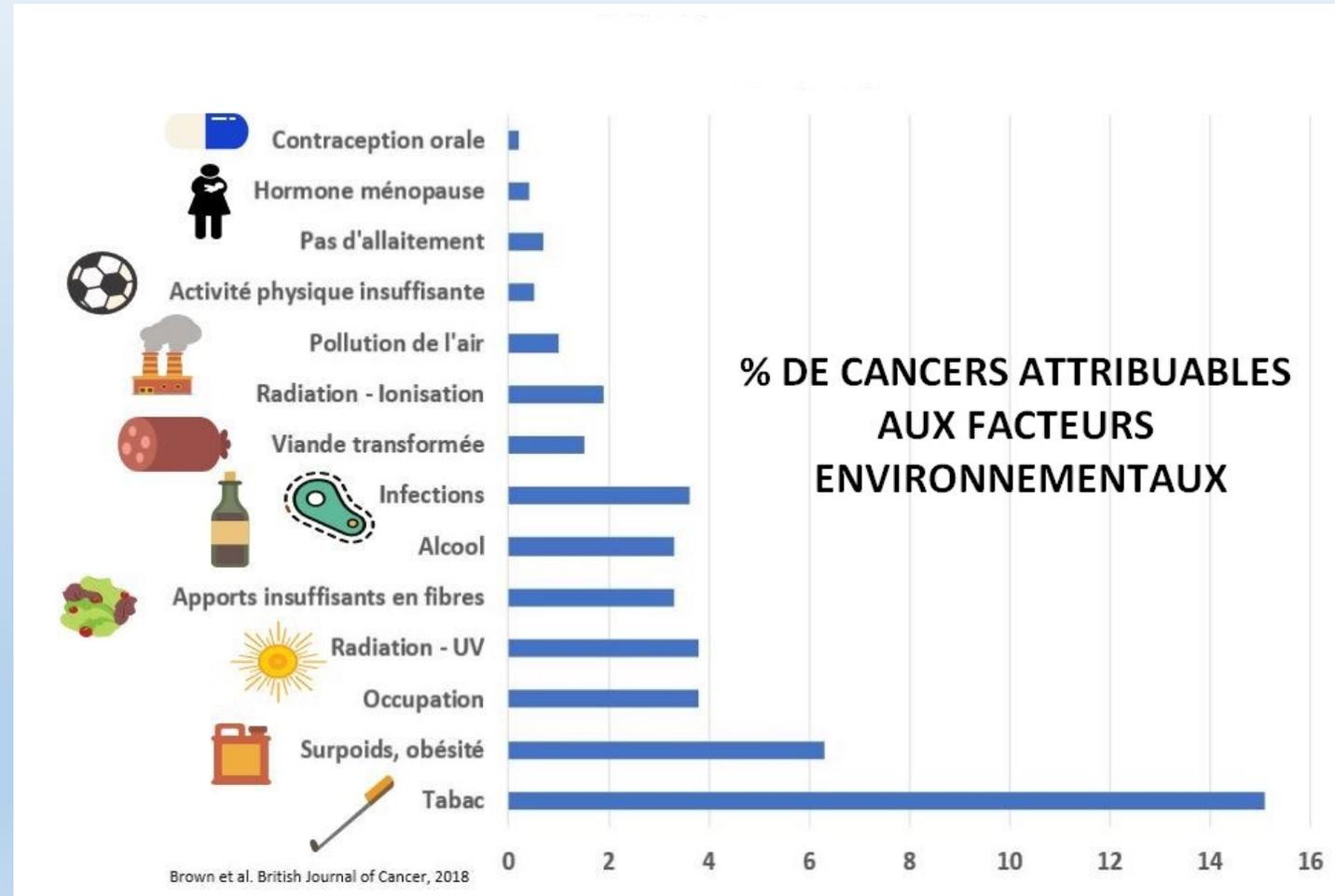
# Le risque

## Les facteurs de risque

- Ces facteurs de risque permettent ainsi de calculer la probabilité qu'a un individu d'avoir un accident vasculaire dans un délai déterminé.
- Des scores de risque sont ainsi disponibles, permettant de définir si une personne est à haut risque ou à bas risque
- En gestion des risques, un facteur de risque est une source de risque qui est classée en risques inhérents génériques probables dans le but de faciliter l'évaluation ou l'atténuation des risques.

# Le risque

## Les facteurs de risque



# Le risque

## Les facteurs de risque

- Un facteur de risque peut être localisé selon son origine :
  - ✓ **Endogène** : généré par l'organisation elle-même ou à l'intérieur du périmètre qu'elle contrôle.  
(Ex: stress au travail —————> Maladie cardiovasculaire  
Mauvaise installation électrique —————> incendie prenant naissance dans les locaux de l'entreprise)
  - ✓ **Exogène** : généré à l'extérieur du périmètre de contrôle de l'entreprise. Ex: mauvaise météo —————> accident de la route.

# Le risque

## Les facteurs de risque

Les facteurs de risque peuvent être divisés:

→ en facteurs d'origine génétique (biologique)

→ en facteurs liés à l' environnement (physique, organisation au travail)

→ en facteurs de risque liés aux comportements individuels ou sociaux.

# Le risque

## La prise de risque

comportement qui se caractérise par la mise en danger (de soi, de sa santé, de sa vie, de celle des autres...)

- Prise de risque volontaire: on sait à quoi on s'expose.
- Prise de risque involontaire correspond à l'exposition à un risque non connu ou non prévu

# Le risque

## Les comportements à risque

Le comportement à risques implique que la personne prenant des risques en est consciente

Une extension de cette définition amène à parler de comportement-problème, dont les conséquences sont essentiellement sociales, psychologiques et touchent à la santé des personnes

Des campagnes sont faites régulièrement (accidents de voiture, abus d'alcool, tabac,...). Mais peu efficaces.

# Le risque

## Les comportements à risque

- La consommation de psychotropes (dont le tabac, l'alcool, les drogues)
- Les comportements sexuels à risque; les rapports non protégés
- Le comportement sur la route
- Le jeu pathologique : Jeu du foulard, Jeu filmé, Jeux violents,...
- La cyberaddiction
- Certains troubles alimentaires (l'obésité, l'anorexie)
- Certains degrés de pratique de sports

# Le risque

## La gestion des risques

Ensemble de concepts, démarches et outils destinés à:

- Identifier
- Contrôler
- Réduire
- Rechercher la meilleure couverture possible

### LES RISQUES

**Démarche liée au « principe de précaution »**

# Le risque

## La gestion des risques

« La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise ».  
*(art. R.6111-1 du CSP).*

# Le danger

## Définition selon le Larousse:

*Ce qui constitue une menace, un risque pour quelqu'un, quelque chose*

## Définition selon le Larousse:

*Ce qui menace ou compromet la sécurité, l'existence d'une personne ou d'une chose*

## Dans le monde du travail:

*Un danger est toute source potentielle de dommage, de préjudice ou d'effet nocif à l'égard d'une chose ou d'une personne dans certaines conditions dans le milieu de travail.*



**Menace = courir un danger**

# Le danger

## Les types de dangers

Les dangers sont classés en catégories:

- **Biologiques:** bactéries, virus, etc...
- **Chimiques:** dépendent des propriétés chimiques et toxiques du produit, insecticides, solvants
- **Ergonomiques:** mouvements répétitifs, aménagement inadéquat du poste de travail, etc.
- **Physiques:** rayonnements, champs magnétiques, pressions extrêmes (haute pression ou vide), bruit, etc.,
- **Psychosociaux:** violence, harcèlement moral etc..
- **Liés à la sécurité:** sources de chute et de trébuchement, surveillance inadéquate des machines, pannes de l'équipement

# Le danger

## Les types de dangers

### QUESTION 01

CE PICTOGRAMME EST NOTAMMENT ASSOCIE A

- A**  La proximité des catacombes
- B**  Un poison rapide
- C**  Une attaque de pirate
- D**  Un musée de la préhistoire

> VALIDEZ



# Le danger

## Les types de dangers

### QUESTION 03

CE PICTOGRAMME EST NOTAMMENT ASSOCIE A

- A**  La chute de météorites
- B**  Un gel coiffant
- C**  Un produit comburant
- D**  Un produit inflammable

> VALIDEZ



# Le danger

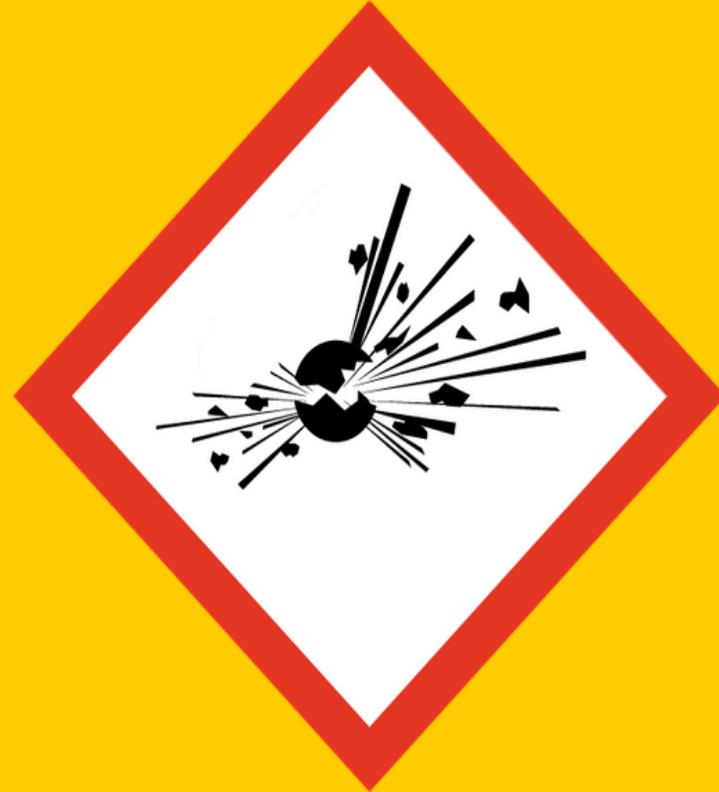
## Les types de dangers

### QUESTION 05

CE PICTOGRAMME EST NOTAMMENT ASSOCIE A

- A**  Un bagage abandonné
- B**  L'ouverture de la chasse
- C**  Un produit explosible
- D**  Une bactérie virulente

> VALIDEZ



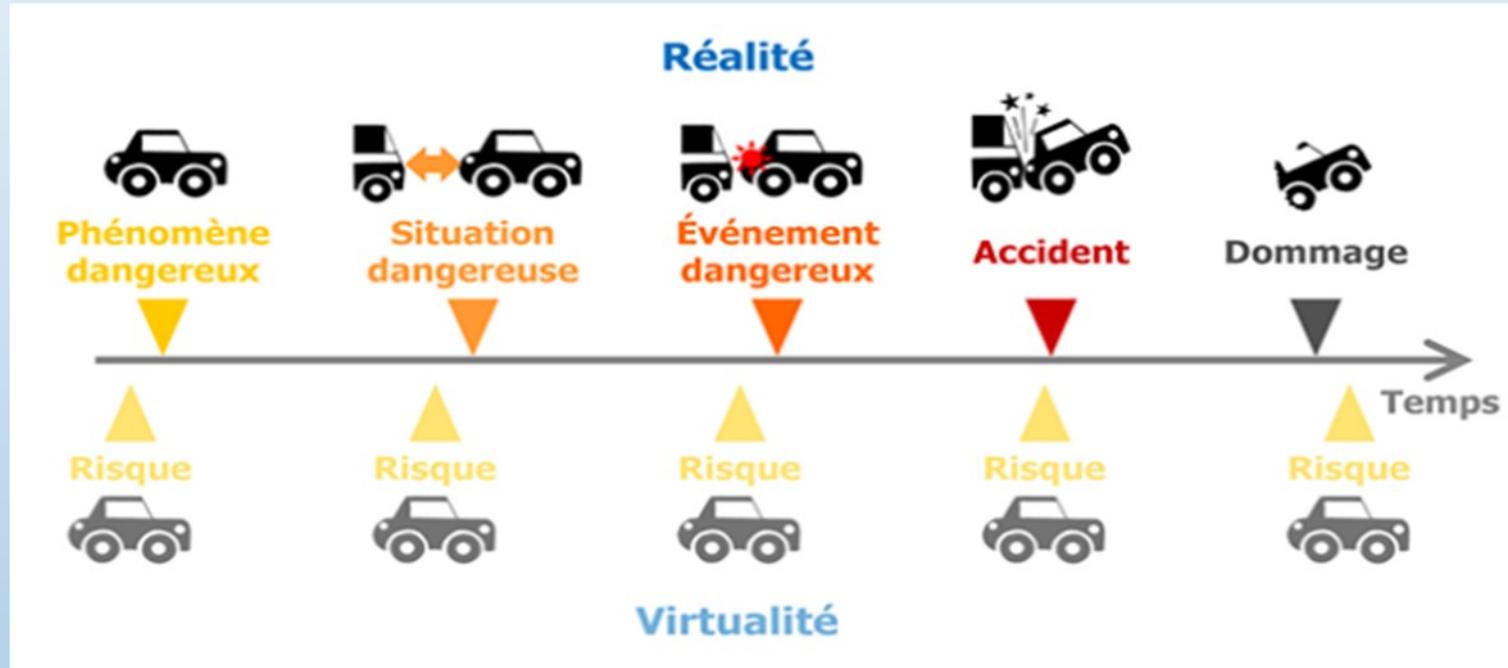
# DANGER / RISQUE

## Il existe souvent une confusion entre risque et danger

- Il y a **DANGER** lorsqu'un objet ou une situation possède une capacité intrinsèque à provoquer une effet dommageable
- Le **RISQUE** représente la probabilité que ces effets dommageables se produisent (risque de chute/éboulement)

**La situation dangereuse est une réalité qui se voit, se constate, se décrit**

# DANGER / RISQUE



# DANGER / RISQUE

## Il existe des dangers sans risque

- Le risque existe si et seulement si un **danger est présent**
- Le risque existe si et seulement **si le danger peut atteindre une ou plusieurs cibles**

DANGER	RISQUE	CIBLE
Une seringue souillée par du sang	d'accident d'exposition au sang	le soignant

# DANGER / RISQUE



DANGER	RISQUE	CIBLE

# DANGER / RISQUE

## Exercice 1

### Les marcheurs sur la falaise

Des marcheurs font une promenade le long d'une falaise d'une hauteur de 100 mètres environ

Sur l'ensemble du parcours, des panneaux informent les marcheurs de l'instabilité des bords de la falaise

Aux endroits les plus dangereux des barrières ont été posées afin d'empêcher les marcheurs de trop s'approcher

# DANGER / RISQUE

<b>Danger (s)</b>	
Cible (s)	
Risque (s)	
Prévention	
Protection	

# DANGER / RISQUE

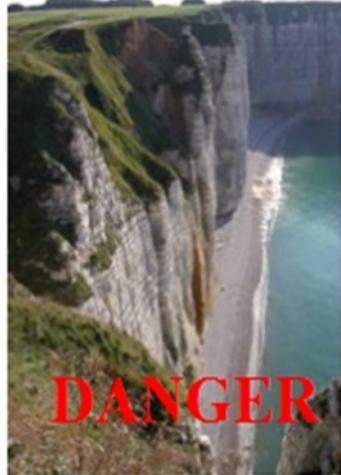
Danger (s)	Falaise d'une hauteur de 100 mètres environ
Cible (s)	Les marcheurs
Risque (s)	Risque de chute (mortelle)
Prévention	Panneaux d'information et barrières
Protection	

Les barrières souvent dites « de protection » sont bien ici **une mesure de prévention**

Le risque étant la chute

Les panneaux d'information et les barrières (mesures de prévention) **réduisent la probabilité** de chuter en évitant que les marcheurs ne s'approchent du bord

# DANGER / RISQUE



**Prévention  
Limite la  
probabilité**

**Risque = fonction (gravité & probabilité)**



**Protection  
Limite la gravité  
des conséquences**



# DANGER / RISQUE

## Exercice 2

### **L'administration d'un médicament en intraveineuse**

Chaque IDE accueillie dans l'unité est informée de la conduite à tenir en cas d'extravasation des médicaments potentiellement toxiques administrés en intraveineuse

A chaque administration de ce type de médicament, l'infirmière vérifie la perméabilité de la voie veineuse et surveille la zone d'injection à la recherche de brûlure, de picotement, de douleur, d'induration... Elle informe le patient de ses effets et de la nécessité d'appeler rapidement en cas d'apparition de ces derniers

# DANGER / RISQUE

Danger (s)	
Cible (s)	
Risque (s)	
Prévention	
Protection	

# DANGER / RISQUE

<b>Danger (s)</b>	<b>médicaments potentiellement toxiques pour les tissus administrés en intraveineuse</b>
Cible (s)	Patient
Risque (s)	Risque d'extravasation
Prévention	Vérification de la perméabilité veineuse Surveillance Information du patient des effets
Protection	Protocole avec une conduite à tenir en cas d'extravasation (formation de l'IDE)

# DANGER / RISQUE

**Donnez un exemple issu de votre expérience professionnelle d'EIDE**

**Donnez un exemple de mesure de protection et ou de prévention**

DANGER	RISQUE	CIBLE	MESURE DE PREVENTION / PROTECTION

# Les risques en établissement de santé

**Un établissement de santé est une organisation complexe**



# Les risques en établissement de santé

- Une activité à forte composante humaine avec des possibilités d'automatisation limitées
- Une connaissance des risques rendue difficile, surtout de l'intrication de trois sources de risque pour le patient : sa maladie, une erreur dans la décision médicale, ou un défaut dans la mise en œuvre de celle-ci
- Une contrainte du service 24 h/24 avec la difficulté de maintenir la même disponibilité de ressources potentiellement nécessaires au patient quelle que soit l'heure
- Une difficulté de réguler les flux de patients, compte tenu de la part d'activité non programmée

# Les risques en établissement de santé

- Un rôle de formation des établissements de santé : le système hospitalier est un système dans lequel des rôles et des responsabilités importants sont parfois confiés à des professionnels en cours de formation. Ces responsabilités peuvent être décalées par rapport au savoir et à l'expérience des acteurs.
- Un transfert de tâches entre catégories professionnelles lié aux ressources et à la démographie professionnelle. Il peut entraîner un glissement de tâches vers des personnels n'ayant pas les qualifications requises.

# Les risques en établissement de santé

**Une organisation  
complexe qui est  
porteuse de nombreux  
risques**



# Les risques en établissement de santé

Le risque est beaucoup plus important dans le secteur de la santé que dans d'autres systèmes à risque que l'on qualifie de systèmes sûrs (aviation civile, nucléaire) car ces derniers sont parvenus à un stade avancé de maîtrise des risques.

- Une hétérogénéité du risque : le risque n'est pas comparable et uniforme entre spécialités médicales, types de patients, et types d'établissements ;
- Une importante variabilité des pratiques avec une régulation et une standardisation minimales

# Les risques en établissement de santé

Liés à la vie hospitalière

- **Les risques liés à un événement technique ou logistique**

Bâtiment, installation (incendie, rupture d'électricité, défaut d'approvisionnement en eau, pollution, défaut des systèmes informatiques).

- **Les risques communs à la gestion de toute organisation**

Risque social accident du travail, faute professionnelle, risques liés à certains éléments de la charge de travail, départ d'une personne clé, risques liés à la montée de certaines formes de violence au travail...

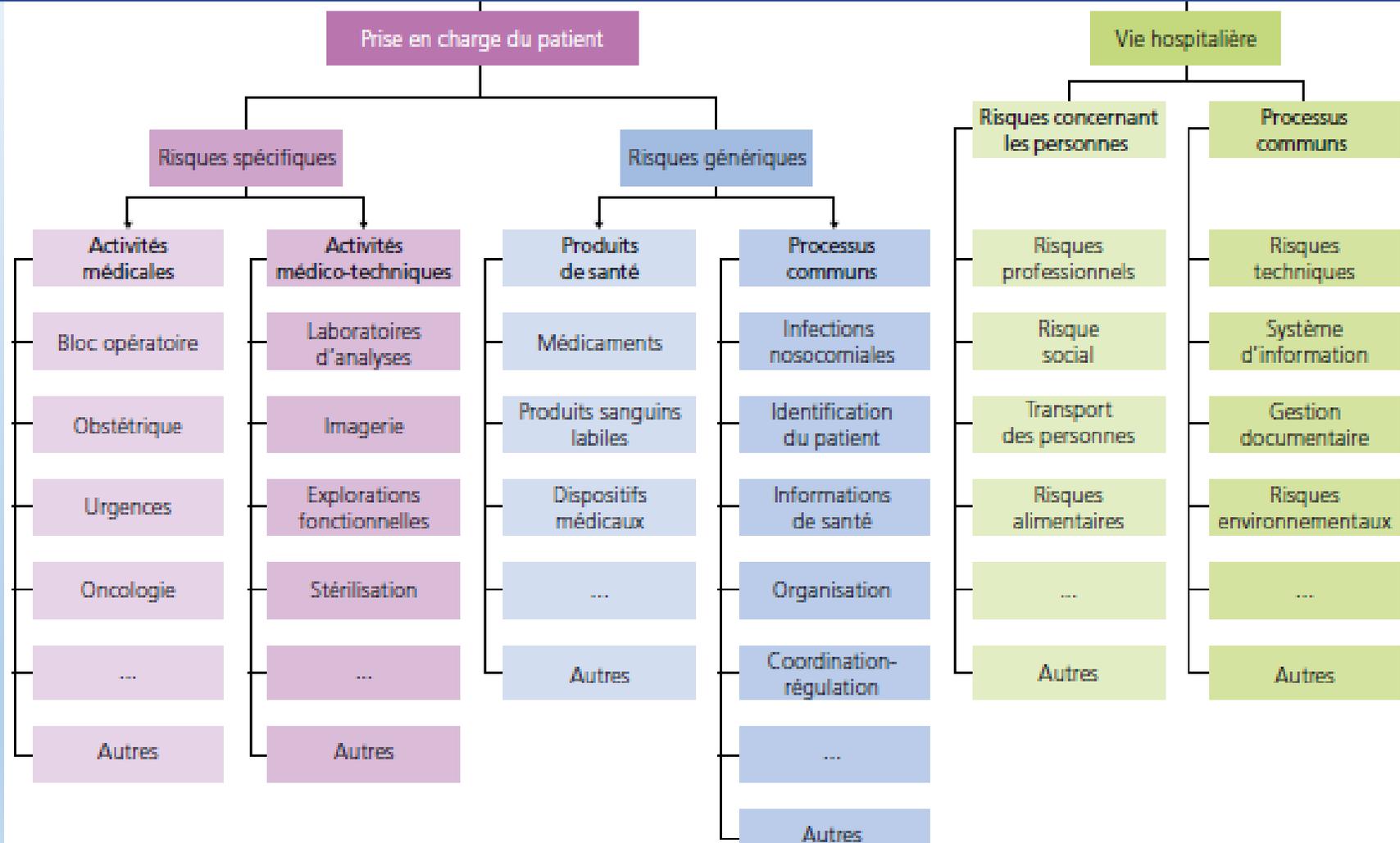
# Les risques en établissement de santé

Liés a la prise en charge

## ▪ Risques iatrogènes :

- ✓ Les risques liés aux actes médicaux et aux pratiques, erreur de diagnostic, de traitement, non respect d'une procédure, d'un geste technique
- ✓ Les risques liés à l'utilisation des produits de santé: médicaments, produits sanguins, équipements médicaux
- ✓ Les risques infectieux nosocomiaux
- ✓ Les risques liés à l'organisation des soins et à l'environnement, à la non-observance des traitements par le patient, et les risques liés aux questions éthiques (acharnement thérapeutique, euthanasie, etc.).

# Les risques en établissement de santé



Unité d'Enseignement 4.5 « soins infirmiers et gestion des risques » Camille MARMAYOU 2 juillet 2025

# Les risques à l'hôpital

<b>1. au patient</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● antécédents, état de santé et statut (gravité, complexité, urgence), traitements,</li><li>● facteurs sociaux et familiaux,</li><li>● personnalité, difficultés de compréhension (âge, langue, pathologies).</li></ul>
<b>2. aux tâches à accomplir</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● conception, répartition, planification, lisibilité des tâches et activités à effectuer,</li><li>● existence, validation, actualisation, disponibilité, utilisation, faisabilité et acceptabilité des procédures opérationnelles.</li></ul>
<b>3. aux professionnels de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● qualifications, compétence et formation, respect des consignes capacités relationnelles,</li><li>● facteurs de stress ou de fatigue physique ou psychologique, motivation, adaptation.</li></ul>
<b>4. au fonctionnement de l'équipe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● communication orale et écrite,</li><li>● composition, dynamique et interactions entre les personnes,</li><li>● supervision, mode de transmission des informations, soutien, <i>leadership</i>.</li></ul>
<b>5. à l'environnement de travail</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● sites et locaux (adaptation, modification), matériel, équipement et fournitures (disponibilité, adaptation), maintenance,</li><li>● déplacements et transferts,</li><li>● charges de travail, conditions de travail, ergonomie.</li></ul>
<b>6. au management</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● organisation et gouvernance, niveau de décision, rapports hiérarchiques,</li><li>● contraintes du secteur d'activité, moyens affectés (humains et matériels), coordination avec d'autres secteurs</li><li>● gestion des ressources humaines, accessibilité des informations.</li></ul>
<b>7. au contexte institutionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● contexte réglementaire, politique et social,</li><li>● contraintes économiques et financières, restructuration,</li><li>● liens avec d'autres organisations ou établissements.</li></ul>

# Les risques en établissement de santé

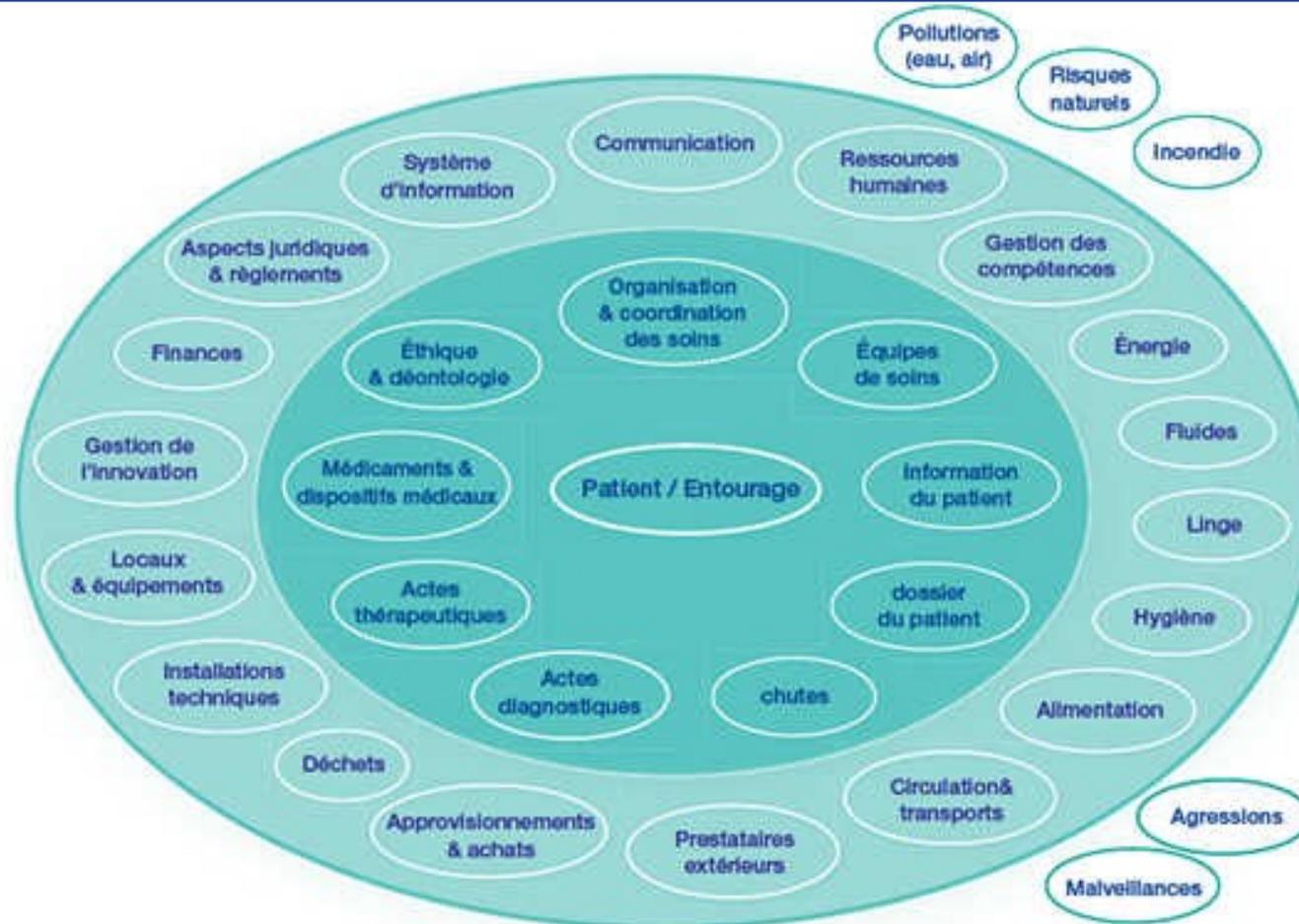


Figure 1. Approche schématisée des grandes catégories de risques en établissement de santé

# Les risques en établissement de santé

## Les principaux risques

Risque infectieux

Risque associés aux soins (iatrogénie)

Risque de Maltraitance / non respect des droits du patient

Chute

Suicide

Comportements

Etc....

# Les risques en établissement de santé

## Risque infectieux

**Le risque infectieux se définit comme:**

**« cause potentielle liée à une contamination microbologique qui peuvent entraîner des conséquences infectieuses »**

**A l'hôpital, le risque infectieux est permanent**

**Plusieurs éléments doivent être réunis pour sa survenue :**

- l'agent infectieux
- l'hôte
- l'environnement favorisant

**3 temps :**

- Contamination
- Colonisation
- Infection

# Les risques en établissement de santé

## Risque infectieux

L'identification du risque infectieux est réalisée à partir de **3 facteurs de risque**:

- la vulnérabilité de la personne soignée face à l'infection
- la nature de l'acte de soin,
- les conditions environnementales.

L'évaluation de ces trois éléments permet de déterminer les mesures de prévention du risque infectieux.

# Les risques en établissement de santé

## Risque infectieux

« Une infection est dite nosocomiale si elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation et si elle était absente à l'admission à l'hôpital »

Lorsque la situation précise à l'admission n'est pas connue, un délai d'au moins 48 heures après l'admission (ou un délai supérieur à la période d'incubation lorsque celle-ci est connue) est communément accepté pour distinguer une infection d'acquisition nosocomiale d'une infection communautaire.

Il est recommandé d'apprécier, dans chaque cas douteux, la plausibilité du lien causal entre hospitalisation et infection.

# Les risques en établissement de santé

## Risque infectieux

### ☐ Loi du 4 mars 2002 :

Selon l'article L.1142-1 alinéa 2 du Code de la santé publique dans sa rédaction issue de la loi du 4 mars 2002,  
« Les établissements services et organismes susmentionnés (dans lesquels sont réalisés des actes de prévention de diagnostic ou de soins) sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère ».

Cette loi préconise la transparence au patient, qui a le droit d'être informé.

# Les risques en établissement de santé

**Risque  
infectieux**



pour les infections du site opératoire, on considère comme nosocomiales les infections survenues dans les **30 jours suivant l'intervention**

Et

Si mise en place d'une prothèse ou d'un implant, **dans l'année** qui suit l'intervention

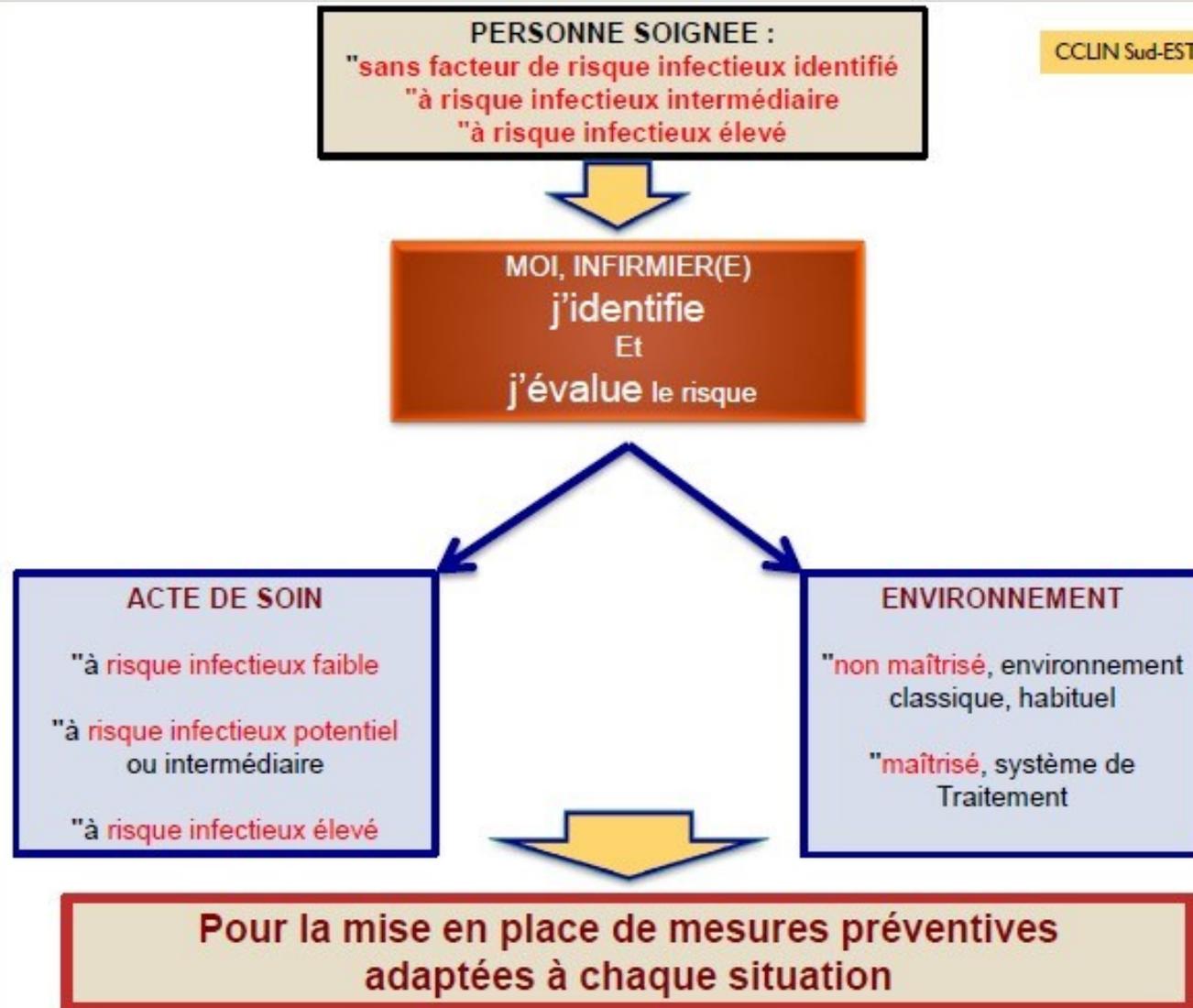
# Les risques en établissement de santé

## Risque infectieux

A - LIÉS AU PROCESSUS DE SOINS 1/3	B - LIÉS AU PROCESSUS DE SOINS 2/3	C - LIÉS AU PROCESSUS DE SOINS 3/3	D - ENVIRONNEMENT ET TRAVAUX	E - SECTEURS À RISQUES SPÉCIFIQUES	F - RISQUES PROFESSIONNELS
A1 - Infections urinaires	B1 - Infections de la peau et des tissus mous	C1 - ATB et Diffusion des résistances bactériennes	D1 - Eau	E1 - Hémodialyse	F1 - AES
A2 - Infections respiratoires	B2 - Infections digestives	C2 - Epidémies BMR BHR	D2 - Air	E2 - Endoscopie	F2 - Autres risques infectieux professionnels
A3 - ISO	B3 - Méningites	C3 - Autres risques infectieux émergents	D3 - Surface	E3 - Actes Imagerie interventionnelle	
A4 - Infections KT bactériémies	B4 - Infections virales hématogènes		D4 - Déchets Activités de Soins à Risques Infectieux et Assimilés	E4 - Balnéothérapie	
A5 - Dispositifs médicaux	B5 - Alimentation et Nutrition		D5 - Linge		

# Les risques en établissement de santé

## Risque infectieux



# Les risques en établissement de santé

## La sécurité sanitaire

**La sécurité sanitaire constitue la sécurité face aux risques liés à l'activité du système de santé.**

**Elle a pour objet de prévenir ou de réduire les risques iatrogènes, les accidents liés aux traitements, aux actes de prévention, de diagnostic et de soins ainsi qu'à l'usage des produits de santé.**

# Les risques en établissement de santé

Tous les professionnels de santé, et les utilisateurs du système de santé sont des maillons de la chaîne de sécurité sanitaire.

Les principes de la sécurité sanitaire sont :

- **Principe d'évaluation** : connaître le rapport bénéfice risque d'une thérapeutique
- **Principe de précaution** : intervenir dès qu'il apparaît que les risques peuvent l'emporter sur les bénéfices attendus
- **Principe d'indépendance** : par rapport aux intérêts économiques et aux intérêts des experts et décideurs
- **Principe de transparence** : c'est la condition d'une alerte précoce.

La sécurité  
sanitaire

# Les risques en établissement de santé

## La sécurité sanitaire

### **Article L. 1421-1 du code de la santé publique**

*« Les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, les ingénieurs du génie sanitaire, les ingénieurs d'études sanitaires et les techniciens sanitaires **contrôlent, dans le cadre de leurs compétences respectives, l'application des règles générales d'hygiène et des lois et règlements relatifs à la prévention des risques sanitaires des milieux, aux eaux destinées à la consommation humaine, à la protection des personnes en matière de recherche biomédicale et de médecine génétique, au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à la santé de la famille, de la mère et de l'enfant, à la lutte contre les maladies ou dépendances, aux professions de santé, aux produits de santé, ainsi qu'aux établissements de santé, laboratoire d'analyses de biologie médicale et autres services de santé.***

*Ils peuvent être assistés par des experts désignés par l'autorité compétente et procéder à des inspections conjointes avec des agents appartenant à d'autres services de l'Etat et de ses établissements publics ».*

# Les risques en établissement de santé

## Les Vigilances

**Les dispositifs de vigilances sanitaires ont été créés dans le but de lutter (surveillance et évaluation) contre les risques d'effets indésirables ou inattendus, d'incidents ou risque d'incidents découlant de l'activité médicale et ainsi d'éviter que les risques ne se reproduisent.**

# Les risques en établissement de santé

## Les Vigilances

- **l'hémovigilance** pour les produits sanguins labiles
- **la pharmacovigilance** pour les médicaments et médicaments dérivés du sang
- **la pharmacodépendance** pour les stupéfiants et psychotropes
- **la matériovigilance** pour les dispositifs médicaux
- **la réactovigilance** pour les réactifs de laboratoire, dispositifs médicaux de diagnostic in vitro
- **la biovigilance** pour les organes, tissus, cellules et les produits thérapeutiques annexes
- **la cosmétovigilance** pour les produits cosmétiques ou d'hygiène corporelle
- **la vigilance des produits de tatouage**



# La gestion des risques



# La gestion des risques

## Définition

« processus **régulier, continu et coordonné**,

intégré à l'ensemble de l'organisation,

qui permet **l'identification, le contrôle, l'évaluation** des risques  
et des situations à risques

qui ont causé ou auraient pu causer des dommages

**aux patients, aux visiteurs, aux professionnels, aux biens de  
l'établissement »**

DHOS

# La gestion des risques

## Définition

La qualité des soins selon l'OMS

*"délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le **meilleur résultat** en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au **meilleur coût pour un même résultat**, au **moindre risque iatrogène** et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins".*

# La gestion des risques

## Définition

« La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins

et, en cas de survenance d'un tel événement,

à l'identifier, à en analyser les causes,

à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient

et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise ». *(art. R.6111-1 du CSP).*

# La gestion des risques

La démarche de la gestion des risques s'appuie sur 3 dimensions

## **Une dimension culturelle**

Un état d'esprit à créer ou à renforcer face aux risques, Dépasser la culture de la faute. Pour promouvoir une culture de sécurité

## **Une dimension managériale**

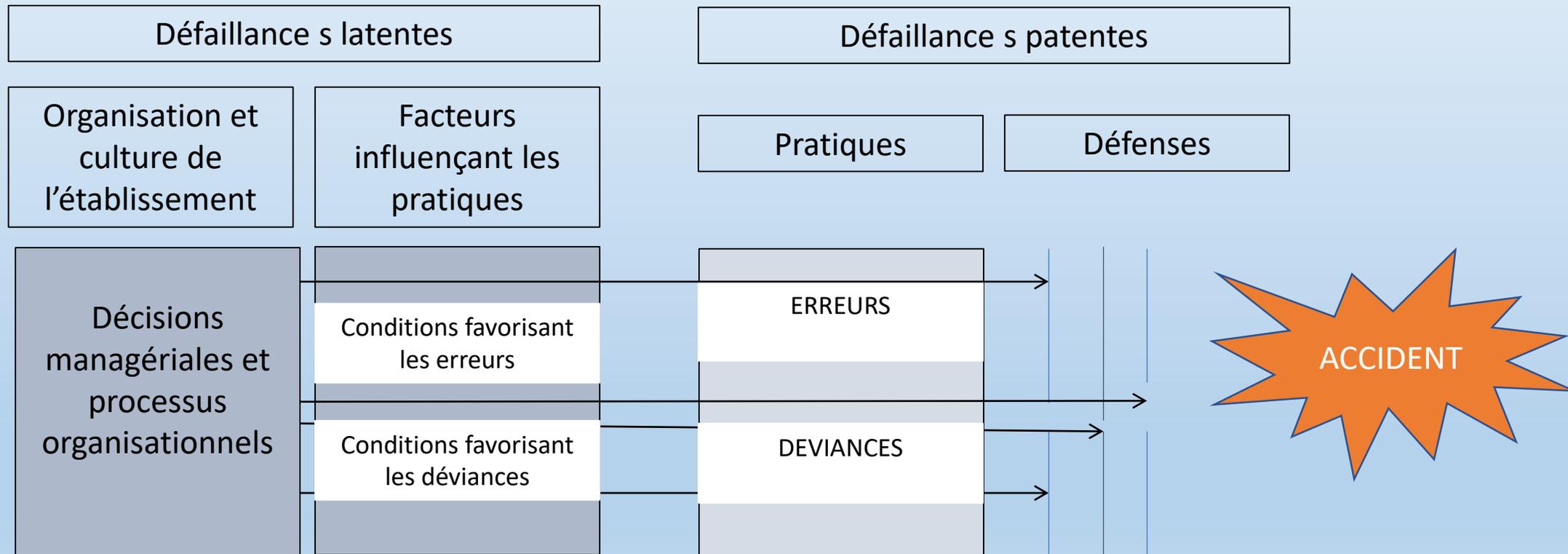
La sécurité sanitaire est dans les objectifs stratégiques de l'établissement = Le management au service de la sécurité

## **Une dimension technique**

Des méthodes, des outils spécifiques à mettre en œuvre

# La gestion des risques

La gestion des risques repose sur le concept de Reason



# La gestion des risques

## Les défaillances humaines

### Causes latentes

Liées au management, à l'ergonomie, à la conception de l'activité ou à la maintenance

Présentes de longue date

Causes racines des incidents

Provoquent les défaillances actives et/ou en amplifient les conséquences

**Une caractéristique du système qui a contribué à la survenue de l'accident (ex : surcharge de travail)**

# La gestion des risques

## Les défaillances humaines

### Causes patentes / actives

Liées aux opérateurs

Causes immédiates des incidents

#### 3 types:

- Erreurs d'attention (défaillance dans l'exécution d'une tâche de routine)
- Erreurs de raisonnement (défaillance dans les solutions apportées à un problème)
- Erreurs par manque de connaissances

**Erreur de l'acteur en première ligne qui va être en lien direct avec l'accident  
(ex : erreur de dose lors d'une prescription)**

# La gestion des risques

## Les erreurs humaines

Les plus nombreuses

## Erreurs d'attention

Un infirmier expérimenté désire prendre dans le coffre des stupéfiants de l'oxynorm 10mg et va prendre par erreur de l'oxycodone 10mg

Au cours de l'exécution d'une tâche que la personne connaît bien et qui ne nécessite pas une grande attention

« Mode automatique » = erreur de routine

De façon générale, le risque d'erreurs pour un travailleur qualifié effectuant une tâche hautement familière est de 0,0005

# La gestion des risques

## Les erreurs humaines

- les erreurs de contexte (10 à 15 % du total des erreurs, connaissance exacte employée dans le mauvais contexte)
- les erreurs par manque de connaissance (très rares, moins de 2 % en général chez les experts)

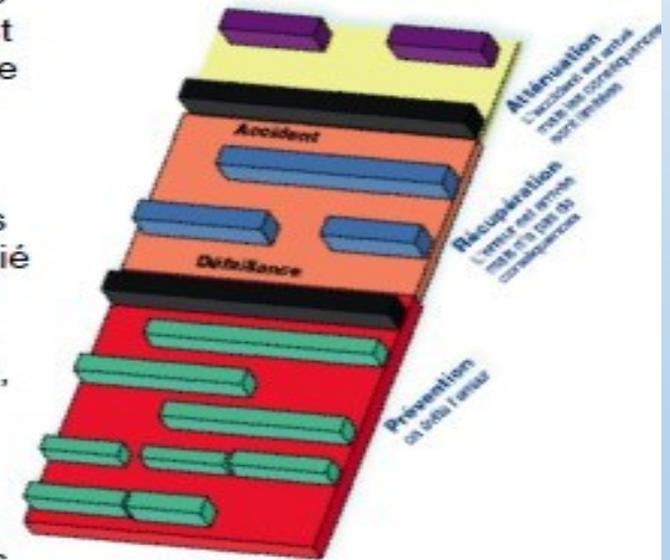
# La gestion des risques

## Les Barrières

### Barrières pour gérer les erreurs Concept dit de « *défense en profondeur* »

**Barrières de prévention** : elles empêchent la survenue de l'erreur et de l'accident (ex : la check-list chirurgicale, barrière destinée à empêcher l'oubli d'une antibioprophylaxie péri-interventionnelle),  
**Barrières de récupération** : l'erreur est commise mais récupérée avant d'avoir des conséquences (ex : une antibioprophylaxie est prescrite au bloc opératoire mais l'infirmière prend connaissance de l'existence d'une allergie à la pénicilline dans le dossier médical et alerte le prescripteur qui modifie la prescription en conséquence),  
**Barrières d'atténuation des effets** : l'accident est avéré, mais les conséquences sont limitées (ex : un patient n'ayant pas bénéficié d'une antibioprophylaxie est en choc septique, mais des hémocultures ont été réalisées très tôt, le germe a été identifié rapidement, un lit en réanimation est immédiatement disponible, le traitement est engagé rapidement).

- **Barrières immatérielles** : lois et réglementation, consignes, bonnes pratiques de sécurité, recommandations, procédures et protocoles, programme de formation, organisation du travail, etc.
- **Barrières matérielles** : détrompeur physique (ex : en branchement des fluides en anesthésie, en prescription médicamenteuse informatisée), alarme, verrouillage d'un dispositif, etc.

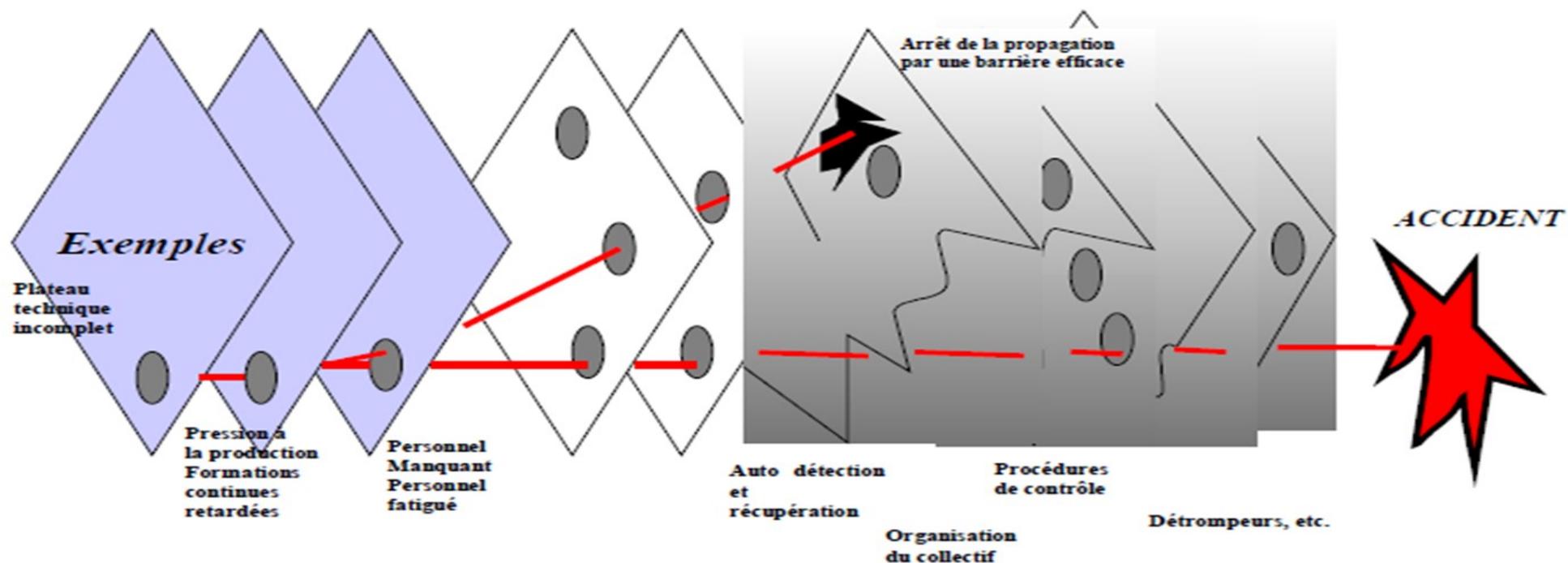


# La gestion des risques

**ERREURS LATENTES**  
Pression à l'erreur  
par insuffisance de  
conception et  
d'organisation du système

**ERREURS PATENTES**  
Actes risqués  
du personnel  
Médical & soignant  
Erreurs et violations

**DEFENSES EN PROFONDEUR**  
Donc certaines sont érodées  
par l'habitude, les routines,  
le manque de moyens,  
...etc.



# La gestion des risques

## 2 approches complémentaires

Développer une culture d'identification, de prévention et de gestion des risques



L'approche **a posteriori**, dite « réactive » s'intéressant aux événements indésirables survenus. Elle vise à limiter le nombre des événements ou à réduire leurs conséquences par la mise en place d'actions

L'approche **a priori**, dite « préventive », proactive, visant à identifier les événements redoutés, qui pourraient se produire. Cette approche anticipatrice s'inscrit dans une stratégie de prévention en identifiant les risques pour éviter la survenue des événements indésirables ou limiter leurs conséquences

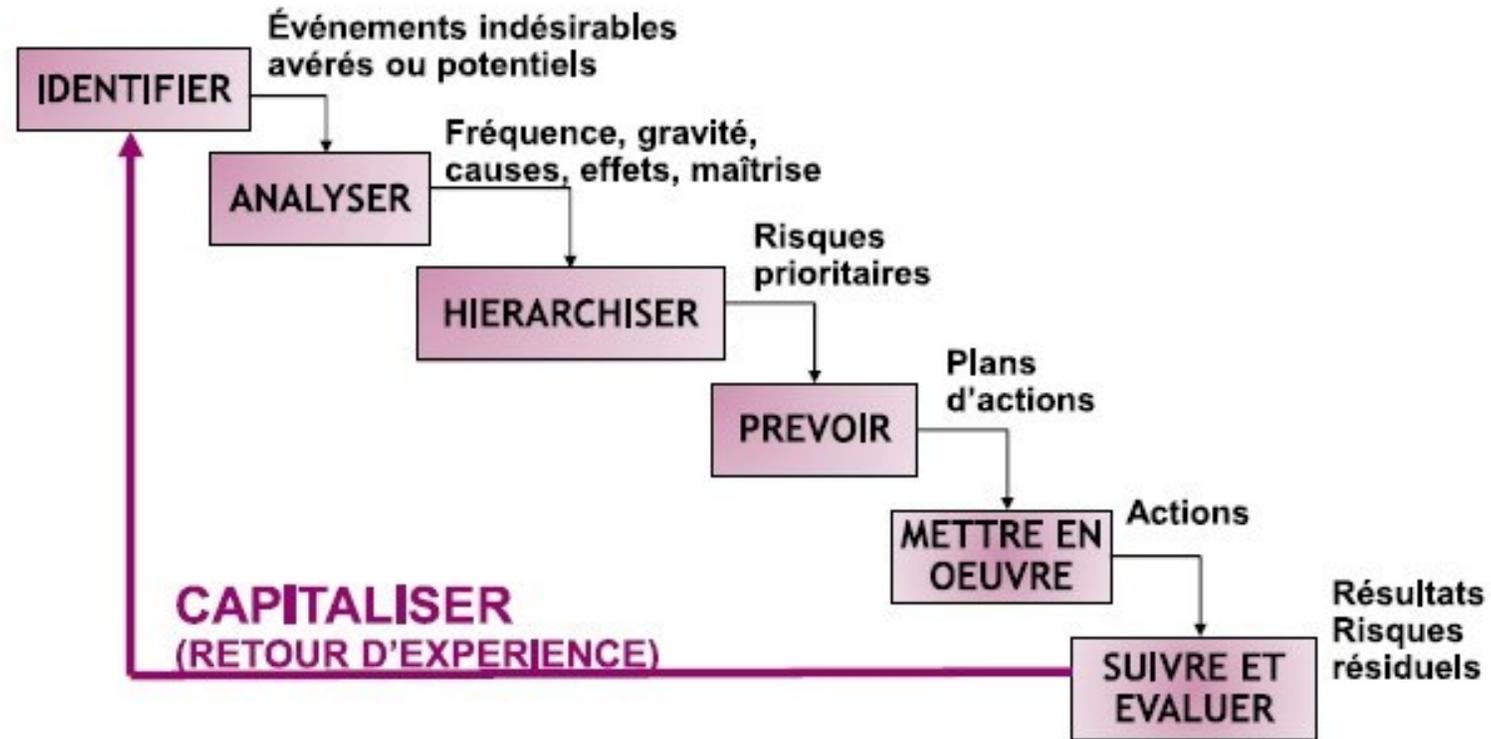
# La gestion des risques

## Notion de risque *a priori* et *a posteriori*



# La gestion des risques

La gestion des risques selon un schéma adapté de Michel Sfez (Président SoFGRES)



# Les évènements indésirables

## Définition

**Un évènement indésirable désigne toute action qui s'écarte des procédures habituelles**

**et**

**qui a provoqué, ou pourrait provoquer**

**des dommages à la santé des patients, des visiteurs, des personnels, à leur biens et/ou ceux de l'établissement**

# Les évènements indésirables

## Définition

**Du simple dysfonctionnement jusqu'a l'incident avéré**

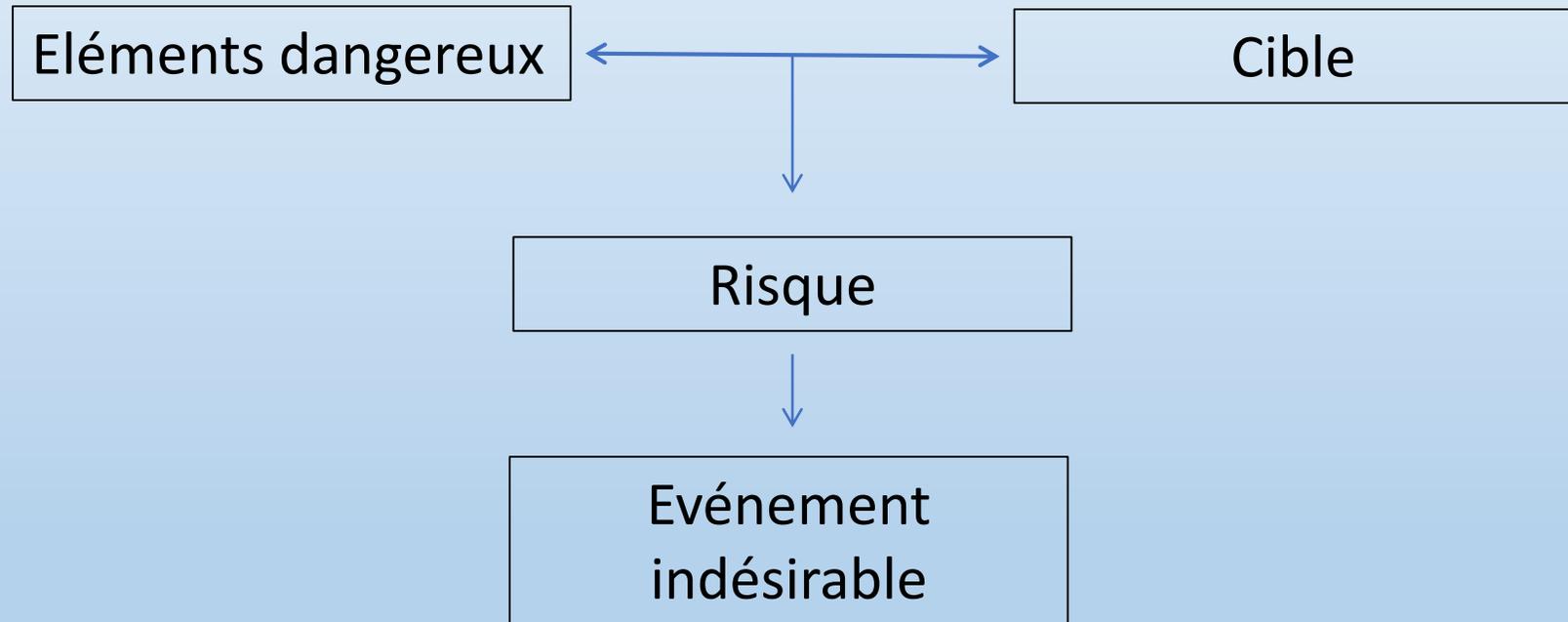
***« événement survenant au sein de l'établissement hospitalier, qui peut avoir des conséquences néfastes sur les patients, les professionnels de santé, les visiteurs ou les biens »***

***Selon l'ANAES***

# Les évènements indésirables

Les évènements indésirables sont une « matérialisation » d'un risque

## Définition



# Les événements indésirables

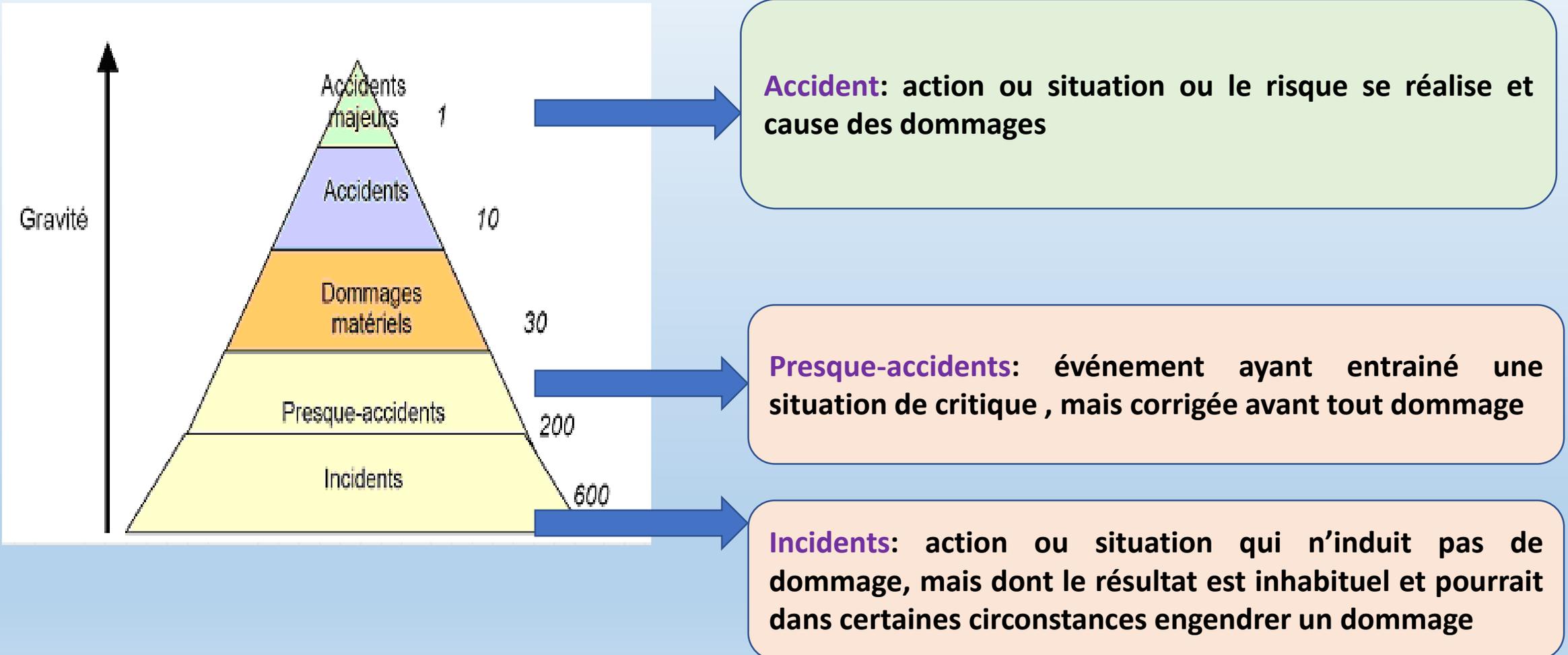
## **Il existe plusieurs types d'événements indésirables:**

- incident
- événement sentinelle
- précurseur
- presque accident
- accident
- dysfonctionnement (*non conformité, anomalie, défaut*)

**Événement indésirable associé aux soins : tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement.**

*Décret n°2010-1408 du 12/11/10*

# Les évènements indésirables



# Les évènements indésirables

## L'événement évitable

Jugement de valeur accepté par la collectivité compte tenu des pratiques et savoirs médicaux recommandés dans des circonstances données et à un moment donné par la communauté scientifique

# Les évènements indésirables

## **L'événement sentinelle ou événement « porteur de risque » Le « presque accident »**

Une évènement qui a eu ou qui aurait pu avoir des conséquences catastrophiques et/ou des évènements qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

# Les évènements indésirables

## L'évènement indésirable grave (EIG)

Se définit comme un événement défavorable pour le patient, ayant un caractère certain de gravité (à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital) et associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention

# Les évènements indésirables

## Niveau de Gravité d'un dommage touchant un patient (échelle de l'OMS)

### Notion de dommage

1. Réhospitalisations ou prolongation d'hospitalisation
2. Nécessité d'intervention médicale ou chirurgicale
3. Incapacité permanente ou importante
4. Menace du pronostic vital
5. Décès

# Les évènements indésirables

## EXPERIMENTATION InVS SUR LE SIGNALEMENT DES EIG

- **Expérimentation conduite dans 4 régions (de janvier 2009 à juin 2010)**
  - **250 EIG enregistrés dont**
    - 28% liés à des retards au diagnostic, à la PEC ou à une PEC inadaptée
    - 13% liés à une mauvaise utilisation d'un dispositif
    - 11% liés à des erreurs médicamenteuses
  - **Les conséquences les plus fréquentes sont**
    - 39% prolongation d'hospitalisation
    - 34% décès
    - 15% mise en jeu du pronostic vital
  - **Le caractère évitable**
    - 38% évitables
    - 32% probablement évitables
    - 15% inévitables

# Les évènements indésirables

## Pourquoi déclarer et analyser les évènements indésirables?

Afin de mémoriser l'expérience vécue dans le passé et en tirer des recommandations d'actions à réaliser dans le présent et l'avenir pour:

1. Diminuer les erreurs en nombre et en gravité
2. Reconduire les processus qui marchent (opportunités)
3. Améliorer les méthodes de travail (savoir-faire)
4. Diminuer le risques d'écart aux objectifs spécifiés (performances techniques, qualité, coût et délais)



# Les évènements indésirables

## Que faut-il déclarer ?

- Les EIG (déclaration obligatoire ARS)
- Les EI de gravité moindre mais récurrents
- Les E Porteur de Risque

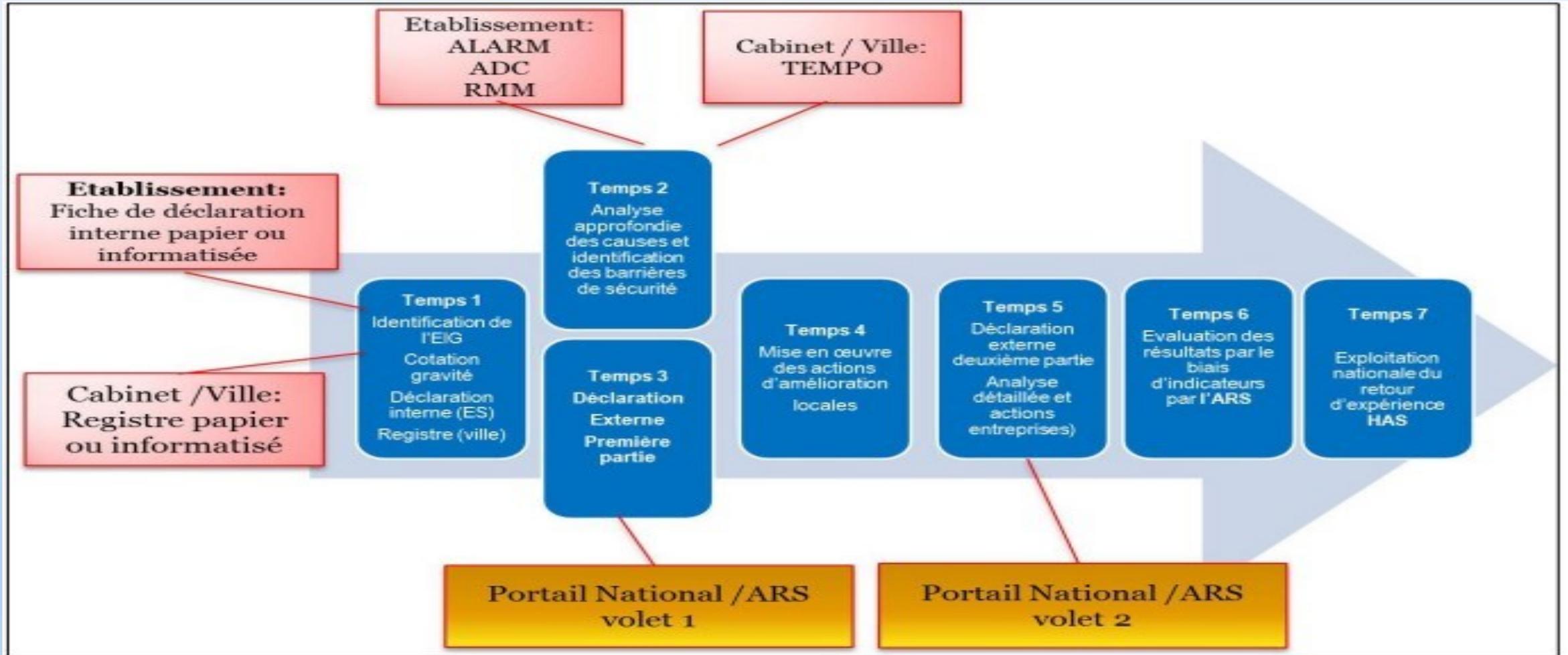
## Pourquoi remplir les fiches de signalement des événements indésirables ?

Signaler les EI fait partie de la culture de sécurité, consistant à ne pas considérer la survenue d'un EI comme une fatalité, à penser qu'il aurait pu être évité, à ne pas banaliser l'incident ou l'accident, à considérer que la sécurité des patients et des personnes résulte de la somme des actions de l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus de production des soins.

## Qui déclare ?

Tout personnel (médical, paramédical, administratif, technique...) témoin d'un événement indésirable.

# Les évènements indésirables



# Les évènements indésirables

## Cas pratique 1 : analyse d'une FEI

**Oubli de prescription**

# Les évènements indésirables

## Oubli de prescription

Monsieur M., âgé de 52 ans, consulte **une première fois** un premier service d'Urgences dans les suites d'une chute de sa hauteur car il se plaint de douleurs au bassin, à la hanche droite et au coccyx.

Dans ses antécédents un traumatisme crânien à l'âge de 15 ans dans les suites d'un accident de la voie publique (renversé par un véhicule) ayant entraîné un coma de longue durée. Cet AVP laissera de lourdes séquelles, neurologiques notamment, puisque le patient présente une comitialité traitée par Gardéna<sup>®</sup>, une surdité à gauche, des troubles de la mémoire, un syndrome frontal, des troubles de l'équilibre, ... avec un taux d'invalidité retenu de plus de 80 % par les experts. Ce patient est accompagné par sa mère...

Le praticien prescrira une série d'examens d'imagerie médicale : les radiographies du bassin de face et de trois quarts, les radiographies des hanches droite et gauche face et profil n'objectiveront aucune fracture. Le patient sortira du service avec un traitement par antalgiques de niveau 1 (Paracétamol et Niflugel<sup>®</sup> en application locale).

# Les évènements indésirables

## Oubli de prescription

**J1 : le patient revient le lendemain pour une rétention d'urines.** L'urgentiste qui le prend en charge ne relève pas de signes fonctionnels urinaires, pas de fièvre, pas de signes d'infection. Les examens de biologie reviennent normaux. Il est proposé au patient la mise en place d'un sondage à demeure qu'il accepte avec un retour à domicile.

**J5 : Monsieur M. consulte un spécialiste urologue** qui, après un examen du patient et un point complet de la situation, constate qu'il n'y a plus de douleurs, préconise l'ablation de la sonde urinaire et prescrit un traitement par alphabloquant Urotec®.

**J6 : le patient se présente de nouveau aux urgences** pour incontinence urinaire depuis le retrait de la sonde. L'urgentiste qui le prend en charge prescrira la réalisation d'un bilan sanguin et de nouveaux examens d'imagerie.

La radio de bassin montrera la présence d'un fécalome rectal, le TDM (tomodensitométrie) montrera une fracture tassement de L5 d'allure récente sans recul du mur postérieur, l'échographie réno-vésico-prostatique montrera un épaissement antérieur et supérieur de la vessie et le bilan sanguin objectivera une hyperleucocytose avec 14 800 globules blancs.

L'urgentiste conclura à un début de prostatite avec incontinence urinaire sur fécalome rectal avec un contexte de fracture tassement post-traumatique. **Il propose alors une hospitalisation en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée des Urgences en attendant un transfert possible en Médecine.**

# Les évènements indésirables

## Oubli de prescription

**Un traitement antibiotiques (ATB) sera initié, et l'administration du Gardéal® maintenue.**

**J7 :** le patient est accueilli en service de Médecine. Il bénéficiera d'une chambre particulière comme le demandait la famille.

L'examen d'entrée retrouvera un encombrement bronchique à l'auscultation pulmonaire, le bilan sanguin trouvera une fonction rénale normale mais l'Examen Cyto Bactériologique des Urines objectivera une infection urinaire. Le traitement ATB sera renforcé. Dans les jours qui suivent, l'état clinique du patient va s'améliorer avec la disparition de l'incontinence urinaire, la disparition de l'encombrement bronchique...

**J12 :** l'infirmière du service retrouvera Monsieur M. en pleine crise convulsive généralisée en fin de nuit...

L'urgentiste qui interviendra immédiatement objectivera une saturation en oxygène à 85 % devant une probable pneumopathie d'inhalation, une hémodynamique conservée...

Mesures conservatoires mises en place avec l'administration de benzodiazépines et une oxygénothérapie au masque haute concentration. Le patient sera transféré en Unité de Soins Continus où un traitement par Rivotril® sera initié.

**J13 :** le malade refera une nouvelle crise convulsive généralisée avec arrêt circulatoire qui ne pourra être récupérée.

L'analyse immédiate du dossier mettra en évidence l'absence de prescription du Gardéal®...

# Les évènements indésirables

## Conséquences de ces EIG:

- Le décès du patient.
- La prise en charge non programmée du patient en USC.
- Une famille, et notamment les parents du patient décédé, dans une grande tristesse mais également très en colère vis-à-vis de l'établissement.
- Une équipe soignante choquée et culpabilisée par cet accident considéré comme évitable.
- Une lettre de réclamation de la famille qui se réserve le droit d'entamer une procédure indemnitaire et pénale.

# Les évènements indésirables

## Analyse des causes

Le cadre du service a déclaré cet Événement Indésirable par le système de déclaration de l'établissement de santé.

La commission Qualité-Gestion des risques lors de leur revue des **EI l'a classée comme très grave.**

Avec la réception du courrier de la famille, le Directeur Général demande au gestionnaire de risque de procéder à une analyse dans le cadre d'une démarche de gestion des risques en priorité absolue.

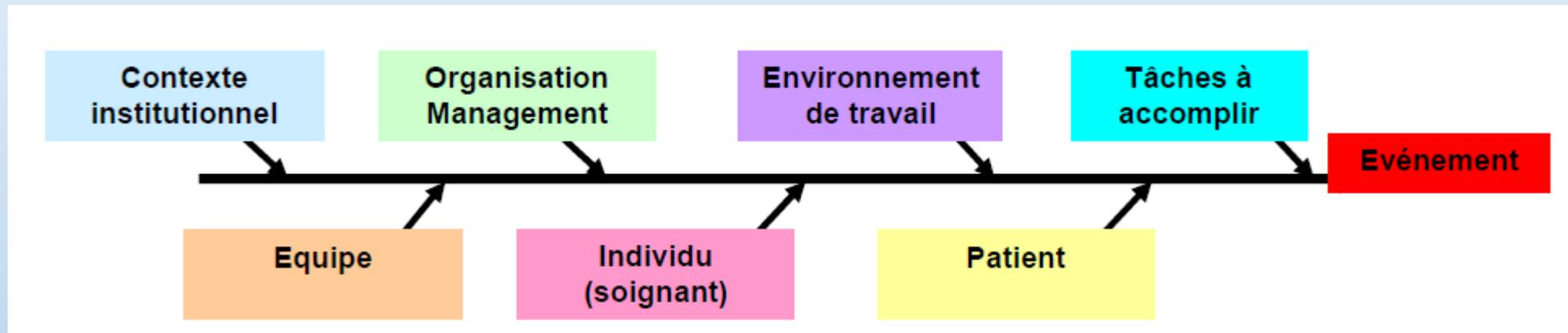
Les données analysées proviennent des éléments recueillis au préalable auprès des professionnels de santé qui sont intervenus dans la prise en charge du patient : recueil réalisé lors d'entretiens individuels, analyse de documents, lecture du dossier selon la méthode ALARM validée par la Haute Autorité de Santé.

## Cause immédiate de l'EI

### **Crise convulsive généralisée du patient**

# Les évènements indésirables

## Méthode ALARM (HAS)



## Cause immédiate de l'EI

### Crise convulsive généralisée du patient

# La gestion des risques

## Analyse des causes profondes

Facteurs de la grille ALARM	Éléments de contexte - Causes identifiées
Facteurs liés au patient	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le patient est une personne fragile du fait de sa pathologie et des conséquences de sa chute.</li><li>• Le patient est sous tutelle, et c'est son père qui a été désigné comme tuteur.</li><li>• Les antécédents du patient (traumatisme crânien ou TC) ont un impact majeur sur son état de santé au quotidien avec un traitement antiépileptique à vie.</li><li>• La communication avec le patient n'est pas décrite comme difficile, mais toutes les informations données ne sont pas toujours comprises.</li><li>• Les parents du patient sont très présents durant le séjour en service de Médecine.</li><li>• Les parents du patient ont signalé à plusieurs reprises à l'équipe paramédicale sur la nécessité de l'administration du traitement anticonvulsivant, car ils avaient un doute sur sa bonne administration.</li><li>• Les parents n'ont pas pu voir le médecin en charge de leur fils, absent lors des horaires de visite.</li></ul>
Facteurs liés aux tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le patient transféré en Médecine a bénéficié des transmissions habituelles tant orales qu'écrites : patient accompagné par un IDE des Urgences, édition du dossier patient des Urgences.</li><li>• Lors de son arrivée dans le service, le patient a été questionné sur ses antécédents par l'IDE qui l'a accueilli.</li><li>• L'analyse du dossier des Urgences montre que la notion de TC était tracée, ainsi que le traitement par Gardéнал®.</li><li>• L'analyse du dossier de Médecine montre que la notion de TC est tracée dans les antécédents du patient, mais que le Gardéнал® n'est pas prescrit.</li><li>• <b>Il n'est pas retrouvé dans les transmissions du dossier de soins les alertes des parents du patient concernant son traitement anticonvulsivant.</b></li><li>• <b>Les documents du médecin traitant transmis par la famille, et notamment l'ordonnance avec le traitement habituel du malade précisait bien la prise de Gardéнал® 100 mg en prise quotidienne le soir.</b></li></ul>

# La gestion des risques

## Analyse des causes profondes

<p>Facteurs liés à l'individu (personnel de la structure)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les équipes soignantes, tant des Urgences que du service de Médecine sont des équipes stables qui ont une bonne connaissance des organisations de service et institutionnelles, à l'exception de l'équipe d'après-midi en Médecine qui a dû pendant 3 jours avoir recours à un personnel intérimaire.</li><li>• Le praticien en charge du service était seul médecin pendant plusieurs jours en raison de l'absence de ses 2 collègues (congés annuels et congés maladie).</li><li>• Le contexte de prise en charge du patient est habituel pour le service de Médecine qui l'a accueilli. Il n'est pas retenu un manque d'expériences pouvant expliquer cet Événement Indésirable Grave (EIG).</li></ul>
<p>Facteurs liés à l'équipe</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La communication entre services (Urgences-Médecine) est évaluée comme conforme entre équipes paramédicales. Il n'y a pas eu a priori de temps d'échanges entre praticiens (pas de traçabilité dans le dossier médical, praticien du service de Médecine n'a pas vu ou échangé par voie téléphonique avec un de ses collègues des Urgences).</li><li>• La communication au sein du service de Médecine est évaluée comme satisfaisante. Les temps de transmissions entre équipes paramédicales sont formalisés. Un seul temps de transmissions hebdomadaire est organisé au sein du service (staff du service) pour faire un point sur les patients. Sinon, des temps d'échanges non formalisés sont possibles entre paramédicaux et médecins chaque fois que nécessaire (évolution état de santé d'un patient, modification traitement...).</li><li>• Un temps d'échanges entre médecins est organisé chaque jour ouvré. Ce moment est souhaité de tous les praticiens pour faire un point collégial sur chaque situation. En raison de l'absentéisme de ses collègues, ce temps n'a pas été possible.</li><li>• Un temps d'échange médical avec les familles des patients est possible les après-midi habituellement. <b>Du fait d'un effectif médical réduit, un mode dégradé s'est installé malgré eux.</b></li><li>• Aucune alerte de l'équipe paramédicale n'a été observée malgré les antécédents du patient et les demandes répétées de la famille.</li><li>• <b>La validation pharmaceutique n'a pas été réalisée</b> par la pharmacie par manque de moyens humains ponctuel (1 seul pharmacien sur les 2 présents habituellement = congés annuels).</li></ul>

# La gestion des risques

## Analyse des causes profondes

<b>Facteurs liés à l'environnement de travail</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• On peut noter que les données du dossier patient informatique (DPI) des Urgences ne peuvent être transmises électroniquement au DPI du service de Médecine. La passerelle n'est toujours pas opérationnelle à ce jour. Les éditeurs du DPI Urgences et du DPI autres services n'ont toujours pas solutionné la problématique. Les éléments du dossier Urgences sont retranscrits dans le DPI chirurgie ou médecine.</li><li>• L'inverse est également vrai puisque le service des Urgences n'a pas accès au DPI des patients en service d'hospitalisation.</li><li>• Les équipes paramédicales étaient en effectif réputé complet.</li><li>• <b>L'équipe médicale fonctionnait en mode dégradé.</b> L'occupation du service de Médecine était réputée complète (19 lits occupés pour un capacitaire maximal de 20 lits). L'équipe paramédicale a précisé que les prescriptions étaient établies avec retard par rapport à l'habitude.</li><li>• <b>L'équipe de la pharmacie également :</b> la charge de travail de l'Unité de Reconstitution des Chimiostatiques n'a pas permis de réaliser les validations pharmaceutiques faites en routine habituellement.</li></ul>
<b>Facteurs liés à l'organisation et au management</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le choix de l'établissement n'a pas été de renforcer l'équipe médicale de Médecine et l'équipe de pharmacie :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Pour le service de Médecine, l'arrêt maladie inopiné n'a pas permis d'organiser un remplacement sur un temps aussi court. <b>Il est pourtant convenu qu'un minimum de 2 médecins est nécessaire pour une activité médicale sécurisée.</b></li><li>○ Pour le service Pharmacie, le choix de ne pas remplacer le pharmacien absent est délibéré et fait partie <b>des modes dégradés habituels...</b></li></ul></li></ul>
<b>Facteurs liés au contexte institutionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'établissement de santé présente des résultats financiers équilibrés.</li><li>• Le système de signalement des événements indésirables a déjà recensé <b>6 incidents de ce type durant les 5 dernières années</b>, mais aucun n'avait eu de conséquences aussi lourdes.</li></ul>

# La gestion des risques

## Barrière qui a détecté l'incident:

**Atténuation** : prise en charge du patient lors de sa crise convulsive généralisée.

## Barrières qui n'ont pas fonctionné et qui ont permis l'incident:

### •Prévention :

- l'effectif minimal de l'équipe médicale du service de Médecine n'était pas présent.
- les temps d'échanges habituels avec les familles n'ont pu avoir lieu : les parents auraient pu relayer leur inquiétude auprès du praticien pour le traitement anticonvulsivant.
- l'équipe paramédicale n'a pas relayé le message des parents du patient.
- l'équipe paramédicale n'a pas détecté l'oubli de prescription du traitement anticonvulsivant malgré les antécédents du patient, de l'ordonnance du médecin traitant transmis par la famille et les transmissions des Urgences.
- l'oubli de la prescription du traitement anticonvulsivant par le praticien malgré les antécédents du patient, par rapport à l'ordonnance du médecin traitant et les transmissions des Urgences.
- l'établissement n'a pas suffisamment pris en compte les événements indésirables de même type des années précédentes afin de mettre en œuvre des mesures de prévention.

### •Récupération : absence de validation pharmaceutique.

# La gestion des risques

## Les améliorations suivantes ont été proposées:

### **Sur la communication entre professionnels au sein d'un établissement de santé**

Lors d'un transfert patient d'un secteur à un autre, des points de vigilance doivent être respectés entre équipes de soins :

- **Un temps de transmissions organisé entre praticiens du service adresseur vers le service receveur :**

transmission avec un niveau de détails suffisant pour ne pas oublier de données essentielles à une prise en charge sécurisée.

- **Un temps de transmissions entre équipes paramédicales :**

transmissions effective des éléments principaux concernant la situation du patient. La transmission du dossier papier n'est pas toujours suffisante pour insister sur les points importants : motifs d'hospitalisation, bilan réalisé et ses résultats, traitements administrés...

# La gestion des risques

## Les améliorations suivantes ont été proposées:

**Sur l'organisation du travail :** Une nécessaire réflexion au sein de la structure sera initiée

•**Sur les modalités de remplacement des praticiens absents :** prendre en compte les charges de travail pour ne plus être obligé de faire des choix sur les tâches à accomplir, notamment sur les actions de prévention à réaliser en routine. Et ce d'autant que certaines sont soumises à obligation réglementaire comme la validation pharmaceutique.

•**Sur les modalités de remplacements des praticiens absents :** prendre en compte les charges de travail des différentes équipes, et notamment médicales pour accepter les patients au sein du service. Redéfinir une occupation maximale par praticien présent pour ne pas générer des vulnérabilités pour les patients pris en charge.

•**Sur l'analyse des déclarations d'événements indésirables (EI) :** la commission de revue des EI doit s'efforcer de ne plus se polariser sur les conséquences réelles d'un incident mais essayer de se projeter sur leurs conséquences potentielles.

**Les 6 EI déclarés sur la même typologie d'erreurs n'ont pas été retenus comme des presque accidents qui ne devraient pas arriver et comme des signaux d'alerte forts à prendre en compte.**

•**Sur la prise en charge de l'urgence vitale :** la procédure institutionnelle était adaptée à la situation et l'analyse de l'accident a montré que sur ce point, il n'y a pas eu de perte de chance.

# Les évènements indésirables

Cas pratique : analyse d'une FEI

**A vous de jouer**

# La gestion des risques

Mr R. est admis en service de Médecine en raison d'une altération de son état général. C'est un patient veuf, âgé de 85 ans, qui vit en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) depuis bientôt 6 mois dans les suites d'une hospitalisation pour bilan de chutes à répétition à domicile. Ce bilan a retrouvé une origine cardiaque, à savoir une arythmie complète par fibrillation atriale (ACFA) traitée par antiarythmiques et diurétiques.

Dans ses antécédents, on retiendra également plusieurs épisodes de décompensation respiratoire (qui nécessiteront de multiples hospitalisations) et une cirrhose éthylique suivie par un médecin interniste du Centre Hospitalier (CH) de proximité.

# La gestion des risques

Début août, il est adressé aux Urgences du CH par le médecin référent de l'EHPAD en raison d'une altération de son état général. Il soupçonne une infection pulmonaire.

Le médecin urgentiste, qui le prend en charge, s'oriente, après un examen clinique, vers une nouvelle décompensation respiratoire d'origine infectieuse : le patient présente une toux productive avec des crachats sales, de la fièvre et est essoufflé.

Les constantes prises à son admission montrent une saturation en oxygène à 91 % nécessitant une oxygénothérapie à la lunette nasale de 3 litres par minute.

Le bilan sanguin montre une élévation des polynucléaires et une C-réactive protéine (CRP) augmentée, une alcalose modérée, une kaliémie subnormale à 4,7 mEq/L, un syndrome hépatique modéré.

La tomodensitométrie (TDM) retrouve une hyperdensité étendue des 2 bases pulmonaires confirmant l'infection pulmonaire.

# La gestion des risques

Le médecin urgentiste prend contact avec son confrère interniste. Ils proposent collégialement au patient une hospitalisation en secteur de médecine pour débuter une antibiothérapie probabiliste en attendant la réalisation d'un lavage broncho-alvéolaire en vue de réaliser un examen bactériologique pour antibiogramme pour orienter la thérapeutique antibactérienne.

Mr R. est donc accueilli en service de Médecine, installé dans une chambre individuelle et une fois les prescriptions effectuées, la prise en charge est mise en œuvre :

- Poursuite de son traitement médicamenteux cardiaque : Cordarone<sup>®</sup> et Aldactone<sup>®</sup>.
- Poursuite de l'oxygénothérapie mise en route aux Urgences.
- Mise en route d'une antibiothérapie par Augmentin<sup>®</sup> par voie intraveineuse (IV) : 1 g 3 fois par 24 heures par voie intraveineuse (IV).

# La gestion des risques

Lors du tour de soins du début de nuit, l'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) en charge du service procède à l'administration d'1 g d'Augmentin® en IV direct. Le patient présente, dans les quelques dizaines de secondes qui suivent, une perte de connaissance brutale.

L'infirmière, après avoir examiné le patient, conclut à un arrêt cardiorespiratoire (ACR). L'équipe paramédicale alerte le médecin réanimateur, qui arrive très rapidement et poursuit les mesures conservatoires initiées, sans succès. Le décès du patient est prononcé après 30 minutes de réanimation.

Dans les suites du débriefing à chaud réalisé par les acteurs de la prise en charge de l'ACR, à la recherche d'une cause pouvant expliquer cet événement, on retrouve, dans le collecteur d'objets piquant coupant tranchant (OPCT), une ampoule de 1 g de potassium (KCl), mais également 2 autres ampoules du même produit, mélangées aux ampoules d'eau pour préparation injectable (EPPI) sur le chariot de soins...

# La gestion des risques

## Conséquences de l'EI

- Le décès d'un patient, directement lié à cette injection de principe actif (KCI).
- L'annonce d'un dommage associé aux soins à la famille du patient.
- La prise en charge psychologique de la fille du patient, très choquée par l'annonce du décès de son père (inattendu) et de ses causes.
- La prise en charge psychologique de l'infirmière qui a procédé à l'administration fatale pour le patient (effet seconde victime).
- La gestion d'un groupe de parole au sein de l'équipe soignante du secteur, car chaque acteur paramédical se sent responsable de cette erreur de rangement des ampoules de KCI.
- La gestion d'une réclamation de la famille demandant une analyse de cet évènement indésirable avant un entretien avec le médiateur médical. Puis la gestion d'une plainte qui a été adressée à l'établissement en vue d'une indemnisation potentielle

# La gestion des risques

**Aucune barrière n'a permis d'éviter ou atténuer l'EIG** : l'injection accidentelle de KCl a généré un ACR fatal pour le patient.

## Barrières qui n'ont pas fonctionné et qui ont permis l'incident

- **Prévention** : règle des 5 B non conforme (patient > OK ; médicament > non conforme (solvant) ; voie d'administration > OK ; dose > OK ; moment > OK).
- **Prévention** : pas de vérification de l'ampoule sélectionnée dans le chariot de soins.
- **Prévention** : rangement non conforme des médicaments dans le chariot de soins.
- **Prévention** : pas de signalisation des médicaments à risque par la pharmacie lors des livraisons.
- **Prévention** : contenants de principes actifs similaires > pas de détrompeur installé...
- **Prévention** : pas de réflexion de service et/ou institutionnelle sur la gestion des médicaments à risque.
- **Prévention** : pas de prise en compte des charges de travail dans le service dans un contexte de période estivale. Pas de renfort en effectif, pas de régulation des entrées en fonction du niveau de dépendance des malades...

## Barrières

# La gestion des risques

## Barrières

**Atténuation** : pas de respect des recommandations du Vidal sur les modalités d'administration du médicament

**Atténuation** : pas de réflexion sur la voie d'administration : préférence arbitraire pour la voie IV qui majore le risque médicamenteux.

# La gestion des risques

## Les pistes de réflexion et/ou d'amélioration

Partage pour une communication institutionnelle sur l'événement pour sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé sur les erreurs médicamenteuses.

Réflexion institutionnelle sur la gestion des médicaments à risque : leur identification, leur approvisionnement, leur distribution, leur rangement avec des containers spécifiques, leur étiquetage dans l'armoire à pharmacie pour les repérer, les précautions d'utilisation...

Rappel des bonnes pratiques sur les points de contrôles à réaliser tout au long d'une préparation médicamenteuse administrée par voie parentérale. Les recommandations de bonnes pratiques préconisées par la Haute Autorité de Santé doivent être rappelées à l'ensemble des professionnels, du prescripteur à la personne qui va administrer le traitement.

# La gestion des risques

## Les pistes de réflexion et/ou d'amélioration

Rappels sur les règles de reconditionnement des chariots de soins de manière générale pour alerter sur le risque d'erreur de répartition des médicaments dans les casiers attribués aux différents médicaments : rigueur, absence d'interruption de tâche, ambiance de travail calme...

Réflexion sur la dotation des chariots de soins pour proscrire tous médicaments à risque, qui devront être préparés uniquement en salle de soins.

Incitation à la déclaration des surcharges de travail comme événement indésirable pour alerter les managers de proximité, mais également les managers de direction.

# La gestion des risques

Démarche visant à concilier la prise de risque avec la maîtrise des dangers qui l'accompagnent et donc à rendre le risque acceptable, à partir de :

- La connaissance des risques ;
- L'élimination de certains risques ;
- La prévention et la protection vis-à-vis des risques à prendre de manière inéluctable, afin de limiter leurs conséquences potentielles
  - Réduire la probabilité d'apparition = actions de prévention
  - La probabilité de non-détection = actions de récupération
  - Réduire la gravité des effets = actions d'atténuation

# La gestion des risques

*Mieux* les risques sont **gérés**, et *moins* les **accidents** sont fréquents et graves, et *vice versa*.

Quand les risques sont mal gérés, on évolue vers **l'insécurité**.

Au contraire, s'ils sont bien gérés, on évolue vers la **sécurité**.

