

Gestion des risques en établissement de santé

Concepts et généralités

M.KLEIN / 26 AVRIL 2026



La gestion des risques en milieu de santé :

- ▶ La gestion des risques est née de plusieurs événements marquants :
 - Dans les années 1980-1990, **les infections nosocomiales (IN)**, le sang contaminé, la « vache folle », vont conduire à mettre en place les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et l'hémovigilance (qui sera suivie par d'autres vigilances) ;
 - Les années 2000 voient se multiplier les **actes de terrorisme** avec de nombreuses victimes : gaz sarrin à Tokyo, métro à Paris, World Trade Center à New York, train à Madrid, attentats de Londres... ;
 - **Des accidents industriels** ont aussi eu des conséquences dramatiques : Bhopal, Tchernobyl, Seveso, Toulouse... ;
 - **Les infections virales peuvent atteindre des stades pandémiques** : grippe espagnole, grippe aviaire... ;
 - Les météorologues prédisent une accélération des **catastrophes climatiques** ce qui conduit aux plans canicule, plans grands froids... ;
 - Il ne faut pas non plus oublier **les risques assurantiels et le risque judiciaire avec une société de plus en plus procédurière** qui multiplie les procès.



Pour tous ces risques (qu'ils soient d'ordre organisationnel, médical, qu'ils concernent les pratiques, les professionnels, les patients...), l'hôpital doit être en mesure d'anticiper la survenue éventuelle de l'événement et d'organiser une réponse.

La gestion des risques en milieu de santé



- ▶ **Augmentation des exigences des patients et des organismes de tutelles**
- ▶ **Evolution des textes réglementaires en termes de sécurité sanitaire**
- ▶ **Scandales sanitaires**



- ✓ **Dimension médiatique**
- ✓ **Dimension assurancielle et financière**
- ✓ **Dimension juridique**



La gestion des risques : Un cadre réglementaire

- ▶ **Circulaire DHOS/E2/EA n° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé**
 - ▶ Chaque établissement de santé développe un programme de gestion globale et coordonnée des risques
 - ▶ Ce programme comporte des objectifs à atteindre et les actions à mener en matière de prévention et de maîtrise des risques, de sensibilisation, d'information, de formation et d'évaluation du programme
- ▶ **Loi 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.**
- ▶ **Article L1413-14, modifié par l'ordonnance n° 2010- 177 du 23/02/2010 - art. 7 relatif à la déclaration obligatoire de tout événement indésirable grave lié à des soins au directeur général de l'agence régionale de santé.**
- ▶ **Décrets n° 2010-439 du 30/04/2010 et n°2010- 1325 du 05/11/2010 relatifs aux nouvelles responsabilités des CME des établissements de santé publics et privés.**



La gestion des risques : Un cadre réglementaire

- ▶ Décret n° 2010-1408 du 12/11/2010 relatif à la **lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé** et sa circulaire d'application (circulaire du 18/11/2011).

- ▶ Introduction de la fonction « coordonnateur des risques liés aux soins »
- ▶ Contribue au développement de la culture qualité
- ▶ Participe à la définition de la politique de sécurité des soins
- ▶ Participe à l'établissement des procédures de gestion des risques liés aux soins

En bref, la gestion des risques associés aux soins devient une priorité pour les établissements de santé !

- ▶ Arrêté du 14/11/2012 relatif au **management de la qualité de la prise en charge et aux médicaments dans les établissements de santé** (circulaire du 12/11/2012)
 - Désignation d'un responsable de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
 - Obligation du suivi du système documentaire (diffusé et connu des personnels)
 - Obligation de conduire une analyse des risques a priori des risque médicamenteux

- ▶ Obligations relatives à la **certification des établissements de santé** (manuel V2020)

Danger & risque : définitions

Deux notions essentielles :

- ▶ **Sécurité** : absence de **danger**
- ▶ **Sécurité du patient** : absence, pour un patient, d'atteinte inutile ou potentielle associée aux **soins de santé**.

Danger & risque : définitions

Pour distinguer le danger du risque...

Danger : propriété intrinsèque d'une situation, d'un produit, d'un équipement susceptible de causer un dommage.

Risque : couple « probabilité d'occurrence / gravité des conséquences » appliqué à un événement non souhaité.

... l'exemple de l'électricité



le danger
le courant électrique



le risque
le risque d'électrocution
le risque d'électrisation

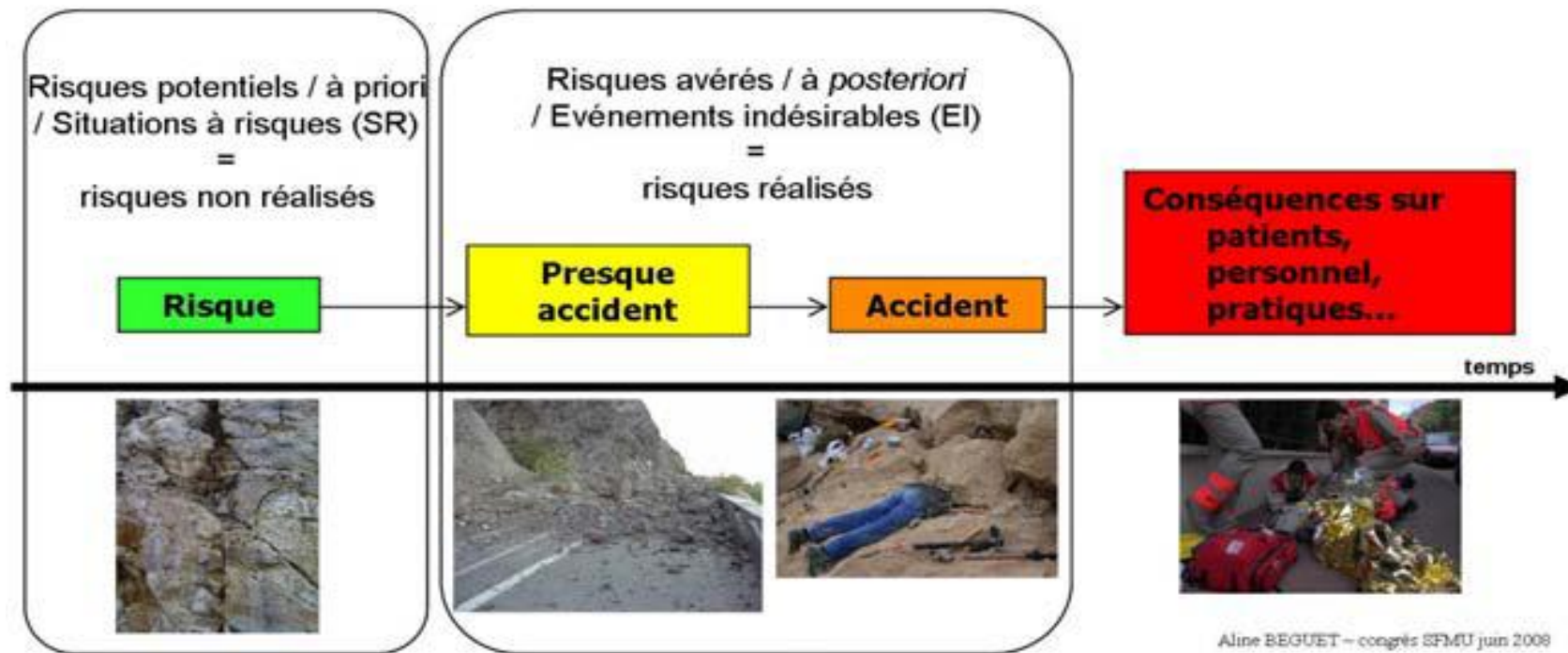


le dommage
décès
tétanisation des muscles

► Le risque:

- « Situation non souhaitée, ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements, dont l'occurrence est incertaine »

Les risques-dangers-accidents à l'hôpital



- Accident, incident ou dysfonctionnement dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables, qui révèle un état de risque, d'insécurité ou de non-qualité, pour les patients, les professionnels ou les visiteurs, les biens



>> Dans les établissements de santé, on parle d'Évènement Indésirable (EI)

Un événement indésirable (EI) : Quèsaco ?

Évènement indésirable (EI) : évènement « évitable » qui révèle un dysfonctionnement dans l'organisation et dont les conséquences ont été dommageables ou auraient pu l'être

Les incidents qui ne causent pas de dommages mais dont les conséquences auraient pu être dommageables

Les accidents, actions ou situations où le risque se réalise et cause des dommages



Un événement indésirable (EI) : Quèsaco ?

Lorsque l'événement indésirable concerne le patient et se trouve lié à l'activité de soins, il sera qualifié d'EI associé aux soins (EIAS)



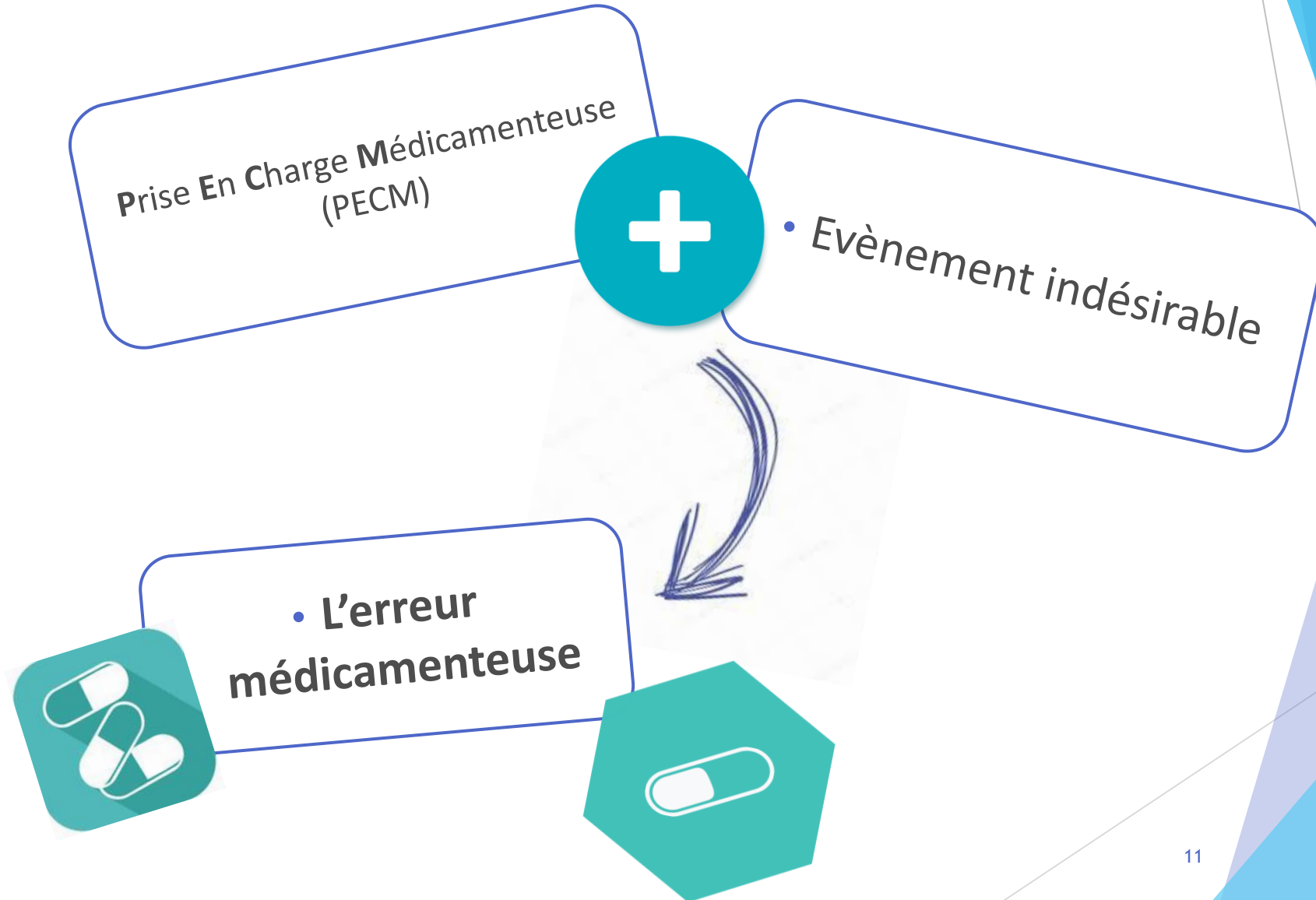
- ▶ **Evènement indésirable associé aux soins** : tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement ; peut aussi concerner un patient venant le temps d'une consultation, d'une investigation ou d'un traitement.



- ▶ **Evènement indésirable grave (EIG)** : un évènement est défini comme « grave » à partir du moment où il est susceptible d'entraîner une prolongation de l'hospitalisation, s'il est à l'origine d'un handicap ou d'une incapacité à la fin de l'hospitalisation, s'il est associé à une menace vitale ou à un décès, ou s'il est associé à un vol ou une dégradation de matériel. Un événement indésirable grave est soumis à un dispositif obligatoire de déclaration à l'ARS.



Zoom sur... la prise en charge médicamenteuse



L'erreur médicamenteuse : Qu'èsaco ?

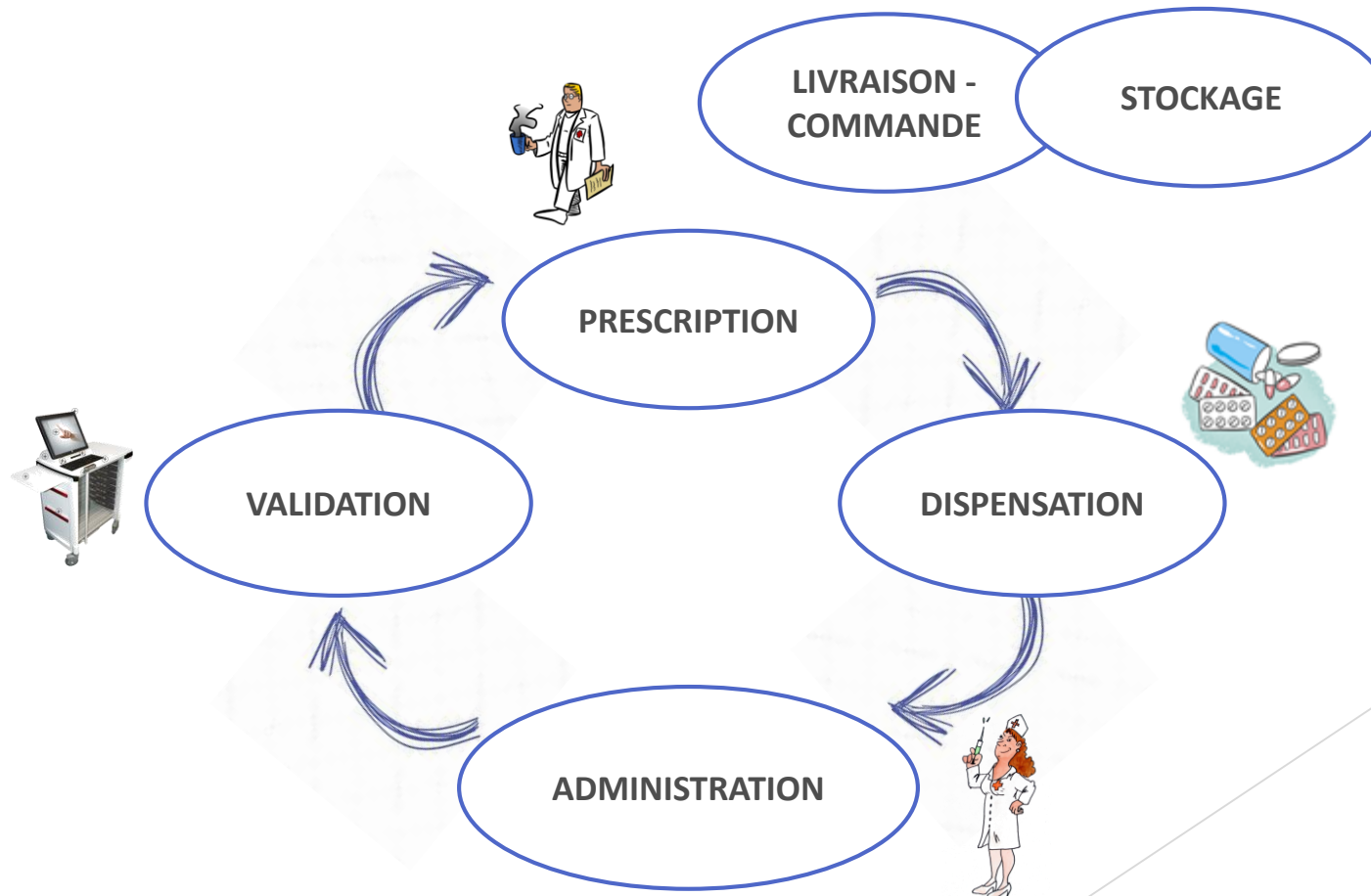


- ▶ **L'erreur médicamenteuse** est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte survenu au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient.
- ▶ On distingue :
 - ▶ **L'erreur médicamenteuse potentielle** : un ou plusieurs maillons ont permis d'éviter l'incident
 - ▶ **L'erreur médicamenteuse avérée** : peut porter préjudice au patient et éventuellement provoquer un EIG

L'erreur médicamenteuse : Quèsaco ?



- ▶ Ce dysfonctionnement dans l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient peut survenir à **toutes les étapes du circuit du médicament**.



L'erreur médicale : Quèsaco ?



- ▶ **L'erreur médicale** recouvre toutes les formes d'incident ou d'accident survenant au cours d'un acte de prévention, de diagnostic, ou de soins et dont il résulte pour le patient un état non-conforme à ce qui était prévu ou prévisible en raison de son état de santé

Le presque-accident : Quèsaco ?

- ▶ Erreur qui n'a pas provoqué d'atteinte

Ex : "J'ai eu peur! Il s'en est fallu de peu ! Il l'a échappé belle ! etc."

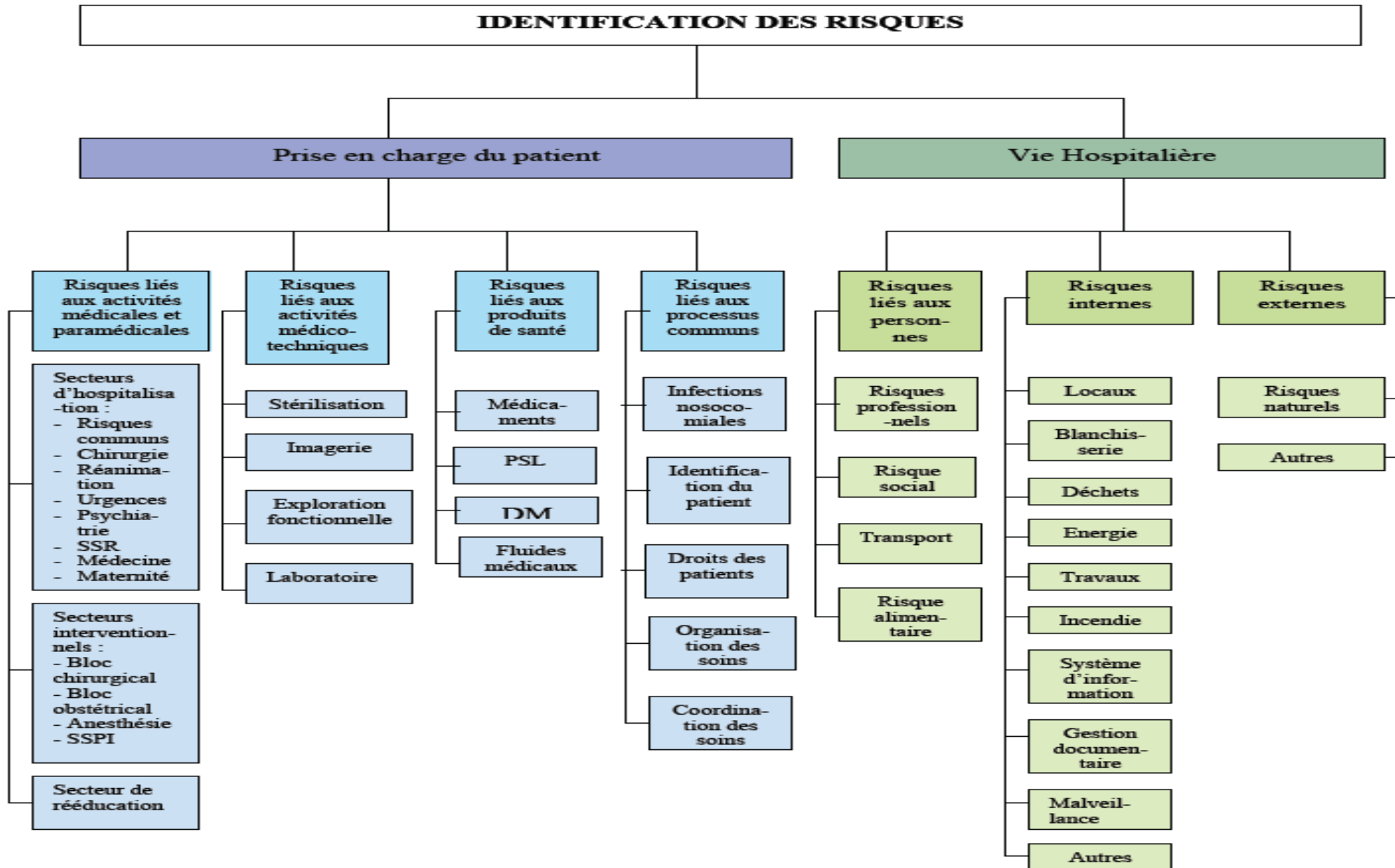
Quel périmètre pour les risques associés aux soins ?

- ▶ Le risque en établissement de santé est encore trop souvent abordé de façon cloisonnée. Si certains risques cliniques sont fortement pris en compte (risque transfusionnel ou risque infectieux pour lesquels des démarches structurées ont été mise en œuvre au décours de crises sanitaires fortement médiatisées), d'autres peuvent l'être insuffisamment malgré leur importance (gestion de l'identification du patient, risque médicamenteux, iatrogénie associée aux actes techniques, etc.).
- ▶ Trois grandes catégories de risques peuvent être identifiées :
 - ▶ **La première directement associée aux soins** (organisation et coordination des soins, actes médicaux, hygiène, utilisation d'un produit de santé, gestion de l'information, etc.),
 - ▶ **La seconde liée aux activités dites de soutien** sans lesquelles les soins ne pourraient être correctement mis en œuvre (effectif de personnel et gestion des compétences, équipements et leur maintenance, achats et logistique, système d'information, etc.),
 - ▶ **La troisième liée à la vie hospitalière et à l'environnement** (sécurité des personnes et des biens, etc.).



Un événement grave associé aux soins est systématiquement lié à la combinaison de causes variées, issues de la sphère du soin mais aussi de son environnement, immédiat ou plus lointain.

L'hôpital, un secteur à risque !



Les grandes catégories de risques en établissement de santé :

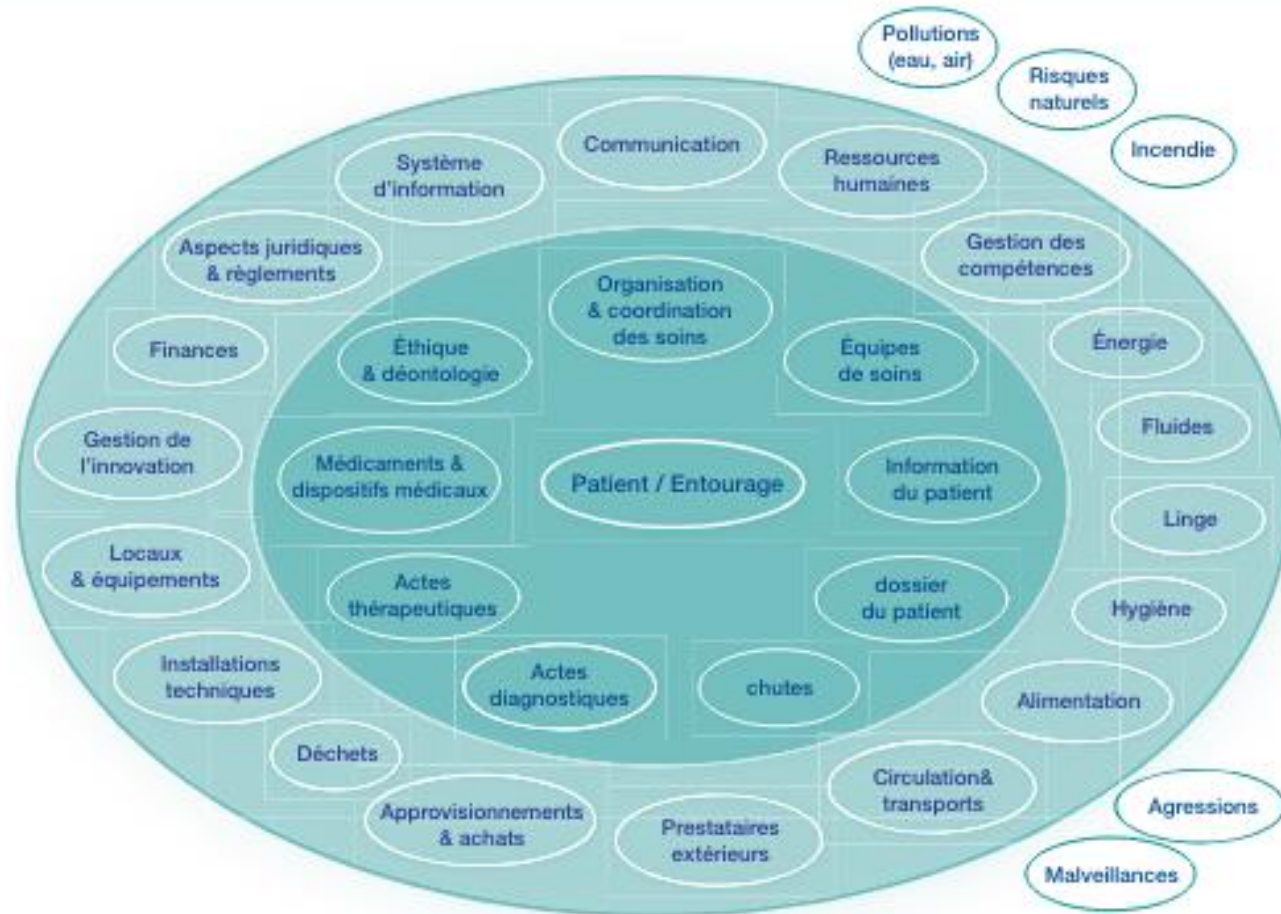
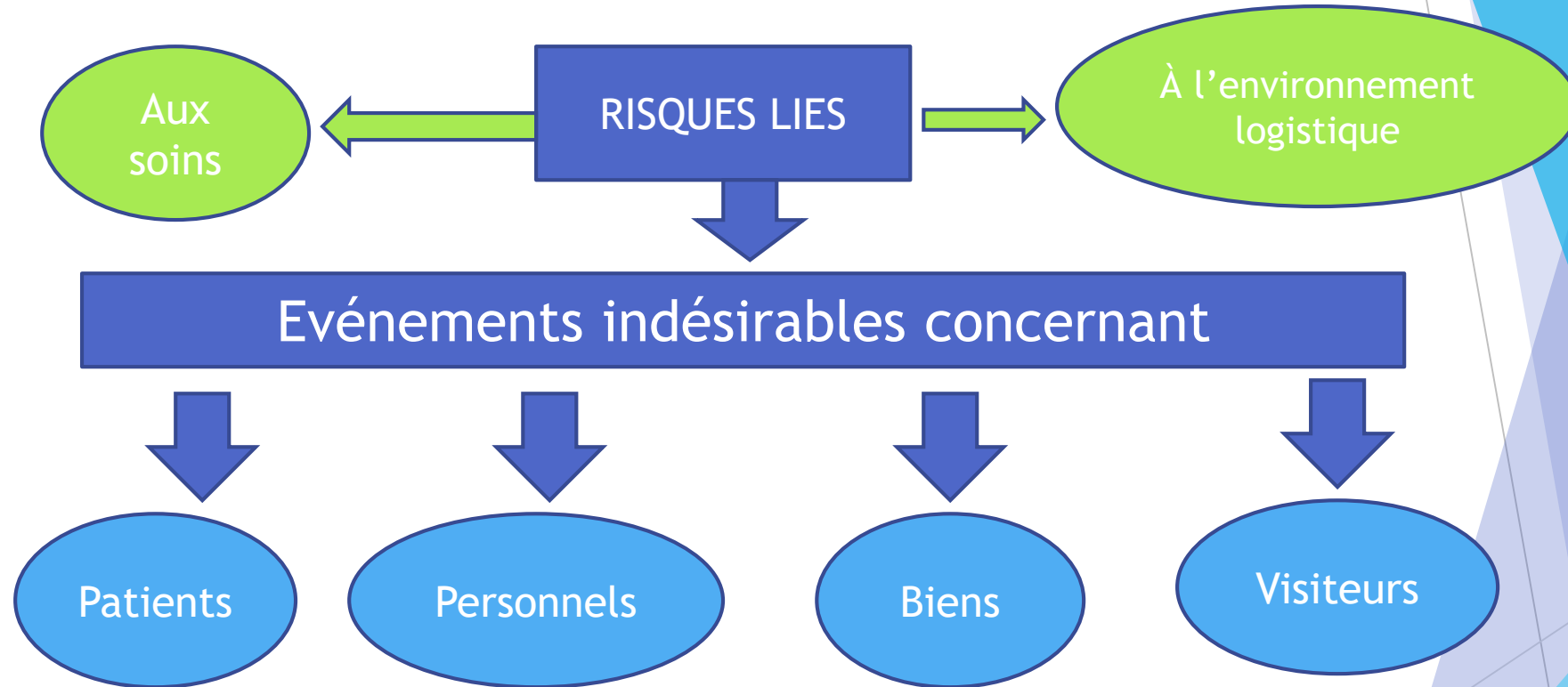


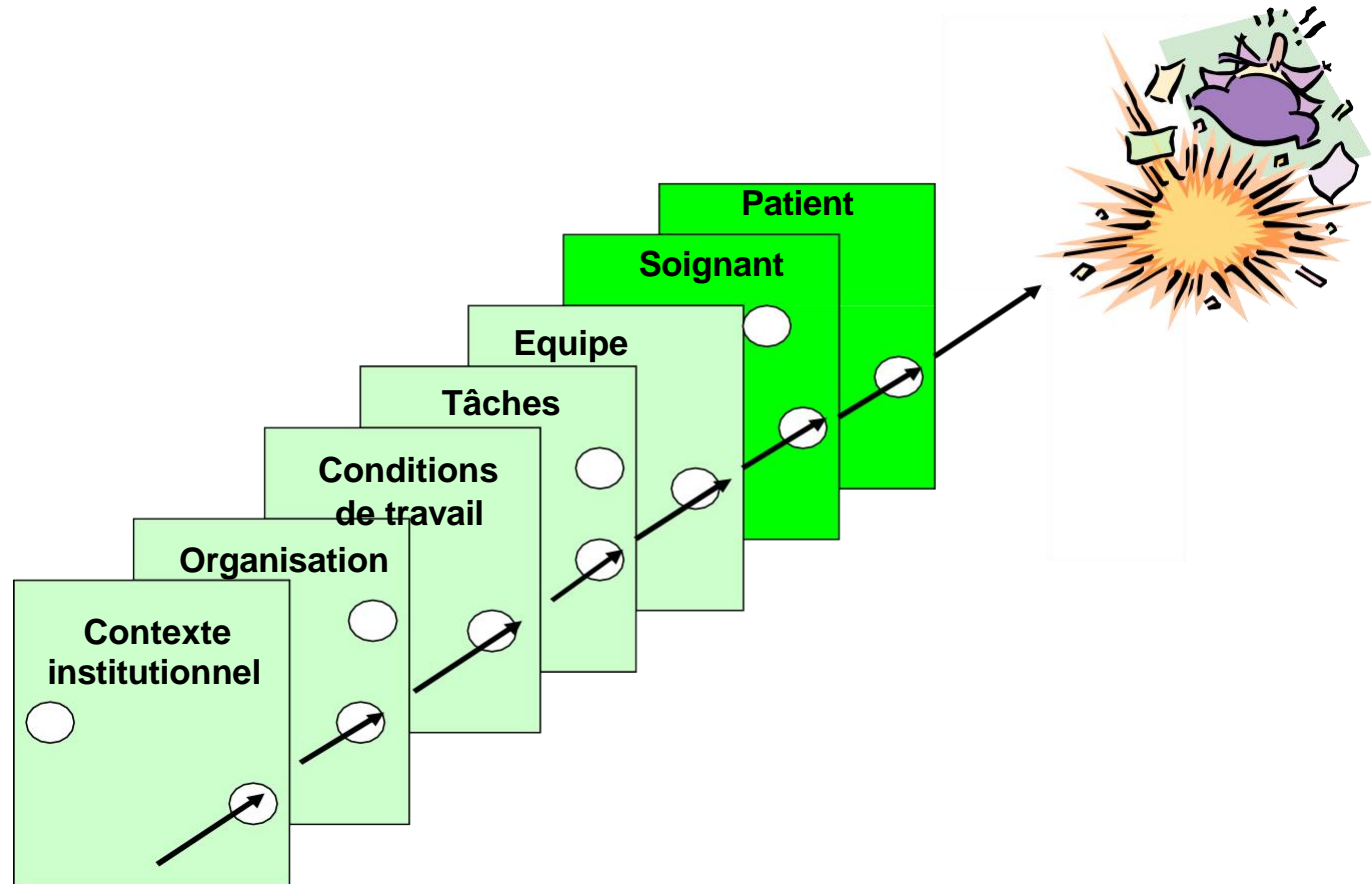
Figure 1. Approche schématisée des grandes catégories de risques en établissement de santé

L'hôpital, un secteur à risque !



L'Hôpital est un lieu de soins et un lieu de risques

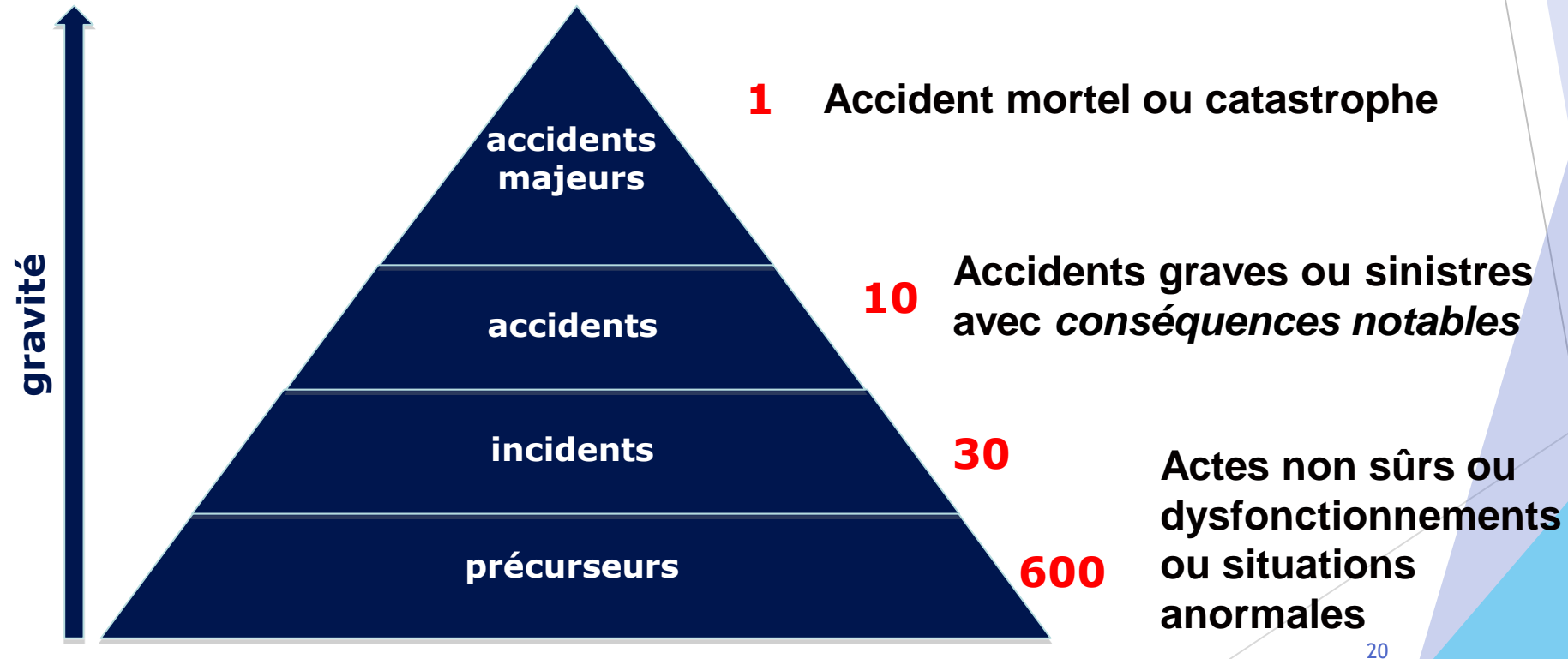
L'hôpital, un secteur à risque !



Démarche de gestion des risques

La pyramide de Bird

- Tout **accident** ou incident a toujours (à 99%) été **précédé** d'événements qualifiés de **précurseurs**
- Les **causes** (facteurs contributifs ou facteurs influents) d'un accident, d'un incident ou d'un événement précurseur sont **identiques**



Qu'est ce que la gestion des risques associées aux soins ?

- ▶ Diverses études montrent le caractère fréquent, parfois grave, souvent évitable, des événements indésirables associés aux soins survenant en établissements de santé.
- ▶ La cause de ces événements est rarement liée au manque de compétence technique des professionnels. Ils sont le plus souvent secondaires à des défauts d'organisation, de coordination, de vérification ou de communication, en résumé le fait d'une insuffisance ou d'un manque de culture commune de sécurité.
- ▶ **Une démarche de gestion des risques a pour but d'assurer la sécurité des patients, et en particulier de diminuer le risque de survenue d'évènements indésirables associés aux soins.** Cette démarche est guidée au moyen d'une politique institutionnelle et d'un programme d'actions évolutif, établi selon les risques spécifiques de l'établissement et les priorités retenues.
- ▶ Les enjeux de santé publique sont nombreux :
 - **Enjeux humains** (les patients et les familles en termes de conséquences émotionnelles et physiques, sociales et familiales, mais aussi les professionnels de santé impliqués par un événement indésirable),
 - **Enjeux stratégiques** (réputation de l'établissement, capacité à maintenir et développer une activité à risques dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins),
 - **Enjeux techniques et organisationnels, économiques et financiers , juridiques et assuranciels**

Missions de la gestion des risques :

La gestion des risques ne consiste pas à supprimer les erreurs, mais à les gérer de façon adaptée !

- le flux d'erreurs par être humain est considérable
 - on ne peut pas réduire le flux d'erreur d'un être humain qui travaille (il commettra toujours autant d'erreurs car les erreurs sont le revers automatique de toute activité mentale).
- ▶ Mais :
- on peut empêcher ou réduire la fréquence de certaines erreurs en prenant des mesures ciblées (ex : en mettant en place une *check-list* en bloc opératoire ou en mettant des détrompeurs physiques sur les fluides médicaux, oxygène et protoxyde d'azote, empêchant ainsi l'inversion des gaz utilisés).
 - on peut récupérer les erreurs commises : 85 % des erreurs sont détectées et récupérées en quelques secondes par le sujet qui les a commises tandis qu'une bonne fraction du reste des erreurs est récupérée par l'entourage, l'équipe ou des détrompeurs physiques.
- >> La gestion des risques renvoie autant à l'évitement des erreurs qu'à leurs récupérations. D'ailleurs les hôpitaux les plus sûrs ne sont pas ceux qui ont les plus bas taux d'EIG mais ceux qui dont la gestion et la récupération des événements indésirables est la plus efficace, en bref qui traitent mieux leurs événements

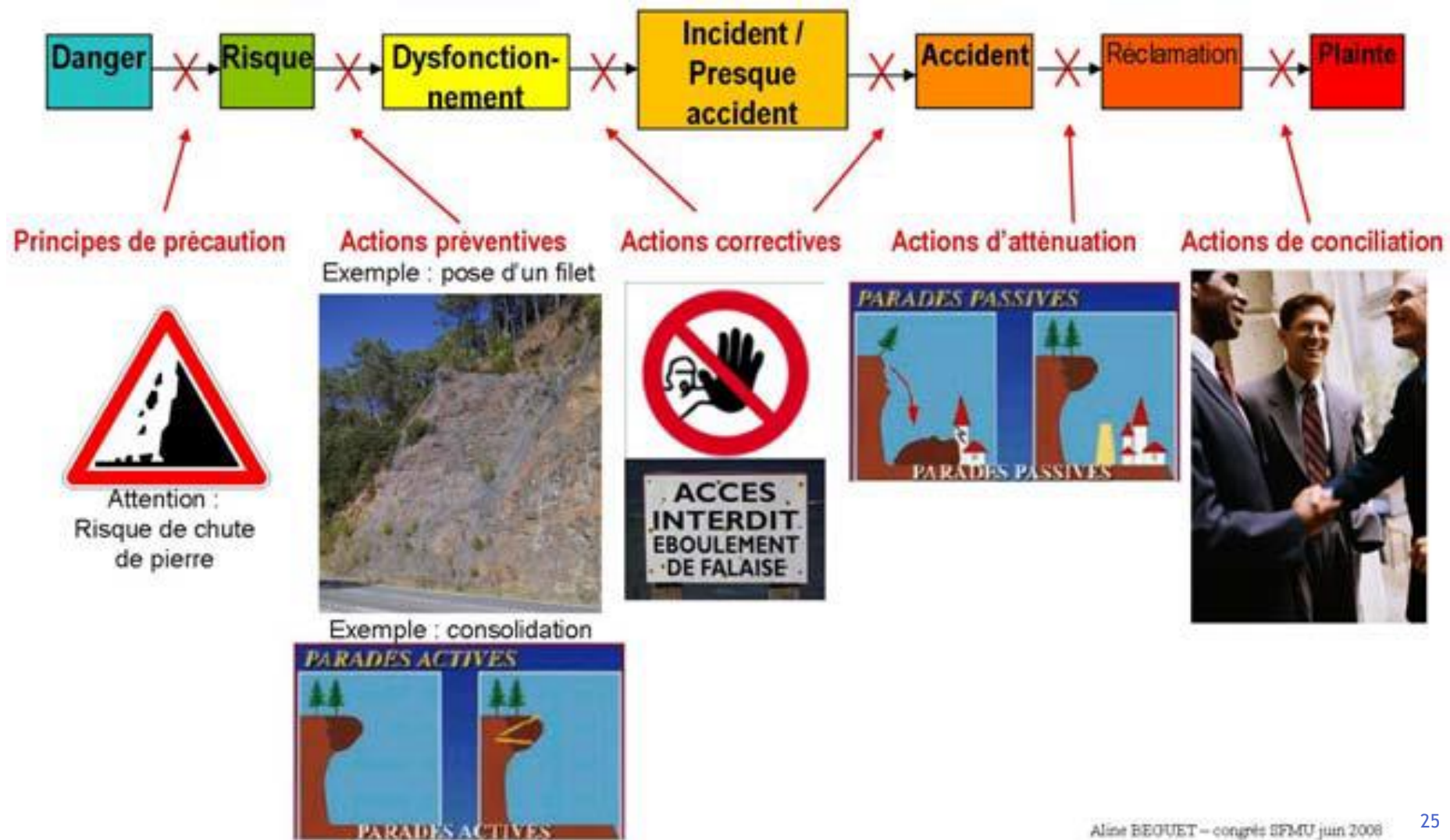
Les objectifs de la gestion des risques

- ▶ Une démarche de gestion des risques a pour but :
 - ▶ d'assurer la **sécurité** des patients,
 - ▶ et en particulier de **diminuer le risque** de survenue d'événements indésirables associés aux soins.
- ▶ Cette démarche est guidée au moyen :
 - ▶ d'une politique institutionnelle
 - ▶ et d'un programme d'actions évolutif,
 - ▶ établie selon les risques spécifiques de l'établissement et les priorités retenues.

Missions de la gestion des risques :

1. D'anticiper l'apparition de situations à risque (gestion de crises) ;
2. D'éviter l'apparition de situations à risque (prévention) ;
3. D'éviter la réapparition d'EI (correction) ;
4. De rendre acceptables les risques qui ne peuvent être totalement évités et en atténuer les conséquences ;
5. Organiser et donner un état du fonctionnement de l'hôpital aux instances et directions fonctionnelles.

Démarche de gestion des risques



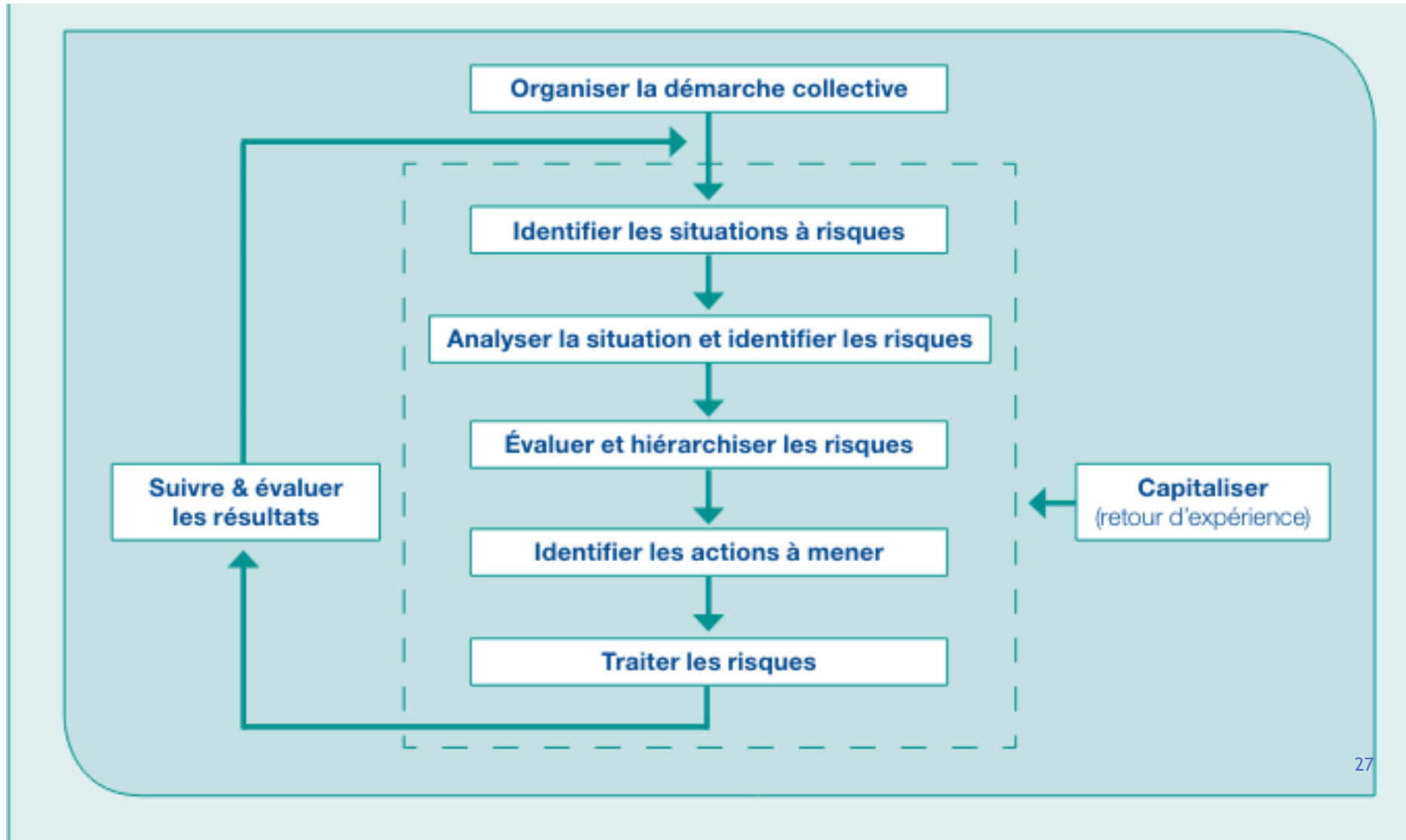
La gestion des risques : Une démarche institutionnelle



1. **Une fonction de gouvernance ou de pilotage de la gestion des risques** associés aux soins assurée conjointement par la direction de l'établissement et la CME.
 - ▶ Cette fonction décide et initie, organise et pilote la démarche de gestion des risques associés aux soins. Elle définit les priorités, valide le programme d'actions, suit les actions en cours, évalue les résultats et adapte le programme en conséquence.
2. **Une fonction de coordination dans le domaine des risques associés aux soins.**
 - ▶ Cette coordination met en œuvre et anime le programme d'actions.
3. **Une fonction opérationnelle de mise en œuvre et de suivi des actions, qui**
 - ▶ Mobilise les divers spécialistes de l'établissement et professionnels concernés, conduits par des groupes de travail thématiques.

>> **L'efficacité du système repose sur l'implication active des 3 grandes fonctions étroitement liées entre elles** ²⁶

Démarche d'amélioration continue appliquée à la gestion des risques



La gestion des risques en pratique-pratique !

5 Etapes

1. Identifier
2. Analyser - Hiérarchiser
3. Choisir les outils de réduction des risques
4. Mettre en œuvre le programme de Gestion Des Risques
5. Evaluer le programme

Identifier les risques

- ▶ **A Priori:** **cartographie des risques**, répertorier tous les risques possibles avant qu'un incident ou accident se produisent
- ▶ **A Postérieur:** suite à un événement, soit dans l'établissement ou dans un autre ou pour tirer des enseignements de faits avérés; en interne (FEI établi par les professionnels, les enquêtes, les cahiers de garde..) , en externe(HAS, Les assurances, les patients...)

Identifier & évaluer les risques

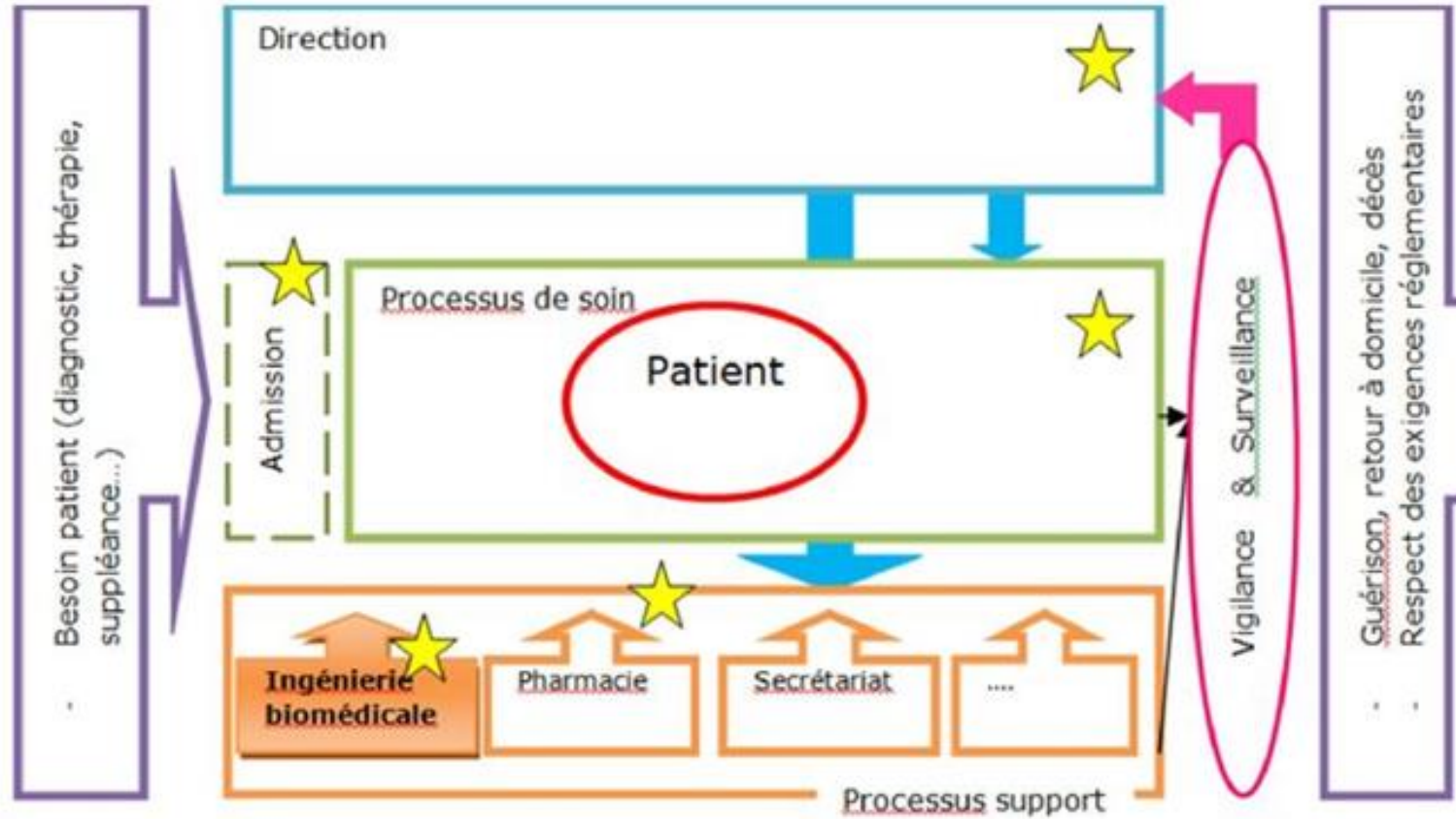
▫ Cartographie des risques

- La cartographie des risques relève d'une approche globale qui permet :
 - d'identifier l'ensemble des risques potentiels susceptibles de remettre en cause les objectifs et missions d'un établissement
 - de hiérarchiser ces risques en fonction de leur criticité calculée sur la base de critères de gravité, d'occurrence, de détectabilité

▫ Méthode:

- Recenser tous les risques
- Hiérarchiser les risques
- Fournir une vision d'ensemble aux décideurs
- Orienter les stratégies d'action
- Suivre l'efficacité des actions mises en œuvre
- Communiquer les résultats

Approche processus



Les interfaces dans l'hôpital

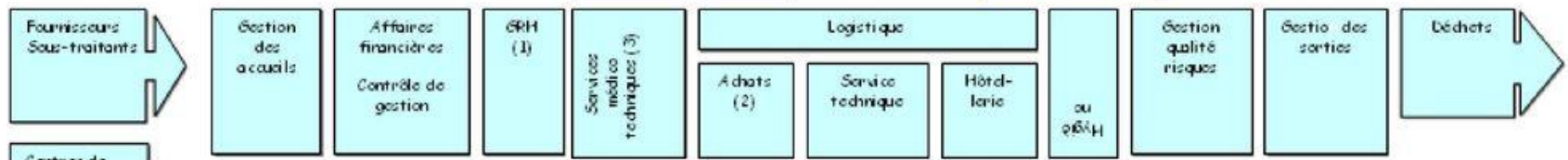
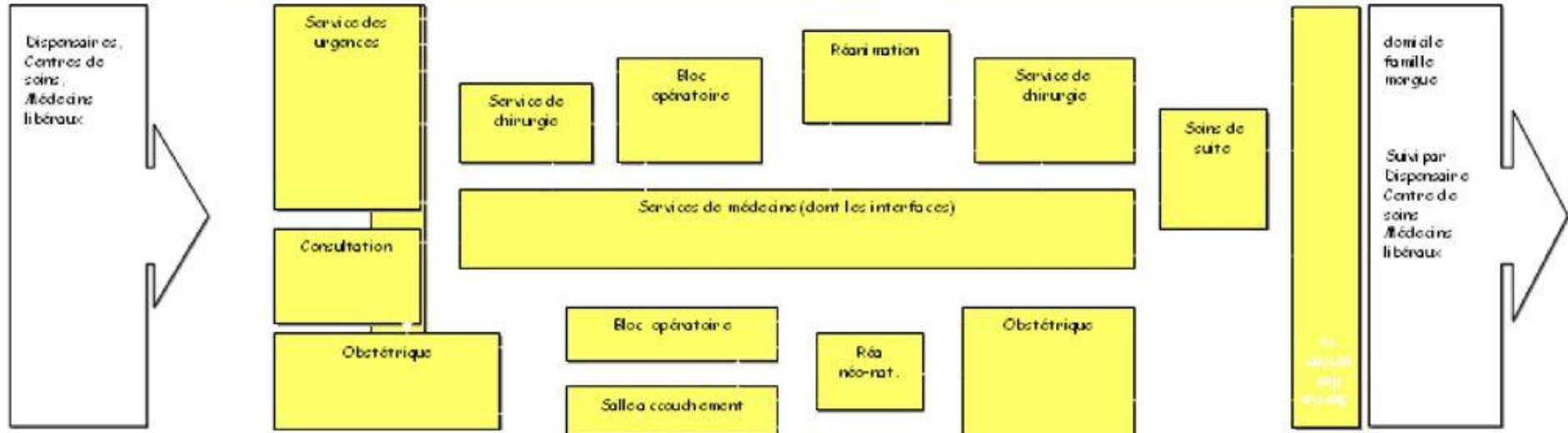


Evolution des techniques médicales
Evolution des connaissances
Banques de données

Attentes du gouvernement, Politique de santé,
Exigences réglementaires et contractuelles
Ressources (budgets, personnes)

Valeurs / Politique / Plan directeur / Programmes / Projets / Opérations

Régulation / Direction / Instances représentatives / Commissions



Systèmes d'information et d'aide à la décision

Performance hospitalière : 1) qualité des soins (satisfaction des usagers, auto-évaluations validées, audits, etc.) 2) efficience 3) etc..

- (1) Recrutement, formation au poste puis continue, paie
- (2) Achats de matériels, consommables, prestations, compétences
- (3) Laboratoire, imagerie, pharmacie (médicaments, gaz, stérilisation), bloc opératoire, rééducation

Identification des risques

- ✓ **Survenue d'évènements indésirables impliquant une réaction :**
 - Evènements graves (EIG) ou d'évènements de gravité intermédiaire (EPR),
 - Série d'évènements de moindre gravité annonciateurs possibles d'un événement plus grave (encore appelés évènements précurseurs),
 - Evènements déclencheurs d'analyse ou « *trigger tools* » (issus de la revue périodique et rapide de dossiers médicaux).
- ✓ **Identification de situations à risques** (enquêtes, visites périodiques, plaintes, etc.).
- ✓ **Démarche d'évaluation interne** (visites de risque, audits, enquêtes, etc.).
- ✓ **Démarche d'évaluation externe :**
 - Visite de risque dans le cadre du renouvellement d'un contrat d'assurance,
 - Procédure de certification,
 - Inspection (organismes agréés pour les contrôles, tutelles).
- ✓ **Restructuration d'une activité existante ou mise en oeuvre d'une activité nouvelle** (montée en charge rapide d'une activité interventionnelle ambulatoire, etc.). Évolutions diverses (réglementation, recommandations nationales ou internationales, etc).

Choisir les événements et situations à risque à traiter : la hiérarchisation des risques

Objectif

Choisir entre risques acceptables et risques inacceptables et prioriser

Tous les risques ne peuvent être traités simultanément. Il convient donc d'établir des priorités.

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),
- **choix effectué selon la criticité.**

Toujours en lien
avec une approche
bénéfice / risque
pour le patient

Evaluation de la criticité

Niveau de risque initial

=

Fréquence d'apparition (niveau d'exposition) **X** gravité des dommages potentiels (niveau de gravité)



A ce niveau de risque initial vient s'ajouter le niveau de maîtrise de ce risque



Niveau de risque initial X Niveau de maîtrise

=

Niveau de criticité (= niveau de risque « final »)

Hiérarchiser les risques : Echelles de gravité et de fréquence

Cotation	Probabilité d'occurrence de l'évènement redouté (vraisemblance)
1	Très rarement (max tous les 2 ans)
3	rarement (une à plusieurs fois par an)
5	une à plusieurs fois par mois
8	une à plusieurs fois par semaine
10	une à plusieurs fois par jour

Cotation	Gravité maximale de l'évènement redouté
1	Nulle ou minime - passe inaperçu pour patient - professionnels et institution non gênés
3	Mineure - gêne légère non médicale pour patient, professionnel ou institution
5	Significative - insatisfaction ou dégradation des soins pour patient et/ou - atteinte corporelle non vitale du professionnel et/ou - institution modérément désorganisée et/ou - impact financier modéré pour l'institution
8	Critique - forte dégradation de l'état du patient et/ou - atteinte corporelle, non vitale mais très grave, du professionnel et/ou - institution fortement désorganisée et/ou - fort impact juridique ou financier pour l'institution
10	Catastrophique - risque vital pour les personnes et/ou - irrémédiable pour institution

Hiérarchiser les risques : Echelle de criticité

Fréquence



Très probable
à certain

C1	C2	C3	C3	C3
C1	C2	C2	C3	C3
C1	C1	C2	C2	C3
C1	C1	C2	C2	C3
C1	C1	C1	C2	C2

Probable

Peu probable

Très peu
probable

Très
improbable

Mineur

Significatif

Majeur

Grave à
critique

Catastrophique

**Risque inacceptable
(à traiter en priorité)**

**Risque tolérable
sous contrôle**

**Risque acceptable
en l'état**

Gravité



Identifier les actions à mener

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 ?



Voir même... la suppression du risque si possible

>> L'ensemble des actions définies = **PLAN D' ACTIONS**

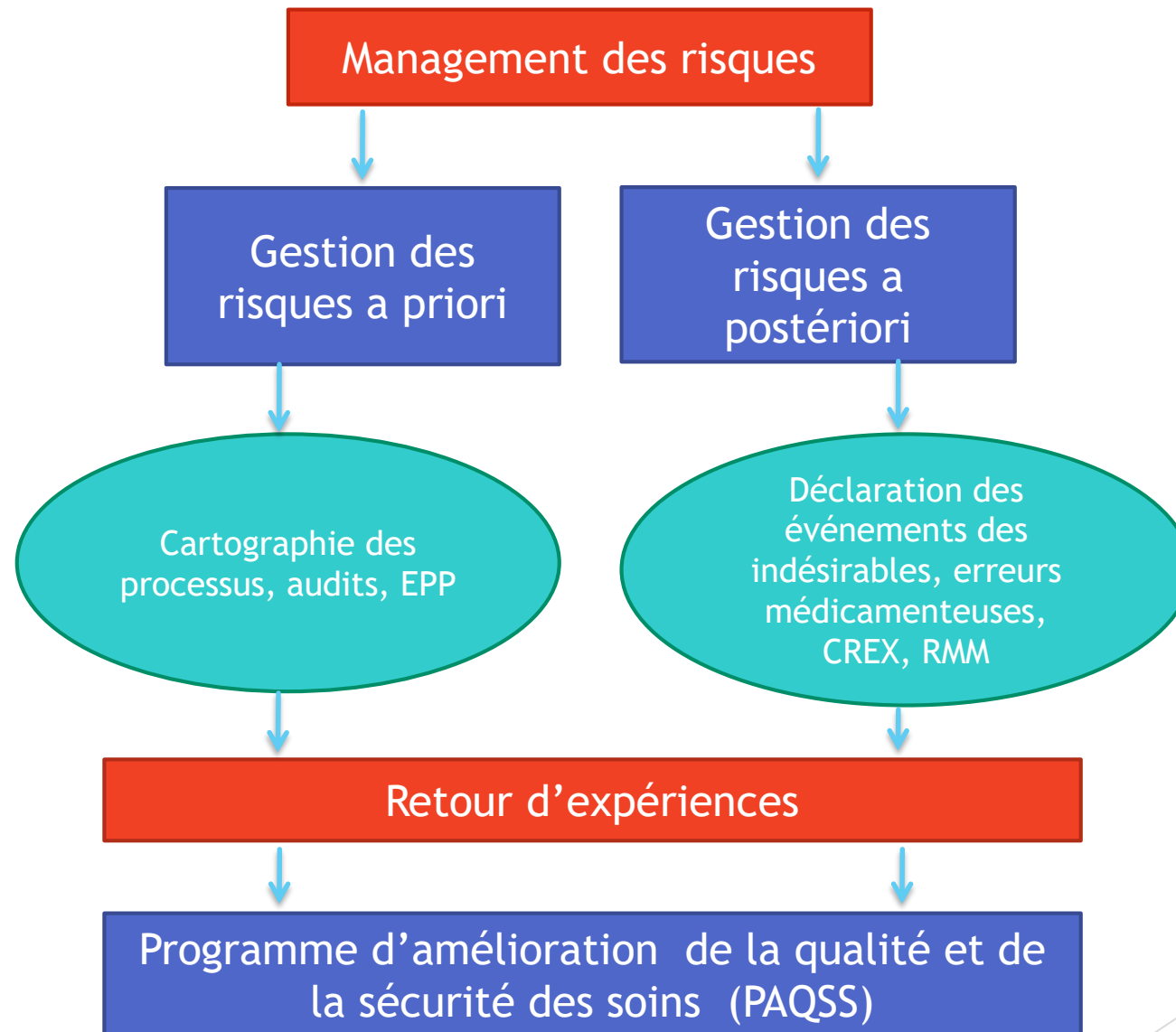
Pour chaque action, va être définie :

- Un pilote ;
- Une échéance (date de début - date de fin) ;
- Des modalités de suivi :

→ **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.

Gestion des risques



Gestion des risques en établissement de santé

Evènements Indésirables (EI) : Déclaration et analyse



Evénements Indésirables (EI)



>> Qu'est-ce qu'un évènement indésirable ?

C'est une situation qui **s'écarte de procédures** ou de **résultats** escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement **source de dommage**



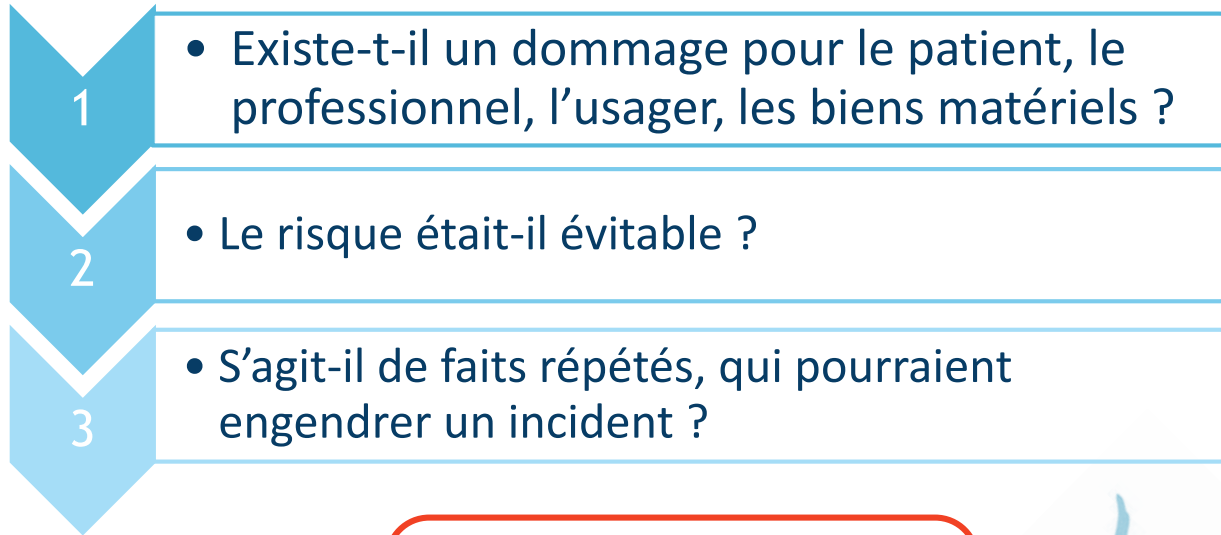
POURQUOI LES DÉCLARER ?



Déclarer c'est éviter les accidents et **accepter les erreurs** comme opportunité d'amélioration



Quand déclarer un évènement indésirable ?



- Existe-t-il un dommage pour le patient, le professionnel, l'utilisateur, les biens matériels ?

- Le risque était-il évitable ?

- S'agit-il de faits répétés, qui pourraient engendrer un incident ?

Je réponds **OUI** à une de ces questions

Je déclare un évènement indésirable et j'en informe mon cadre



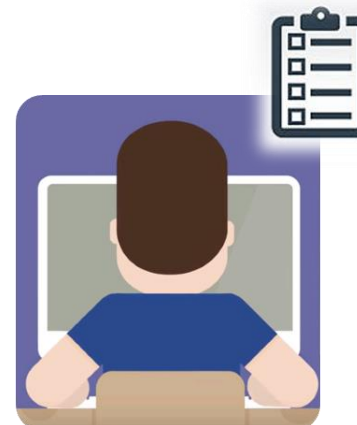
Quand déclarer un évènement indésirable ?

Un Evènement indésirable (EI) :

- ▶ Concerne l'ensemble des domaines
 - ▶ Médicaux
 - ▶ Logistiques
- ▶ Couvre l'ensemble des évènements
 - ▶ L'ensemble des dysfonctionnements
 - ▶ L'ensemble des accidents avérés
- ▶ Concerne l'ensemble des personnes et des biens
 - ▶ Les patients
 - ▶ Les professionnels
 - ▶ Les visiteurs
 - ▶ Les biens immobiliers et mobiliers

Comment déclarer un évènement indésirable ?

>> Via une fiche d'évènement indésirable (FEI)



- **Les « règles » d'une bonne FEI :**

- ▶ **DECRIRE DES FAITS :**

- Être factuel, précis, concis, indiquer des informations concrètes et vérifiables (heures, constantes du patient, etc)
- Décrire la chronologie des épisodes.

- ▶ **OBJECTIVITE :**

- Ne pas émettre de critique, de jugement ou d'opinion,
- Si l'évènement est particulièrement impliquant, ne pas hésiter à prendre un peu de recul avant de déclarer,
- Être professionnel, essayer de se dégager de l'affecte, pour être plus pertinent.

- ▶ **DECLARER RAPIDEMENT APRES L'EI :**

- En cas d'EIG permet une rapidité de réaction des acteurs impliqués,
- Vous permet de décrire avec plus de précision sans oublier,
- Vous permet une première analyse des causes de l'EI en ayant le maximum d'information à cet effet.

Ce qu'il n'est pas pertinent de déclarer ...

- ▶ Les évènements qui relèvent d'une situation de soin « normale » en lien direct avec la prise en charge clinique du patient
- ▶ Les décès attendus (ex : situation de soins palliatifs à l'EHPAD)
- ▶ Les problèmes d'effectifs lorsque c'est le motif de la FEI
- ▶ Les déclarations à visée de délation
- ▶ Les repas non livrés lorsque cela est exceptionnel
- ▶ Les réparations relevant de bons de travaux
- ▶ ...



NOT AUTHORIZED

Rappel : les « **irritants organisationnels** »
ne sont pas des événements indésirables...

Comme par exemple...

- ▶ Notre local de stockage est trop petit, on est obligé de laisser les chariots dans le couloir, et on nous les prend tout le temps.
- ▶ Ce nouveau tensiomètre tombe très souvent en panne.
- ▶ Dans le temps, le personnel était bien plus sérieux, aujourd'hui, pour un oui ou pour un non, on ne vient pas travailler.
- ▶ Les patients n'aiment pas les nouveaux plats proposés par le chef.

Circuit de traitement des FEI

1

- Réception des FEI

2

- Désignation d'un/des intervenant(s) en fonction du domaine concerné et analyse

3

- Réunion de la cellule de gestion des EI 1X fois/mois : Validation de l'analyse, cotation de la gravité et définition du plan d'actions (CH Sarrebourg-CRS)

4

- Réponse au déclarant via un courrier nominatif (sauf chutes)

Pourquoi déclarer un EI ?

- ▶ Chaque agent est tenu de signaler à l'aide de FEI, tout incident, risque d'incident ou accident dont il est témoin et qui révèle un défaut dans l'organisation ou le fonctionnement de l'hôpital, qu'il ait eu des conséquences dommageables ou pas.
- ▶ Le signalement des EI contribue à assurer :
 - ▶ La sécurité des patients, des personnels, des visiteurs, des matériels et des organisations ;
 - ▶ La qualité des soins et des fonctions transversales (informatique, électricité, logistique) ;
 - ▶ La prévention des plaintes et du contentieux.



Le signalement d'un EI n'est ni une **délation**, ni un moyen de **déclaration de « faute »** et ni un moyen de contrôle ou de **sanction** !



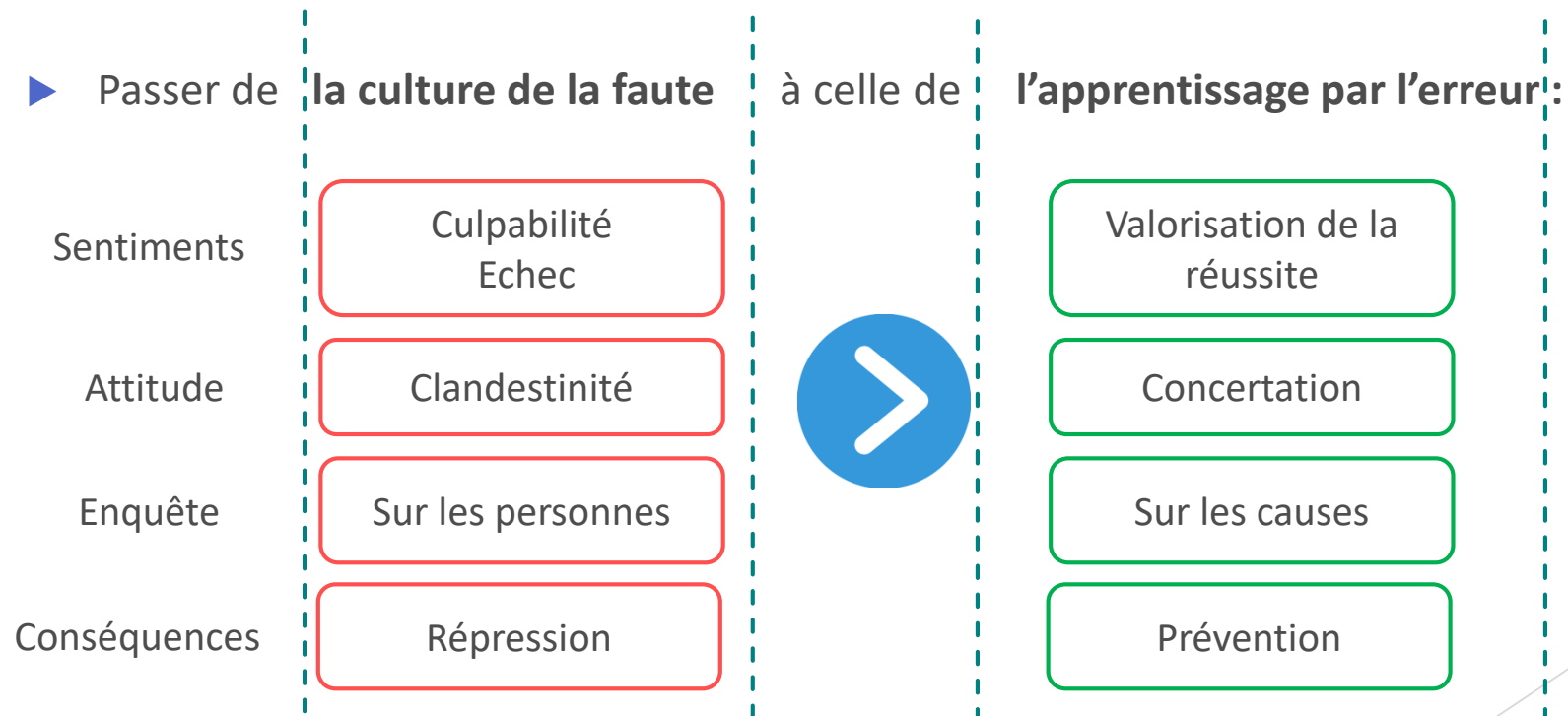
Déclarer un EI permet :

- La mise en œuvre d'un **programme global de prévention des risques** ;
- De **favoriser le retour d'expérience** et d'avoir ainsi une **connaissance des risques et d'apporter des mesures correctives**.

Il existe une charte de non punition au CH de Sarrebourg & au CRS

De la culture de la faute à la culture de l'erreur

- ▶ La culture positive de l'erreur est formalisée par une charte de « non-punition » ou « d'incitation au signalement interne », favorisant le retour d'expérience, permettant d'avoir ainsi une connaissance des risques et d'apporter des mesures correctives.

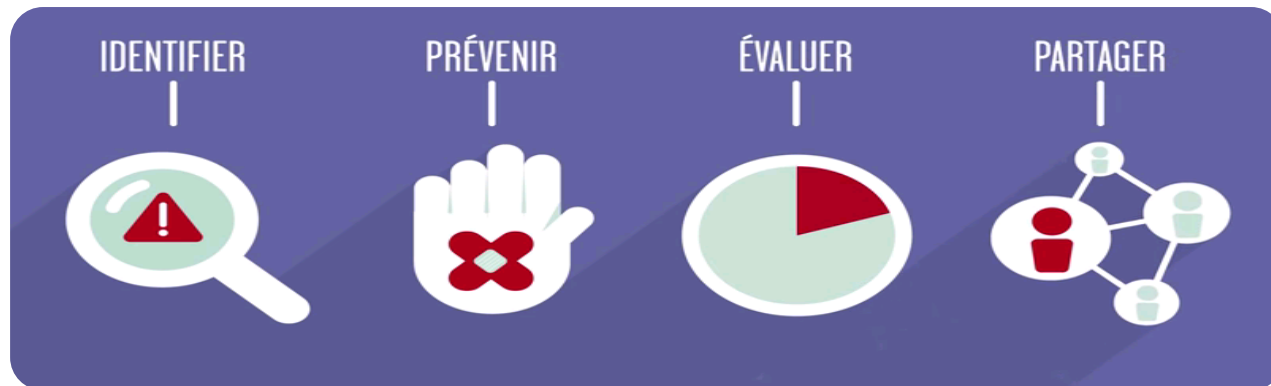


En bref :

- ▶ L'établissement a besoin de connaître les évènements indésirables survenus pour **engager des actions d'amélioration pour la sécurité de TOUS !**
- ▶ Les évènements de votre service **peuvent servir aux autres !**
- ▶ Le signalement d'un EI n'entraîne **aucune sanction !**

(Sauf en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité constituant une faute professionnelle)

- ▶ N'hésitez plus... **DÉCLAREZ !**



Merci de votre attention.
