



# CARTOGRAPHIE DES RISQUES

## Présentation des résultats en obstétrique



# Processus de prise en charge en obstétrique

**Pilote du travail :** Y. WALLERICH

**Référent qualité :** F. BANNY

**Participants au groupe de travail :** P. BASSET, H. PAUL,

**Participants à l'évaluation des risques médicaux :**

C.BAUDIN, P.COLLIN, M. FELDMANN

**Présentation et discussion en staff :**

HFME le 23 mai et Bel Air le 13 juin

**Nombre de réunions :**

4 réunions avec Mme COSSON (SHAM 14h)

5 réunions intermédiaires (12h)

**Validation par Chef de pôle Dr WELTER :** mai 2014

# CARTOGRAPHIE DES RISQUES

- Adoption d'une méthodologie commune :
  - Définition des processus (début et fin)
  - Cartographie des risques : selon la méthodologie AMDEA ® mise au point par le CHR (à partir de références HAS)
- Objectifs :
  - Acquérir la méthodologie nécessaire à l'élaboration d'une cartographie des **risques a priori** (formation valorisable en DPC)
  - Appliquer la méthode pour réaliser la cartographie des risques pour **6 processus** : bloc opératoire, chimiothérapie, urgences, réanimations, transport interne, obstétrique
- Déroulement de Janvier à Mai 2014 **après formation initiale en décembre 2013 pour les pilotes**

# Echelle de gravité

Niveau de gravité	Impact sur l'organisation (de la prise en charge, du service, de l'établissement)	Impact sur les biens matériels et l'environnement. Pertes financières	Impact sur la sécurité des personnes	Impact médiatique
<b>Effet négligeable sur la réalisation de la mission</b>				
<b>1 Mineure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mission réalisée sans impact : pas de perte de temps.</li> <li>- Indisponibilité de ressources mais avec solution alternative immédiatement disponible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destruction ou disparition d'un bien ou perte financière &lt; à 10 euros</li> </ul>	Aucune conséquence patient	Néant
<b>Impact sur la performance de la mission (partiellement réalisée) (retardée, solution dégradée, perte financière modérée)</b>				
<b>2 Significative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Désorganisation ponctuelle</li> <li>- Mission réalisée mais par la mise en place d'une solution dégradée</li> <li>- Indisponibilité des ressources entraînant un retard de la mission ou de la prise en charge compris entre 1 et 2 heures</li> <li>- Perte de temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destruction ou disparition d'un bien ou perte financière &lt; 100 euros</li> <li>- Dégât matériel nécessitant une intervention</li> <li>- Pas d'interruption de l'activité</li> </ul>	Retard dans la PEC sans conséquence pour le patient	Insatisfaction du patient : (sentiment d'insécurité, manque de confort, gêne légère) Réclamation
<b>Impact sur la performance de la mission (échec de la mission)</b>				
<b>3 Majeure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mission réalisée partiellement</li> <li>- Indisponibilité des ressources entraînant un retard de la mission compris entre 2 et 24 heures</li> <li>- Report,</li> <li>- Désorganisation durable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destruction ou disparition d'un bien ou perte financière &lt; 5000 euros</li> <li>- Dégât matériel nécessitant une intervention avec interruption de l'activité</li> </ul>	Aucune conséquence grave pour le patient ou atteinte superficielle Prolongation d'hospitalisation	Préjudice moral pour le patient : Plainte
<b>Impact réversible sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement (échec de la mission)</b>				
<b>4 Critique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mission non réalisée ou présentant un danger</li> <li>- Indisponibilité des ressources entraînant un retard de la mission supérieur à 24 heures</li> <li>- Impossibilité de fonctionner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destruction ou disparition d'un bien ou perte financière &lt; 100000 euros</li> <li>- Dégât matériel empêchant l'activité</li> </ul>	Evènement ou défaut de prise en charge, atteinte physique ou psychologique réversible Complication iatrogène avec séquelle réversible, Atteinte grave : aggravation de l'état du patient, ré hospitalisation, intervention chirurgicale	Contentieux CRCI Article dans un journal local
<b>Impact irréversible sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement (échec de la mission)</b>				
<b>5 Catastrophique</b>	-Femture	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destruction ou disparition d'un bien ou perte financière &gt; à 100000 euros</li> <li>- Inutilisation</li> </ul>	Evènement ou défaut de prise en charge complication iatrogène avec séquelle irréversible, pouvant aller jusqu'au décès	Impact régional ou national Perte d'image, de confiance des usagers

# Echelle niveau de maitrise \*

## 1. Excellent

Bonne maîtrise, surveillance même s'il existe un risque résiduel

## 2. Bon

Plan d'actions défini, (procédures écrites, connues, évaluées)

## 3. Moyen

On débute la démarche GDR, les actions correctives sont programmées

## 4. Faible

On découvre le risque, pas de procédure, consignes orales

## 5. Inexistant

On n'a pas conscience du risque, pas de procédure ni de CAT,  
pas d'évaluation interne

\* D'après le REQUA : Réseau Qualité des établissements de  
franche comté

# Echelle d'acceptabilité du risque a priori

V2 après TEST

Niveau de gravité (G)	Niveau de maîtrise (M)	Acceptabilité du risque
G1 ou G2	M1 - M2 - M3	Acceptable dans l'état
G1	M4	
G3	M1-M2	
G4	M1	
G1 - G2	M5	Acceptable à surveiller (actions correctives immédiates)
G2	M4	
G3	M3	
G4 - G5	M2	
G5	M1	
G3	M4 - M5	Acceptable à évaluer (analyse, plan d'action et mise en œuvre)
G4 - G5	M3	
G4 – G5	M4 - M5	Non acceptable (analyse approfondie, plan d'action et mise en œuvre)

# MÉTHODE - 4<sup>e</sup> étape : Proposer des actions et évaluer l'effort selon une échelle

**E1 = Effort faible / pilotage interne possible**

Ex : harmonisation des procédures

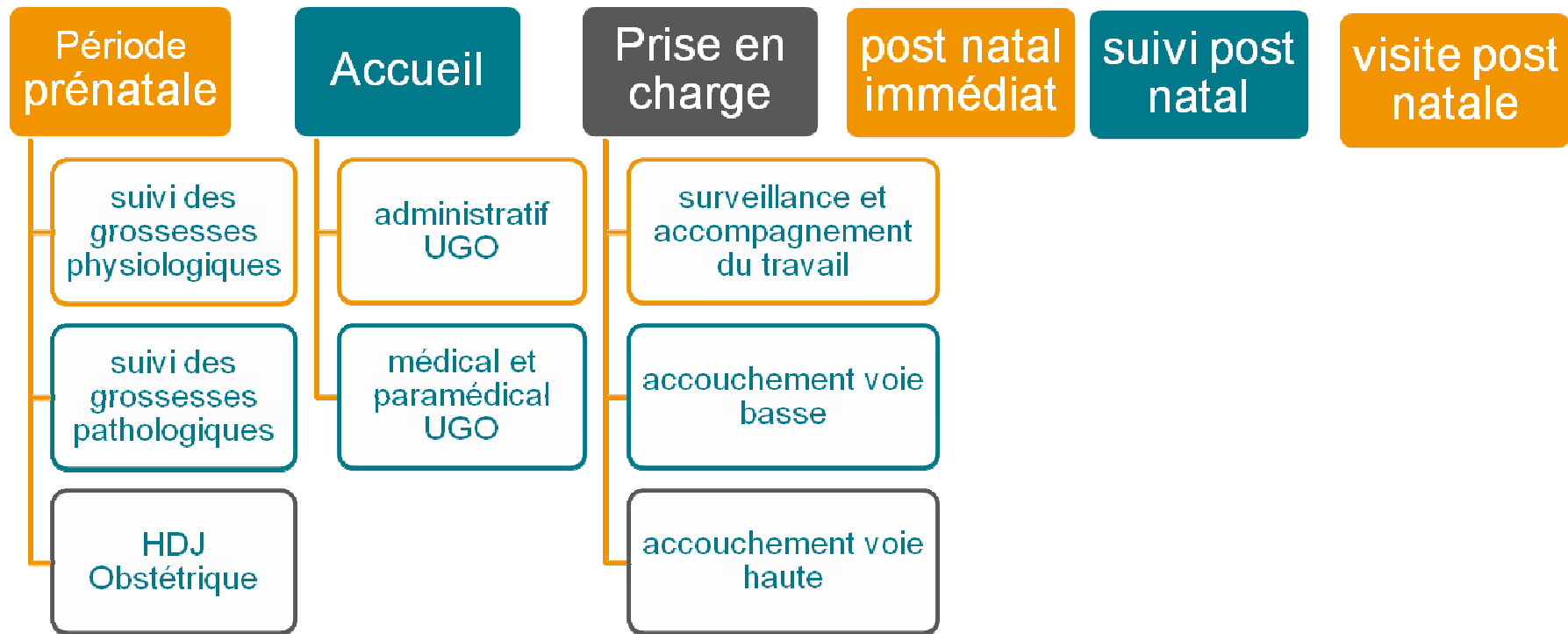
**E2 = Effort moyen / pilotage transversal nécessaire**

Ex : Identitovigilance, organisation secrétariat

**E3 = Effort important / arbitrage institutionnel / pilotage institutionnel**

Ex: Brancardage, informatisation Dpa

# Processus de prise en charge en obstétrique

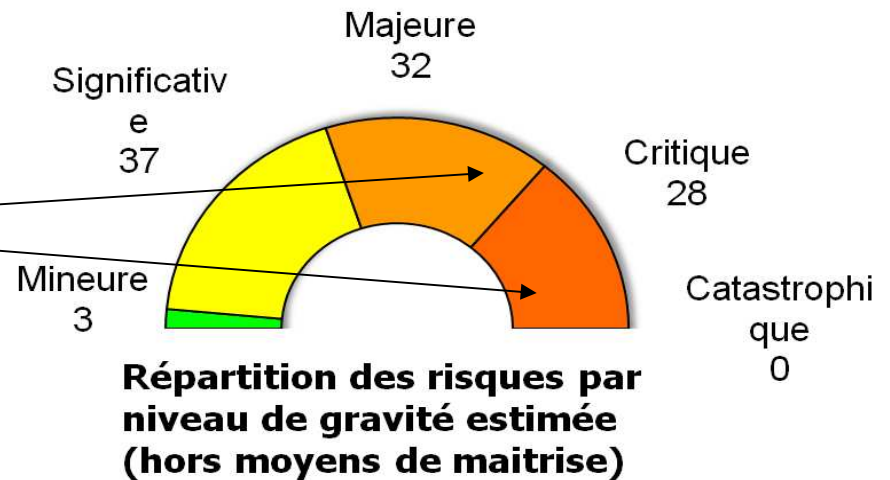




# Processus « Obstétrique »

## Répartition des risques par niveau d'acceptabilité

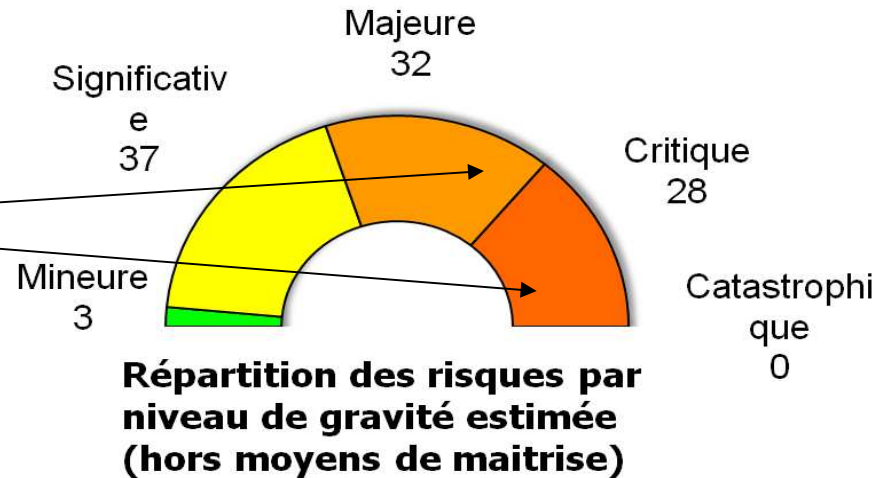
60 risques graves soit 60% avec conséquences possibles pour les patients



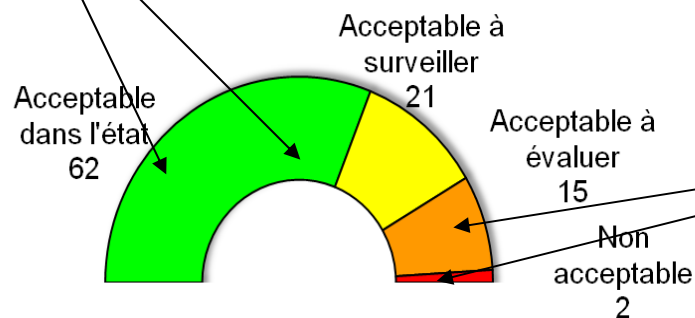
# Processus « Obstétrique »

## Répartition des risques par niveau d'acceptabilité

60 risques graves soit 60% avec conséquences possibles pour les patients



83 risques (83 %) sont maîtrisés,



17 risques (17%) améliorables

# Processus « obstétrique »

## Cartographie initiale des risques

<b>GRAVITE</b>	G5	Catastrophique						
	G4	Critique	6	12	8	2		
	G3	Majeure	10	7	8	7		
	G2	Significatif	18	13	5	1		
	G1	Mineure	3					
			Excellente maîtrise	Bonne maîtrise. Plan d'action défini	Maîtrise moyenne. Actions ponctuelles	Risque identifié. Pas de procédure	Risque non identifié	
			M1	M2	M3	M4	M5	
			<b>NIVEAU DE MAITRISE</b>					

# Les actions proposées par le groupe de travail « obstétrique »

## Possibles par un pilotage interne E1

Réf risque	N° action	Risque identifié	Propositions d'actions
R42 R 73	1	<b>Protocoles médicaux pour certaines PEC : formalisation et harmonisation</b>	Actualisation des protocoles existants et intégration dans la gestion documentaire : définition de priorités, exemple HPPI, en collaboration avec les MAR
R54	2	<b>Règles de sécurisation de l'accouchement physiologique : formalisation</b> <i>(espace, bienveillance, projet de naissance...)</i>	Rédaction d'une charte, de protocoles et gestion du risque  Critère d'inclusion/exclusion : bénéfice/risque Pertinence de la filière physiologique  Amélioration de la traçabilité dans les dossiers

# Les actions proposées par le groupe de travail « obstétrique »

## Possibles par un pilotage interne E1

Réf risque	N° action	Risque identifié	Propositions d'actions
R21	3	<b>Hospitalisation en HDJ :</b> <b>-pertinence des indications</b> <b>-conformité du Dpa</b> <i>Identitovigilance, Risque financier</i>	Amélioration de la tenue du dossier patient en conformité avec les exigences de la circulaire frontière
R29	4	<b>Procédure d'accouchement dans l'anonymat</b>	Formalisation, validation et diffusion de la procédure accouchement dans l'anonymat pour appropriation et évaluation
R31	5	<b>Classement et accessibilité aux dossiers grossesses en cours</b>	Rappel des règles de bonnes pratiques et sensibilisation des nouveaux arrivants: utilisation de Track and see pour tout dossier actif et archivé

# Les actions proposées par le groupe de travail « obstétrique »

## Possibles par un pilotage interne E1

Réf risque	N° action	Risque identifié	Propositions d'actions
R 79	6	<b>Conformité des Bonnes Pratiques en hygiène hospitalière</b>	Mise en œuvre de l'asepsie progressive au bloc obstétrical Finalisation et diffusion du protocole « Strepto A » Actualisation et harmonisation autres protocoles
R 82	7	<b>Complications potentielles ou avérées de l'HPPI (pertes sanguines) :</b>  <b>-amélioration de l'évaluation</b>	Audit de pratiques au bloc opératoire sur évaluation des pertes sanguines  Objectivation rigoureuse de la quantification des pertes
R 87  R 88	8	<b>Protocole peau à peau :</b> <b>-formalisation du protocole</b>	Rédaction et diffusion d'un protocole de sécurisation de peau à peau  Réflexion en concertation avec l'équipe sur une macrocible de sortie de la salle de naissance  Protocole peau à peau spécifique à toutes les unités

# Les Propositions d'actions du groupe de travail

## Possibles par un pilotage interne E1

Les actions après validation, seront planifiées (GANTT) en collaboration avec l'ensemble des acteurs

# Les actions proposées par le groupe de travail « obstétrique » suivies par **un pilotage transversal E2**

Réf risque	N° action	Risque identifié	Propositions d'actions
R10	9	<p><b>Organisation du secrétariat CS externe et échographie de GO : Optimisation à Bel Air</b></p> <p>-accueil tél non fonctionnel à partir de 16H, -défaut d'organisation dans le flux des patients en consultation (Identitovigilance , facturation)</p> <p>-conformité des délais courriers de sortie (Résultats IPAQSS)</p>	<p><b>E1 en interne :</b> -état des lieux et suivi d'indicateurs</p>
		<p><b>E2 en lien avec coordination des secrétariats :</b> - adéquation entre l'activité et les ressources - organisation du travail pour adaptation des temps de présence et tâches à l'activité -amélioration du flux des patients -dictée numérique</p> <p><b>E3 projet maternité Thionville</b> - centralisation de la gestion de l'identité à la maternité -Dpa informatisé</p>	
R10 bis	10	<p><b>Mise à jour du site internet</b></p>	<p><b>E1 en interne</b> - Données actualisées et transmises au service communication</p> <p><b>E3 en lien avec la DG et DSI</b></p>



Les actions proposées par le groupe de travail « obstétrique »...  
suivies par **un pilotage transversal E2**

Réf risque	N° action	Risque identifié	Propositions d'actions	
R26	11	Mode opératoire pour la prise identité : Connaissance des SF	<b>E1 en interne :</b> Procédure d'intégration des nouveaux arrivants, avec validation des compétences / fiche de tutorat	<b>E2 en lien avec identitovigilant et la CIV:</b>  -(quick audit??) -suivi des indicateurs et dysfonctionnements liés à l'identification, mesures correctives
R60	12	Eléments diagnostic du bien être fœtal en per partum : -harmonisation et formalisation des pratiques	<b>E2 en lien avec les laboratoires:</b>  -finalisation et diffusion des procédures "lactate »	
R57 R75	13	Coordination des équipes (urgences, maternité, anesthésie, néo nat, bloc, SF...): optimisation	<b>E1 en interne:</b> -formalisation du Processus "coordination appel équipe urgence (codes couleur)	<b>E2 en lien avec TELEPHONIE:</b> -mise en place en place grâce à des moyens adaptés <b>DECT</b>

## Les actions proposées par le groupe de travail « obstétrique »...à valider et **piloter au niveau institutionnel E3**

Réf risque	N° action	Risque identifié	Propositions d'actions	
R1	14	<p><b>Communication entre les différents logiciels :</b> -sécurisation</p> <p>Logiciel (Winlap) non sécurisé sur <b>HFME</b> : risque d'identité, doublons...</p>	<p><b>E3 LOGICIELOVIGILANCE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-calendrier de déploiement de DX Care avec arrêt de Winlap</li> <li>-mise en œuvre du dossier obstétrical et néo natal informatisé compatible avec DXCare et intégrant le partogramme et le RCF</li> </ul>	
R8	15	<p><b>Activité d'échographie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-optimisation de la performance de</li> <li>-optimisation des logiciels associés</li> </ul>	<p><b>E1 en interne :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-suivi des indicateurs de performance</li> </ul>	<p><b>E2 biomédical et achats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-maintenance (prévention des pannes , politique et plan pluriannuel d'investissement</li> </ul>

# CONCLUSION

- Cartographie des processus
  - Démarche à postériori
  - Démarche à priori

## CULTURE QUALITE / RISQUE

**Accompagnement dans la mise en œuvre de la méthode AMDEA**

**Implication et engagement des acteurs**