

# Réunion Plénière du GRRIFES

Mardi 21 Février 2017



# Ordre du jour

Point sur la gouvernance du GRRIFES - *Henri et Zied*

Présentation de la conduite à tenir « usurpation de l'identité » - *Christine Pinaton*

Veille réglementaire - *Marie José et Hélène Bulcke*

Retour sur le portail de signalement des EIAS - *Marie José*

Présentation du guide « EIG » - *Françoise Bérot*

Présentation du guide « REX dans le secteur médico-social » - *Marie Sauvage*

Présentation de la cartographie du risque infectieux - *Isabelle Eymery*

Présentation du document de sortie - *Zied Guerfali*

Programme des conférences 2017 - *Marie José*

Appel à participation

Questions diverses

Date prochaine plénière

# Gouvernance du GRRIFES



- Des nouveaux membres du CA
- Un nouveau président
- Un bureau à compléter

# Les adhésions

- 20 nouveaux adhérents sur les 5 derniers mois
- 67 adhésions au total (pour 190 représentants)

Bienvenue à :

PORET Catherine  
TANGRE Isabelle  
FOURNIER Bettina  
TOUCHON Nicolas  
BIGAIGNON Catherine  
BONNET Sandra  
OLRY Isabelle  
EYMERY Isabelle  
BISSAUGE Brigitte  
CHOPRA Véronique  
COLMONT David  
HUARD Karen  
MONIER Gilbert  
RIBET Noémie  
DUVERGER Vincent  
LE MOIGNE Raoul  
TOUAZI Hakim  
GREGOIRE Amandine

Identitovigilance est un problème majeur et prioritaire



## Zoom sur l'USURPATION D'IDENTITE



# Définitions



- ❖ **L'usurpation d'identité** consiste à faire usage de l'identité d'une personne à son insu et sans son consentement. L'usurpé est victime et l'usurpateur peut être sanctionné pénalement.
- ❖ La **substitution** d'identité qui consiste à utiliser l'identité d'une personne avec son consentement (notion de connivence). Dans ce cas, l'usurpé est complice.
- ❖ Le **vol** d'identité qui consiste à utiliser l'identité d'une personne décédée ou disparue.

# La problématique



- ❖ Difficulté de savoir que faire en cas de découverte d'une usurpation d'identité
- ❖ Concerne souvent des patients en fin de droit : problématique médicale, sociale, administrative et de facturation
- ❖ Traitée selon l'éthique de chaque professionnel

# Objectif

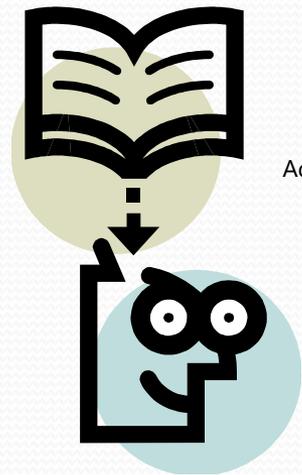
- ✓ **Proposer une conduite à tenir à l'usage des professionnels de santé en cas de découverte ou de suspicion d'usurpation d'identité, en s'appuyant sur des bases juridiques**
  - Comment signaler et à qui ?
  - Faut-il informer l'usurpé qui est victime ?
  - Comment mettre à jour le dossier ?
  - Que faire en cas de demande du dossier par le patient ou ses ayants droit ?
  - Déclaration à la sécurité sociale ?

- **Participants**

Travail réalisé avec les membres du Grrifes

- **Résultats**

Une conduite à tenir mise à disposition sur le site de la STARAQS : [://www.staraqs.com](http://www.staraqs.com)



# Quelques repères dans un cadre juridique évolutif

- ❑ Décret n° 2016-1151 du 24 août 2016 relatif au portail de signalement des événements sanitaires indésirables
- ❑ Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 : déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients
- ❑ Décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins
  - déclaration sans délai à l'ARS (ES-SMS- Centres et maisons de santé)
  - création Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins, (membre du RREVA, missions régionales et nationales)

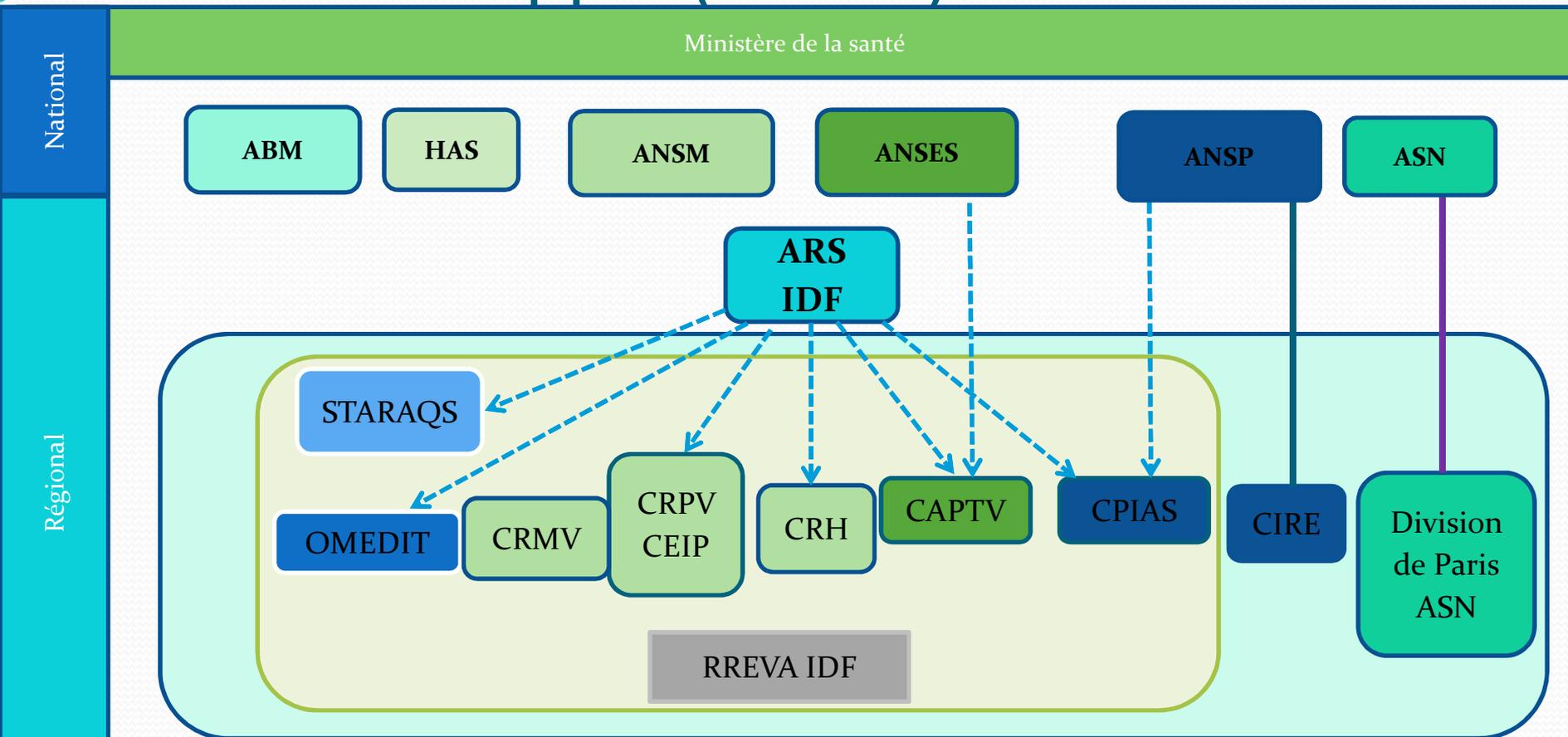
# Quelques repères dans un cadre juridique évolutif

- Décret n° 2016-1644 du 1er décembre 2016 relatif à l'organisation territoriale de la veille et de la sécurité sanitaire :
  - Réunion Régionale de Sécurité Sanitaire
  - mise en place du RREVA (Réseau Régional des Vigilances et d'Appui)

## **Section 6 : SRA qualité des soins et sécurité des patients**

- Aide les professionnels dans l'analyse des EIG AS
- Apporte une expertise médicale, technique, scientifique... qui se traduit
  - Soutien méthodologique à la gestion des risques
  - Formations, informations
  - Participation à des recherches
- Les SRA font partie du Réseau Régional de Vigilance et d'Appui
- Contrat pluri annuel avec ARS prévoyant les modalités de financement
- Programme annuel de travail
- Rapport annuel transmis à la HAS
- En attente : arrêté / cahier des charges

# Le Réseau Régional des Vigilances et des structures d'Appui (RREVA) – Source ARS Février



PRODUITS et PRATIQUES			RISQUES ENVIRONNEMENT	SANTÉ DES POPULATIONS		RISQUES RADIOLOGIQUES
Biovigilance AMP-vigilance	Qualité et sécurité des soins Evènements indésirables graves	Addictovigilance Pharmacovigilance Matéριοvigilance Réactovigilance Hémovigilance	Toxicovigilance	Infections associées aux soins	Surveillance épidémiologique	Evènements significatifs de radioprotection

# Quelques repères dans un cadre juridique évolutif

□ Décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 : obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales

- « Obligation de déclaration des dysfonctionnements graves et événements prévus à l'article L. 331-8-1
- « Art. R. 331-8.-Sans préjudice des déclarations et signalements prévus par d'autres dispositions législatives et, le cas échéant, du rapport à l'autorité judiciaire, le directeur de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil ou, à défaut, le responsable de la structure transmet à l'autorité administrative compétente, sans délai et par tout moyen, les informations concernant les dysfonctionnements graves et événements prévus par l'article L. 331-8-1. Lorsque l'information a été transmise oralement, elle est confirmée dans les 48 heures par messagerie électronique ou, à défaut, par courrier postal.
- Le présent décret entre en vigueur le 1er janvier 2017.

# Quelques repères dans un cadre juridique évolutif

- ❑ Décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 : obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales (suite)

« Cette transmission est effectuée selon un formulaire pris par un arrêté des ministres de la justice et de l'intérieur et des ministres chargés du logement, des personnes âgées, des personnes handicapées, de la protection de l'enfance et de la santé.

Cet arrêté précise la nature des dysfonctionnements et événements dont les autorités administratives doivent être informées ainsi que le contenu de l'information et notamment la nature du dysfonctionnement ou de l'événement, les circonstances de sa survenue, ses conséquences, ainsi que les mesures immédiates prises et les dispositions envisagées pour y mettre fin et en éviter la reproduction.

« L'information transmise ne contient aucune donnée nominative et garantit par son contenu l'anonymat des personnes accueillies et du personnel.

# Quelques repères dans un cadre juridique évolutif

- ❑ Décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 : obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales (suite)

« Art. R. 331-10.-Le conseil de la vie sociale de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil concerné ou, à défaut, les groupes d'expression prévus au 1° de l'article D. 311-21 sont avisés des dysfonctionnements et des événements mentionnés à l'article L. 331-8-1 qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure.

Le directeur de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil ou, à défaut, le responsable de la structure communique à ces instances la nature du dysfonctionnement ou de l'événement ainsi que, le cas échéant, les dispositions prises ou envisagées par la structure pour remédier à cette situation et en éviter la reproduction. »

# Quelques repères dans un cadre juridique évolutif

- Arrêté du 28 décembre 2016 : obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales

- 1° Les sinistres et événements météorologiques exceptionnels ;
- 2° Les accidents ou incidents liés à des défaillances d'équipement techniques de la structure et les événements en santé environnement ;
- 3° Les perturbations dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines ;
- 4° Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance ;
- 5° Les situations de perturbation de l'organisation ou du fonctionnement de la structure liées à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille ou les proches d'une personne prise en charge, ou du fait d'autres personnes extérieures à la structure ;
- 6° Les décès accidentels ou consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne ;
- 7° Les suicides et tentatives de suicide, au sein des structures, de personnes prises en charge ou de personnels ;
- 8° Les situations de maltraitance à l'égard de personnes accueillies ou prises en charge ;
- 9° Les disparitions de personnes accueillies en structure d'hébergement ou d'accueil, dès lors que les services de police ou de gendarmerie sont alertés ;
- 10° Les comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou à l'égard de professionnels, au sein de la structure, ainsi que les manquements graves au règlement du lieu d'hébergement ou d'accueil qui compromettent la prise en charge de ces personnes ou celle d'autres usagers ;
- 11° Les actes de malveillance au sein de la structure

# Quelques repères dans un cadre juridique évolutif

- ❑ Arrêté du 28 décembre 2016 : obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales

L'information prévue à l'article L. 331-8-1 comporte notamment les éléments suivants :

- 1° Les coordonnées de la structure concernée et celles du déclarant ;
- 2° Les dates de survenue et de constatation du dysfonctionnement ou de l'événement mentionnés à l'article L. 331-8-1 précité qui est signalé ;
- 3° La nature des faits ;
- 4° Les circonstances dans lesquelles les faits se sont produits ;
- 5° Le nombre de personnes victimes ou exposées au moment de l'information des autorités adm ;
- 6° Les conséquences du dysfonctionnement ou de l'événement constatées au moment de l'information des autorités administratives ;
- 7° Les demandes d'intervention des secours ;
- 8° Les mesures immédiates prises par la structure ;
- 9° L'information apportée à la personne concernée par le dysfonctionnement ou l'événement mentionnés à l'article L. 331-8-1 précité qui est signalé aux familles, aux proches, et, le cas échéant, au représentant légal et à la personne de confiance des personnes concernées ;
- 10° Les dispositions prises ou envisagées par la structure pour remédier aux dysfonctionnements, perturbations ou comportements à l'origine du fait signalé, éviter leur reproduction et, le cas échéant, faire cesser le danger ;
- 11° Les suites administratives ou judiciaires ;
- 12° Les évolutions prévisibles ou difficultés attendues ;
- 13° Les répercussions médiatiques, le cas échéant.

# Textes en attente

- Arrêté **Evénements Indésirables Sensibles** (relatif aux critères de transmission aux ARS des signalements)
- Arrêté sur le contenu du **formulaire** dans le cadre du portail national
- Arrêté relatif au **cahier des charges des SRA**
- Décret relatif aux **OMEDIT**
- Décret relatif au **transfert de la toxicovigilance à l'ANSES**
- Arrêté fixant le **cahier des charges des CPIAS**
- Arrêté fixant **la liste des systèmes de vigilance**, de veille et de surveillance pour lesquels la déclaration des EI peut se faire via le portail de signalement
- Une instruction générale sur les **vigilances**

# Portail de signalement des EIAS

- Un système de sécurité sanitaire complexe, quelquefois cloisonné
- Une lisibilité insuffisante pour les déclarants
- Des outils multiples et non communicants
- Un niveau de déclaration relativement faible

Rapport Grall  
2013

Création d'un « portail commun de signalement des événements sanitaires indésirables »

Décret Portail signalement  
2016

2014  
Rapport Weber

11 préconisations  
opérationnelles

Pour faciliter et promouvoir  
la déclaration des  
événements indésirables

# PÉRIMÈTRE

Une V1 du portail commun de **signalement des événements sanitaires indésirables** pour l'ensemble des vigilances réglementaires



## Liés à la prise d'un produit ou d'une substance



- Médicament
- Matériel (instrument, dispositif médical implanté, pansements, prothèses...)
- Produit sanguin labile (transfusion)
- Complément alimentaire
- Substance psychoactive
- Produit cosmétique
- Produit de tatouage
- Autres produits ...

## Liés à une pratique médicale



- Infection associée aux soins (infection nosocomiale)
- Événement indésirable grave associé à des soins (entraînant le décès, des séquelles irréversibles graves, ou des risques pour la santé publique)

# PROMOUVOIR

- Des contenus simples
- Comprendre les enjeux de la démarche de déclaration
- Un guidage pour orienter le déclarant en fonction de l'événement ou de la situation constatée

# FACILITER

- Un portail commun à tous les déclarants
- Quelle que soit la situation rencontrée

# ORIENTER

# FLUIDIFIER



## Orienté le déclarant vers la (ou les) vigilance(s) correspondant à sa situation

- **Questionne le déclarant** au moyen de questions simples, non techniques
- **Identifie** la (les) vigilance(s)
- Outil la démarche de **télé déclaration**
- Ne se substitue pas aux outils existants



## 3 modalités de déclaration possibles:

### Télé-déclaration sur le portail

- Vigilances non outillées
- Formulaires dématérialisé en ligne



### Orientation vers un outil en ligne existant

- Certaines vigilances outillées
- Accessibles uniquement aux professionnels de santé

e-SIN



### Orientation vers un professionnel de santé

- Vigilances non ouvertes à la déclaration pour les particuliers



# Groupe de travail

## Gestion d'un EIAS grave ou potentiellement grave

- Objectif général
  - Apporter un appui méthodologique aux professionnels dans la gestion des événements indésirables associés aux soins graves ou potentiellement graves, depuis la survenue de l'événement jusqu'au suivi du plan d'actions d'amélioration.
  - Cible : les 3 secteurs d'activité mais le 1<sup>er</sup> secteur traité : établissements de santé
- Contexte

*Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016* relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés aux soins (inclut le formulaire de déclaration sur le portail national).
- Objectif opérationnel

Diffuser  
un guide d'aide à la déclaration et d'analyse d'un EIAS grave ou potentiellement grave  
simultanément à l'ouverture du portail national

# Le groupe de travail

- Les pilotes
  - Marie José STACHOWIAK – Coordinatrice STRARAQS - Pilote STARAQS
  - Françoise BEROT - Hôpital Forcilles Fondation Cognacq-Jay - Pilote GRRIFES
- Le groupe
  - Nadia AGUINI - Coordonnateur des risques associés aux soins - Institut Gustave Roussy
  - Maud Barrande - Gestionnaire de Risques - Groupe Public de Santé Perray Vaucluse
  - Frédéric BEAUSSIER - Responsable du service Qualité et Gestion des risques - Groupe Hospitalier Paul Guiraud
  - Khatima ELMORABIT Responsable qualité – Formation - Gestion des risques – Clinique des Champs Elysées
  - Virginie LAZZAROTI - Directrice Qualité – Gestion des risques - Hygiène - Hôpital privé de l'Europe
  - Gaëlle LE GALLAIS - Chargée de mission Gestion des Risques - Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités - Siège AP-HP
  - Virginie MONNOT - Responsable Qualité - Gestion des Risques - CH Sainte Anne
  - Nathalie VICINI - Adjointe Qualité Risques - Hôpital Forcilles Fondation Cognacq-Jay

# Le guide méthodologique de gestion d'un EIAS grave ou potentiellement grave

- Un guide  
« *par des gestionnaires de risques pour des gestionnaires de risques* »
- Un guide « *deux en un* »
  - Un guide d'analyse : méthodologie
  - Un guide d'aide à la gestion de l'EIAS : approche managériale à deux niveaux
    - le service où s'est produit l'EIAS
    - l'établissement
- Idée phare : points réglementaires et conceptuels clefs mais également "pratico-pratiques"  
Supports à type de logigramme complété de documents supports, guides, fiches réflexes...

# Le guide méthodologique de gestion d'un EIAS grave ou potentiellement grave

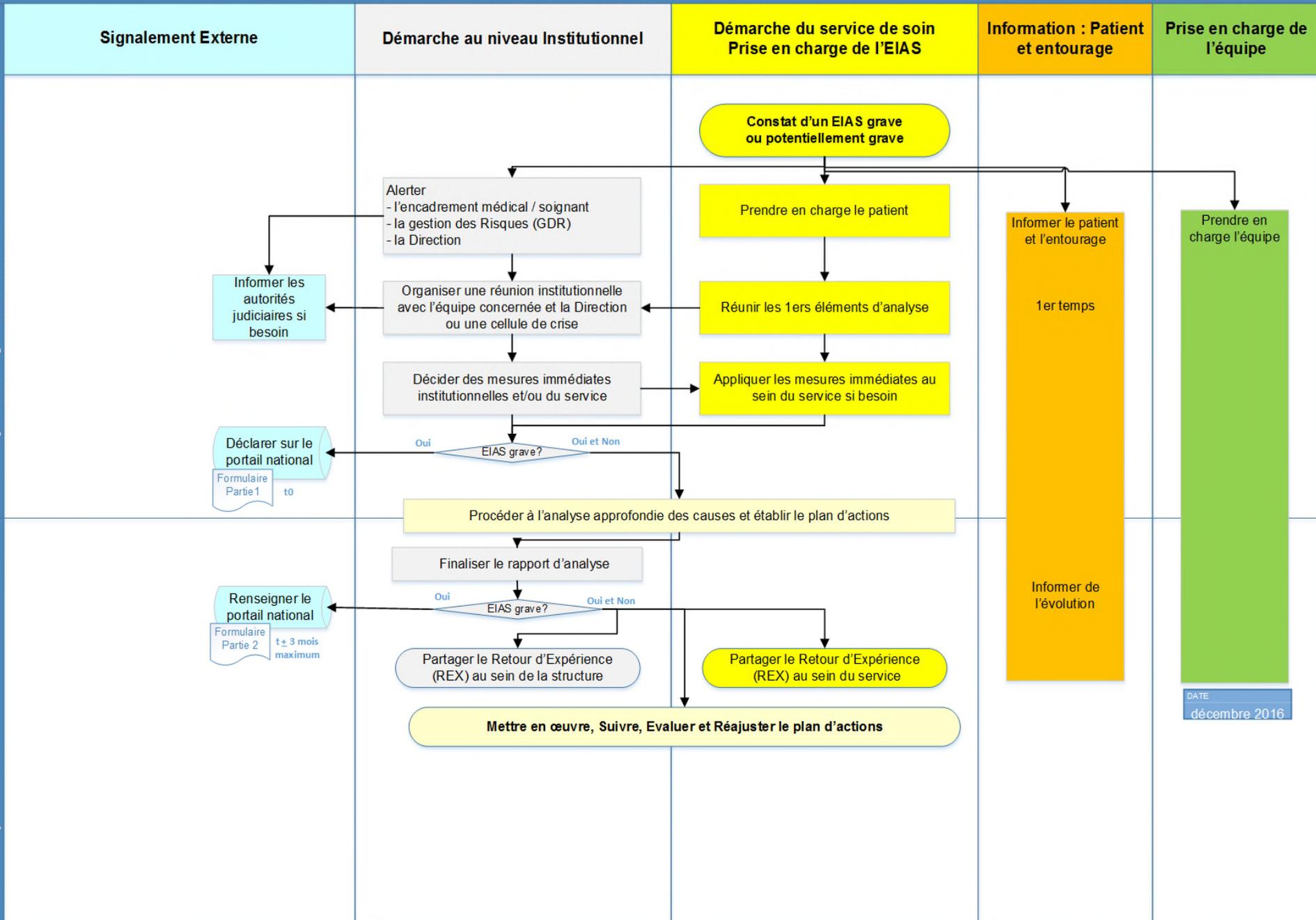
## Un guide, deux supports

- Un document rédigé : *en cours de finalisation* avec l'ensemble des documents supports ou fiches réflexes inclus
- Un support informatique avec une page d'accueil, des blocs par item, les logigrammes – niveaux 1 et 2 - et des liens.

# Signalement et traitement d'un Evènement Indésirable Associé aux Soins (EIAS) grave ou potentiellement grave

Phase 1 : Signalement et gestion immédiate

Phase 2 : Analyse et actions



# Signalement et traitement d'un Evènement Indésirable Associé aux Soins (EIAS) grave ou potentiellement grave

## Signalement Externe

## Démarche au niveau Institutionnel

## Démarche du service de soin Prise en charge de l'EIAS

## Information : Patient et entourage

## Prise en charge de l'équipe

**Alerter** l'encadrement médical / soignant présent ou de garde  
*Tout agent*

**Prévenir la** Direction, le Président CME, le Directeur des soins ou l'administrateur de garde

**Prévenir le** Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) et/ou le gestionnaire des risques (GDR)

*L'encadrement médical / soignant présent ou de garde*

Organiser une **réunion ou une cellule de crise** restreinte avec l'encadrement ...  
*Direction, CGRAS et/ou IGDR*

Décider des mesures immédiates au niveau institutionnel  
*Direction*

Oui  
EIGS? Evènement sensible?  
Qualification GR  
Oui ET non

**Prévenir le cas échéant :** la police, le procureur, le maire, le centre de détention, le centre de rétention ...  
*La Direction*

**Déclarer sur le portail national**  
Formulaire Partie 1 10

**Constat d'un EIAS grave ou potentiellement grave**  
*Tout agent*

Noter les informations dans le dossier du patient  
*Equipe soignante*

Urgence vitale?

**Prendre en charge l'urgence vitale**  
*Equipe soignante*

**Temps de concertation**  
*Equipe, encadrement, experts sollicités*

**Soins immédiats**  
*Equipe soignante*

Mettre en place les **mesures conservatoires** si besoin

**Réunir les 1ers éléments d'analyse** chronologie, circonstances, niveau de gravité des conséquences immédiates pour le patient, le personnel, l'établissement, la réaction du patient ...  
*CGRAS et/ou GDR et encadrement, équipe*

**Poursuivre la prise en charge du patient**  
*Equipe soignante*

Initier le dossier d'analyse  
*CRAS et/ou GDR*



Rédiger le rapport circonstancié  
*Encadrement*



**Appliquer les mesures immédiates décidées**  
*Equipe soignante, experts, vigilants*

Annonce ou dommage au patient et/ou à l'entourage  
Selon la procédure d'annonce d'un **dommage associé aux soins** de l'établissement  
*Médecin, cadre de santé, vigilants, ...*

Organiser un **désamorçage** avec l'équipe  
*Encadrement*

Proposer une **aide immédiate** au(x) soignant(s)  
*Encadrement*

Solliciter le cas échéants les professionnels « soutien »  
*Encadrement*

# Documents supports ou fiches réflexes identifiés

DOCUMENTS SUPPORTS OU FICHES REFLEXES	NIVEAU D'EVOLUTION
Rapport circonstancié	F
Organiser une réunion instit. ou cellule de crise	F
Alerter la hiérarchie	F
Dossier d'analyse (Présentation de l'événement, analyse, plan d'actions)	EC
Méthode ALARME	EC
Communication interne et externe	EC
Soutien aux équipes	EC
Mesures conservatoires	
Information des autorités judiciaires	
Réaliser une enquête approfondie	
Animer une analyse collective des causes	

# Présentation du guide de mise en place des REX et CREX dans le secteur médico-social

- **Les pilotes**

- Marie SAUVAGE - STRARAQS - Pilote STARAQS
- Marie-Carmen HEBRAIL – Maison Médicale Jeanne Garnier - Pilote GRRIFES

- **Le groupe**

- Frédéric BEAUSSIER, Responsable du service Qualité et Gestion des risques (Direction du parcours de soins) Groupe Hospitalier Paul Guiraud
- Gabrielle BALU, Chargée de mission Qualité Fondation des amis de l'atelier
- Stéphane BORIN, Chargé de mission qualité et gestion des risques Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon
- Hélène BULCKE, Responsable Qualité CESAP
- Raphaëlle ISSENMANN Chargée de mission qualité Fondation de Rotschild
- Cyrille LESPAGNOL, Coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins
- Isabelle OLRVY, Responsable Qualité Groupe SOS Solidarités
- Roselyne VASSEUR Adjointe au Chef du Service des Ehpad Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, Sous-Direction des Services aux Personnes Agées

## Des objectifs

- Proposer un document facilitant le déploiement de la démarche retour d'expérience et la mise en place des comités de retour d'expérience dans le secteur médico-social.
- Proposer un guide utilisable aussi bien par le management que par les professionnels des services et structures.
- Proposer un appui pour la prise en compte des textes réglementaires récents dans le secteur médicosocial
  - Proposer des ateliers de formation

Appui  
méthodologique

Sensibilisation du  
management

Outils adaptables  
et opérationnels

## Des choix

- un format de document adaptable aux besoins des établissements et services médicosociaux qui peuvent être très différents d'une structure à l'autre
- une production socle courte complétée d'annexes (partie évolutive)

# Les points clés du projet

## Le travail du groupe

Le déroulement des séances de travail :

- Nombre limité de séances : 4 (mai, septembre, novembre 2016 et janvier 2017)
- Echanges

- Définir les notions :  
périmètres des notions d'analyse des événements indésirables du retour d'expérience et des comités de retour d'expérience pour (et par) les acteurs de la gestion des risques et de la mise en œuvre des démarches qualité du secteur médicosocial

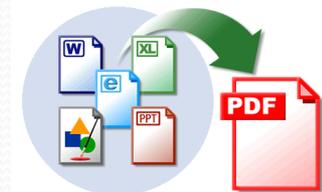
- Définir le vocabulaire à utiliser  
- Simplification des termes utilisés et plus de pédagogie (définition des termes, objectifs de la démarche...)  
Réponse plus appropriée au médico social

- Meilleure définition des pré-requis
  - implication du management,
  - ressources humaines
  - Système de gestion des EI

Énormément  
de partage d'expérience et d'échanges  
au sein du groupe de travail



Important travail rédactionnel en  
inter-séances



# Les points clés du projet

## La production

Version finale (version 30 !)  
19/02/2017



Structure d'appui Régionale à la Qualité et la Sécurité des prises en charge  
Ile-de-France

ANALYSE DES EVENEMENTS INDESIRABLES, RETOUR  
D'EXPERIENCE, COMITE DE RETOUR D'EXPERIENCE

QUE FAIRE ? POURQUOI FAIRE ? COMMENT FAIRE ?

GUIDE POUR LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

Gestion des Risques Réseau Ile-de-France des Etablissements de Santé



- Socle hors introduction : 10ème de pages

Liste des acronymes et des sigles utilisés .....	7
Définition de l'emploi de termes .....	7
CONTEXTE .....	8
INTRODUCTION .....	9
I. REPERER ET SIGNALER LES EVENEMENTS INDESIRABLES .....	12
ou, comprendre ce qu'est un évènement indésirable et l'utilité de l'analyser .....	12
1. Qu'est-ce qu'un évènement indésirable ? Qu'est-ce qu'un évènement indésirable grave? ....	12
2. Pourquoi signaler les événements indésirables graves ? .....	14
3. Comment faciliter le signalement ? .....	14
3.1 Organiser le signalement .....	14
4.1 La culture positive du dysfonctionnement .....	15
4. Quelle est l'utilité de signaler ? .....	16
II. UTILISER LES SIGNALEMENTS POUR S'AMELIORER .....	17
ou, définir et organiser le retour d'expérience .....	17
1. Qu'est-ce que le retour d'expérience ? .....	17
2. Comment organiser le retour d'expérience ? .....	18
3. Quelle est l'utilité du retour d'expérience ? .....	18
III. S'ORGANISER POUR TRAVAILLER DE MANIERE PERENNE .....	19
ou, définir et organiser le rex en comité de retour d'expérience .....	19
1. Qu'est-ce qu'un CREX ? .....	19
2. Comment organiser la mise en place des CREX ? .....	19
3. Quelle utilité du CREX ? .....	21
IV. UTILISER UNE METHODE ADAPTEE D'ANALYSE DES EVENEMENTS INDESIRABLES .....	21
1. Quelles sont les méthodes d'analyse des événements indésirables ? .....	21
2. Comment choisir une méthode d'analyse des causes ? .....	22

# Les points clés du projet

## La production

- Les annexes de 5 types :
  - fiches « définition »
  - fiches « exemple »
  - fiches « repère »
  - fiches « méthode »
  - fiches « modèle »

N° de l'annexe	Type	Titre
1	Fiche de définitions	Définitions des événements indésirables
2	Fiche d'exemples	Exemples d'évènements indésirables
3	Fiche repère	Obligations réglementaires de signalements/déclarations
4	Fiche exemple	Exemple de circuit de signalement interne
5	Fiche outil	Méthode de collecte des événements indésirables Exemple 1 de fiche existant en établissement ou service
5BIS	Fiche outil	Méthode de collecte des événements indésirables Exemple 2 de fiche existant en établissement ou service
5TER	Fiche outil	Méthode de collecte des événements indésirables Exemple 3 de fiche existant en établissement ou service Fiche de l'ARS
6	Fiche définition	Echelles et matrice de gestion des risque
7	Fiche modèle	Affiche de communication
8	Fiche document réglementaire	Formulaire de transmission de l'information aux autorités administratives
9	Fiche méthode	Fiche ARS
10	Fiche information	Portail national de signalement des EIG
11	Fiche modèle	Charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables de l'AP-HP
11BIS	Fiche modèle	Charte d'incitation à la déclaration
11TER	Fiche modèle	Charte d'incitation à la déclaration
12	Fiche définition	Erreur
13	Fiche repère	Les enjeux de l'analyse d'un événement indésirable
14	Fiche méthode	Le retour d'expérience
15	Fiche méthode	Aide à la réalisation d'un diaporama de présentation d'un REX
16	Fiche méthode version 1 - détaillée	Aide à la mise en œuvre du comité de retour d'expérience
16BIS	Fiche méthode version 2 - sythèse	Aide à la mise en œuvre du comité de retour d'expérience
16TER	Fiche méthode version 3 - synoptique	Aide à la mise en œuvre du comité de retour d'expérience
17	Fiche modèle 1	Modèle de compte rendu de réunion du comité de retour d'expérience
17BIS	Fiche modèle 2	Modèle de compte rendu de réunion du comité de retour d'expérience
18	Fiche modèle 1	Bilan annuel de comité de retour d'expérience
18BIS	Fiche modèle 2	Bilan annuel de comité de retour d'expérience
18TER	Fiche modèle	Bilan annuel de comité de retour d'expérience
19	Fiche modèle	Diaporama de formation des équipes à la mise en place du comité de retour d'expérience
20	Fiche repère	Facteurs clés de succès de la tenue des réunions de comité de retour d'expérience
21	Fiche méthode	Méthode d'analyse des EI
22	Fiche méthode	Analyse des causes d'un événement indésirable par la méthode de l'arbre des causes
23	Fiche méthode	Analyse des causes d'un événement indésirable par la méthode diagramme cause - effet
24	Fiche méthode	Analyse des causes d'un événement indésirable par la méthode ALARME
25	Fiche méthode	Analyse des causes d'un événement indésirable par la méthode QOQCP
26	Fiche méthode	Aide à l'animation de l'analyse des causes d'un événement indésirable

# Calendrier ...

- Relecture et validation par le bureau du GRRIFES :  
Retours souhaités pour le 28/02/2017
- Corrections : 10 jours
- « Mise en test » :
  - Le guide est proposé le 13 mars 2017 à 15 EHPAD participants à une expérimentation sur le thème de l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse
  - Le guide est proposé à des établissements de la
- Probable mise en ligne sur le site de la STARAQS mi ou fin avril 2017
- Ateliers de formation



# Présentation de la cartographie du risque infectieux

## Objectifs :

- Produire une cartographie des risques infectieux, en utilisant l'outil CARTOGRIFES, en faisant référence aux recommandations professionnelles
- Faciliter le travail des gestionnaires de risques et des équipes d'EOH en utilisant au maximum les libellés du compte qualité et les catégories de la HAS

**Pilote GRRIFES** : Isabelle EYMERY, Ingénieur Hospitalier GRAS – CH Poissy-ST Germain

**Pilote STARAQS** : Marie José STACHOWIAK, - Coordinatrice STARAQS

## Composition du groupe :

- Dr Hélène Ittah-Desmeules : GH Est Francilien – Meaux
- Dr Laurence Marty GH Est Francilien - Marne la Vallée
- Isabelle Lorenzi : Hopital Tenon
- Dr JC Séguier : CH Poissy- ST Germain
- F Chrétien : CH Poissy- ST Germain
- Dr E Seringe : ARLIN

**Lancement** : septembre 2016

**Fin prévue** : Juin 2017

# Cartographie des Risques Infectieux en Etablissement de Santé 2017

## AMDEC

	A - LIÈS AU PROCESSUS DE SOINS 1/2	B - LIÈS AU PROCESSUS DE SOINS 2/2	C - ATB	D - ENVIRONNEMENT ET TRAVAUX 1/2	E - ENVIRONNEMENT ET TRAVAUX 2/2	F - RISQUES PROFESSIONNELS	G - SECTEURS À RISQUES SPÉCIFIQUES
Echelles	A1 - Infections urinaires	B1 - ISO	C1 - Diffusion des résistances bactériennes	D1 - Eau	E1 - Dispositifs médicaux	F1 - AES	G1 - Hémodialyse
Liste des risques	A2 - Infections de la peau et des tissus mous	B2 - Infections KT bactériémies BMR ou non		D2 - Air	E2 - Alimentation et Nutrition	F2 - Autres risques infectieux	G2 - Endoscopie
Enregistrer	A3 - Infections respiratoires	B3 - Méningites		D3 - Surface	E3 - Linge		G3 - Actes TIUM
Quitter	A4 - Infections digestives	B4 - Epidémies BMR BHR		D4 - Déchets			G4 - Balnéothérapie
		B5 - Epidémies autres					



Nature du Risque

Ajouter

Supprimer

Situation dangereuse

Effet Dommage

Cause de la situation dangereuse

Dispositif de maîtrise en place

1- infection à point de départ dispositif intravasculaire (tous DIV)

défaut de mesures d'hygiène au moment de la pose, de l'entretien ou de la manipulation des lignes veineuse

contamination du DIV a partir de la flore cutanée du patient lors de la pose contamination du catheter lors des manipulations prolifération intraluminaire

absence de procédure ou 'méconnaissance des recommandations (préparation cutanée, changement de lignes, rinçage pulsé..)

rédaction, actualisation et prise de connaissance des procédures (ktvp, KTC, Picc Line, CI) formation

1- infection à point de départ dispositif intravasculaire (tous DIV)

défaut de matériel (pansement, prolongateur, valves..)

augmentation du risque de contamination du DIV

choix de matériel par centrale d'achat méconnaissance des recommandations

choix de matériel en collaboration avec l'EOH et les équipes rédaction et prise de connaissance de procédures formation

2- infection à point de départ cathéter veineux périphérique (ktvp)

maintien non justifié du cathéter au-delà de 4 jours

augmentation du risque de contamination du cathéter

absence de traçabilité de la date de pose absence de procédure ou 'méconnaissance des recommandations

rédaction, actualisation et prise de connaissance de procédure ktvp formation

2- infection à point de départ cathéter veineux périphérique (ktvp)

défaut de surveillance du cathéter (point de ponction, étanchéité du pansement..)

retard à la prise en charge adaptée d'une anomalie (retrait du cathéter, réfection du pansement..)

absence de procédure ou 'méconnaissance des recommandations défaut de paramétrage du dossier de soins informatique

rédaction, actualisation et prise de connaissance de procédure formation traçabilité de la surveillance

2- infection à point de départ cathéter veineux

défaut de prise en charge diagnostic et thérapeutique de

bactériémie, localisation secondaire

défaut de surveillance méconnaissance du risque (bactériémie à S aureus et endocardite )

information-éducation du patient 'rédaction, actualisation de recommandations curatives 'organisation de la surveillance des bactériémies

# Groupe de travail : Lettre de sortie

## *Document de liaison pour sécuriser la coordination des soins*

Objectif :

**Produire un document de liaison régional, outil de mise en œuvre du décret 20 juillet 2016 « lettre de liaison ». Au-delà d'une lettre de liaison en début et fin d'hospitalisation, le document devra être générique afin d'accompagner le patient et faciliter la coordination de son parcours de santé.**

Pilote GRRIFES : Zied GUERFALI, responsable QGDR – AURA Paris

Pilote STARAQS : Dr Henri BONFAIT, directeur médical - STARAQS

Composition du groupe :

- Brigitte BISSAUGE, Responsable Qualité - Chef de Projet Dossier Patient Informatisé – Fondation Hospitalière Sainte Marie
- Dr Jean BRAMI, Médecin libéral
- Annaïg DURAND, Référente administrative - Hospitalisation à domicile ARS IDF
- Denis GAVALDA, Directeur qualité et gestion des risques – Clinique de la Porte Verte
- Sarah LIVARTOWSKI, Coordinatrice PAERPA Paris
- Pierre MARTINEZ, Directeur projet SESAN
- Dr Marina MARTINOWSKY, Référente thématique Hospitalisation à domicile – Maladies rares – Diagnostic génétique post-natal –ARS IDF
- Catherine OLLIVET, Présidente du CISS - Collectif Interassociatif Sur la Santé
- Catherine PORET, Responsable qualité-gestion des risques - Santé Services

# Groupe de travail : Lettre de sortie

*Document de liaison pour sécuriser la coordination des soins*

## **Point d'avancée :**

Deux réunions de travail

+ travail en inter-séance par les membres du groupe

## **Echéances /perspectives :**

- Version définitive en cours de formalisation.
- Mise à disposition du comité de lecture : début janvier 2017.
- Validation et diffusion publique : mars 2017.

## **Comité de lecture :**

- Bureau du GRRIFES
- Dr Eric GALAM, médecin généraliste
- Dr Martine SOUDANI, médecin conseil coordonnateur CASVP
- Dr Dominique BONNET-ZAMPONI, médecin gériatre AP-HP

## **Finalité :**

Mettre à disposition des établissements de santé un document de base transposable à leurs spécificités.

# Groupe de travail : Lettre de sortie

## Document de liaison pour sécuriser la coordination des soins



### LETTRÉ DE SORTIE

Document de liaison pour sécuriser la coordination des soins

Document de sortie validé pour CRIL :  OUI  NON  
 Si non CRIL définitif envoyé au IUT dans les 3 jours. Adresse la norme

Rédigé par : ..... Date : .....  
 Intail : ..... Téléphone : .....

Rendu en main propre au patient ou à son entourage le : ..... Délivré dans le DMIP :  Oui  Non  
 Accord du patient pour la transmission de ce document :  Oui  Non /  Oui  Non /  Oui  Non  
 Adressé au IUT par message/courriel/écrit ou par courrier :  Oui  Non  
 (Nom et coordonnées) : .....  
 Adressé aux soignants désignés par le patient :  Oui  Non  
 (Nom et coordonnées) : .....

#### RENSEIGNEMENTS D'ORDRE ADMINISTRATIF

**Données patient**

Nom de naissance : ..... Prénom : .....  
 Nom de famille : .....  
 Date de naissance : ..... Sexe :  M  F  
 Adresse : ..... Téléphone : .....  
 Adresse électronique : .....  
 Personne à contacter (Nom, prénom et coordonnées, lien avec la personne) : .....

#### Données d'admission

Établissement (Nom et Adresse) : .....  
 Service : .....  
 Médecin référent du patient pendant la prise en charge : .....  
 Entrée le : .....  
 Somme le : .....  
 Somme :  Domicile  
 Autre établissement d'hébergement  
 Autre établissement de soins  
 Mode d'admission :  Programmé  Transfert  Urgence  
 Motif d'admission : .....

#### ÉTAT CLINIQUE À LA SORTIE

**ANAMNÈSE MÉDICALE AU DÉPART** (Préciser les antécédents / Pathologie en cours / Situations médicales récentes pendant la prise en charge au DMIP / Antécédents personnels significatifs ainsi que les allergies si elles sont connues / Les médicaments prescrits / Traitements, le statut vaccinal, les allergies, les réactions médicamenteuses, les réactions allergiques, les réactions aux produits de contraste iodés, les réactions aux produits de contraste à base de gadolinium, les réactions aux produits de contraste à base de bismuth)  
 .....  
 .....

#### RÉSULTATS ACTES TECHNIQUES, EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ET BIOLOGIQUES PERTINENTS

.....  
 .....

TRANSFUSION DE PRODUIT SANGUIN LABILE :  Oui  Non

RÉSULTATS D'EXAMENS EN ATTENTE :  Oui  Non  
 Si oui : .....

GESTION DES RISQUES - POINTS DE VIGILANCE			
Sécurité Nutritionnelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évalué	Anticoagulant :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sécurité Médicaments	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évalué	Si AVK/DO :	(indiquer le statut de prise par le patient) :
Risque d'escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Allergie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Risque de chute route	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, lequel :	
Risque de chute	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sous oxygène :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déambulation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui :	L'unité pour : ...../.....
Somité à l'issue de l'entourage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

#### INFORMATIONS UTILES AU SUIVI ET À LA CONTINUITÉ DES SOINS

Demande d'ALD :  Non applicable  Effortifs  À faire

#### Informations patient

État psychique du patient à la sortie : Détaché  Oui  Non / Peu alerte  Oui  Non / Bon moral  Oui  Non  
 Handicap : Visuel  Oui  Non / Auditif  Oui  Non / Langage  Oui  Non  
 Commentaires : .....

#### Rendez-vous et soins

Rendez-vous programmés :  Oui  Non  
 Si oui, lequel (date, motif, nom) : .....  
 Patient ou entourage informé :  Oui  Non  
 Rendez-vous A PRENDRE :  Oui  Non  
 Si oui, lequel (date, motif, nom) : .....  
 Patient ou entourage informé :  Oui  Non  
 Soins infirmiers :  Oui  Non Si oui, lequel : .....  
 Soins de rééducation :  Oui  Non Si oui, lequel : .....

#### Traitements médicamenteux

Médicaments habituels avant l'admission	À la sortie	Commentaires
Non (OU) OU (démarche administrative, Drogue, Sexe, Poids) d'administration, Préparats, Dates et modalités de traitement, ...	Non (OU) OU (démarche administrative, Drogue, Sexe, Poids) d'administration, Préparats, Dates et modalités de traitement, ...	Quel(s) médicament(s) ont été prescrits pendant la prise en charge ? Justifier si (non) ou si (partiellement) prescrits pendant la prise en charge. Citer le nombre et le nom de doses de médicaments prescrits pendant la prise en charge. Préciser si non thérapeutique et le statut.

#### Ordonnances

Médicaments  Soins infirmiers  
 Prescription d'examens  Kinésithérapie  
 Régime  Médical  
 Arrêt de travail  
 Compléments nutritionnels

#### Prothèses

Lentilles :  Oui  Non Casier :  Oui  Non Distributeur :  Oui  Non  
 Prothèse auditive :  Oui  Droite  Gauche  Non  
 Prothèse dentaire :  Oui  Haut  Bas  Non  
 Autre : .....

Gestion des risques – points de vigilance

Informations patient

Continuité des soins

Traitement médicamenteux

Ordonnances et prothèses

Elaboration de la lettre et sa diffusion

Renseignements d'ordre administratif

Etat clinique à la sortie

# Groupe de travail : Lettre de sortie

*Document de liaison pour sécuriser la coordination des soins*

## Les plus de ce document:

- Répond entièrement aux attentes du décret du 20 juillet 2016 « lettre de liaison »
- Répond à l'indicateur 3 « Qualité du document de sortie (QDS) » et au TDP 12 et 13

<b>Droit des patients</b>	Traçabilité de l'accord du patient pour la transmission du document à d'autres professionnels
<b>Type de transmission</b>	Traçabilité du dépôt dans le DMP
	Traçabilité de la remise du document en main propre au patient ou à son entourage - datation
	Traçabilité de la diffusion du document au soignant désigné par le patient (profession libérale)
<b>Gestion des risques - points de vigilances</b>	Identification de 10 items : BHRE, BMR, escarre, fausse route, chute, déambulation, sortie à l'insu de l'entourage, anti coagulation, allergie, mise sous oxygène
<b>Informations utiles</b>	Etat psychique du patient à la sortie Type d'handicap s'il y en a
<b>Ordonnances de sortie</b>	Médicaments, prescriptions d'examens, régime, matériel médical, soins infirmiers, soins de rééducation, compléments nutritionnels...
<b>Prothèses</b>	Lunettes, prothèse dentaire, prothèse auditive...

# Appel à participation aux groupes de travail 2017

- Guide méthodologique des EI dans les structures médico-sociales
- Guide d'analyse d'un suicide, en partenariat avec l'ARS
- Texte de présentation du GRRIFES pour le site internet
- Guide sur les revues de processus
- Préparation de la conférence sur la certification
- Préparation de la conférence sur la fin de vie, les soins palliatifs
- CREX en ville
- Chutes (pare à chute) ?
- Violence et agressivité ?
- Présentation de retours d'expérience ?

# Programme de conférences 2017

Thème	Date	Lieu	Référent Starags	Référent Grrifes
« Dialyse en Ile-de-France : la gestion des risques au cœur du dispositif de prise en charge de l'IRCT »	19 janvier 2017	Hôtel Dieu	Marie Jo STACHOWIAK	Zied GUERFALI
« Troubles de la déglutition »	Avril 2017	Hôtel Dieu	Marie sauvage	
Gestion des risques et certification	Mai – juin 2017		Henri BONFAIT	
Gestion des risques en périnatalité	Octobre 2017		Marie Jo STACHOWIAK	Anne BATTUT
Fin de Vie – Soins palliatifs (à valider)	Décembre 2017			

# **Journée régionale organisée par l'ARS**

**Evènements Indésirables Graves associés aux soins :  
Pratiques et évolution réglementaire**

**VENDREDI 21 AVRIL 2017 8h30 à 17h30**



# **Date de la prochaine plénière**

**JEUDI 22 JUIN 2017 après-midi**