



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève



# ***Gestion des incidents et des événements indésirables graves dans le domaine de la santé: faisons-nous juste?***

***6 décembre 2018***

Semaine qualité des HUG  
4 - 7 décembre 2018



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève



## **Orateurs:**

***Mme Juliette Harari***

***Directrice, direction des affaires juridiques, HUG***

***M. Xavier Henriod***

***Deputy Head Safety Investigation & Assessment West chez Skyguide***

***Mme Rachel Christinat***

***Maître-assistante à la faculté de droit de l'Université de Neuchâtel et  
avocate associée à l'Etude Schaller à Neuchâtel***

***Pr Pierre Chopard***

***Médecin-chef, Service qualité des soins, HUG***

***Mme Marinette Ummel***

***Secrétaire juriste, HUG et chargée d'enseignement à l'Institut Ethique,  
Histoire, Humanité, Genève***

# Programme

---



- 13h30 -14h00 Le système de gestion des incidents et des événements indésirables graves aux HUG sera comparé aux recommandations de bonne pratique. Pierre Chopard, Juliette Harari
- 14h00 -14h45 Système de gestion des incidents chez les aiguilleurs du ciel : Xavier Henriod
- 14h45 -15h15 Pause**
- 15h15 -15h45 Utilisation des systèmes de gestion des incidents en procédure : une menace pour le développement des systèmes de gestion des incidents ? Rachel Christinat
- 15h45-16h30 Table ronde animée par Marinette Ummel

# *Objectifs de GIDI aux HUG*

---

- Promouvoir une nouvelle culture de la sécurité
- Intégrer les nouveaux concepts d'analyse systémique issus des industries dites à risque (aviation, nucléaire, ...)
- Avoir une meilleure connaissance des risques, de leurs causes et des stratégies possibles pour les réduire
- Renforcer le rôle des collaborateurs dans l'amélioration de la sécurité



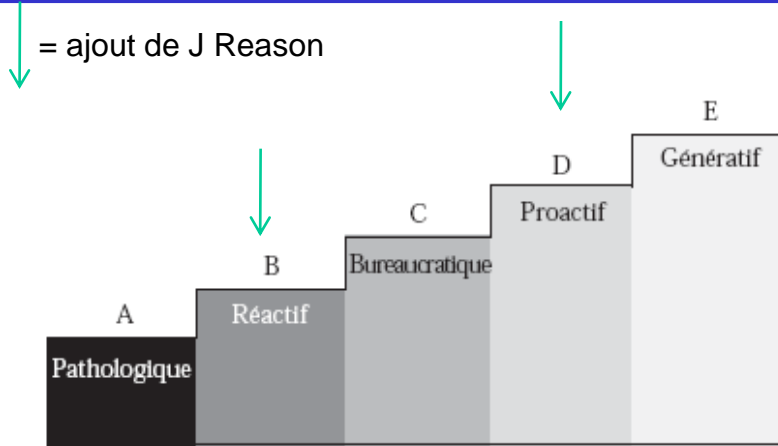
Elaborées conjointement par les trois organisations  
germanophones pour la sécurité des patients



«Il ne peut y avoir de véritable culture de la sécurité sans la déclaration et l'analyse des événements critiques, puis la définition sur cette base de mesures d'amélioration.»

Rapport CIRS sécurité des patients suisse, 2016.

# Typologies de la culture sécurité



Dianne Parker Safety Science 44 (2006) 551–562  
Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)

A - Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins?

---

B - Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un incident.

---

C - Nous avons des systèmes en place pour gérer la sécurité des soins.

---

D - Nous sommes toujours en alerte, nous avons toujours à l'esprit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir.

---

E - La gestion de la sécurité des soins fait partie intégrante de tout ce que nous faisons.

---

# Evolution concept sécurité aux HUG

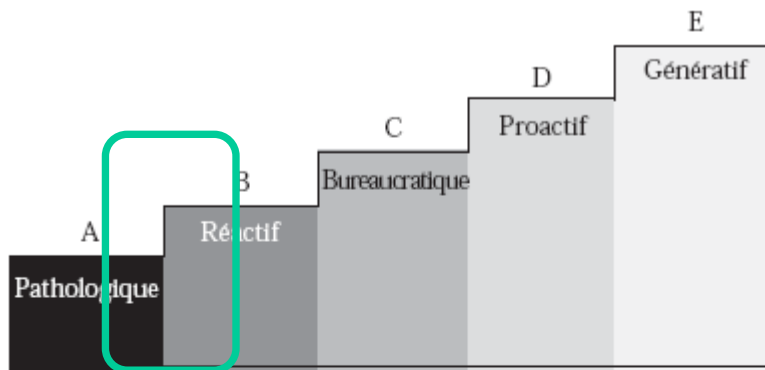
---

## Directive Fait grave (1997)



- « *Le médecin chef de clinique signale sans délai, par téléphone, au Secrétaire général (site HC : 372.60.13, BI : 305.41.50) ainsi qu'à la hiérarchie médicale tout fait grave s'étant produit dans l'unité ou les unités placées sous sa responsabilité. »*
- **Aucune référence à la qualité, gestion des risques**
- **Objectif: contrôle, sanction**
- **Recherche de la « pomme pourrie »**

# Typologies de la culture sécurité



A - Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins?

B - Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un incident.

C - Nous avons des systèmes en place pour gérer la sécurité des soins.

D - Nous sommes toujours en alerte, nous avons toujours à l'esprit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir.

E - La gestion de la sécurité des soins fait partie intégrante de tout ce que nous faisons.

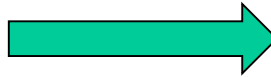
Dianne Parker Safety Science 44 (2006) 551–562  
Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)

Directive fait grave aux HUG

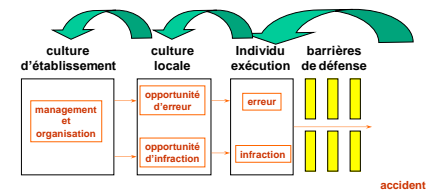


# Evolution concept sécurité aux HUG

## Directive Fait grave (1997)



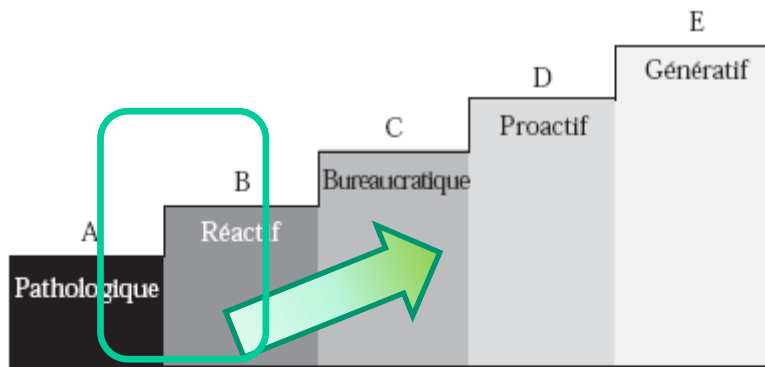
## Directive Incidents – EIG (2011)



- « Le médecin chef de clinique signale sans délai, par téléphone, au Secrétaire général (site HC : 372.60.13, BI : 305.41.50) ainsi qu'à la hiérarchie médicale tout fait grave s'étant produit dans l'unité ou les unités placées sous sa responsabilité. »
- **Aucune référence à la qualité, gestion des risques**
- **Objectif: contrôle, sanction**
- **Recherche de la « pomme pourrie »**

« Il s'agit d'apprendre au travers des événements signalés comment combler les lacunes relevées ou pallier les dysfonctionnements afin de réduire leurs risques de survenue. L'analyse de l'évènement décrit les facteurs contributifs qui ont pu faciliter sa survenance et permet d'identifier les actions possibles en termes d'amélioration de la sécurité. »

# Typologies de la culture sécurité



A - Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins?

B - Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un incident.

C - Nous avons des systèmes en place pour gérer la sécurité des soins.

D - Nous sommes toujours en alerte, nous avons toujours à l'esprit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir.

E - La gestion de la sécurité des soins fait partie intégrante de tout ce que nous faisons.

Dianne Parker Safety Science 44 (2006) 551–562  
Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)

Mise en place de GIDI (2007)  
Nouvelle directive EIG / Incidents (2011)

Directive fait grave aux HUG

# *Analyse à priori des risques*

---

## **ORIGINAL ARTICLE**

Use of a systematic risk analysis method to improve safety in the production of paediatric parenteral nutrition solutions

P Bonnabry, L Cingria, F Sadeghipour, H Ing, C Fonzo-Christe, R E Pfister

---

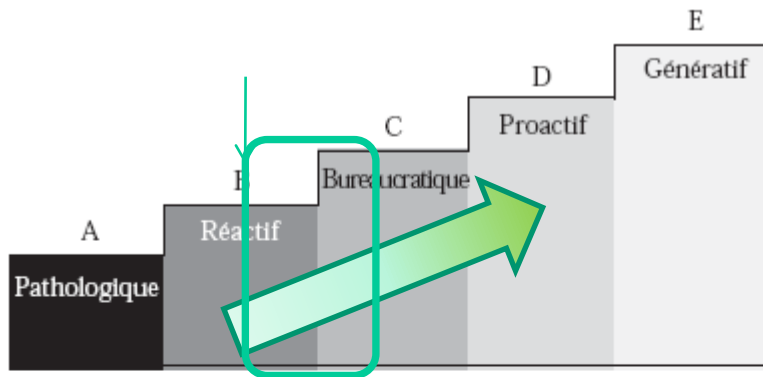
*Qual Saf Health Care* 2005;14:93-98. doi: 10.1136/qshc.2003.007914

## **CONSEIL D'ADMINISTRATION – 8.02.2016**

APPROBATION DE LA MATRICE CONSOLIDÉE DES  
RISQUES INSTITUTIONNELS 2016

Vingt-six risques identifiés et réévalués, dont 5 majeurs

# Typologies de la culture sécurité



A - Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins?

B - Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un incident.

C - Nous avons des systèmes en place pour gérer la sécurité des soins.

D - Nous sommes toujours en alerte, nous avons toujours à l'esprit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir.

E - La gestion de la sécurité des soins fait partie intégrante de tout ce que nous faisons.

Dianne Parker Safety Science 44 (2006) 551–562  
Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)

Cartographie des risques HUG  
Méthodes d'analyses à priori des risques

Directive fait grave aux HUG

Mise en place de GIDI (2007)  
Nouvelle directive EIG / Incidents (2011)

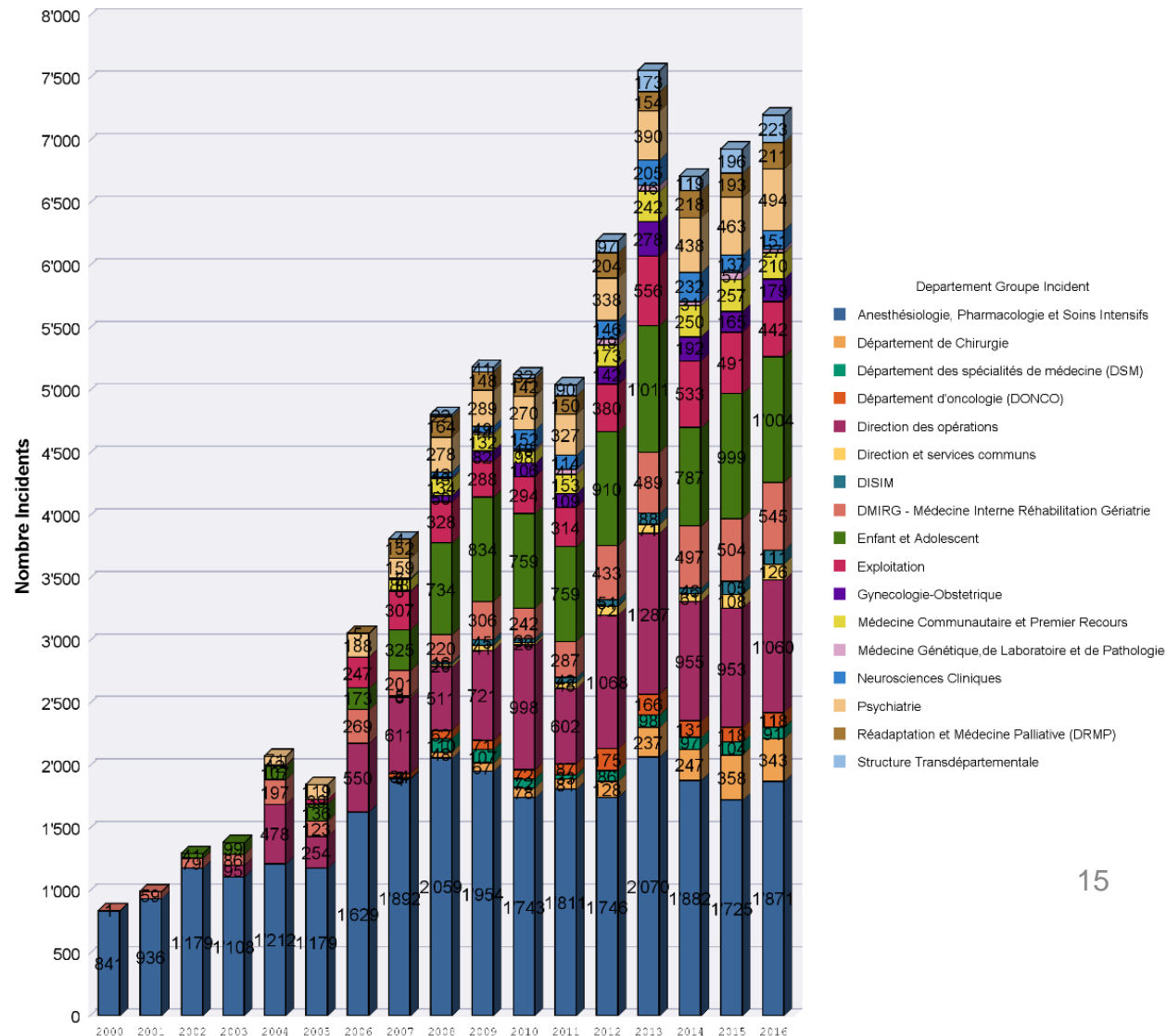
?

# Gestion des incidents / événements indésirables graves



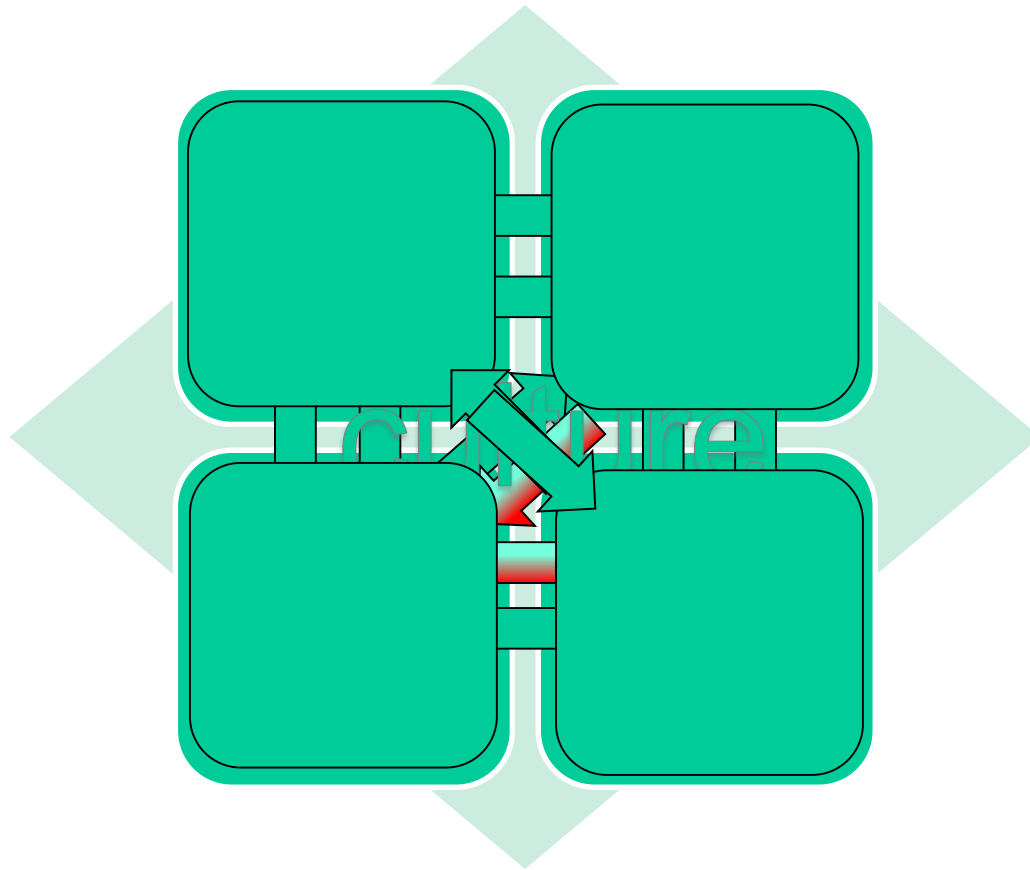
	bénin	grave
Caractéristique ?		
Déclaration ?		<b>OBLIGATOIRE</b>
A qui ?	Groupe incident/Service / Département	Cellule EIG
	+ Vigilance(s) (si pertinent) Hémo/Pharmaco/Matério - Vigilance	+ Vigilance(s) (si pertinent) Hémo/Pharmaco/Matério - Vigilance
Comment ?	GIDI	Formulaire EIG
		+ (Vigilance(s) si nécessaire)
Dans quel but ?	Analyse « système »	Analyse « système »
Conséquence ?	Pas de sanction Confidentialité / anonymat	Sanction possible Évaluation des responsabilités (civile/pénale/disciplinaire)
	Amélioration de la qualité	

# INCIDENTS DÉCLARÉS PAR DÉPARTEMENT

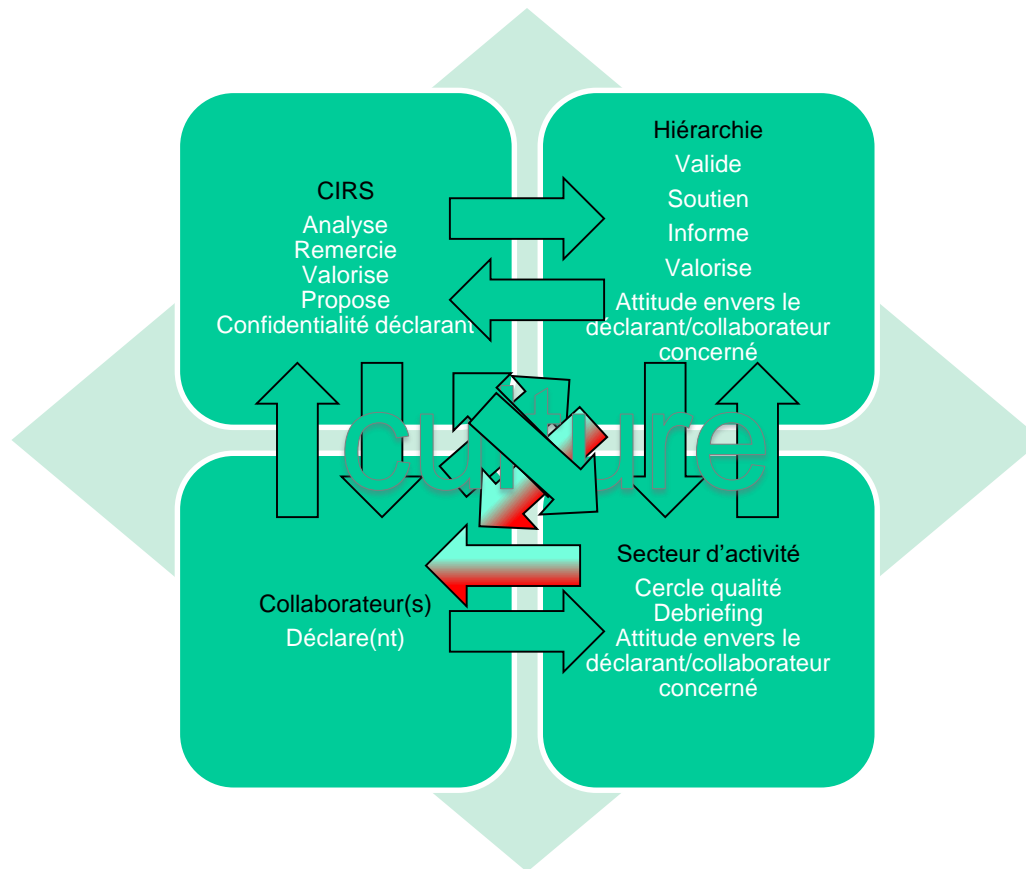


# Le CIRS\* dans une organisation

---



# Le CIRS\* dans une organisation ET la Just Culture





# *Applications des principes pour la mise en œuvre et la gestion d'un système de déclaration des incidents aux HUG*

Extrait mise en place CIRS, sécurité des patients suisse, 2016

<b>Principes</b>	<b>fonctionnalités</b>	<b>Respect</b>
Déclaration volontaire	✓	😊
Confidentialité	✓	😊
Anonymat	✓	😊
Absence de sanctions	✓	😊
Déclaration simple	✓	😊
Traitement immédiat	✓	😊
Analyse par des personnes formées	✓	😊
Orientation système	✓	😊
Feed-back	✓	😊

# *Sécurité des patients suisse*

---

En attendant que les choses évoluent en Suisse, les établissements devraient prendre en pratique différentes mesures de protection, notamment en prévoyant une séparation stricte entre le CIRS et les systèmes d'annonce des préjudices. Cette précaution permet, dans le cadre des conditions juridiques actuelles, de procéder à l'analyse des déclarations CIRS de façon à promouvoir une culture de la sécurité préventive et non punitive et d'accepter le fait que l'erreur est humaine sans mise à l'index ni discrimination. La sécurité des patients doit être une priorité.