

La cartographie des risques en chirurgie

Catherine Le Rouzic-Dartoy,
chirurgien pédiatrique,
CHRU de Brest (29)

Résumé

Pour répondre aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) qui a invité en 2010 les établissements de santé à élaborer une cartographie des risques, le CHRU de Brest (29) a constitué un groupe de travail qui a réfléchi à l'analyse des processus, la cotation des risques et les *check-lists*, notamment dans les services de chirurgie. Cette cartographie des risques permet de mettre en lumière les dysfonctionnements éventuels, ce qui aboutit à une meilleure gestion des risques et de la sécurité des patients.

Interbloc 2011 ; 30 : 47-50

Mots clés

Bonne pratique
Cartographie
Certification
Check-list
Criticité
Gestion des risques
Gravité
Recommandation

La Haute Autorité de santé (HAS) recommande aux établissements de santé, en 2010, de mettre en place une cartographie des risques à l'instar de celle qui existe dans le monde industriel. Près de 71 % des grandes entreprises l'utilisait en 2009, selon le baromètre du *Risk Management* publié par Protiviti¹. Il s'agit d'une composante essentielle du processus de gestion des risques. Cette cartographie consiste à recenser tous les risques bruts (exposition absolue du risque en l'absence de tout moyen de maîtrise) pour un secteur d'activité prédéfini, à les hiérarchiser, à les coter en termes de fréquence et de gravité selon le diagramme de

Farmer (figure 1), à définir les moyens de maîtrise et les risques nets résiduels (exposition actuelle du risque en tenant compte de l'ensemble des dispositifs de maîtrise mis en place au regard de ce risque) (tableau 1). Elle établit ainsi les axes prioritaires d'amélioration (risques non acceptables de criticité supérieurs à 12) et les actions à mener, et permet de suivre l'efficacité des actions mises en place². Cette démarche d'évaluation et de hiérarchisation des risques *a priori*, selon une méthode définie et appliquée pour l'ensemble des secteurs d'activité, est inscrite dans le manuel de la certification de la HAS V2010 (critère 8.d)^{3,4}.

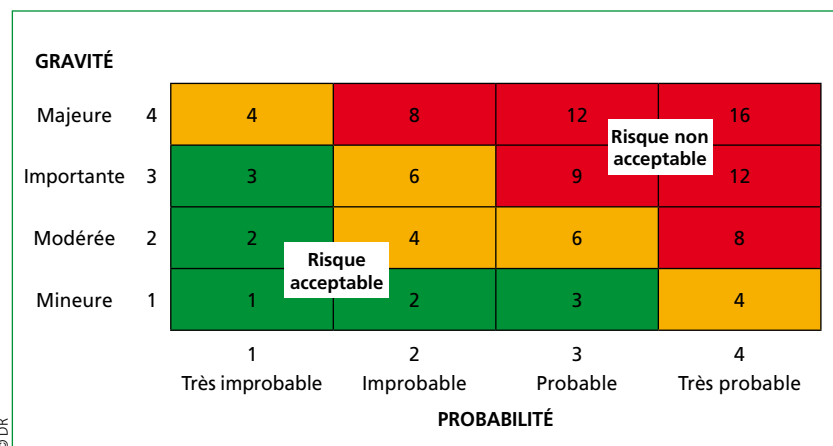


Figure 1. Diagramme de Farmer : cotation des risques en termes de gravité et de fréquence.

Tableau 1. Cotation des moyens de maîtrise.

PERTINENCE	FIABILITÉ DE RÉALISATION	SUPERVISION	TRACABILITÉ
Oui (1)	Oui (1)	Oui (1)	Oui (1)
Partiellement (0,5)	Partiellement (0,5)	Partiellement (0,5)	Partiellement (0,5)
Non (0)	Non (0)	Non (0)	Non (0)

Correspondance :
catherine.lerouzic-dartoy@chu-brest.fr

tableau 2. Liste des risques bruts.

R1	Risque d'indisponibilité des ressources humaines.
R2	Risque d'indisponibilité des moyens ou mauvaise utilisation.
R3	Risque de non qualification ou compétence des personnels.
R4	Risque de mauvaise communication entre les différents acteurs.
R5	Risque de non respect de la réglementation ou des recommandations de bonne pratique inclus procédures ou protocoles institutionnels ou de l'unité.
R6	Risque infectieux.
R7	Risque de non signalement des événements indésirables.
R8	Risque d'erreur d'identité.
R9	Risque de traçabilité insuffisante ou inexistante (prescriptions, feuilles d'anesthésie, consignes postopératoires, feuille de surveillance, médicaments administrés).
R10	Risque de dossier incomplet, absent (cohérence patient/dossier).
R11	Risque de non prise en charge de la douleur (évaluation et PEC).
R12	Risque de méconnaissance ou mauvais usage des données informatiques.
R13	Risque de médicaments indisponibles.
R14	Risque de non détection d'une situation d'urgence ou retard de prise en charge.
R15	Risque de non mise à disposition des numéros d'appel d'urgence.
R16	Risque de mauvaise gestion des stocks de consommables.
R17	Risque d'erreur d'administration (dilution ou voie d'administration).
R18	Risque lié à la formation des étudiants.
R19	Risque de non prise en compte de la santé physique et psychique des équipes.
R20	Risque de mauvaise communication entre patient et soignants.
R21	Risque lié à la mobilisation du patient (mobilisation inappropriée, chute, installation).
R22	Risque de non prise en charge de l'équilibre thermique.
R23	Risque professionnel (accident de travail, accident de trajet, traumatisme, AES).
R24	Risque d'incidents techniques (incendie, chute de matériel, eau, électricité, gaz médicaux, thermiques).
R25	Risque de non mise à jour des mouvements.
R26	Risque d'erreur dans la planification journalière (durée de l'intervention, allergie).
R27	Risque de non respect de la procédure d'appel.
R28	Risque de non application de la procédure de brancardage.
R29	Risque de non remplissage, diffusion ou récupération de la feuille de programmation.
R30	Risque de fiche intervention non faite ou non mise à jour.
R31	Risque de non vérification de présence et conformité du matériel demandé (stérile et état de fonctionnement).
R32	Risque de non disponibilité de matériel ou équipement supplémentaire.
R33	Risque de non récupération des résultats des prélèvements bactériologiques et du suivi.
R34	Risque de non disponibilité de matériel ou équipement supplémentaire.
R35	Risque physique (rayons X et laser).
R36	Risque de non connaissance des modalités de conservation, d'acheminement et de récupération des prélèvements.
R37	Risque de poste indisponible.
R38	Risque d'erreur de retranscription.

L'élaboration de la cartographie des risques en chirurgie au CHRU de Brest

Début 2010, le CHRU de Brest (29) s'est engagé dans une formation-action "Cartorisk" avec la Société hospitalière d'assurance mutuelle (Sham) : une formation de trois jours (mi-février) suivie d'un accompagnement hebdomadaire des groupes de travail pendant deux mois (jusque fin avril 2010). Une séance de restitution a eu lieu en mai 2010. Le groupe de travail a poursuivi ces réunions régulières afin de mener à bien différentes actions définies lors de l'établissement de la cartographie. En même temps que le lancement de l'étude de nouveaux processus, un bilan à un an vient d'avoir lieu en 2011 afin de faire le point sur les actions réalisées et les difficultés rencontrées.

Parmi les 50 processus choisis par l'établissement, celui sur la "chirurgie" a fait partie des quatre premiers retenus pour initialiser la démarche. Cinq professionnels de santé constituaient le groupe de travail : un cadre lade, un cadre Ibode, un médecin spécialisé dans l'hémovigilance, un directeur de soins responsable du bloc opératoire et un chirurgien. La représentation de différentes catégories professionnelles a permis d'apporter des éclairages précis et variés. Ces professionnels de terrain connaissent parfaitement les différents rouages et risques liés à leur milieu. En outre, le nombre réduit de participants permet d'avancer rapidement et de manière efficace.

Malgré cette connaissance pratique, le travail d'exhaustivité, de synthèse puis de réflexion pour établir des recommandations et des actions précises est chronophage. Il permet cependant d'avoir une vision globale des risques. À la grande différence de l'analyse des événements indésirables, il s'agit d'une gestion des risques *a priori* et non *a posteriori*. Il s'agit d'un travail enrichissant et complémentaire.

L'analyse des processus élémentaires

Au sein du macroprocessus de chirurgie, il a été choisi de cibler, dans un premier temps, l'analyse sur l'intervention du patient chirurgical programmé.

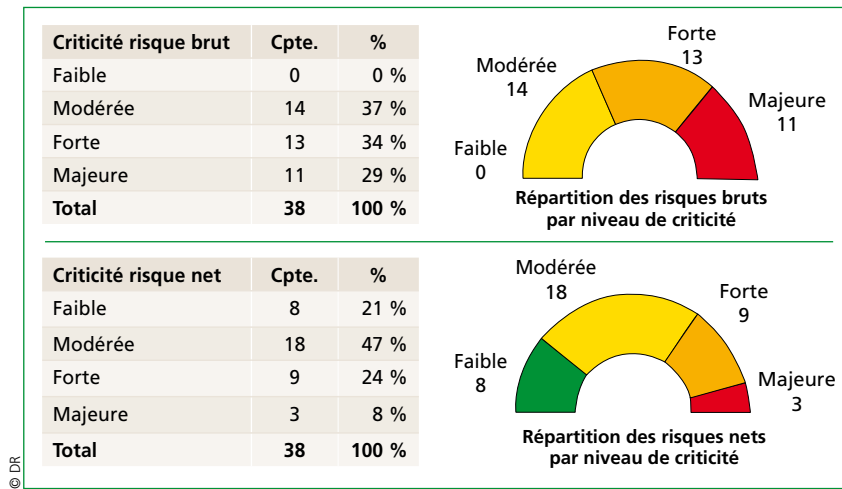


Figure 2. Criticité des risques bruts et des risques nets.

Huit processus élémentaires (PE) ou sous-processus ont été définis de façon chronologique, de l'admission du patient dans le service d'hospitalisation jusqu'à sa sortie :

- PE1 : accueil du patient dans le service d'hospitalisation programmé ;
- PE2 : transfert du patient du service au bloc opératoire ;
- PE3 : ouverture de la salle interventionnelle et accueil du patient au bloc opératoire ;
- PE4 : intervention ;
- PE5 : transfert du patient de la salle interventionnelle à la salle de soins postinterventionnelle (SSPI) et remise en condition de la salle ;
- PE6 : SSPI ;
- PE7 : transfert du patient de la SSPI dans le service d'hospitalisation ;
- PE8 : accueil du patient dans le service d'hospitalisation.

Pour chaque PE, ont été déterminés :

- les grandes étapes du PE ;
- les acteurs ;
- les entrées et sorties du PE ;
- la finalité puis la description du PE ;
- les facteurs de réussite ;
- les indicateurs de réussite ;
- les liens avec les autres processus.

Il s'agissait d'être le plus exhaustif possible pour chaque étape, d'où l'importance de la multidisciplinarité du groupe de travail. Cela a permis de recenser de nombreux facteurs de réussite, c'est-à-dire les critères nécessaires au bon fonctionnement puis, *a contrario*, d'établir les risques bruts, au nombre de 38 dans la cartographie (tableau 2). Ces derniers ont été regroupés en risques chapeaux lorsqu'ils étaient retrouvés dans au moins deux PE. Au final, la cartographie élaborée comprend 24 risques chapeaux. Les 14 autres sont des risques spécifiques à un PE.

La cotation des risques

Afin de mettre en évidence les risques jugés non acceptables (criticité supérieure à 8), ces derniers ont été cotés en fonction de leur gravité (de 1 à 4) et de leur fréquence (1 à 4). La criticité étant le produit des deux, elle varie donc de 1 à 16. Cette étape est probablement la plus difficile car il faut faire abstraction des moyens de maîtrise pour obtenir une cotation brute fiable.

Ensuite, les moyens de maîtrise mis en place ont été définis et analysés selon la pertinence, la fiabilité de réalisation, la supervision et la traçabilité. Chaque paramètre est coté de 0 à 1. Une cotation globale supérieure à 2,5 est nécessaire pour avoir un risque net résiduel minoré (logiciel de calcul intégré).

Ainsi, sur 24 risques à criticité forte ou majeure (63 %), seuls 12 restent après analyse des dispositifs de maîtrise (32 %) (figure 2). De nombreux moyens de maîtrise déjà mis en place sont donc efficaces. Il reste cependant 12 risques sur lesquels il faut travailler, et plus particulièrement les trois risques à criticité majeure. Des diagrammes intégrés au logiciel permettent de visualiser ces risques (figure 2). L'autre représentation possible est celle du radar de maîtrise des risques (figure 3).

Les trois risques à criticité majeure

Ces trois risques à criticité majeure sont :

- la non mise à disposition des numéros d'urgence ;
 - la non déclaration des événements indésirables ;
 - les non remplissage, diffusion ou récupération de la feuille de programmation.
- Pour le premier risque, ont été établies des listes actualisées des numéros urgents essentiels pour chacun des établissements. Cent feuilles ont été imprimées, plastifiées et affichées à côté de chacun des téléphones des blocs opératoires. Par ailleurs, la direction des affaires médicales a mis en ligne, en janvier 2011, une liste de gardes médicales (junior et senior) actualisée toutes les 30 minutes.

Face au deuxième risque, la cartographie a permis d'initier la culture de gestion des risques par la création d'un groupe

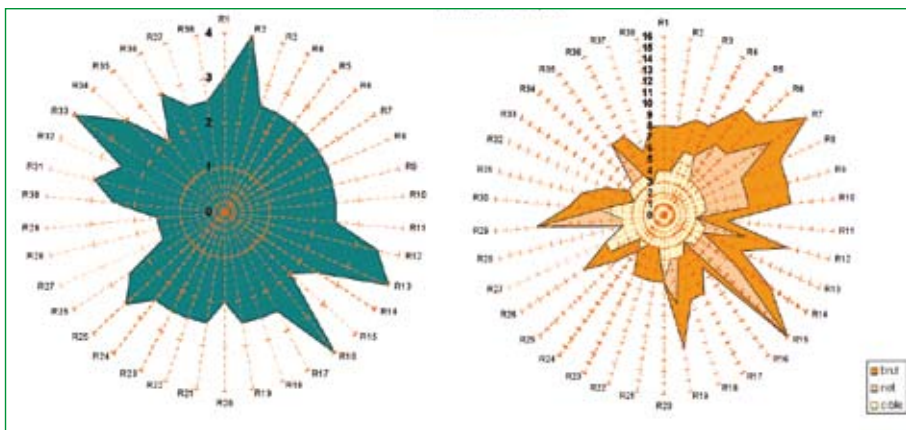


Figure 3. Radars de maîtrise des risques.

“qualité” du sein du pôle bloc (chirurgien et Ibode) et du pôle d’anesthésie (médecin anesthésiste réanimateur et lade). De plus, cette démarche “qualité, gestion des risques et sécurité” a été clairement spécifiée dans la charte de bloc. Cette volonté commune d’améliorer ensemble la prise en charge des patients va permettre la mise en place d’une analyse conjointe des événements indésirables déclarés au bloc (anesthésie et chirurgie), d’actions à mettre en œuvre et de politique de retour aux équipes. Parallèlement à cela, le CHRU développe un logiciel de déclaration des événements indésirables disponible via l’Intranet, avec définition des personnes ressources suivant le type de déclarations. Il est opérationnel depuis mars 2011 et permet une réactivité plus grande. Concernant le troisième risque, l’établissement est en cours d’informatisation de la programmation opératoire. Ce système est en essai en service d’urologie avant de l’être en chirurgie infantile puis il sera déployé aux autres secteurs d’activité en 2012. Les feuilles de programmation actualisées quotidiennement par les cadres des secteurs chirurgicaux sont disponibles dans un dossier partagé accessible par tous.

La “check-list dossier chirurgical”

Parmi les autres actions analysées, apparaît l’élaboration d’une “check-list dossier chirurgical”. Cette feuille est un lien entre le secteur d’hospitalisation et le bloc (recto), la *check-list* sécurité du patient au bloc opératoire de la HAS (propre au bloc), puis le bloc et le secteur d’hospitalisation (verso). L’objectif est que le bon patient avec le bon dossier se trouve au bon endroit, au bon moment et dans de bonnes conditions pour subir une opération.

Au-delà de ce qui est, ou devrait être, une évidence, cette *check-list* doit limiter les problèmes d’identitovigilance, d’infection du site opératoire, de traçabilité insuffisante et de communication entre les acteurs, tout en suivant les recommandations de bonne pratique. Elle a été testée durant l’été 2010 dans les dix secteurs chirurgicaux de l’établissement et 117 réponses sur 150 (78 %) ont été

obtenues. Cette *check-list* a été re-travaillée en fonction des remarques collectées. Elle devrait prochainement être diffusée au niveau de l’institution. Bien entendu, cela suppose une implication forte de la direction afin que ce document de liaison soit le seul utilisé, et non ajouté aux autres, car son utilisation serait alors rapidement abandonnée. En outre, cela devrait permettre une standardisation des pratiques et de la tenue du dossier chirurgical, qui correspond là encore à l’une des pratiques exigibles prioritaires de la certification V2010 (critère 14.a)³ : un dossier patient avec un compte rendu de consultation précisant l’indication opératoire et le côté au besoin, l’information donnée au patient et les documents éventuellement remis (fiche patient des sociétés savantes, par exemple), un dossier d’anesthésie avec une visite préanesthésique, des autorisations d’anesthésie et d’intervention, les coordonnées des personnes ressources, etc.

Encourager l’analyse du risque

L’élaboration de la cartographie des risques a mis en exergue la difficulté et les réticences des équipes médicales à la participation de la *check-list* sécurité du patient au bloc opératoire de la HAS (critère 26.a)³ et des équipes médicales et paramédicales à la mise en œuvre de la revue de mortalité morbidité (RMM), pourtant obligatoires dans les secteurs de spécialités à risque comme la chirurgie (critère 28.a)³.

Une enquête a donc été lancée auprès des chirurgiens et des anesthésistes (seniors et juniors) selon le principe de l’enquête de la HAS réalisée auprès des médecins engagés dans la démarche d’accréditation⁵ afin de les inciter à participer activement et donc de s’approprier l’outil. Des actions seront mises en place en fonction des résultats de l’enquête et un nouvel audit institutionnel est prévu en juin 2011.

En 2010, seuls deux secteurs chirurgicaux avaient mis en place les RMM. Notre objectif est que les dix secteurs d’activité chirurgicale aient démarré leur RMM pour mars 2011. À cet effet, des présentations au conseil du pôle bloc, Commission médicale d’Établissements,

des sollicitations par mailing et des présentations dans les unités volontaires ont été réalisées. Cependant, il est manifeste que la culture médicale n’est pas encore accoutumée à celle du risque et à l’analyse collective des événements indésirables.

Le groupe de travail a également abordé la question des infections du site opératoire (ISO) en prévoyant la constitution de binômes de surveillance médicale et paramédicale par secteur d’activité, et en mettant en place des formation-actions sur l’utilisation des solutions hydroalcooliques avec l’équipe d’hygiène.

Conclusion

La cartographie des risques est un travail fastidieux et chronophage si elle veut être la plus exhaustive possible. Elle paraît cependant indispensable pour mettre en exergue les points positifs et les points critiques sur lesquels il convient de travailler de manière urgente. Elle permet en effet de tracer les actions prioritaires à mener même si certaines sont de longue haleine car elles s’inscrivent surtout dans une modification des cultures des équipes médicales et paramédicales : ne pas avoir peur de l’analyse de l’événement indésirable pour avancer dans la gestion des risques et de la sécurité pour les patients que nous prenons en charge. ■

Déclaration d’intérêts : l’auteur déclare ne pas avoir de conflit d’intérêts en relation avec cet article.

NOTES

1. **Baromètre du Risk Management 2009**, disponible sur www.protiviti.com
2. **Bernard F, Salviac E.** *Fonction achat : contrôle interne et gestion des risques.* Éditions Maxime Laurent du Mesnil, 2009.
3. **Haute Autorité de santé (HAS).** *Manuel de certification V2010*, disponible sur www.has-sante.fr
4. **SHAM prévention**, disponible sur <http://prevention.sham.fr>
5. **Haute Autorité de santé (HAS).** *Journal de l’accréditation*, disponible sur www.has-sante.fr