

GESTION DES RISQUES EN OBSTÉTRIQUE



Objectifs

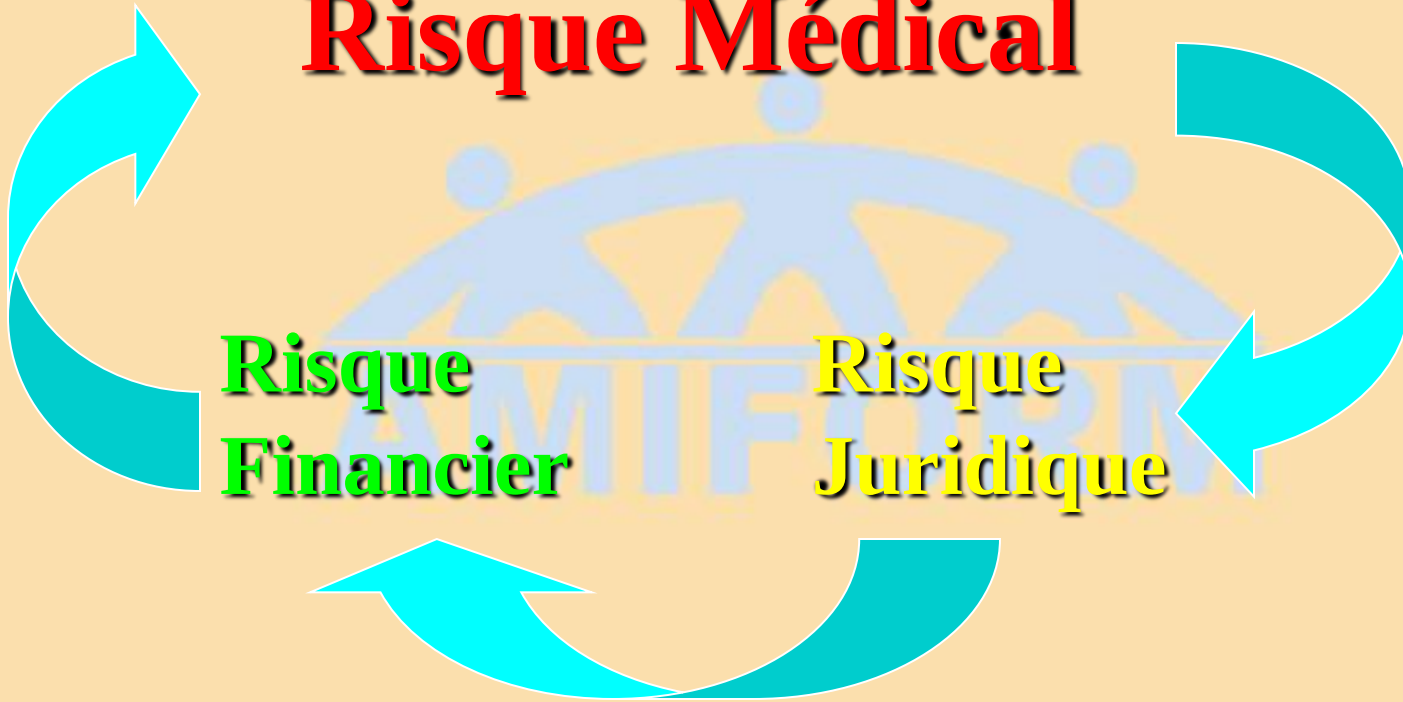
- Diminuer la sinistralité
- Responsabiliser l'ensemble des acteurs concernés
- Diminuer le risque médico-légal
- Répondre aux exigences réglementaires de qualité des établissements (V2010)

LES RISQUES ?

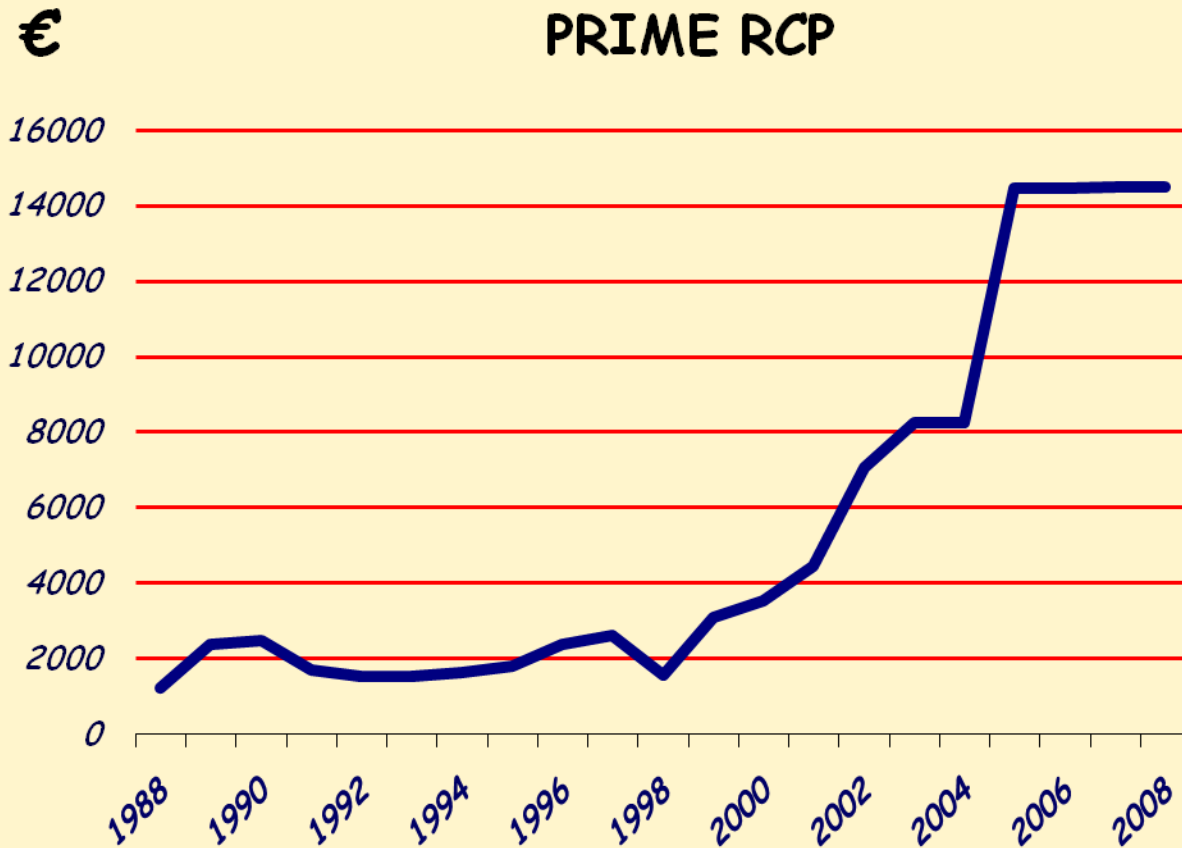
Risque Médical

**Risque
Financier**

**Risque
Juridique**



Les Faits = Exemple



Augmentation indemnisation

Préjudice	Indemnisation
Infirmité Motrice Cérébrale	6 350 000 €
Plexus Brachial	825 000 €

Réflexion sur GDR Médicaux

- Depuis 2003
- **Professionnels « à risque »** (la prime RCP)
HAS (Médecine Défensive et Desertification, l'EPP, l'accréditation)
- **Intéressés Absents** : Etabliss^{ts}, Assureurs, Tutelles, Patients
- **En pratique** = Organismes Agréés (OA)

naissance de GYNERISQ en 2007

GYNERISQ

- $\frac{1}{2}$ CNGOF + $\frac{1}{2}$ SYNGOF
- **Gère**
 - ✓ Les déclarations d'EI
 - ✓ Leur « exploitation » dans un but de réduction des risques
 - ✓ La formation continue des médecins
- **Aide Méthodologique de l'HAS**
- **Aide Financière de la Sécu**
(en fait prélève sur l'aide à la RCP)

Objectifs

Répondre au
cahier des charges
de la HAS

Analyser des situations
réelles, par des
professionnels de terrain

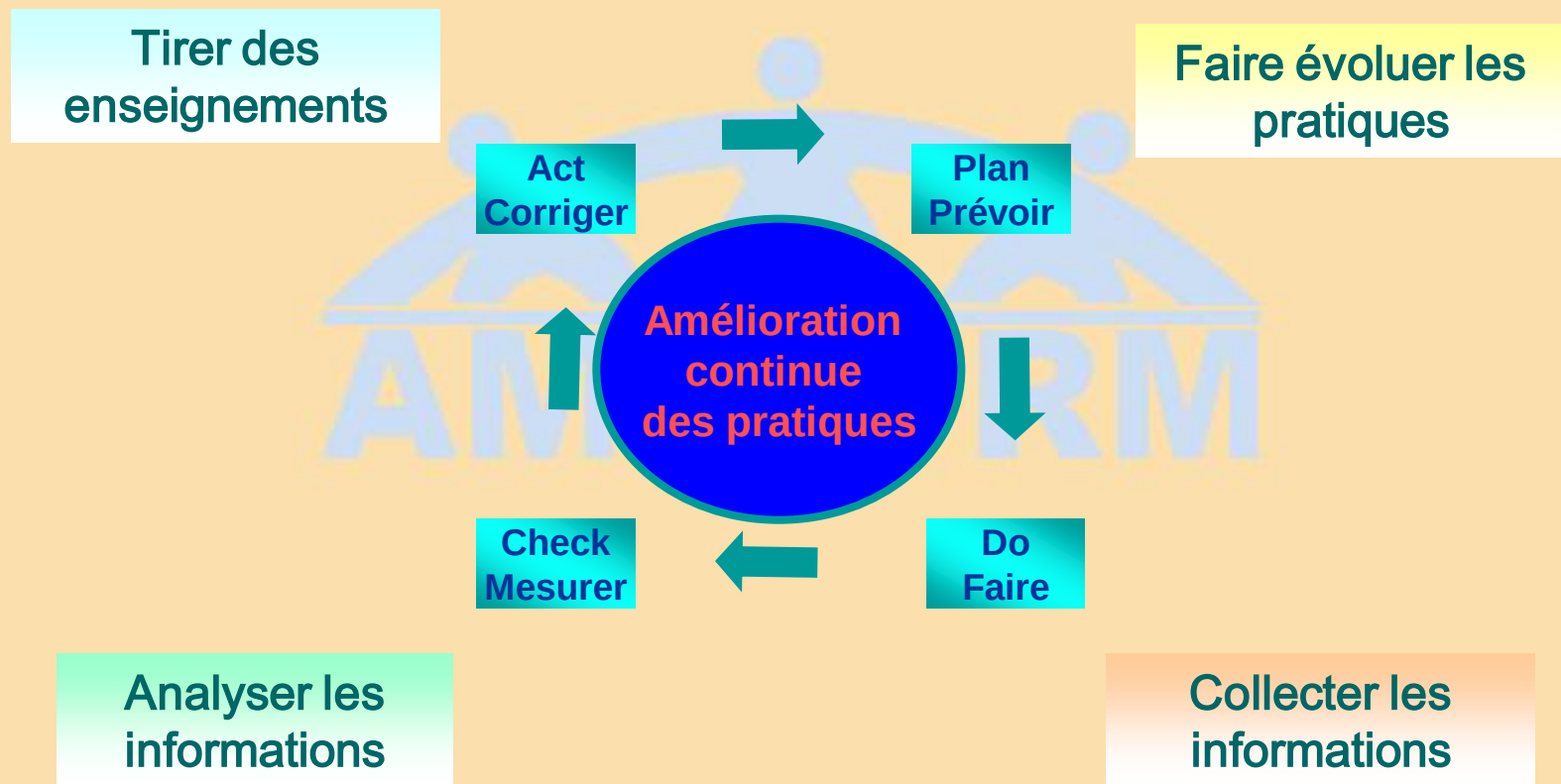
Exploiter la base REX
pour proposer
des mesures pratiques

Sensibiliser les confères
à la gestion du risque
(incitation financière)

Pourquoi ne pas inclure les SF ?

- Question posée d'emblée car coopération constante médecins-SF en obstétrique
- Mais le décret actuel ne concerne que les médecins avec des spécialités à risque
- Formation à l' »expertise » des SF volontaires pour l'analyse des dossiers
- Evolution ???

L'amélioration continue des pratiques



Méthodes de GDR en obstétrique

- Gestion des risques a posteriori
 - Recueil d'EI
 - Indicateurs
 - Recueil d'EPR et base REX (Gynerisq)
- Gestion des risques a priori
 - Arbre des causes ou des défaillances
 - Chemin clinique

Gestion des risques a posteriori : recueil d'EI

- RMM en définissant les EI étudiés
- Debriefing en équipe +++ des situations de prise en charge non optimale

Déclaration des évènements porteurs de risque (EPR), analyse extérieure par un « expert » et constitution d'une base REX anonymisée :

Principe de Gynerisq

La déclaration : 2 voies possibles

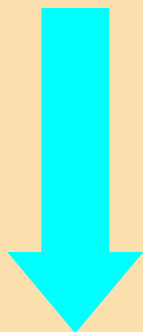


Médecin



OA-Accréditation

GYNERISQ



Instance médicale de gestion des risques de l'ES



Contenu de la déclaration

Antécédents ayant pu favoriser l'évènement

Description de l'évènement :

- avec uniquement des faits précis et datés
- Avec tous les détails d'organisation mise en place
- Parfois guidée par des questions précises

Description des actions de correction

et des conséquences pour la patiente et/ou son fœtus

Analyse des causes possibles du dysfonctionnement :

- quelles sont les barrières qui ont ou n'ont pas fonctionné ?
- Proposition de mesures de prévention de l'évènement

Rôle de « l'expert »

- Demande des compléments d'information
- Fait sa propre analyse de causes (méthode ALARM)
- Propose des actions correctrices eventuelles
- Anonymise puis collige les EPR dans la base REX
- Enrichit l'arbre des défaillances

Gestion des risques a priori

- Arbre des défaillances

- Chemin clinique



GDRM = Modification Culturelle

- Evènements Indésirables : source d'amélioration
- Recueil $\Rightarrow$ Analyse $\Rightarrow$ Correction



POINTS CLES +++++

- ✓ Cellule de base = Etablissement
- ✓ Importance du "Debriefing"

Choix des EPR ciblés

Obstétrique

Chirurgie

Anomalies du RCF

Hémorragie
du post-partum

Complications
Du geste

Retard au diagnostic – défaut d'intervention ou d'organisation

Asphyxie
perinatale

Transfusion

Reprise
chirurgicale

Mort néonatale
Ou handicap

Mort maternelle
Hystérectomie

Séquelles
Décès

Arbre des défaillances

- Construit a priori à partir d'une réflexion consensuelle et/ou du recueil d'EI
- Essayer d'être systématique

Exemple de l'asphyxie perinatale :

Non identification
Des facteurs
De risque

Pas de surveillance
Particulière d'un
Foetus à risque

Mauvaise
Interprétation
Des signes d'hypoxie

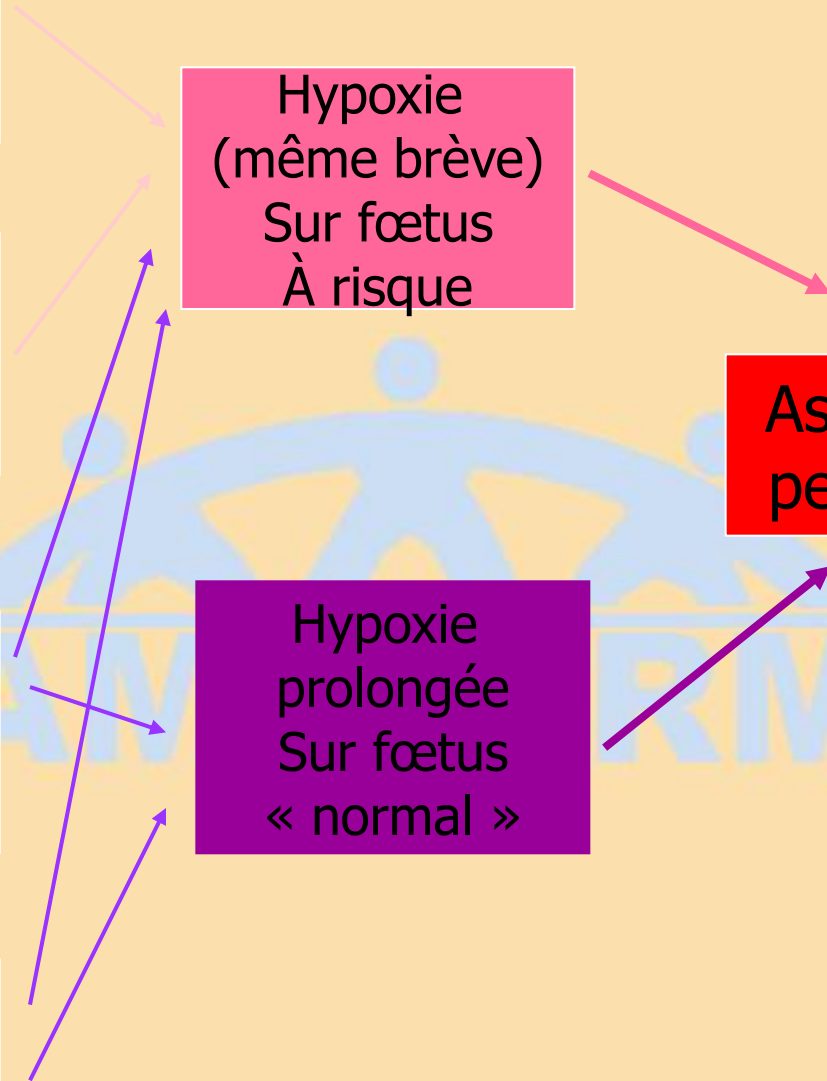
Intervention
inadaptée

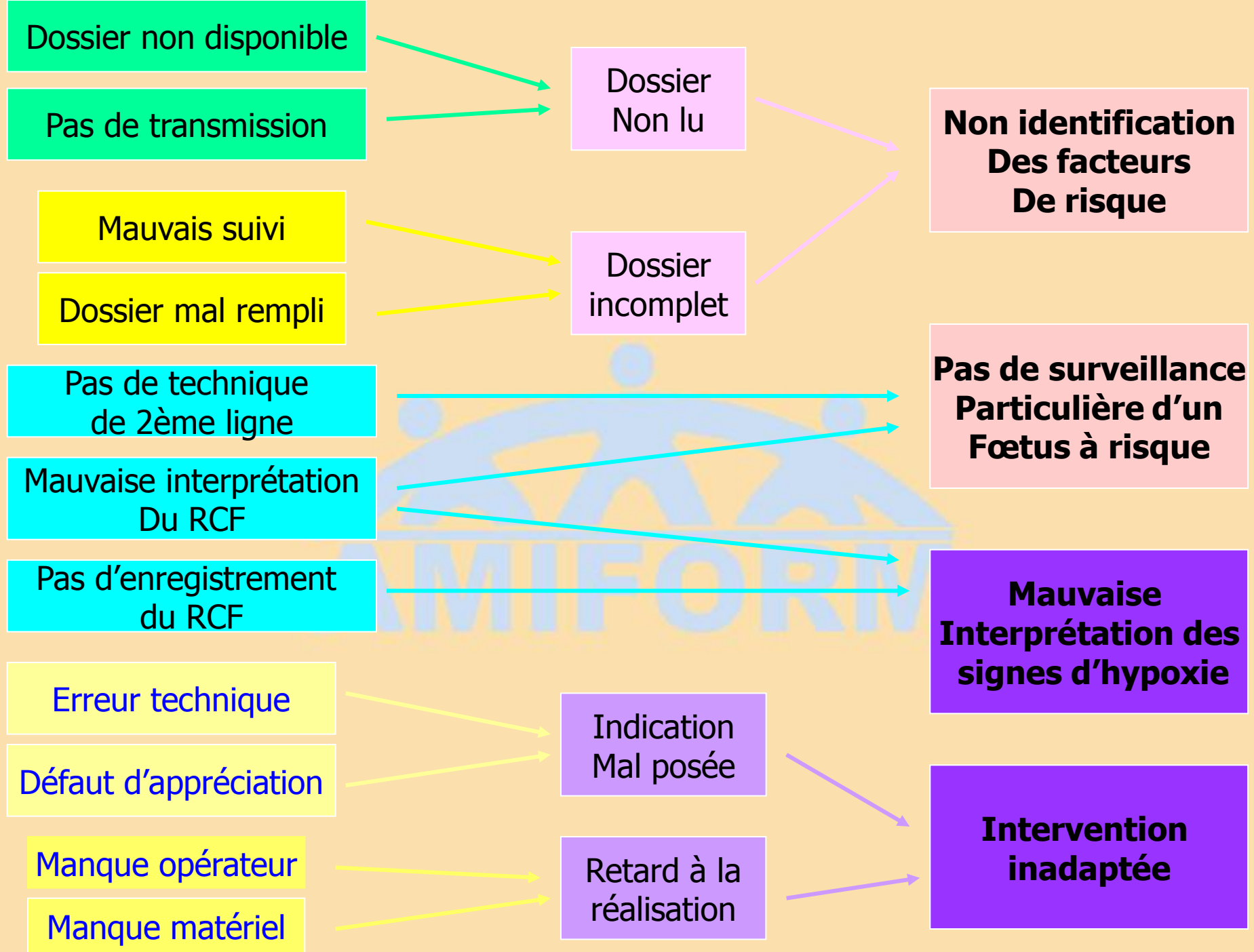
Hypoxie
(même brève)
Sur foetus
À risque

Hypoxie
prolongée
Sur foetus
« normal »

Asphyxie
perinatale

Récupération :
Pédiatre
Anesthésiste
Réanimation
Contrôle ph



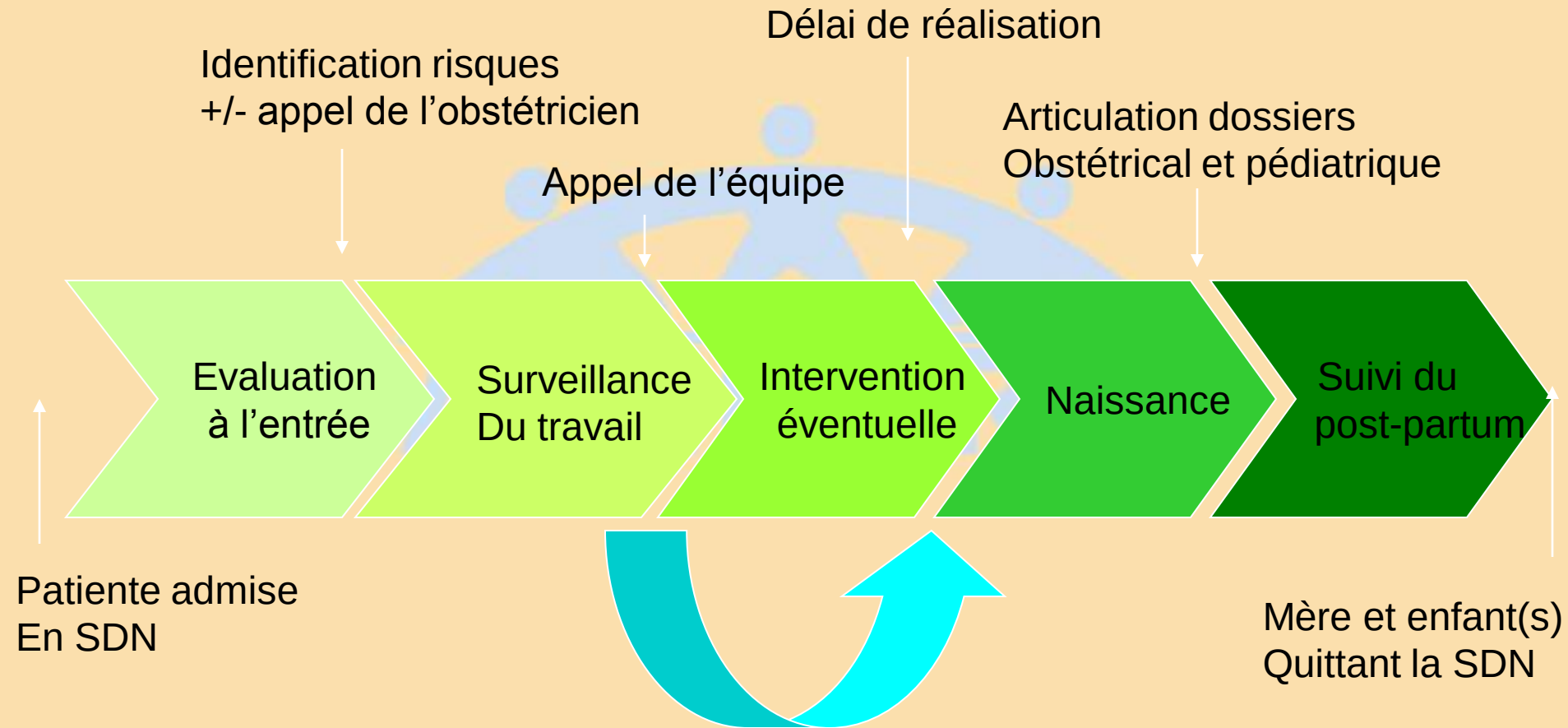


Chemin clinique :

Exemple de la salle de naissances

- Centré sur le parcours du patient
- Définir le début et la fin
- Définir les différents processus et leurs articulations
- Identifier les risques a priori (être systématique++++)
- Choisir des indicateurs de suivi avec des valeurs seuil

Définition des processus

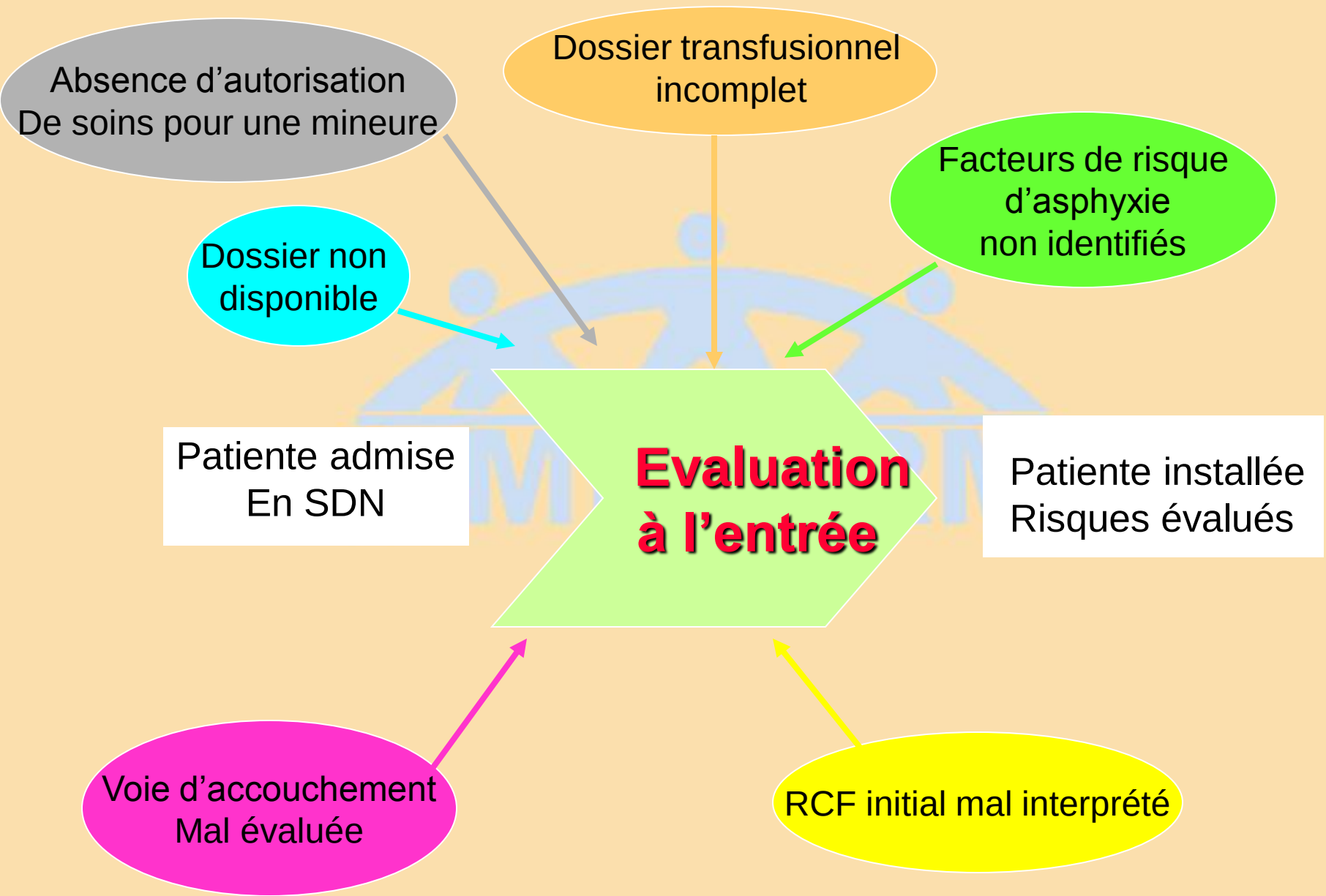


Méthodes

Pour chaque processus :

- lister les risques a priori
- proposer des barrières
- proposer éventuellement des documents
« procédures, check-list »
- réfléchir à des indicateurs

Identification des risques (1)

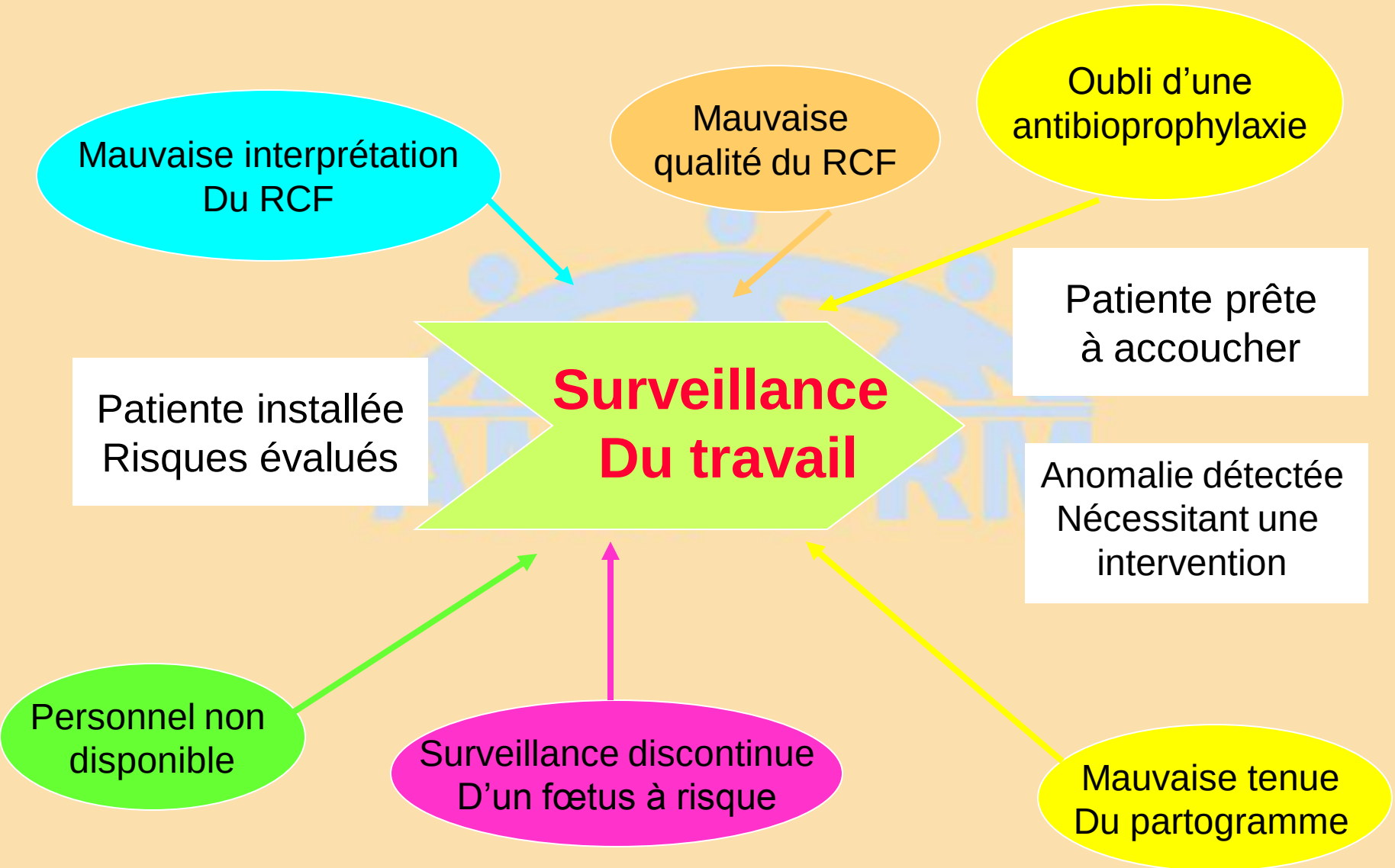


Propositions d'amélioration (1)

- Documents pré-transfusionnels identifiés
- Liste des FDR connus et listés
- Fiche de recueil des éléments indispensables :
 - Identification de FDR
 - Voie d'accouchement réévaluée
 - Interprétation du RCF initial

Conduisant ou non à prévenir l'équipe

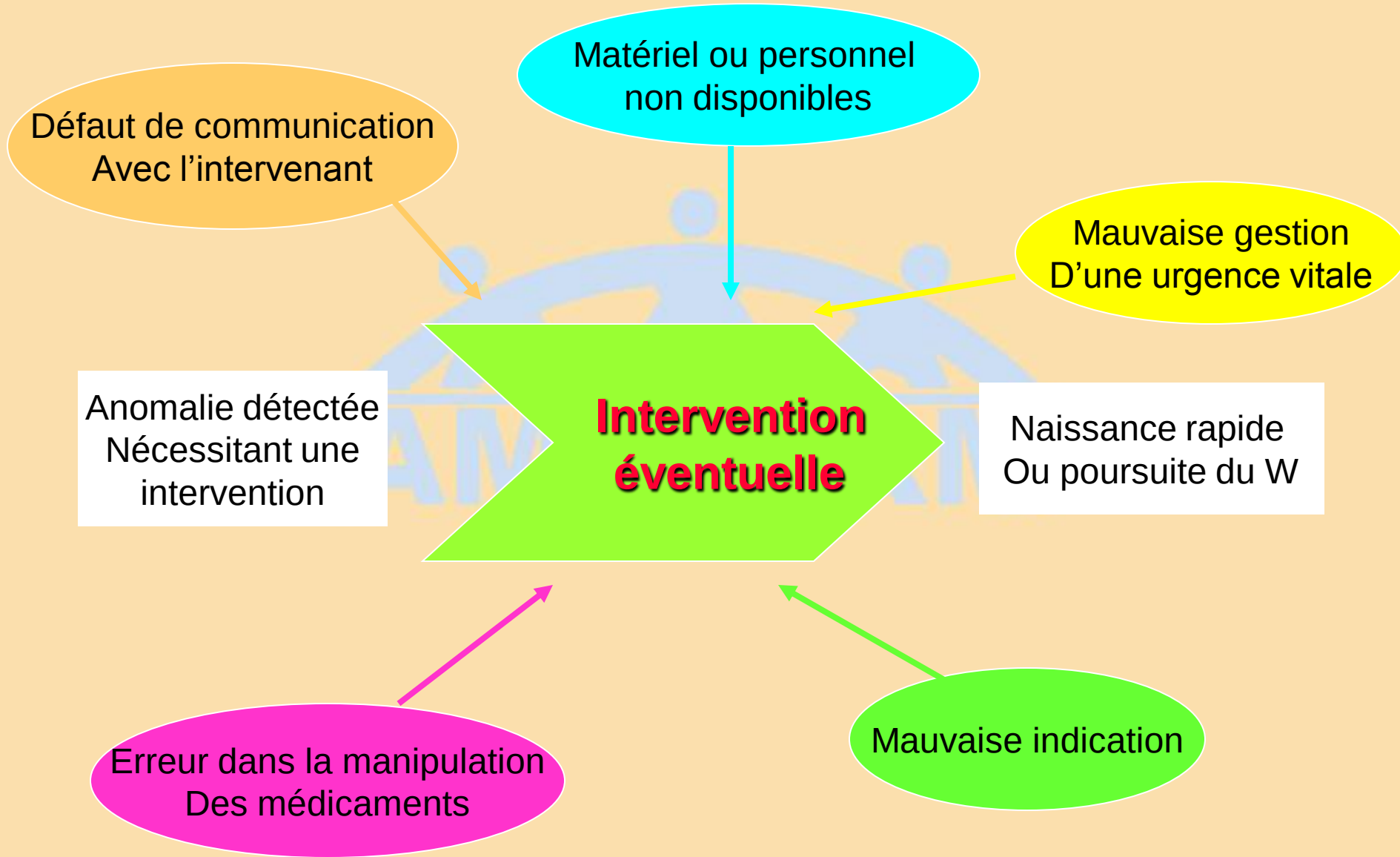
Identification des risques (2)



Propositions d'amélioration (2)

- Aide à l'analyse du RCF selon la classification proposée par le CNGOF (tableaux affichés en SDN)
- Electrodes de scalp disponibles et utilisées
- Télétransmission du RCF sur une centrale
- Définition des fœtus nécessitant un RCF continu
- Tenue du partogramme en temps réel

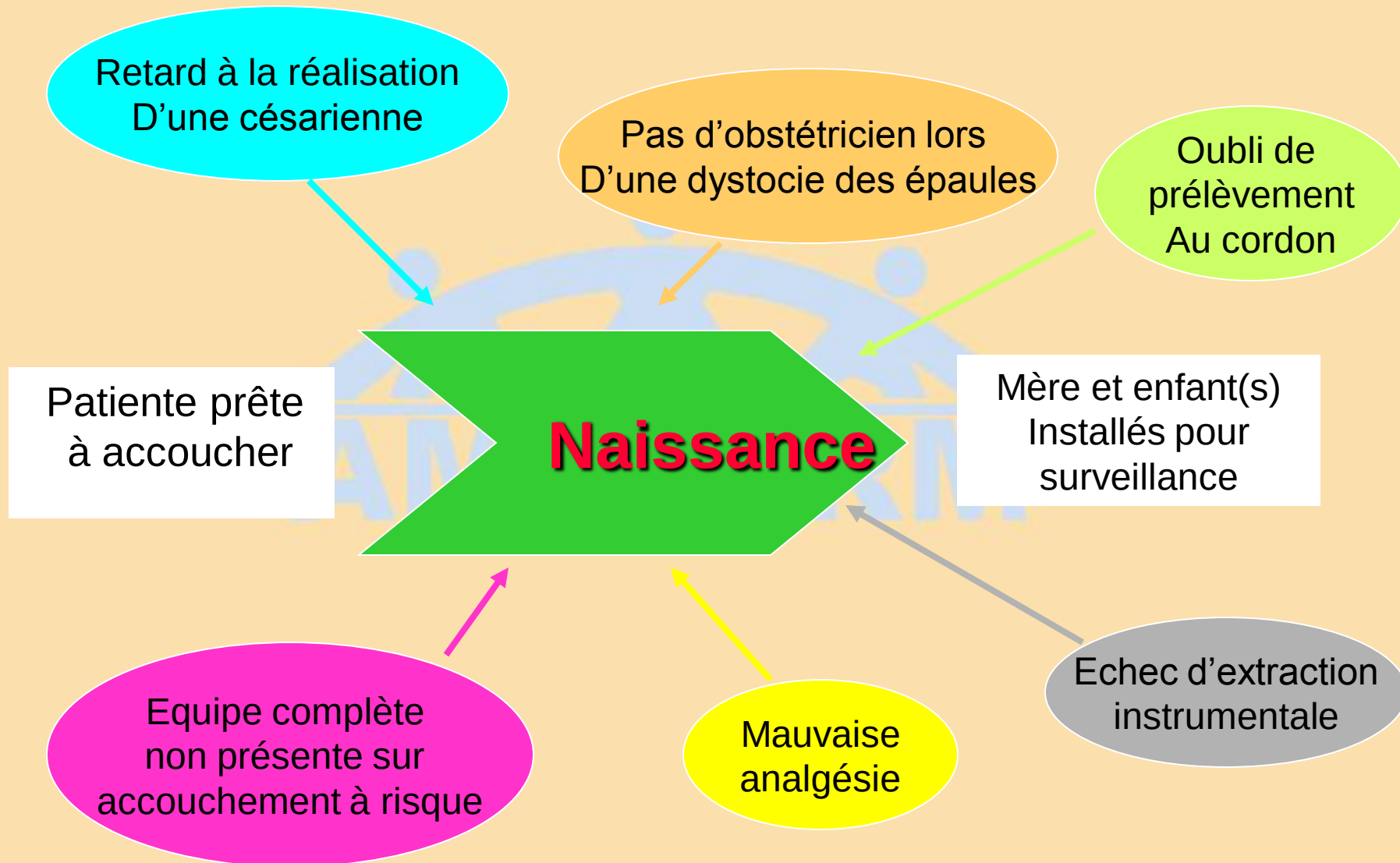
Identification des risques (3)



Propositions d'amélioration (3)

- Vérification du matériel à l'ouverture des salles
- Procédure d'appel précise et tracée
- Entraînement à l'utilisation des techniques de 2ème ligne
- Protocoles pour urgence vitale
- Tableau de synthèse du risque d'acidose et CAT en fonction des anomalies du RCF

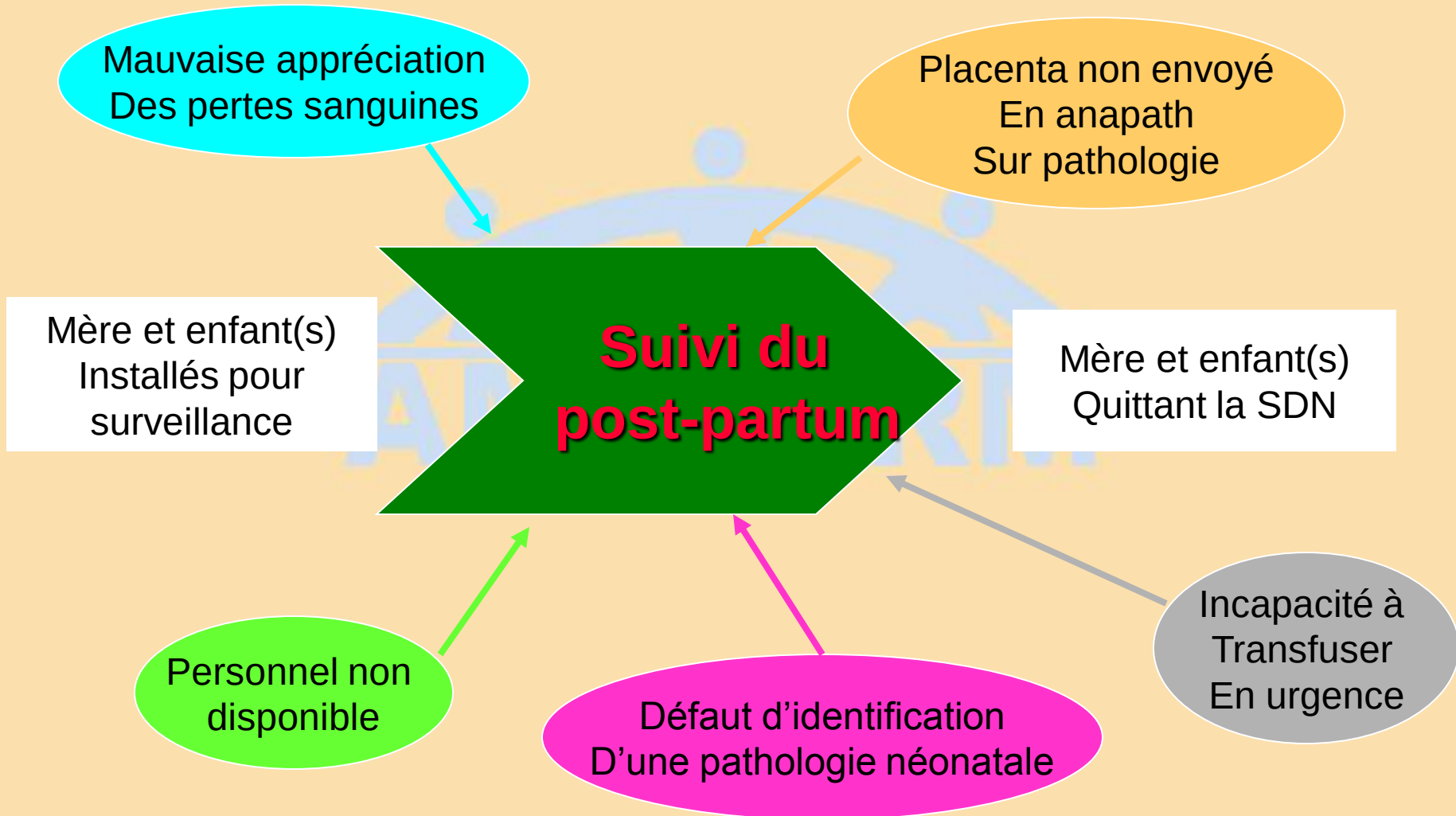
Identification des risques (4)



Propositions d'amélioration (4)

- Protocole de réalisation des césariennes selon le degré d'urgence (code couleur)
- Entraînement aux manœuvres obstétricales
- Entraînement des SF et anesthésistes à la réanimation néonatale
- Protocole de réalisation des GDS au cordon

Identification des risques (5)



Propositions d'amélioration (5)

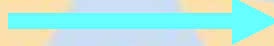
- Sac de recueil des pertes sanguines systématique
- Examen pédiatrique à la naissance des nouveaux-nés à risque
- Protocole de CAT en cas d'HPP
- Liste des indications d'examen anapath du placenta disponible

Evaluation ultérieure

- Tableaux de bords avec **indicateurs** et seuils d'alerte
- **Revues de dossiers** systématiques périodiques +/- RMM sur événements précis
- Audit de connaissance des procédures ou de dossier

Projets

**Analyse de la
base REX**



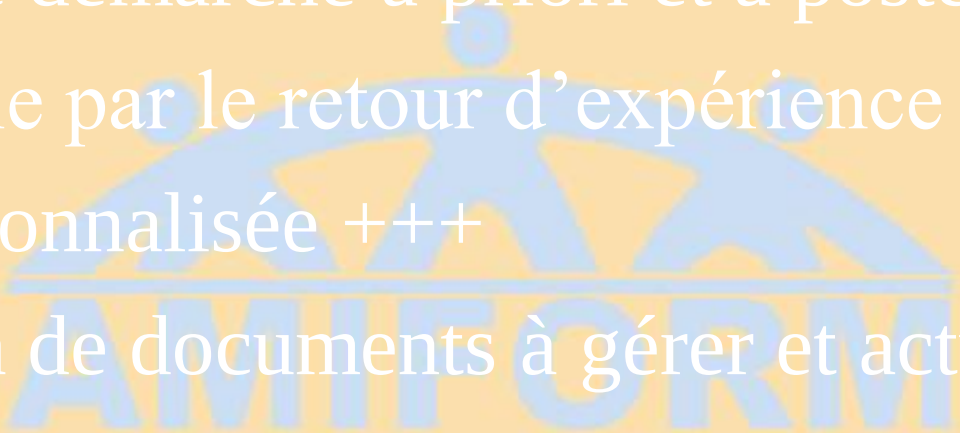
Elaboration de
-RRR
-Barrières

Registres (asphyxie perpartum, MFIU)
Renouvellement des experts

Perspectives d'avenir

- Commissions interspécialité
- Intégration des SF et de l'équipe entière
- Motivation de tous les médecins, quel que soit leur mode d'exercice
- Simplification du système
- Remonter dans l'arbre des causes pour être le plus préventif possible

Conclusions

- Double démarche a priori et a posteriori
- Enrichie par le retour d'expérience
- Dépersonnalisée +++

- Edition de documents à gérer et actualiser
- Importance des indicateurs avec seuil d'alarme

Démarche continue d'amélioration++++