

Savoir analyser les EIAS

RMM - CREX

Dr J.Ragni
ViGeRiS

Pré-requis:

les fondements de l'analyse systémique

Les particularités du monde médical

Le monde médical est intolérant à l'erreur (culture historique)	<p>L'accident avec faute doit être puni ! L'accident sans faute est un aléa imprévisible...</p> <p><i>...donc rien n'est fait!</i></p>
L'exercice médical répond à 2 exigences apparemment contradictoires	<p>Il faut de la rigueur dans l'exécution des gestes ! Il faut s'adapter au cas de chaque patient...</p> <p><i>...donc la médecine est un art, vouloir le changer est un outrage!</i></p>
L'exercice médical ne peut pas être automatisé	<p>Il faut un être humain exceptionnel (culture élitiste) ! La théorie FH (Human Factors) s'applique</p> <p><i>...donc l'être humain est le maillon faible, mais personne ne le reconnaît !</i></p>
La médecine hospitalière est un système complexe	<p>Les interfaces sont innombrables !</p> <p><i>...donc il est impossible d'avoir la connaissance du fonctionnement global !</i></p>
Le monde médical et le monde judiciaire ne se comprennent pas	<p>Les sanctions respectives ne sont pas comparables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défaillance judiciaire = sanctions administratives • Erreurs médicales = sanctions civiles et pénales <p><i>...donc les relations ne sont pas bonnes !</i></p>

« Parler d'erreur » est incorrect → Interprétation fautive → Sanction

Effets de la pénalisation

- ✓ Déviations cachées
- ✓ Résistance au signalement des anomalies
- ✓ Résistance à la traçabilité des actions
- ✓ Règles écrites pour se protéger
- ✓ Décisions prises pour diminuer son risque d'inculpation
- ✓ Apologie de l'obéissance « idiote », déresponsabilisation
- ✓ Illusion du contrôle total
- ✓ Renforcement de la logique punitive

Attitude commune médico-judiciaire

**Recueil de données
Chronologie précise**

Analyse Factuelle

**Fait générateur direct
Faute**

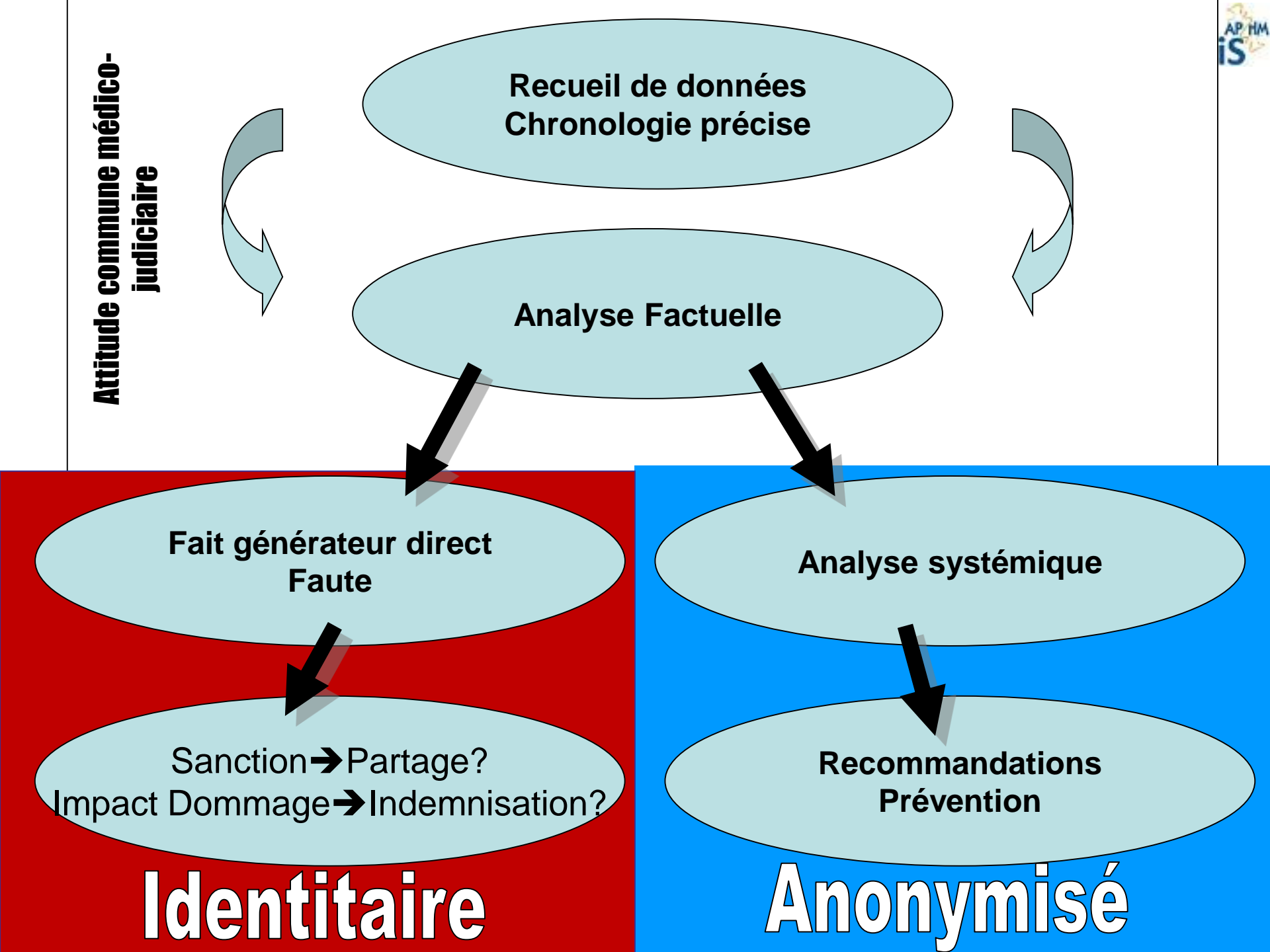
**Sanction → Partage?
Impact Dommage → Indemnisation?**

Identitaire

Analyse systémique

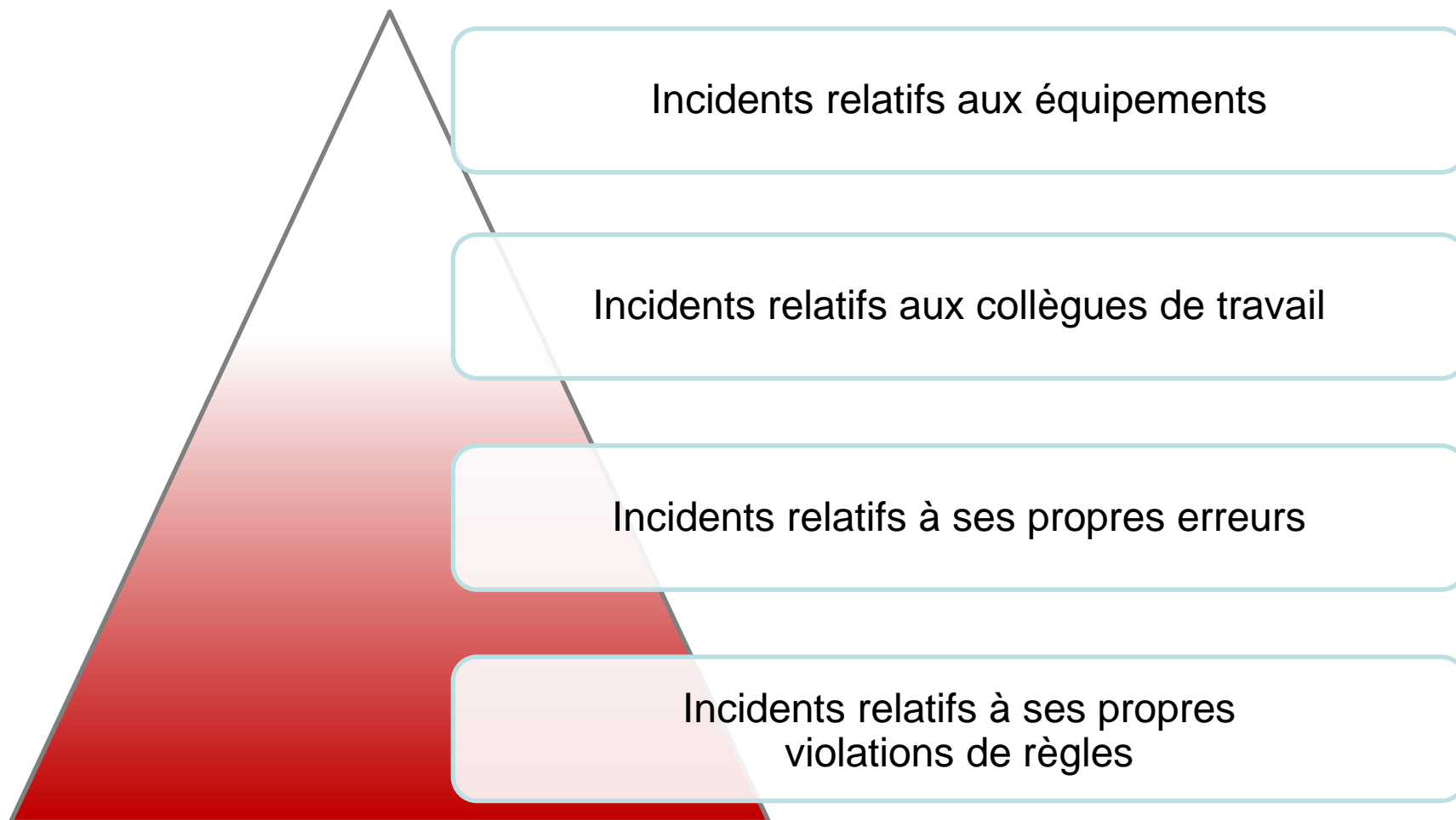
**Recommandations
Prévention**

Anonymisé



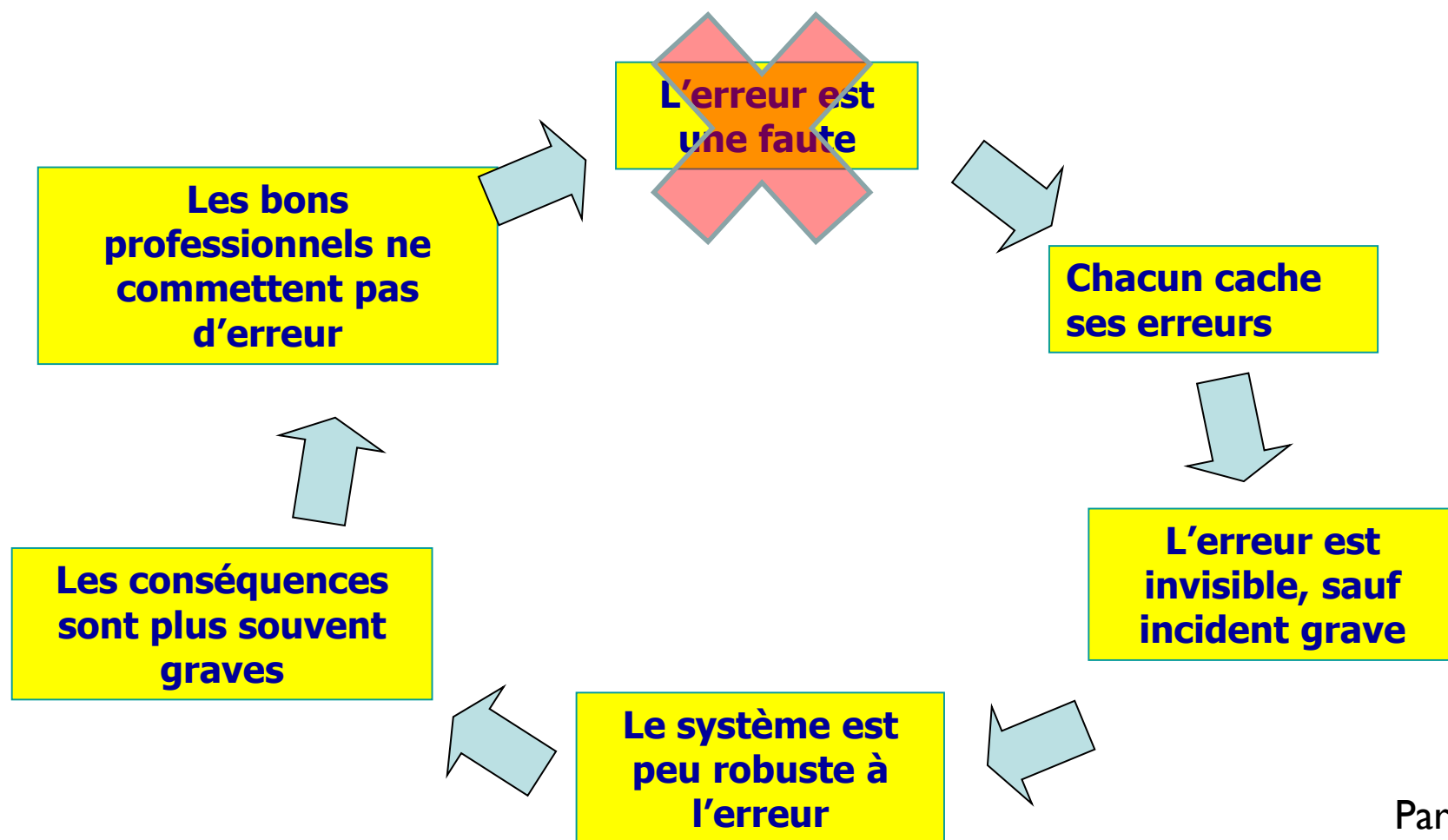
Types d'incidents rapportés avec une culture de sûreté qui s'améliore

D.Marx. Patient Safety and the « Just Culture » 2001



1. Le système de signalement des événements indésirables devrait avoir comme principal objectif l'amélioration de la sécurité des patients à travers l'identification des erreurs et des risques qui pourraient survenir, puis leur analyse dans le but d'identifier les défaillances systémiques sous-jacentes.
2. Les responsables de ce système devraient avoir clairement défini :
 - les objectifs de ce système,
 - les personnes qui devraient signaler,
 - les événements indésirables à signaler,
 - les modalités de réception et de traitement des données,
 - les experts et les ressources adéquates pour l'analyse,
 - les réponses au signalement,
 - les méthodes pour classer et donner du sens aux événements signalés,
 - les moyens de communication des résultats,
 - l'infrastructure technique et la sécurité des données.
3. Les professionnels de santé doivent être encouragés à signaler des événements et des informations sur la sécurité.
4. Les professionnels de santé qui signalent des événements indésirables, des presque-accidents et d'autres éléments en rapport avec la sécurité ne devraient pas être punis à la suite d'un signalement.
5. **Le système de signalement devrait être indépendant d'une autorité ayant le pouvoir de punir le déclarant.**
6. **L'identité des personnes signalant ne devrait pas être communiquée à des tiers.**
7. Les événements indésirables signalés devraient être analysés rapidement.
8. Les événements indésirables devraient être analysés par des experts qui comprennent les circonstances cliniques et les processus de soins concernés et qui sont formés à la recherche des causes profondes systémiques.
9. La structure qui reçoit les signalements devrait être capable de faire des recommandations et de les diffuser. Les autres structures impliquées devraient donner leur accord pour la mise en oeuvre de ces recommandations lorsque c'est possible.
10. Les recommandations pour des actions de prévention devraient être rapidement diffusées, en particulier lorsque les risques graves ont été identifiés.

Le cercle vicieux du tabou sur l'erreur



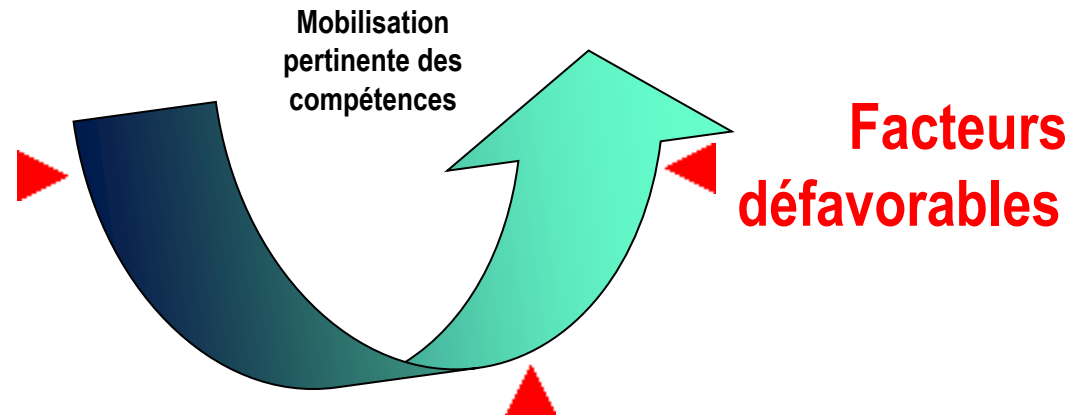
Approche cognitive des facteurs environnementaux

Modèle de compétence

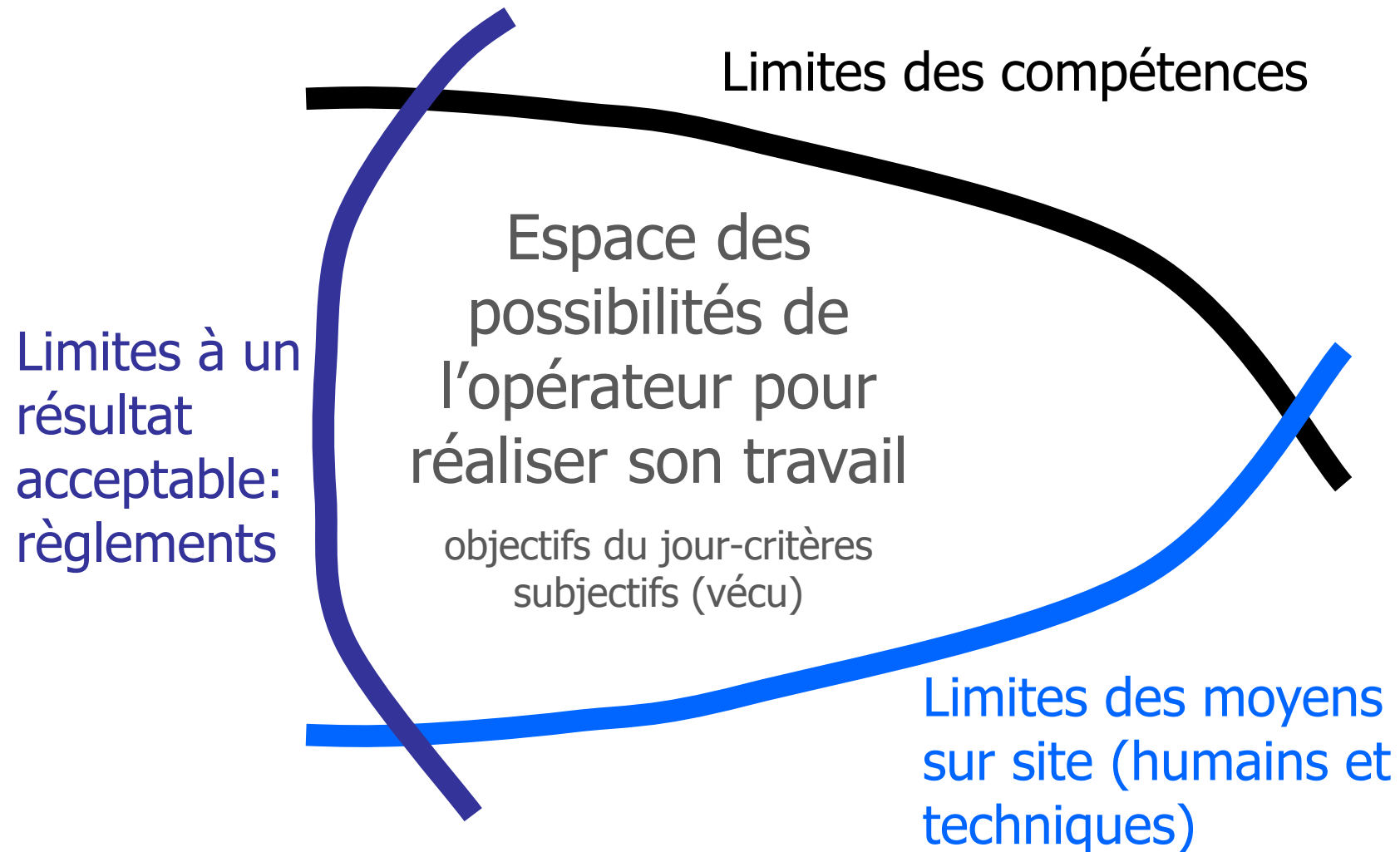
le savoir

Modèle de performance

le savoir à l'instant-t



Approche psychosociale des facteurs environnementaux



Capacités de
raisonnement

Accès à la
mémoire

Capacités
d'intégration
cognitives

↗ Nombre
d'erreurs

Gravité

Complexité

Stress

Flux
d'information

Erreur de
raisonnement

Urgence

Probabilité
>50%



Erreurs Systèmes

Définition d'un Système :

- ensemble d'éléments matériels, logiciels, humains,
- qui sont en interactions
- pour réaliser une ou plusieurs missions.

- ✓ Acteurs du risque
- ✓ Facteurs systémiques liés au collectif
- ✓ Facteurs culturels

La mosaïque du risque systémique → tensions +++

	Objectifs	Solutions	Moyens
Individus-Acteurs	Carrière, vision de soi, regard des autres: « passer »	Routine	Approche émotionnelle
Ligne de production	Qualité de la performance	- Conformité - Défaillances ↘	- Réglementation - Analyse des risques - Retour d'expérience
Top-Managers	« pas de clash » Survie économique	Organismes écrans	- Gestion de crise - Principe de précaution

	Gestion de CRISE	Gestion des RISQUES
Mise en œuvre	Immédiate	Différée après analyse
Logique	Réagir sur l'évènement	Eviter la survenue d'évènements semblables
Vision	Centrée sur l'évènement (Centripète)	Vision Systémique (Centrifuge)
Acquisition	Intuitive (ancienne)	Culturelle (récente)
Principe de base	<i>PP</i> Précocité - Efficacité – Proportionnalité - Cohérence - Révisabilité	<i>PDCA</i> Identifier-Hiérarchiser-Analyser-Agir
Socialisation de la démarche	<i>On est tous d'accord !</i>	<i>On n'est pas d'accord ...mais on ne le sait pas !</i>
Chronologie	Atténuation ↓ Récupération ↓ Prévention → GdR	Prévention ↓ Récupération ↓ Atténuation → GdC

Facteurs liés au collectif

✓ Fiabilité des collectifs:

- Équipes qui se parlent
- Équipes qui font le point
- Équipes qui refusent les interruptions inutiles

L'équipe est
une
compétence
collective

✓ Enseignement des capacités

- CRM & TRM (*Crew & Team Resources Management*)
- Formations spécifiques réglementaires
- Simulation & Serious Games

✓ Compétences relationnelles (non techniques)

- Leadership
- Coopération, entraide
- Evaluation et conscience des situations
- Briefing, débriefing
- Communication (SBAR → SAED, CallOut, CheckBack, Transfert)

Rôle
primordial
des
managers

S

Je décris la Situation actuelle concernant le patient :

Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*

Je vous appelle au sujet de : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*

Car actuellement il présente : *motif de l'appel*

Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A

J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :

Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*

Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...

Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*

Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examens sont : *labo, radio, etc.*

La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*

La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E

Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :

Je pense que le problème est : ...

J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*

Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave

Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D

Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :

Je souhaiterais que : ...

par exemple :

Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*

ET

Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand ?*

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

L'étude randomisée en cluster CHARMED

Groupe contrôle



10.7%
Erreur médicale
(évènement indésirable
ou "near miss")

Vérifications croisées aux urgences

3 fois par jour



Groupe intervention



6.4%
Erreur médicale
(évènement indésirable
ou "near miss")

« Cross-checking »

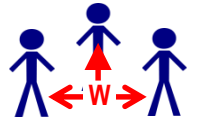
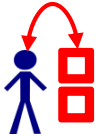
Freund et al. JAMA Intern Med. 2018

Ces vérifications croisées ont consisté pour les médecins [...] à se retrouver trois fois par jour, pendant une dizaine de minutes, deux par deux, afin d'échanger sur l'état de santé et la prise en charge de leurs patients

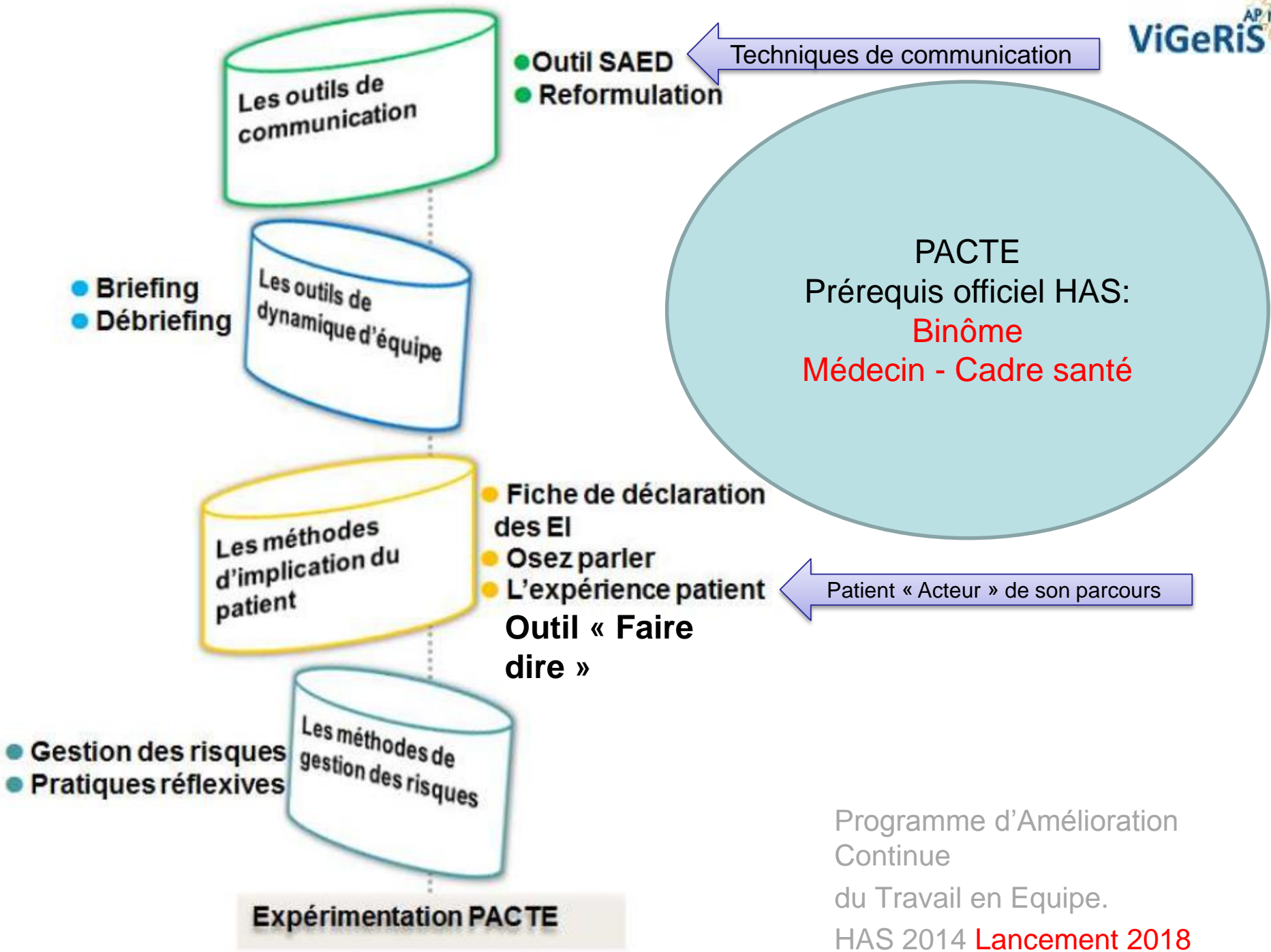
Facteurs Humains (Human Factors)

5 fondements:

- Interface homme-machine
- Organisation du travail
- Continuité du travail
- Commandement
- Conflits (gestion des)



Le facteur humain est une source de danger



✓ Cultures nationales

Hostede

- distanciation hiérarchique
- évitement de l'incertitude
- individualisme
- masculinisme

✓ Cultures d'entreprise

Kervern

- infaillibilité
- invulnérabilité
- rigidité
- égocentrisme

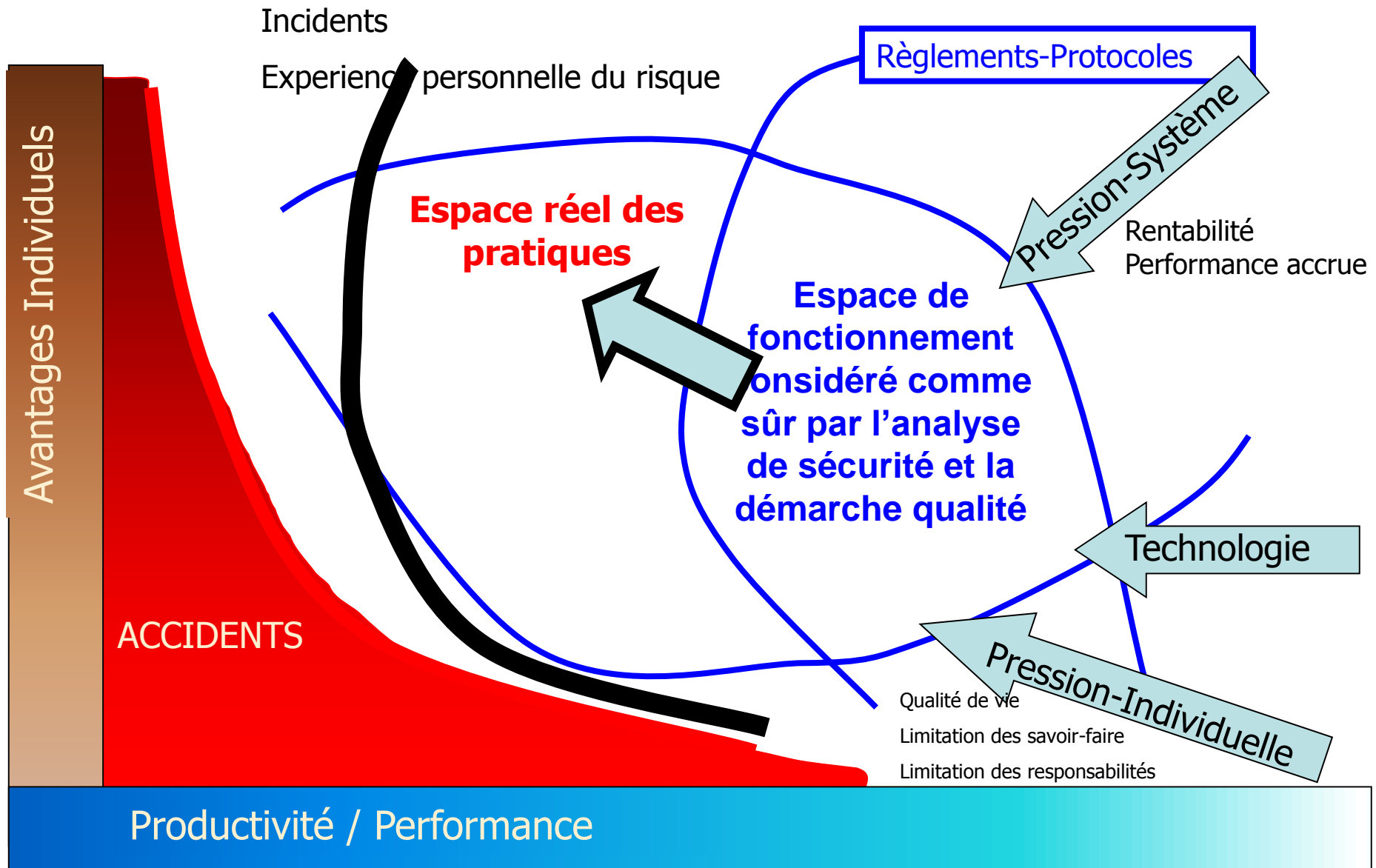
✓ Cultures d'organisation

Westrum

- dénégation
- bureaucratique
- mode productif de sécurité

- Généralisation
- Réorganisation

Migration des pratiques



Différents types d'erreur humaines

Erreur = écart involontaire à ce que l'on voulait faire

Erreur = action (mentale ou physique) qui ne parvient pas aux fins désirées

Faute personnelle = manquement volontaire et inexcusable à des obligations d'ordre professionnel ou déontologique

- Erreur de routine
- Erreur de possession de connaissance
- Transgression
- Erreur d'activation de connaissance

Faute



Règles

Fautes professionnelles

- Fuite d'un médecin lors de l'incendie du bloc opératoire, laissant le patient anesthésié sur la table d'opération
- Refus du chirurgien de garde de se déplacer malgré plusieurs appels pour soigner une patiente blessée par balle
- Refus de l'obstétricien de se déplacer pour pratiquer une césarienne en urgence malgré la situation de danger imminent
- **Silence gardé par un chef de service sur une erreur** d'injection commise par un médecin et ayant provoqué un choc septique grave

FACTEURS

SAVOIR FAIRE
Connaissances
Habilité technique

SAVOIR

Masse de connaissances

Accès en temps réel aux connaissances en m
Capacités cognitives de traitement des informa

SAVOIR ETRE

Capacité à travailler en équipe

2 à 10
erreurs /
heure

70 à 80
% de
récupéra
tion

Défaut de formation

Stress

Fatigue

Charge de travail
(dépassement horaires,
personnel insuffisant ...)

Absence de procédures &
de reminders

Absence de supervision

ENVIRONNEMENTAUX
& SYSTEMIQUES

ERREURS LATENTES

Pression à l'erreur par insuffisance de conception et d'organisation du système

CAUSES RACINES

ERREURS PATENTES

Actes risqués du personnel médical & soignant.

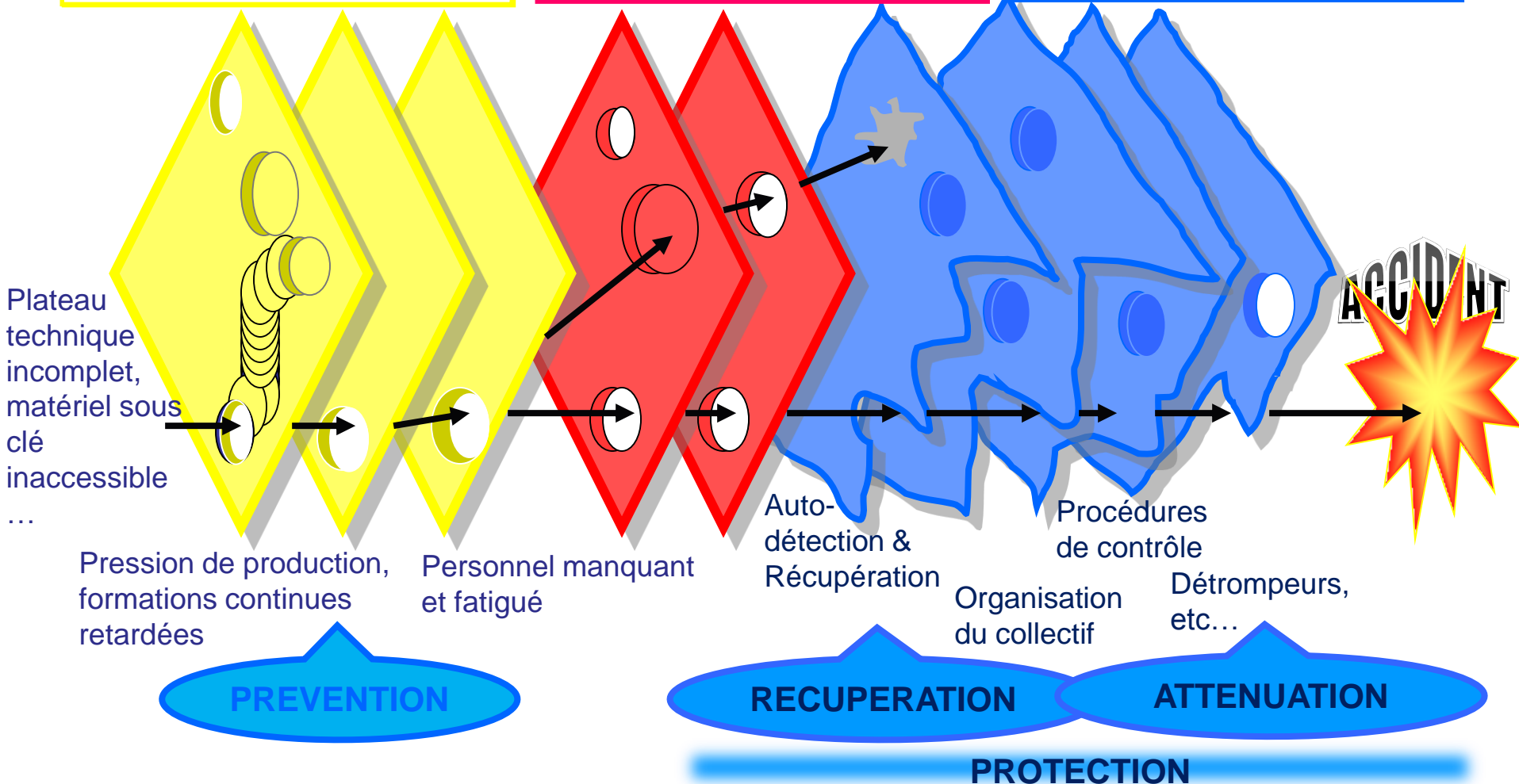
Erreurs & Violations

CAUSES IMMEDIATEES

DEFENSES EN PROFONDEUR

Certaines sont érodées par l'habitude, les routines, le manque de moyens, etc...

BARRIERES SECURITE



Quelles sont les causes immédiates de l'accident ?

- Les causes immédiates sont les écarts de soins vis-à-vis des normes/pratiques/actions attendues/résultats attendus
- « Immédiat » ne signifie pas causalité directe

Quelles sont les causes racines de l'accident ?

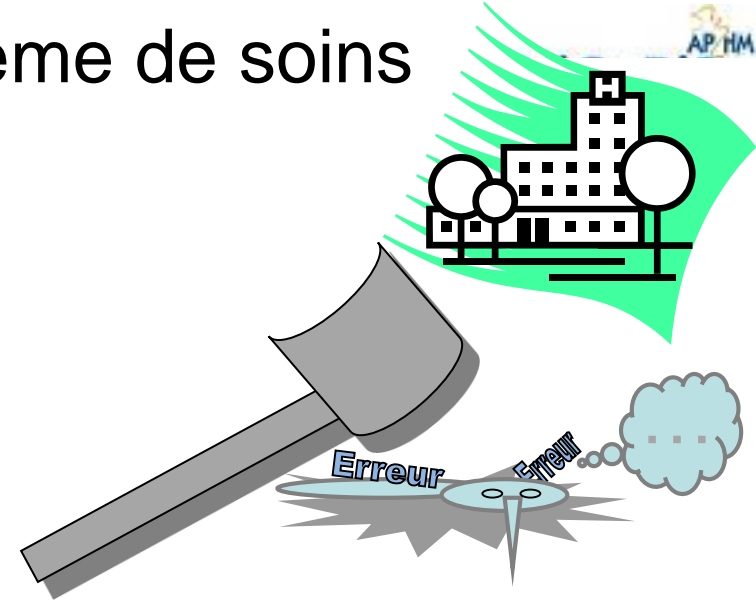
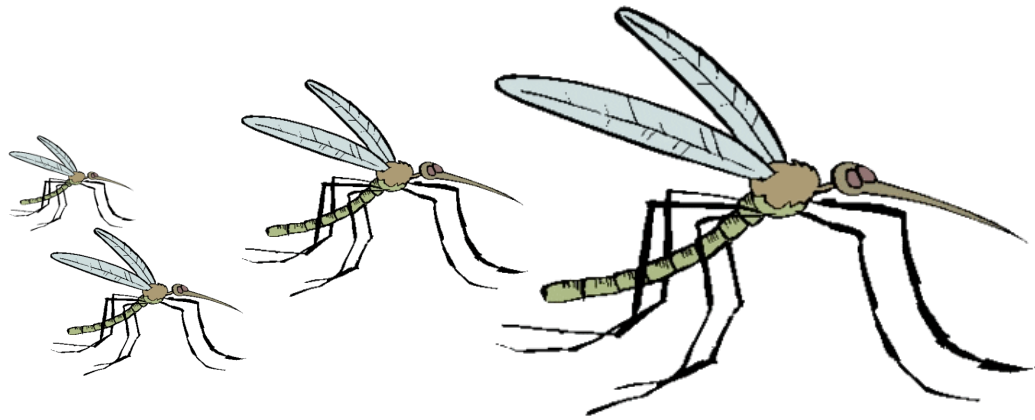
- Les causes racines sont les réponses à « pourquoi l'écart de soin ? »
- Ce sont les causes qu'il faut corriger en priorité !

J. Reason:

- L'erreur humaine n'est pas une cause, elle est une conséquence.
- Identifier une erreur est simplement la première étape de la recherche des vraies causes.
- Erreur et intelligence sont les deux faces d'une même pièce.

AP HM

Système de soins



Causes racines

Analyse=

Recherche des causes
racines

**Pourquoi la
cause
immédiate?**

Une personne hospitalisée est agitée pendant la nuit

Cause immédiate =
Ecart de soins

Cette personne n'a pas de moyen de contention

**Evènement
dangereux**

A 3 heures du matin, elle veut descendre elle-même de son

Accident

Cette personne tombe violemment de son lit

Domage

Fracture du col du fémur

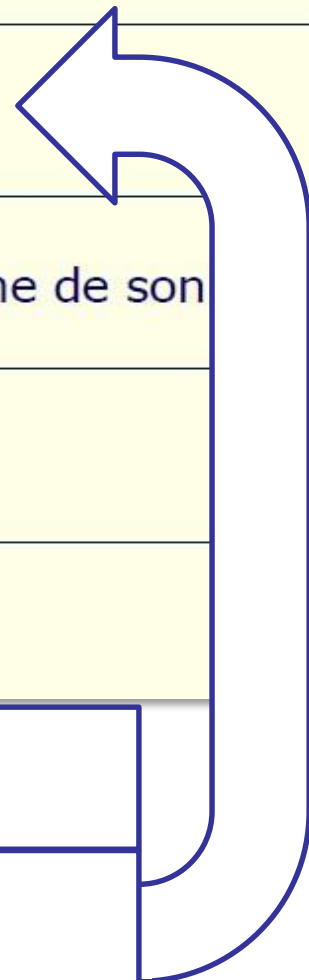
Conséquences= **Bloc opératoire**

La gravité se mesure
sur les conséquences:

G4

Sélection du cas à analyser:

Evitable = OUI



Analyse=

Recherche des causes
racines

**Pourquoi la
cause
immédiate?**

Cause immédiate =
Ecart de soins ??

Traitement anticoagulant par anti-vitamine K

Poussée aiguë d'hypertension artérielle à 22 mm Hg

**Evènement
dangereux**

Violent effort de défécation en raison d'une constipation sév

Accident

Hémorragie abdominale interne par fissuration d'anévrisme

Domage

Coma ou décès

Conséquences= **REA ou « sapin »**

La gravité se mesure
sur les conséquences:

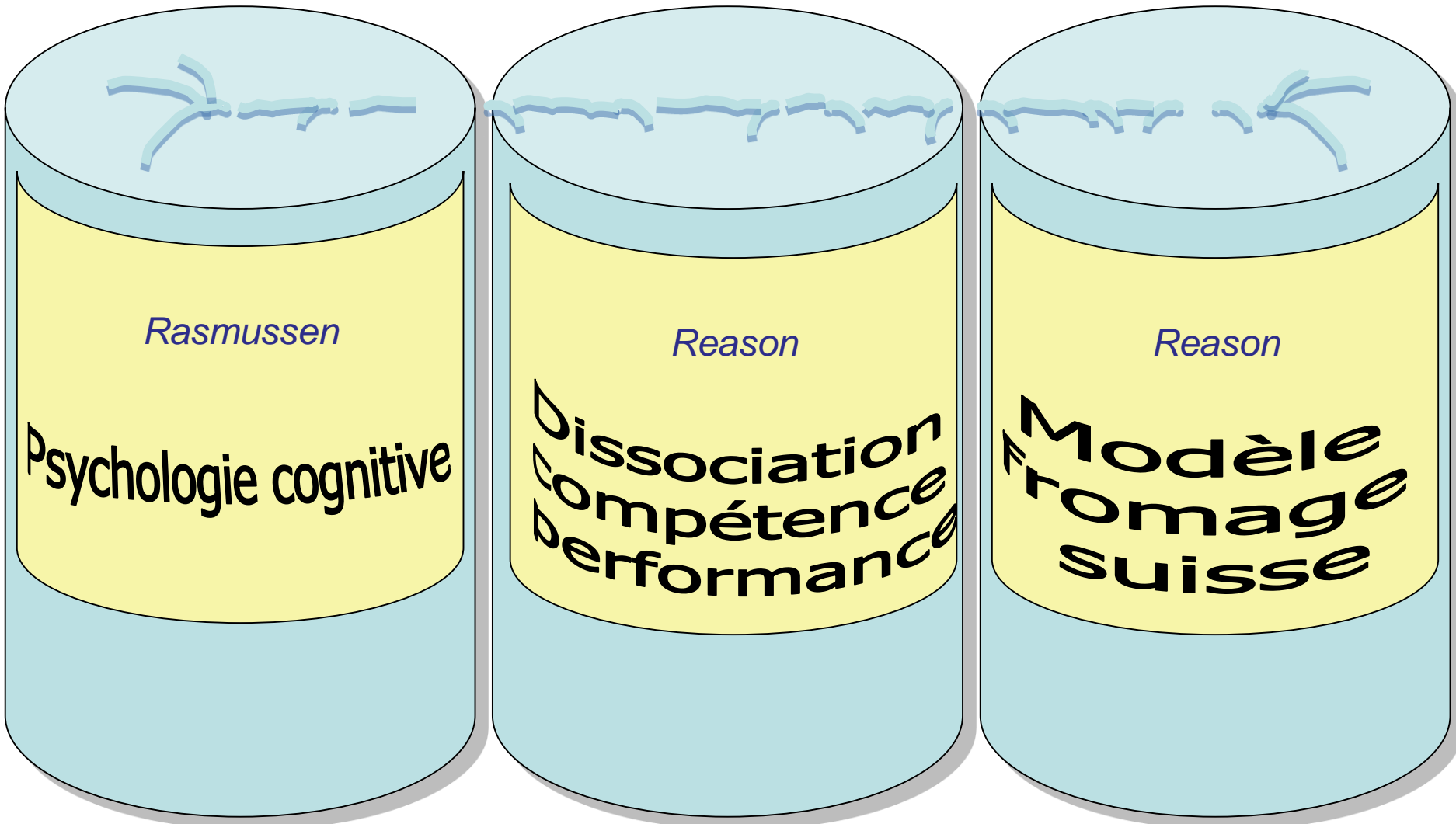
G4 ou G5

Sélection du cas à analyser:

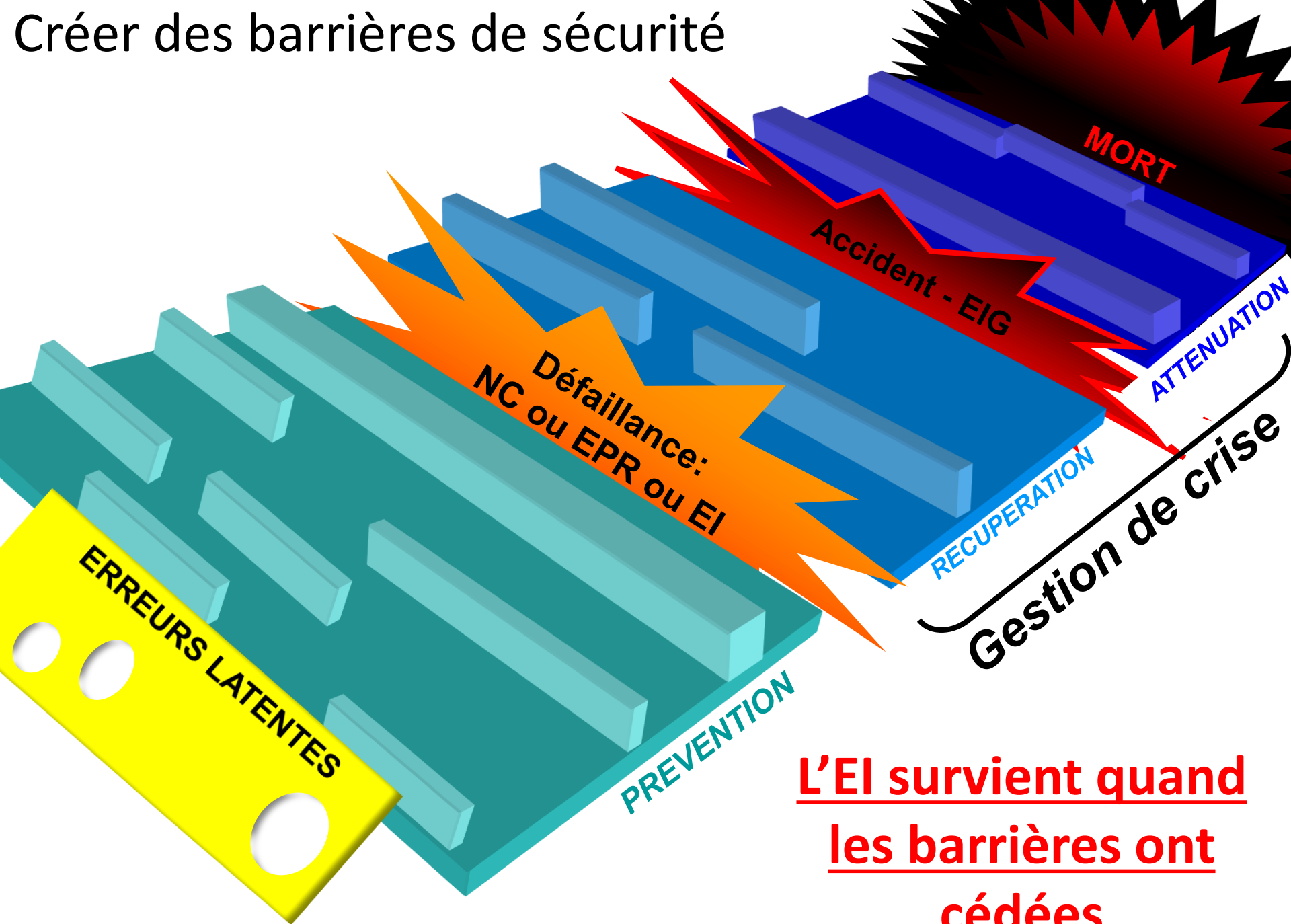
Evitable = OUI ??

La vision systémique de l'accident

3 principes fondamentaux



Créer des barrières de sécurité



L'EI survient quand
les barrières ont
cédées



- **Barrières de prévention:**
 - Quelles précautions médicales, techniques, ou organisationnelles peuvent empêcher la survenue de l'évènement indésirable?
- **Barrières de récupération:**
 - On est entré dans une situation anormale, quelles actions peuvent encore arrêter le processus et récupérer le contrôle avant la survenue de complications encore plus graves?
- **Barrières d'atténuation:**
 - Le risque suprême est engagé, quelles actions peuvent encore inverser le pronostic?

L'analyse systémique: les méthodes et les outils

Le défi de l'enquête

=

**Comprendre le monde tel qu'il
fonctionne,**

et non tel qu'on le prescrit...

L'enquête est le début de l'analyse factuelle

Les documents + Les témoignages

- Dossier du patient
- Autres : procédures concernées, tableaux d'effectifs, de garde, bons de transport, de labo, etc.

- Des professionnels concernés (le + tôt possible)
- Du patient éventuellement

+

La mise à plat

- Un support de réflexion clair et pertinent

= le chronogramme

La méthode d'analyse

1. Mener l'investigation = enquête, analyse des faits
2. Construire le chronogramme
3. Lire les causes immédiates = écarts de soin
4. Repérer les causes racines

La méthode d'analyse

1. Mener l'investigation = enquête, analyse des faits
2. Construire le chronogramme
3. Lire les causes immédiates = écarts de soin
4. Repérer les causes racines

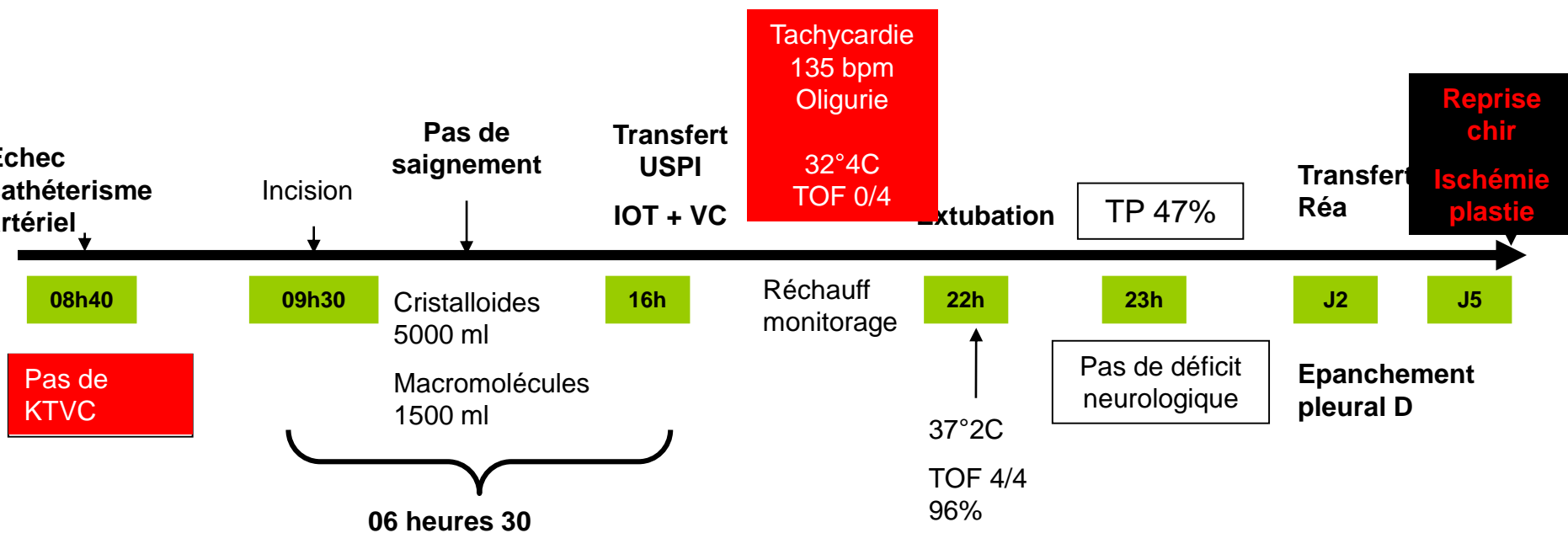
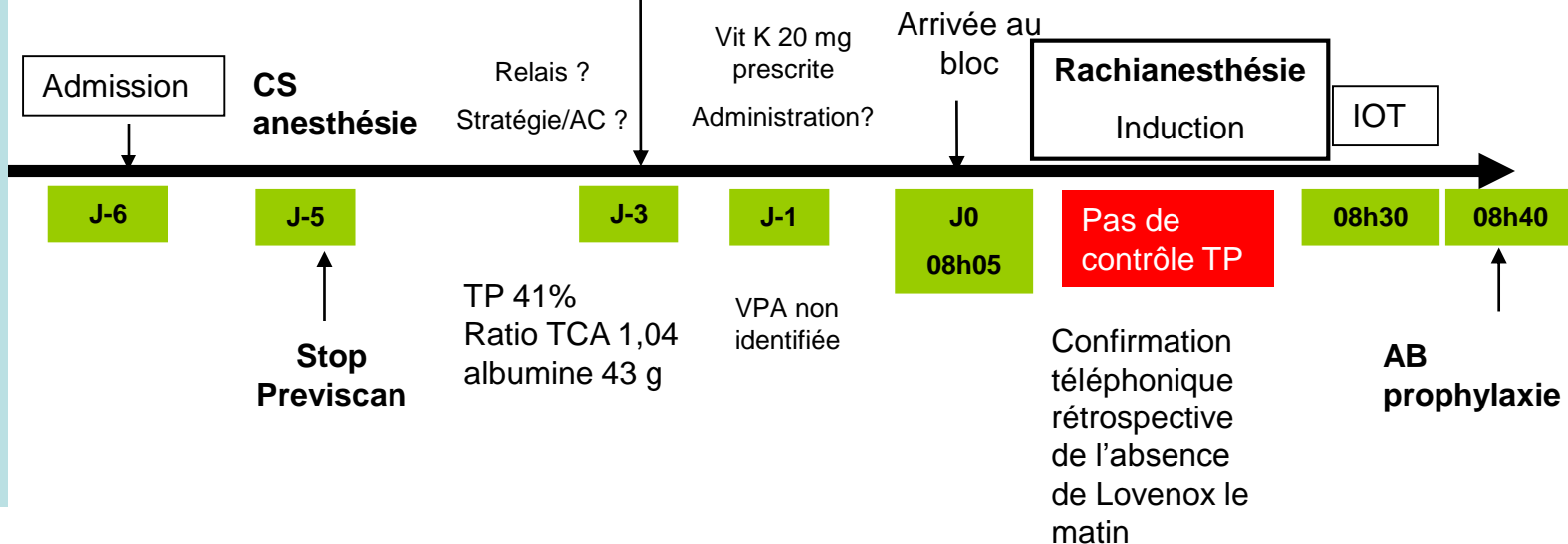
Chronogramme

F 17ans
Ingestion Destop
 • **Gastrectomie**
Plastie iléale
 • **EP postop (Previscan)**
 • **Sténose œsoph.**

Œsoplastie iléocœcale programmée pour J0

Echec cathéterisme artériel

Bilan biologique



La méthode d'analyse

1. Mener l'investigation = enquête, analyse des faits
2. Construire le chronogramme
3. Lire les causes immédiates = écarts de soin
4. Repérer les causes racines

Repérer les écarts de soin



Écarts
vis-à-vis des
Normes,
règlements,
procédures.

Un professionnel n'a pas respecté une procédure, volontairement ou involontairement

Ecarts
vis-à-vis des
Bonnes
Pratiques
Sociales,
empathie,
respect.

Les professionnels ont manqué d'empathie, de respect, d'attention, de compréhension, de confidentialité, etc, envers le PATIENT

Ecarts
vis-à-vis des
Actions
attendues

Un professionnel n'a pas exécuté le bon geste/dispensé le bon traitement, à l'instant t.

Ecarts
vis-à-vis des
Résultats
prévus pour le
patient

Les professionnels n'ont pas pu empêcher la dégradation de l'état du patient, alors que cela semblait pourtant possible.

Pour repérer
un écart



Il faut un
savoir...



**Professionnel
du soin**

A t-il le
savoir?

Patient

A t-il le
savoir?

Qualiticien

A t-il le
savoir?

... de procédure

Très élevé

Oui

Non

Variable selon
l'expérience du
secteur

... de pratique
organisationnelle ou
sociale

Faible

Variable selon
les individus

Oui

Oui

... d'action

Très élevé

Oui

Non

Non

... de résultat

Moyen

Variable selon la
responsabilité

Oui,
mais...

Variable selon
l'expérience du
secteur

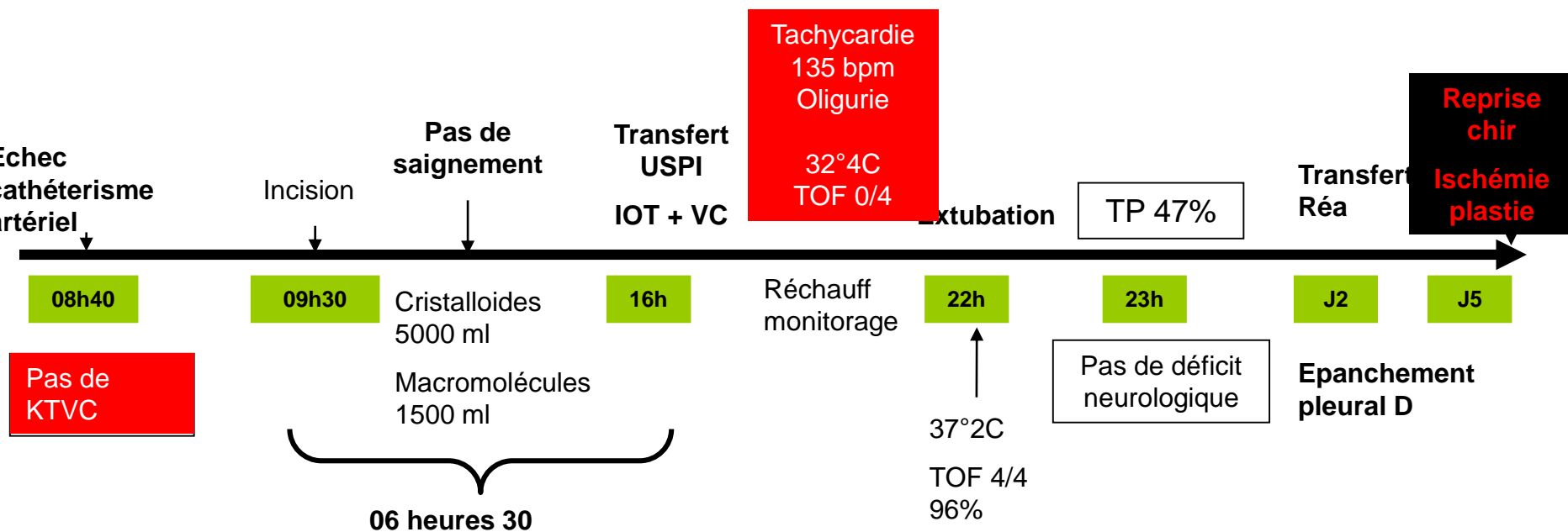
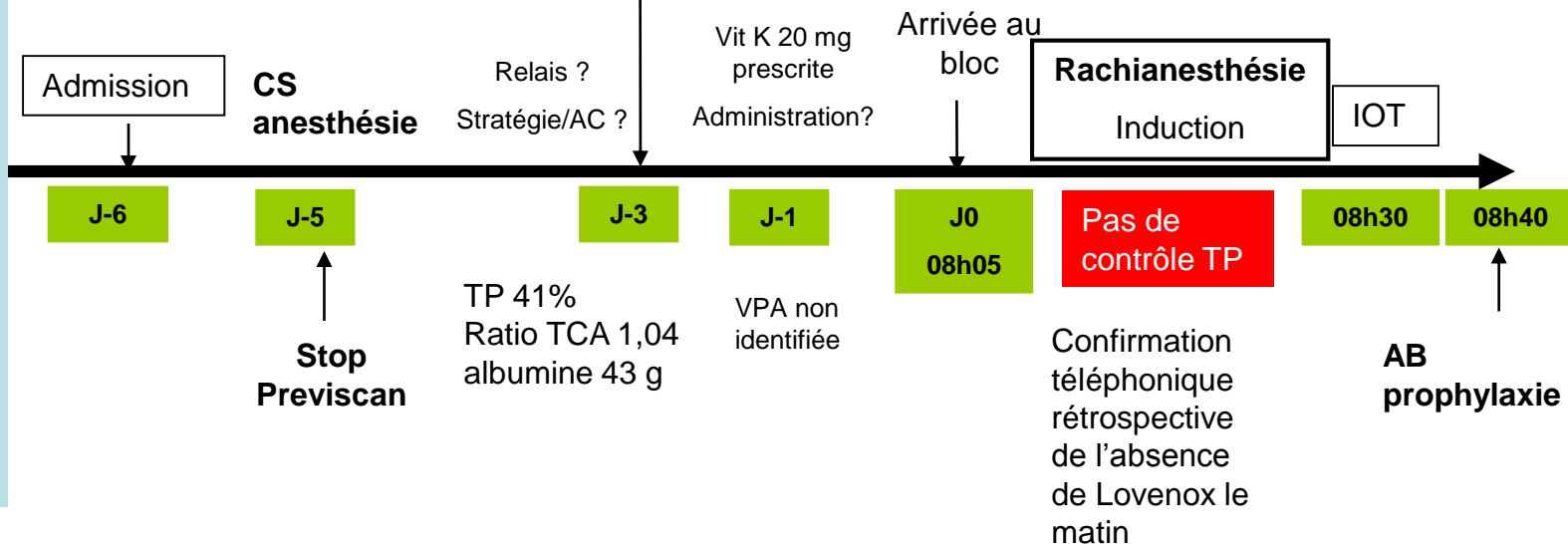
Chronogramme

F 17ans
Ingestion Destop
 • **Gastrectomie**
Plastie iléale
 • **EP postop (Previscan)**
 • **Sténose œsoph.**

Œsoplastie iléocœcale programmée pour J0

Echec cathéterisme artériel

Bilan biologique



La méthode d'analyse

1. Mener l'investigation = enquête, analyse des faits
2. Construire le chronogramme
3. Lire les causes immédiates = écarts de soin
4. Repérer les causes racines

Les causes racines sont les réponses à la question :

« Pourquoi cet écart est-il survenu? »

« Comment a-t-il été rendu possible? »

Modèle ALARM de C. Vincent

Les causes racines sont liées...

aux patients

aux professionnels

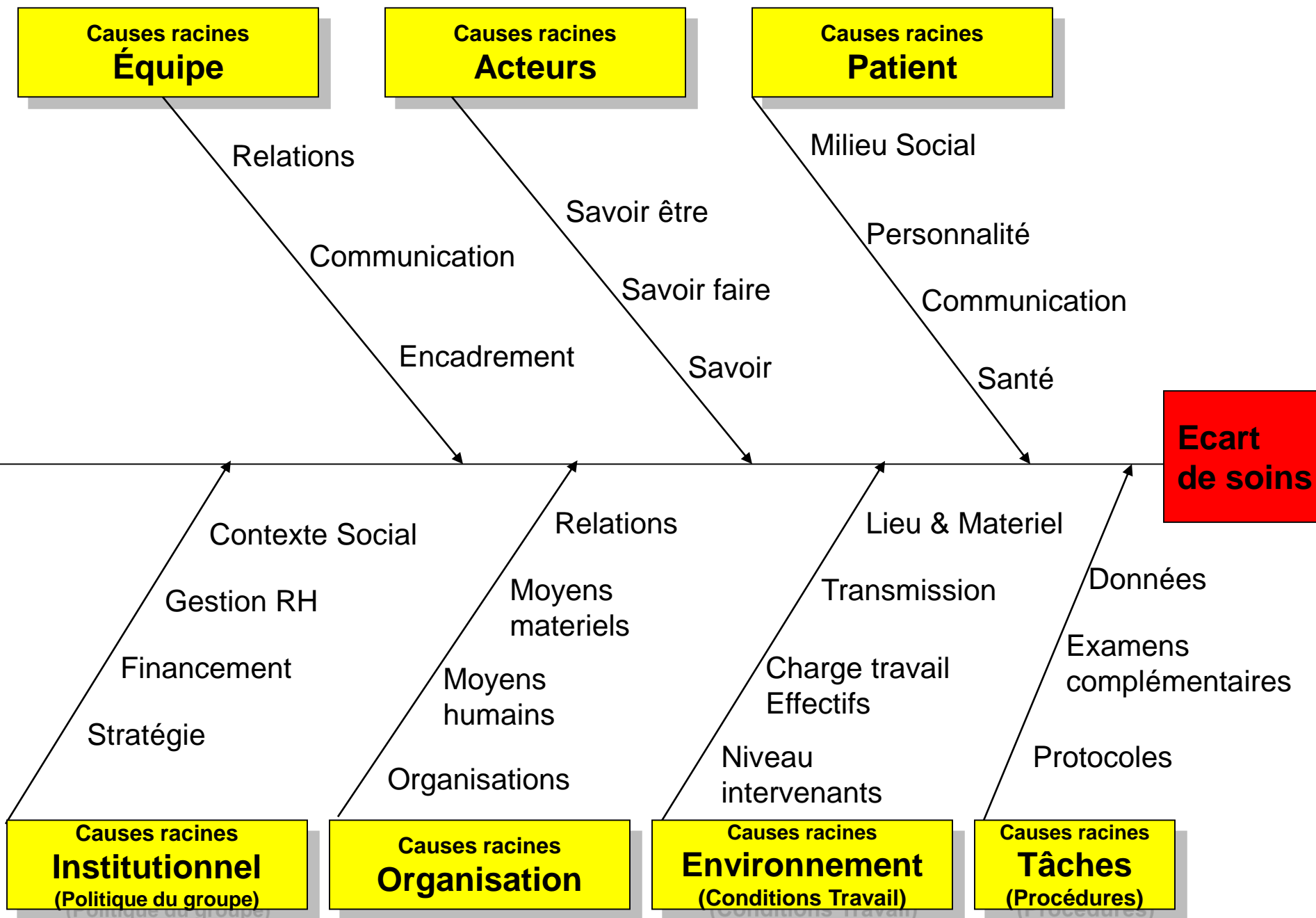
au fonctionnement de l'équipe

aux tâches (procédures)

à l'environnement (conditions de travail)

à l'organisation

à l'institution (politique du groupe)



La dynamique du groupe

1. Pour une RMM
2. Pour un CREX

- RMM : Revue Morbidité Mortalité
- Débriefing
- Analyse systémique
- REX, RETEX, retour d'expérience
- Gestion des risques a posteriori
- Système Signalement Apprentissage type 3
- CREX: Comité de Retour d'Experience

La RMM est une exigence réglementaire :

➤ Conditions de l'agrément :

chirurgie des cancers, chimiothérapie, oncologie.



➤ Certification manuel v2010 (28a)

Mise en œuvre des démarches d'EPP



RMM obligatoire selon une méthode validée:

Anesthésie-Réa. - Chirurgie – Cancérologie

➤ BN-SARM :

Staph. Aureus Résistant Mé ticilline - *Instr. DGOS 2014*



LA RMM

Selon la méthode ALARM

BMJ

**How to investigate and analyse clinical incidents:
Clinical Risk Unit and Association of Litigation
and Risk Management protocol**

Charles Vincent, Sally Taylor-Adams, E Jane Chapman, David Hewett, Sue Prior, Pam Strange and Ann Tizzard

BMJ 2000;320:777-781
doi:10.1136/bmj.320.7237.777

La RMM n'est...

- ✗ PAS une démarche de diagnostic médical (staff)
- ✗ PAS la recherche d'une faute pour trouver un coupable ou pour prendre une sanction
- ✗ PAS une démarche disciplinaire ou judiciaire

La RMM c'est...

- ☺ Moment d'analyse collective des cas: comprendre et apprendre ensemble
- ☺ Occasion d'établir le lien entre 1 cas et les statistiques du service
- ☺ Méthode de gestion des risques & d'EPP-APP-DPC

La RMM est

« *une analyse **collective, rétrospective et systémique de cas** marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient,*
qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. »



Analyse factuelle



**Analyse
systémique**



**Elaboration de
mesures
correctrices**







EI

REUNION

5 étapes

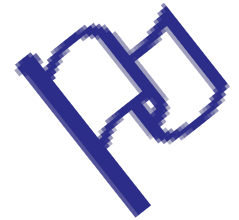
Périodicité (proposition)

Acteurs

1-Préparation du service: orienter la politique du service		1 seule fois Engagement du service	<u>Responsable Médical</u> Identification des Correspondants Lutte EI (CLEI)
2- Organisation de la démarche		1 seule fois Concrétisation de l'engagement	<u>CLEI</u> Identification du Groupe de pilotage
3- Préparation de la réunion		Avant chaque réunion (RMM: 3 x par an CREX: tous les mois)	<u>CLEI</u> Groupe pilotage
4- Déroulement de la réunion	 	Pendant chaque réunion (RMM: 3 x par an CREX: tous les mois)	<u>CLEI</u> Responsable Médical Groupe pilotage Personnes ressources pour le cas retenu Professionnels du service
5- Suivi de l'amélioration		Après chaque réunion Démarche continue	<u>CLEI</u> Groupe pilotage <u>Professionnels du service</u>

1- Préparation du service: la politique du service

INFORMER et FORMER



Quelle cible?

Responsables
Médecins
Soignants
non-médecins

Qui est moteur?

Chef de service
→ signal politique
Correspondants
pour la lutte EIAS

2- Organisation de la démarche



Senior(s) responsable(s) RMM *(correspondants pour la lutte contre EIAS)* **Groupe de pilotage**

Superviser les déclarations EIAS

Sélectionner les cas à analyser en RMM

Coordonner & Modérer les séances



Officialiser la démarche



Signer la Charte

Définir Périodicité - Lieu de réunion - Moyens de communication

Qui participe ?

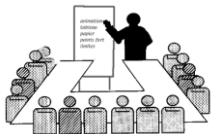
Médecins du service

Soignants paramédicaux

Tout professionnel impliqué dans le parcours de soin du patient

Personnes ressources pour l'amélioration +++

Etudiants +++



2- Organisation de la démarche. Comment...?

... Archiver les documents ?

Dans le Dossier patient

L'EI et la prise en charge de l'EI.
La RMM n'y est pas mentionnée !



Dans les documents de travail du service

Déclaration de l'EIAS anonymisée
CR **anonymisé**

... Diffuser l'information ?

Compte-rendu accessible aux professionnels
Courriel – Affichage – Classeur – Intranet ...

... Gérer le suivi immédiat ?

Rappel régulier des décisions prises lors des précédentes RMM

... Gérer le suivi à long terme ?

Tableau de bord de suivi des actions → PAQSS
Evaluation annuelle de l'avancée de la démarche

3- Préparation de la réunion



Qui le fait ?

Groupe pilotage

Sélectionner des cas



**Potentiel
d'amélioration**



**Criticité =
Fréquence x Gravité**

3- Préparation de la réunion



Qui le fait ?

Groupe pilotage

Réaliser l'analyse factuelle



**Eléments de
traçabilité**



**Interviews séparées
des acteurs**

3- Préparation de la réunion



Faire la revue de la littérature

Qui le fait ?

Groupe pilotage

**Dépassionner l'analyse
en dépersonnalisant
le cas**

**Elaborer des
procédures
internes
«evidence based »**

3- Préparation de la réunion



Qui le fait ?

Groupe pilotage

Inviter les participants

Non aux listes mondaines ! Non aux listes « people »!

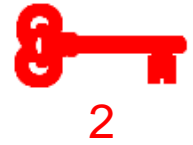


**Sélectionner les
personnes ressources
selon le cas retenu**

**Veiller à la multi-
professionnalité**

(« Grades et sans-grades »)

4 - Déroulement d'une séance RMM



1^{er} temps = présenter le chronogramme

Présentation par correspondant pour la lutte contre les
ElaS, responsable RMM, ou membre du groupe

Anonyme

Neutre

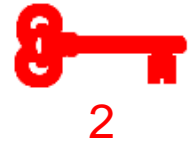
Factuelle

Facilement lisible

Avec dates recalculées



4 - Déroulement d'une séance RMM



2^{eme} temps = identifier les écarts de soin

- Rôle des professionnels +++

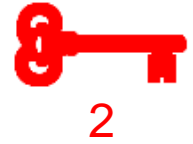


10
min
Maxi

Accompagner l'assemblée pour
identifier « ses » écarts de soins +++



4 - Déroulement d'une séance RMM

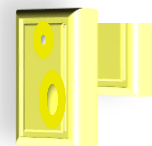


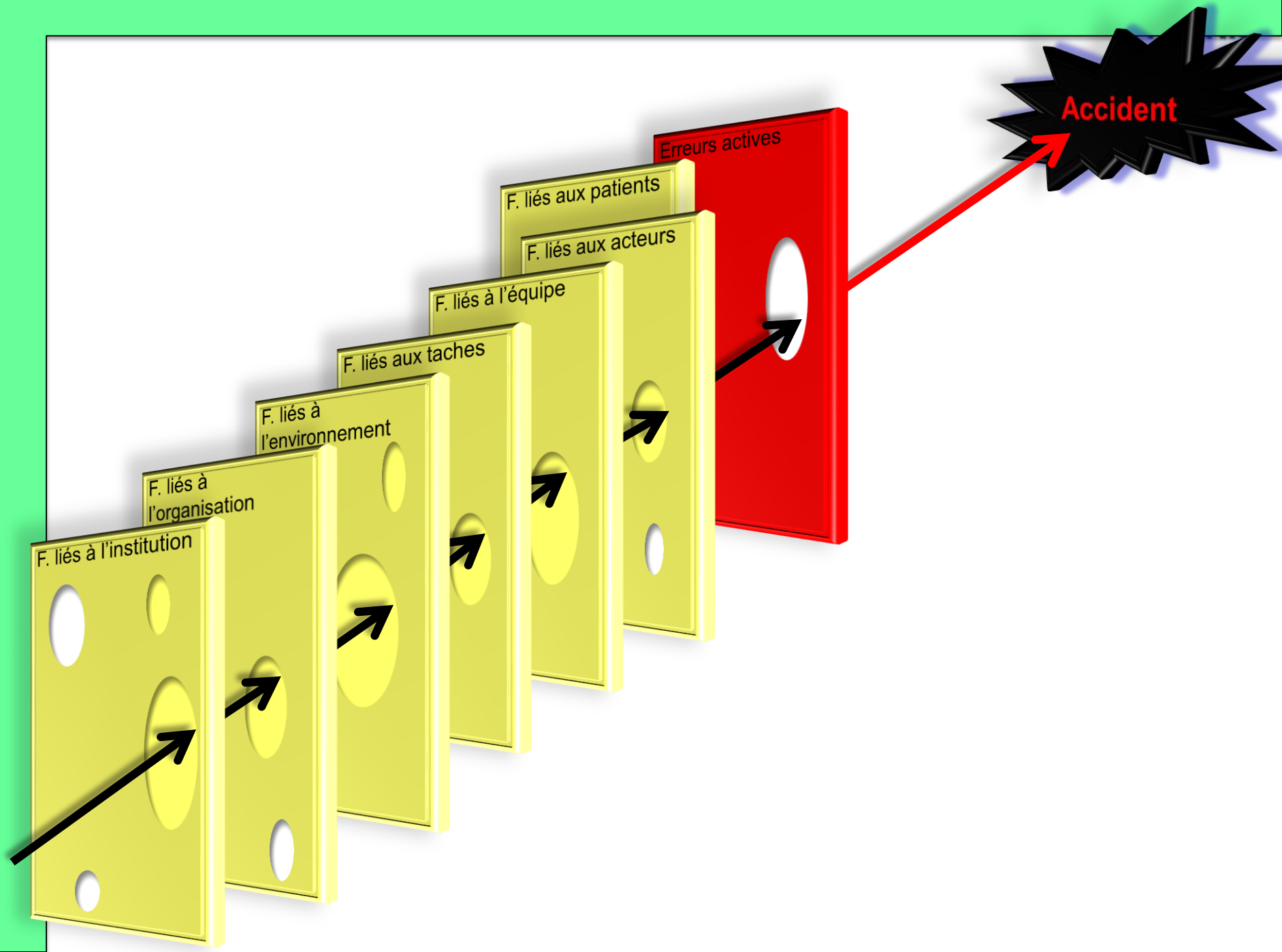
2^{eme} temps = l'analyse systémique

Pour chaque écart de soin

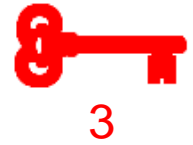
20
min
Maxi

→ Décrire les causes racines





4 - Déroulement d'une séance RMM



3^{eme} = énoncé de l'amélioration



Énoncer consensuellement les mesures d'amélioration

Déléguer à un membre de l'équipe la mise en place et le suivi de chacune de ces actions

Etablir un calendrier de mise en œuvre

Formaliser les indicateurs de réalisation et d'efficacité

→ Action concrète, résultat observable et mesurable

Construire et/ou réparer
les défenses en profondeur

Mesures correctrices

- réalistes,
- adaptées aux situations et à l'environnement,
- énoncées et plébiscitées par les professionnels



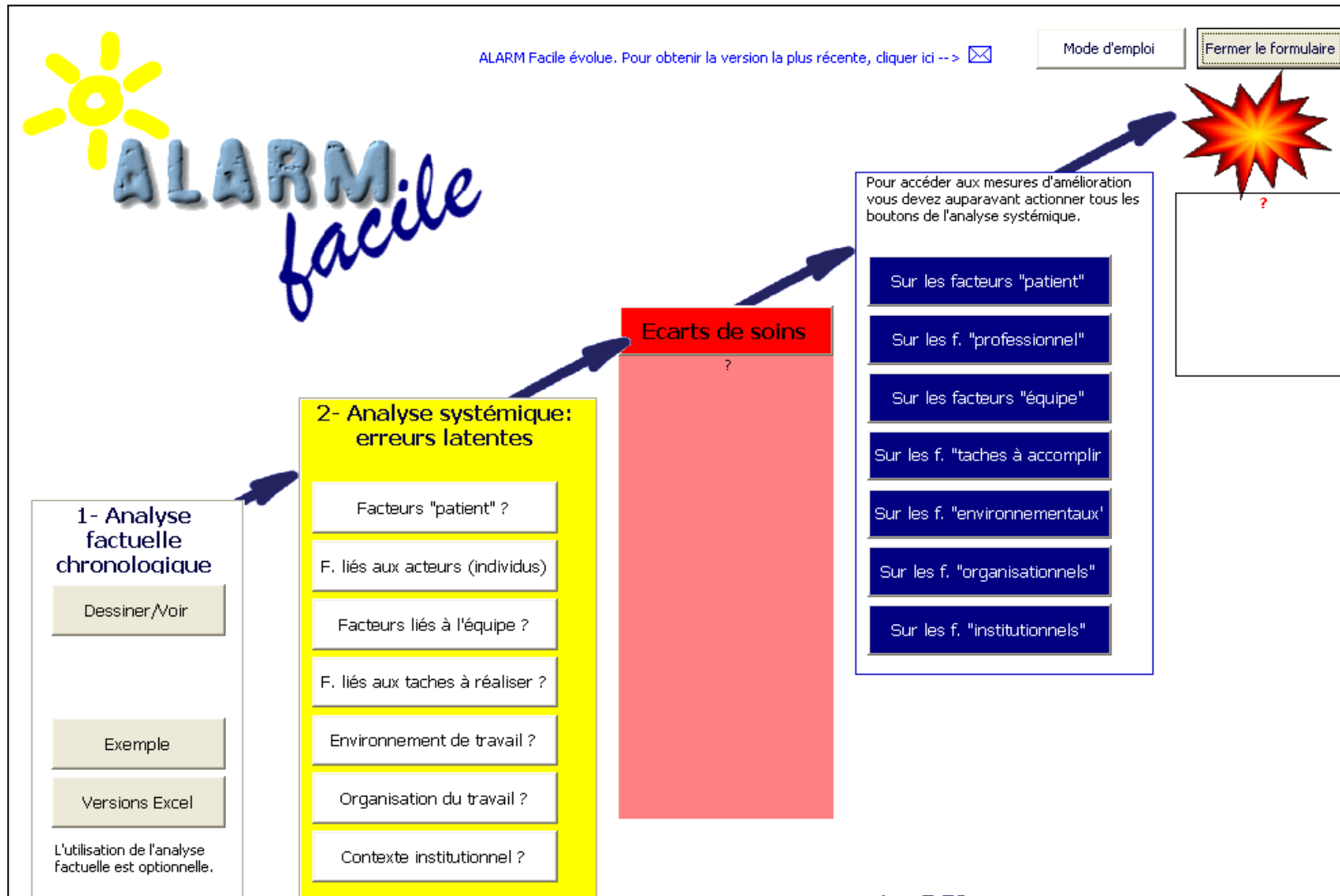
30
min
Maxi

4^{eme} = produire le compte-rendu

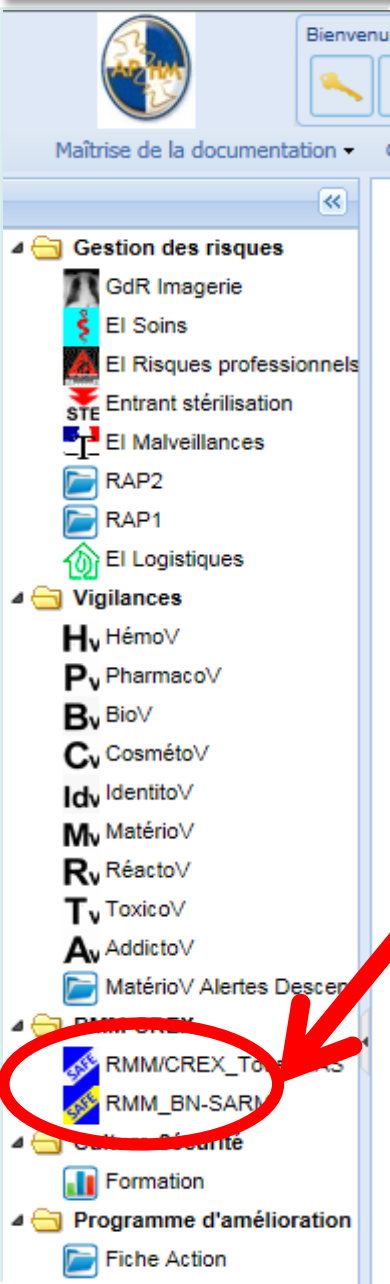
- Liste de présence
- Contenu du compte-rendu:
 - Terme générique de l'accident
 - Ecart de soins retrouvés
 - Facteurs systémiques retrouvés
 - Mesures d'amélioration énoncées
- → Transmettre à ViGeRiS (mail / courrier)

2^{eme} possibilité: un outil d'analyse avec Excel

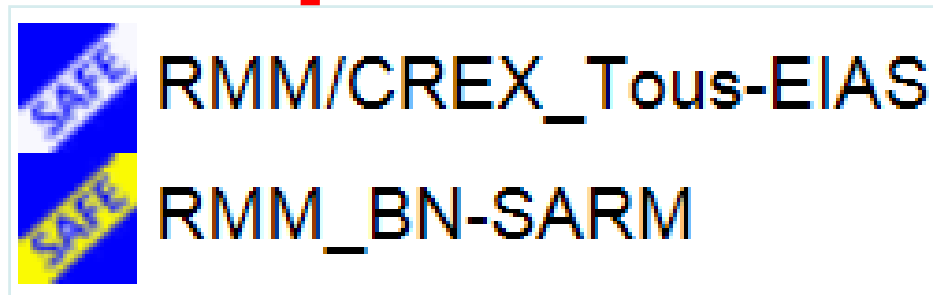
Télécharger sur ViGeRiS / Risques associés aux Soins / RMM,
ou bien Google : ALARM RAGNI



3^{ème} possibilité: un outil d'analyse avec BlueMedi



Modèle d'analyse pour tout EI
associé aux soins
→ RMM ou CREX



Modèle d'analyse réservé aux
infections à Staphylococcus
Aureus Résistant à la Méricilline

Règles de séance

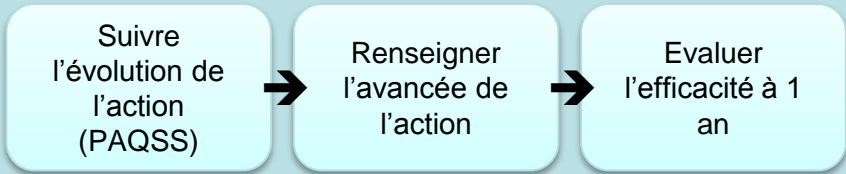
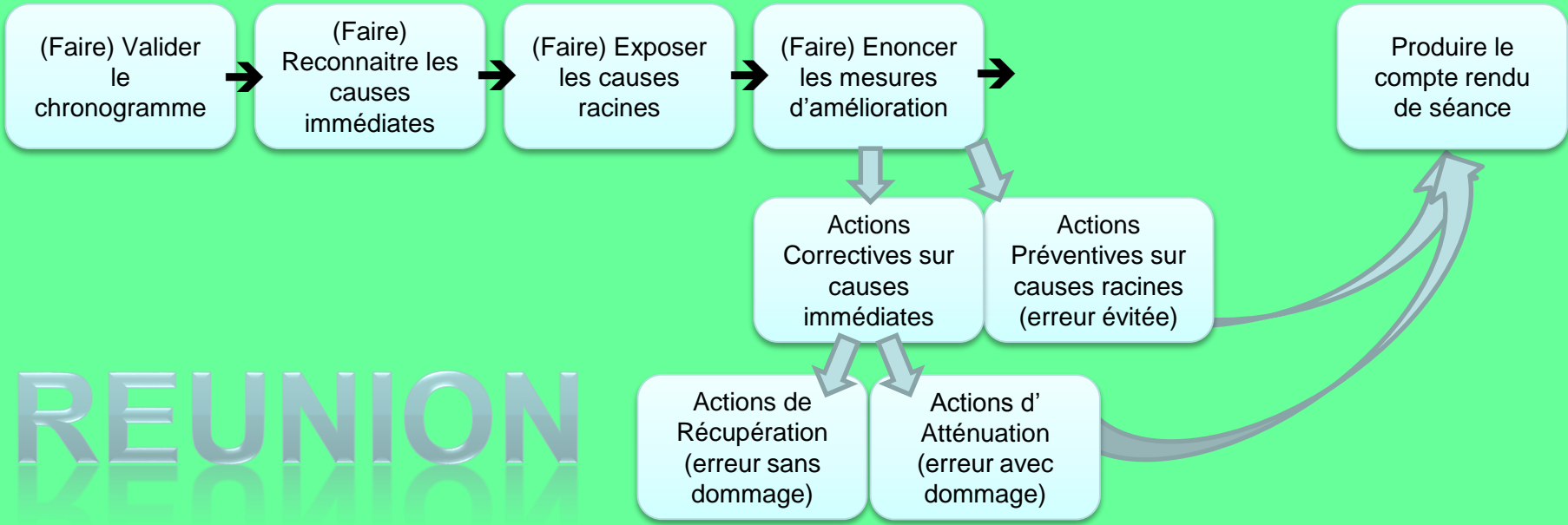
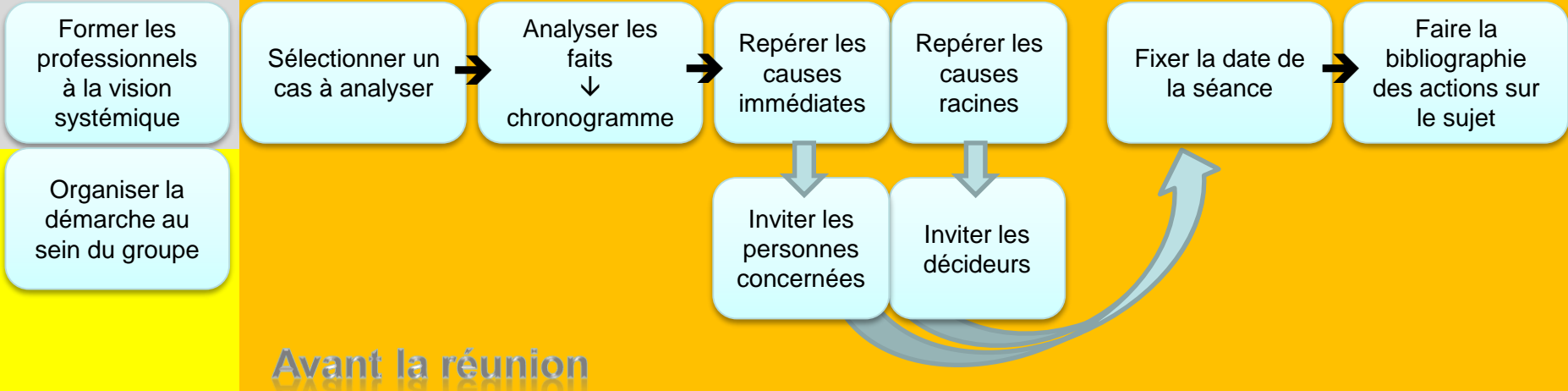
- Liberté de parole
- Secret professionnel

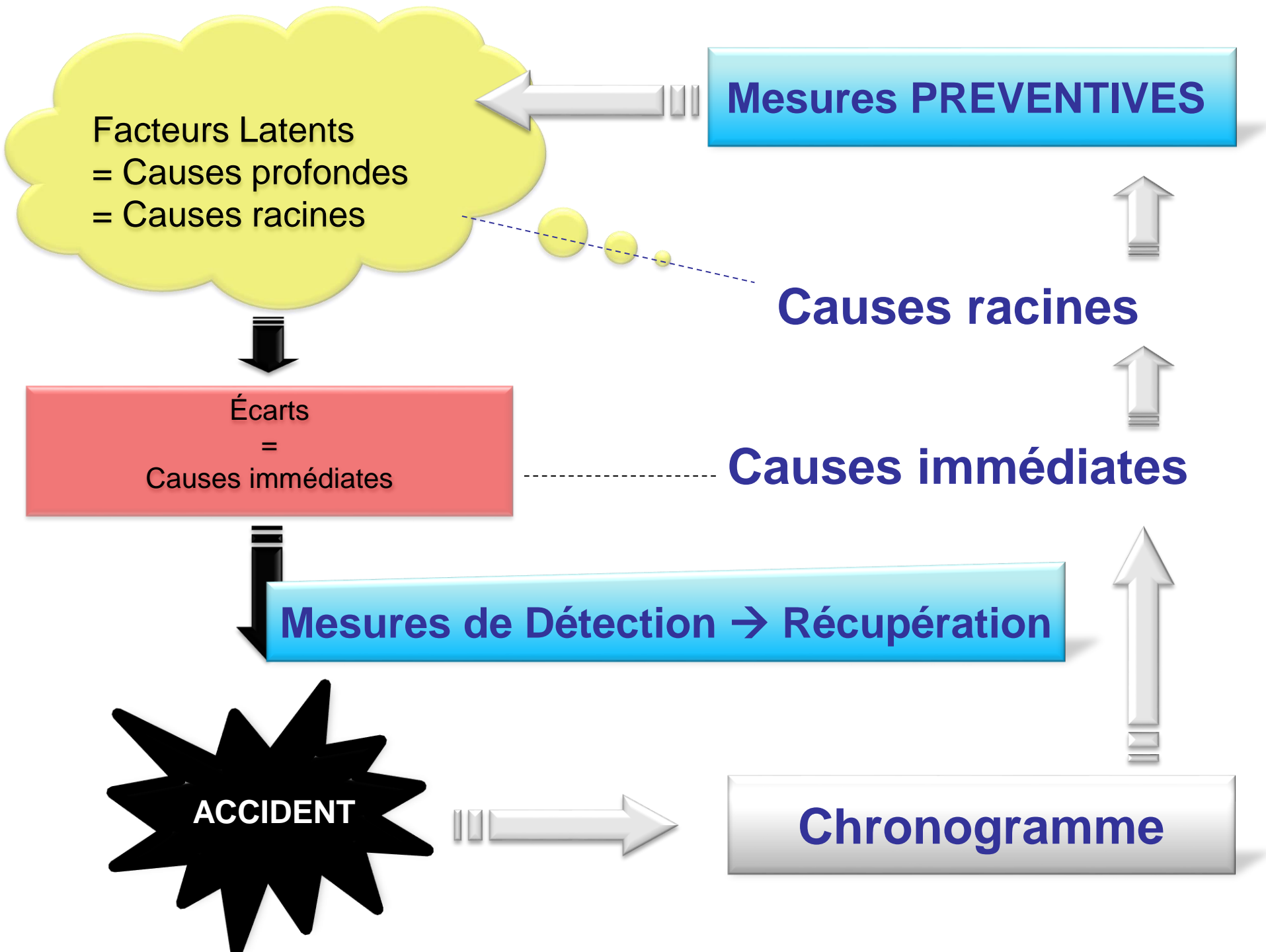
Le partage d'informations relatives à un patient entre professionnels est possible uniquement pour « *assurer la continuité des soins ou déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible* » (art. L1110-4 du CSP)

- Confidentialité

Anonymisation du patient et des professionnels concernés

- Modérateur de séance
 - Facilitateur
 - Gestionnaire du temps
 - Secrétariat de séance





A éviter absolument...

- ▶ Analyser que les situations exceptionnelles
- ▶ Commencer les RMM dans une ambiance conflictuelle
- ▶ Choisir des événements qui se sont produits dans d'autres services ou présenter les cas sans l'accord des personnes concernées et/ou en leur absence
- ▶ Chercher un coupable, des responsables, juger ceux qui ont fait des erreurs, les mettre en cause personnellement
- ▶ Réaliser une analyse des causes, sans disposer d'une chronologie précise des faits
- ▶ S'arrêter à la " première histoire ", à l'erreur évidente, au non-respect d'une règle
- ▶ Ne pas prendre de décision de prévention
- ▶ Entreprendre une analyse de cas, alors qu'une enquête de police est engagée. De même il convient de suspendre l'analyse d'un cas, lorsqu'il apparaît que celui-ci fait l'objet d'une enquête. L'analyse pourra être reprise après sa clôture, même si cela induit un délai de plusieurs mois et donc obligatoirement une perte de précision, dans les faits. En cas d'interrogations sur la nature, le déroulement d'une enquête, il est recommandé de prendre contact avec la direction des affaires juridiques et des droits du patient préalablement à toute décision.

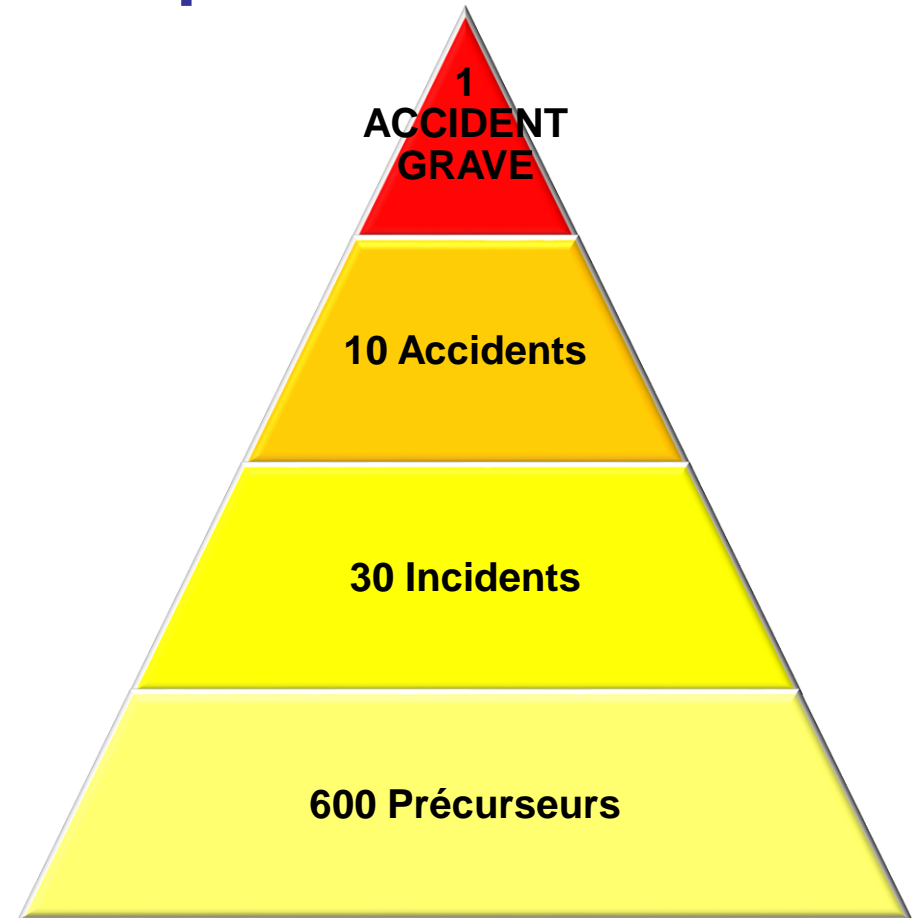
LE CREX

Comite de Retour d'Expérience
selon la méthode ORION



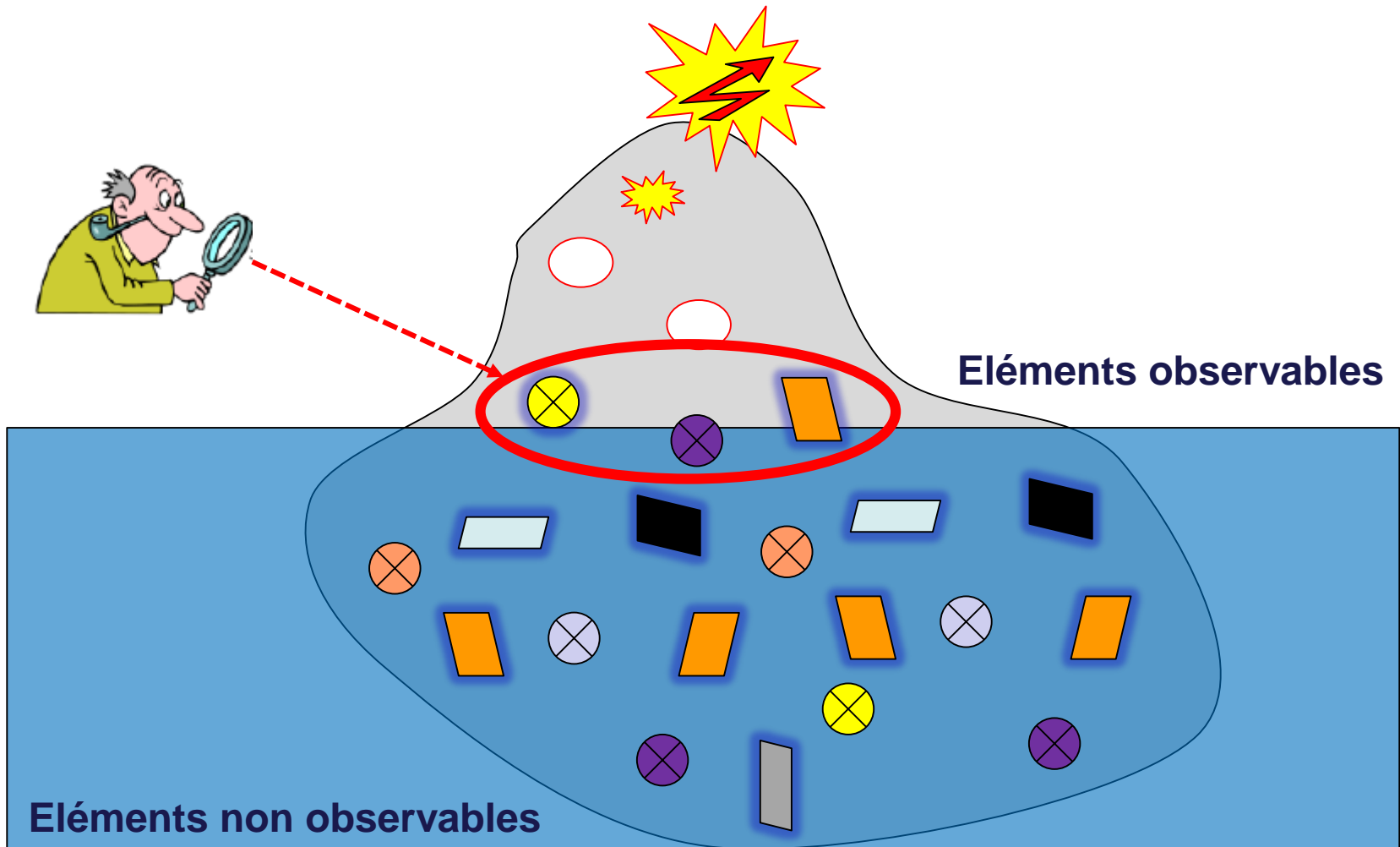
Les événements précurseurs

- Les écarts ou anomalies en cause dans la genèse d'un accident ont presque toujours (99%) été détectées lors d'incidents antérieurs.



Pyramide de BIRD

Les événements précurseurs



RMM & CREX:

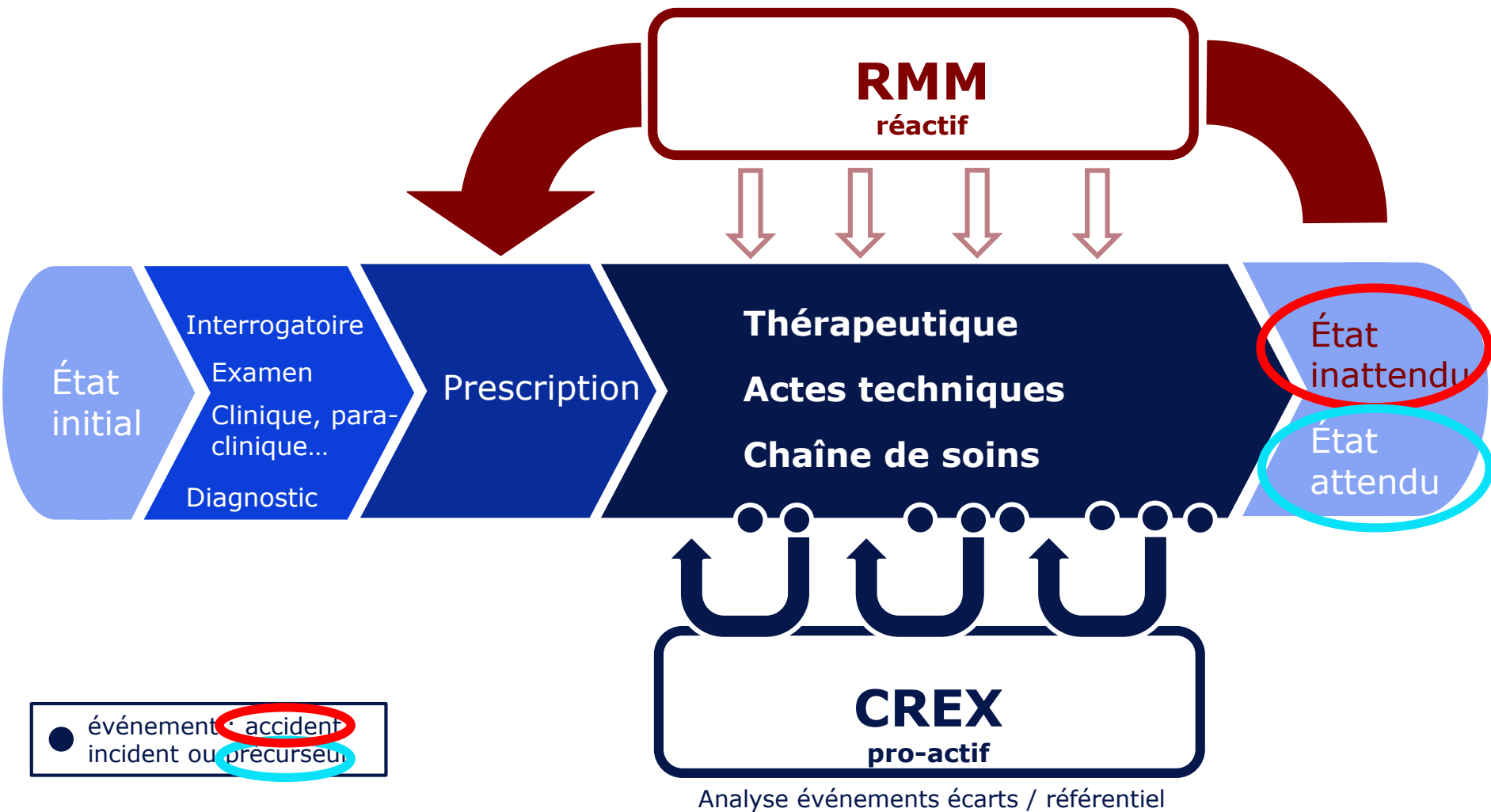
1 approche systémique
2 méthodes complémentaires

RMM & CREX:

- Démarche formalisée
- Chronogramme
- Analyse collective
- Actions d'amélioration
- REX

CREX dans l'aviation:

- Instance décisionnelle
- Evénements précurseurs
- Parti-pris de « petits pas »
par unité de soins
1 EI / mois
1 action / mois
(10 actions / an)



D'après Frank DEBOUCK
ORION ©

- RMM et CREX concrétisent des analyses systémiques.
- A l'origine leur différence réside dans le choix d'EI selon leur gravité.
- Les deux peuvent analyser les mêmes types d'EIAS, avec les mêmes solutions-outils-obstacles.
- Les CREX « instances décisionnelles » supervisent des améliorations globales à l'échelle d'un établissement.