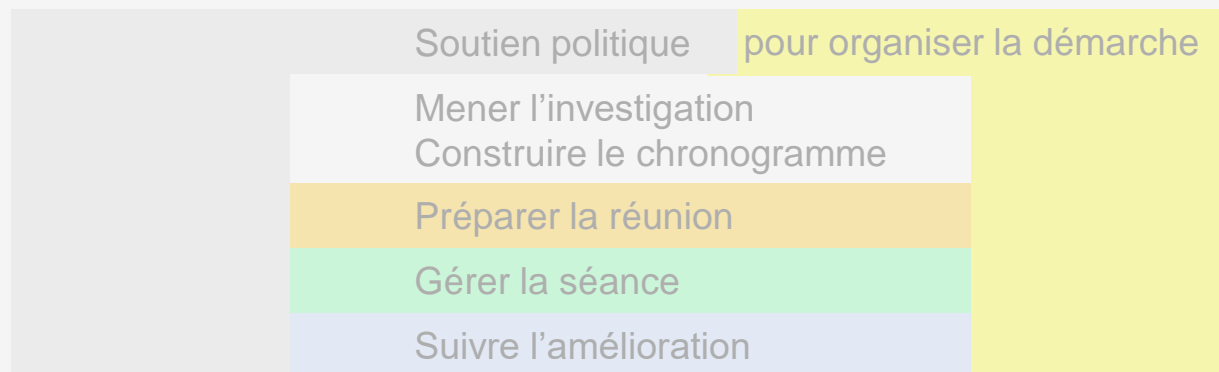


Savoir analyser les EIAS

RMM - CREX

Dr J.Ragni
ViGeRiS

- Les fondements de la vision systémique
- L'analyse systémique en pratique
 - Repérer les écarts de soins
 - Lire les causes racines
 - Maitriser la notion de barrière de sécurité
- La dynamique de la démarche dans une unité de soins
 - Points communs aux démarches d'analyse
 - Comment déployer les RMM



- Particularités des CREX

1- Les fondements de la vision 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

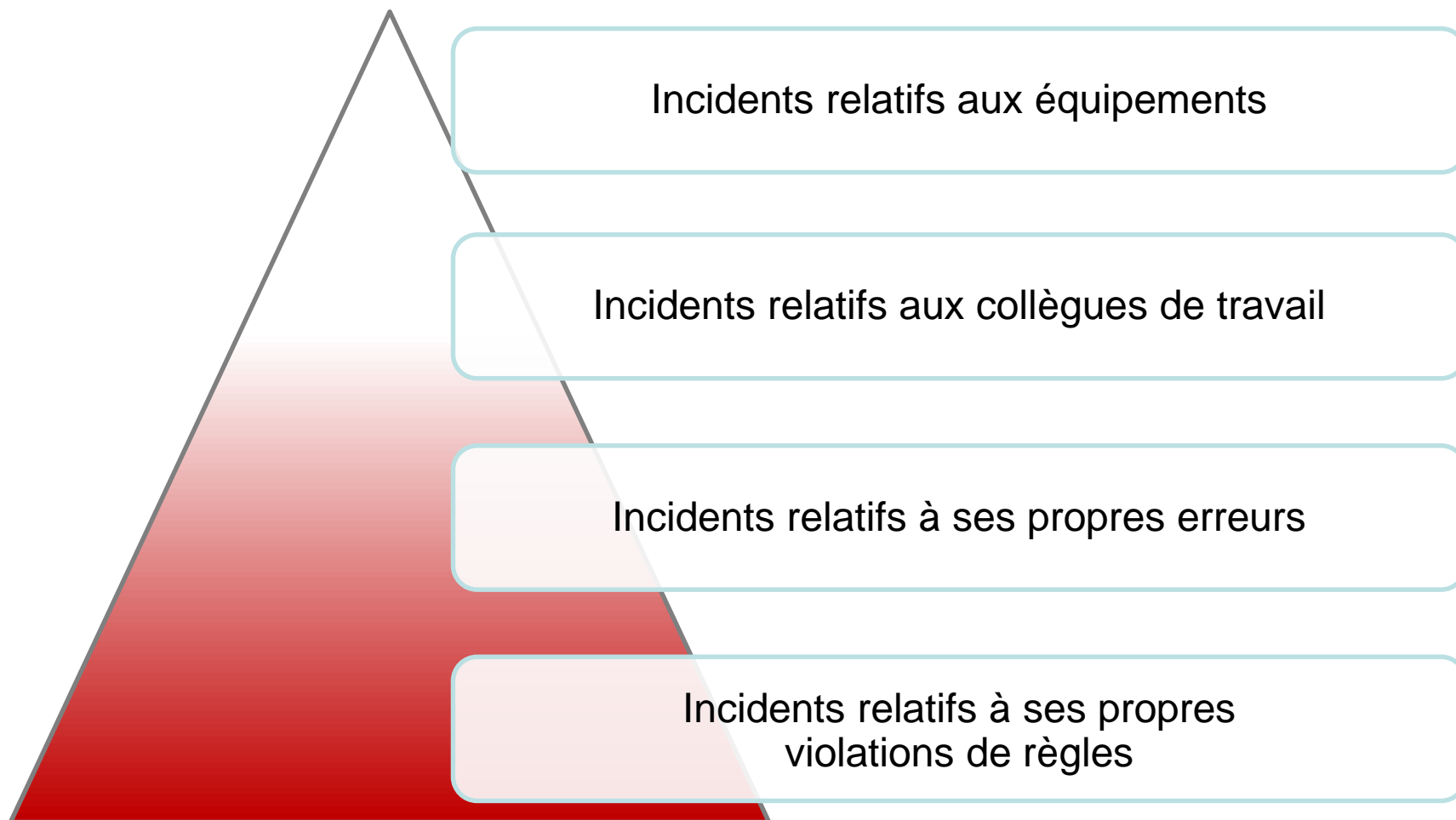
Analyse systémique

**Recommandations
Prévention**

Anonymisé

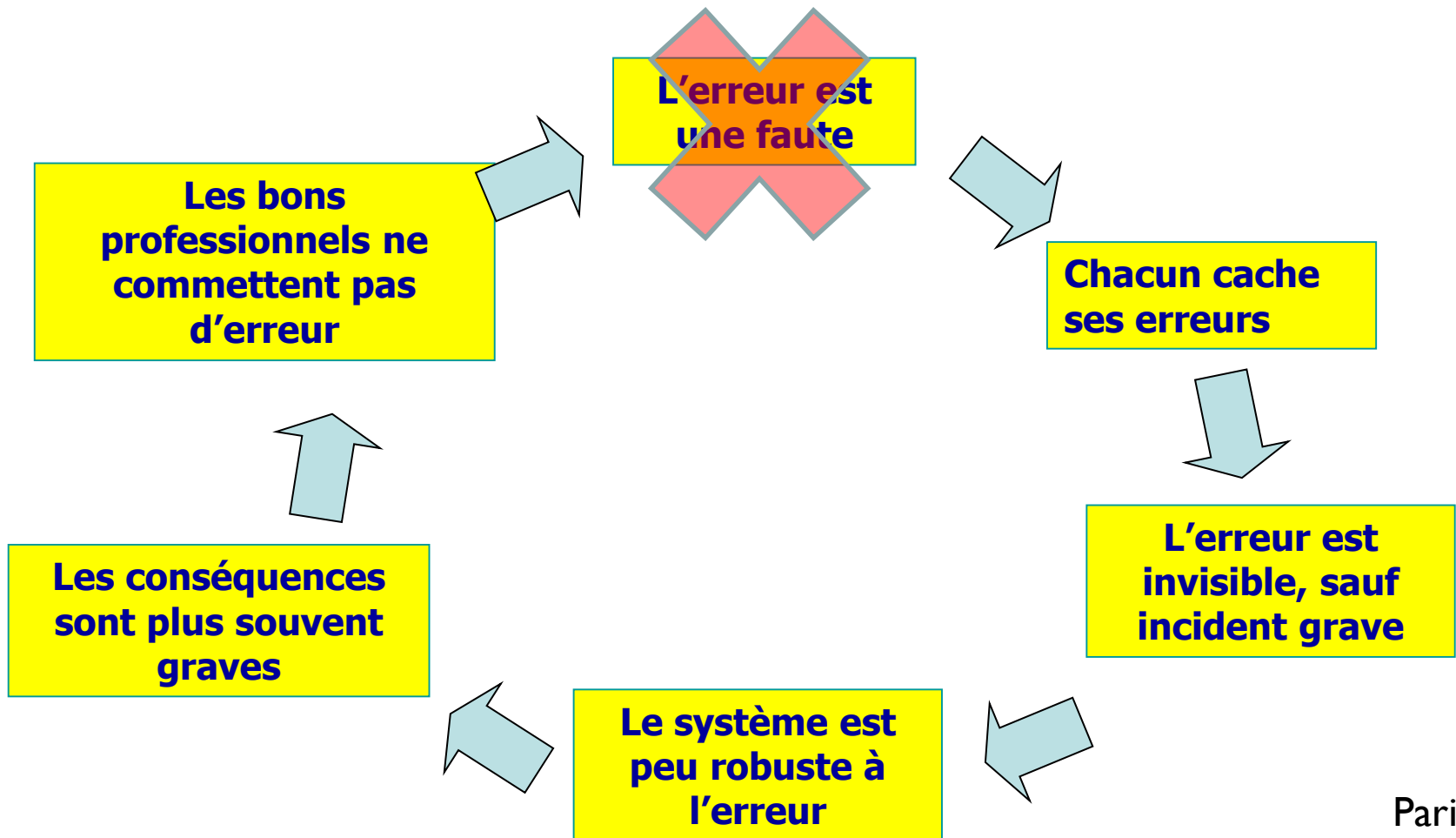
Types d'incidents rapportés avec une culture de sûreté qui s'améliore

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



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

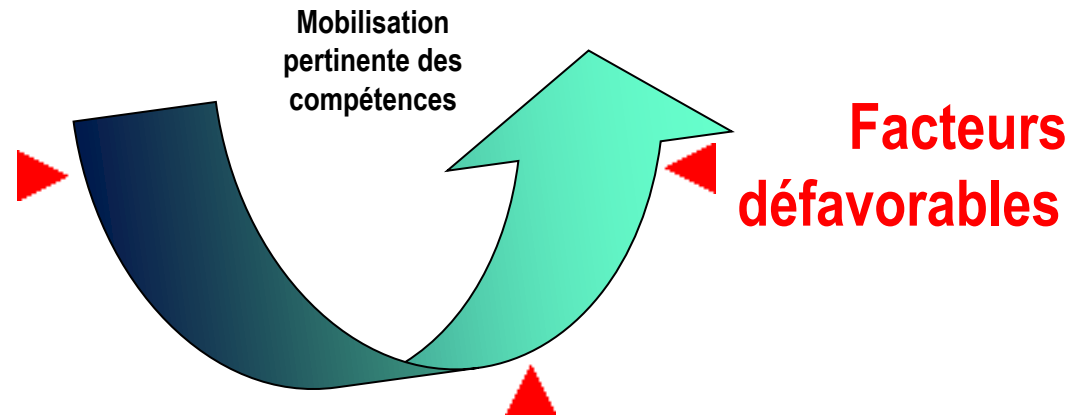
Approche cognitiviste des facteurs environnementaux

Modèle de compétence

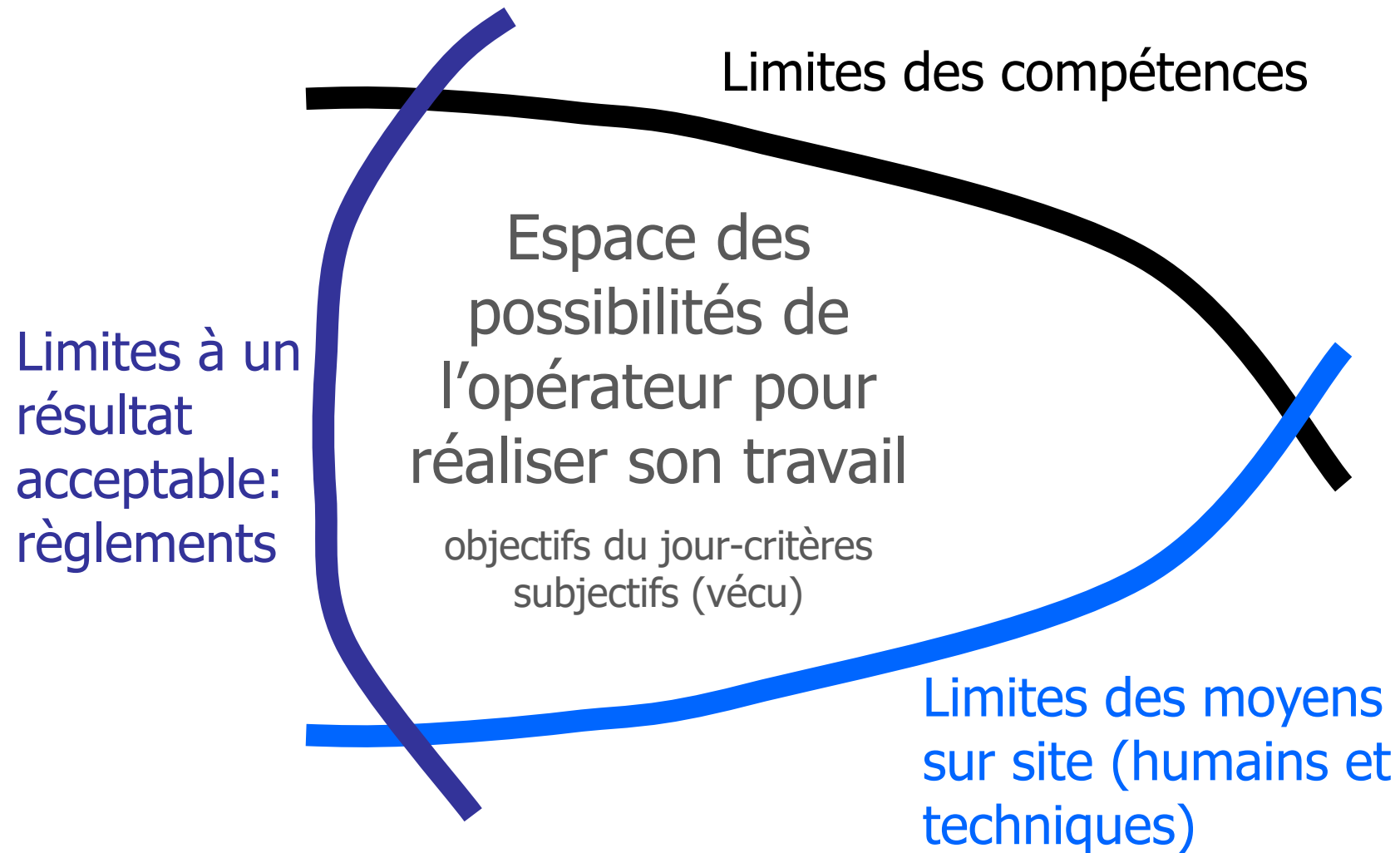
le savoir

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

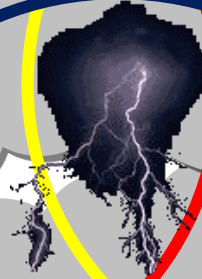
Stress

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

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

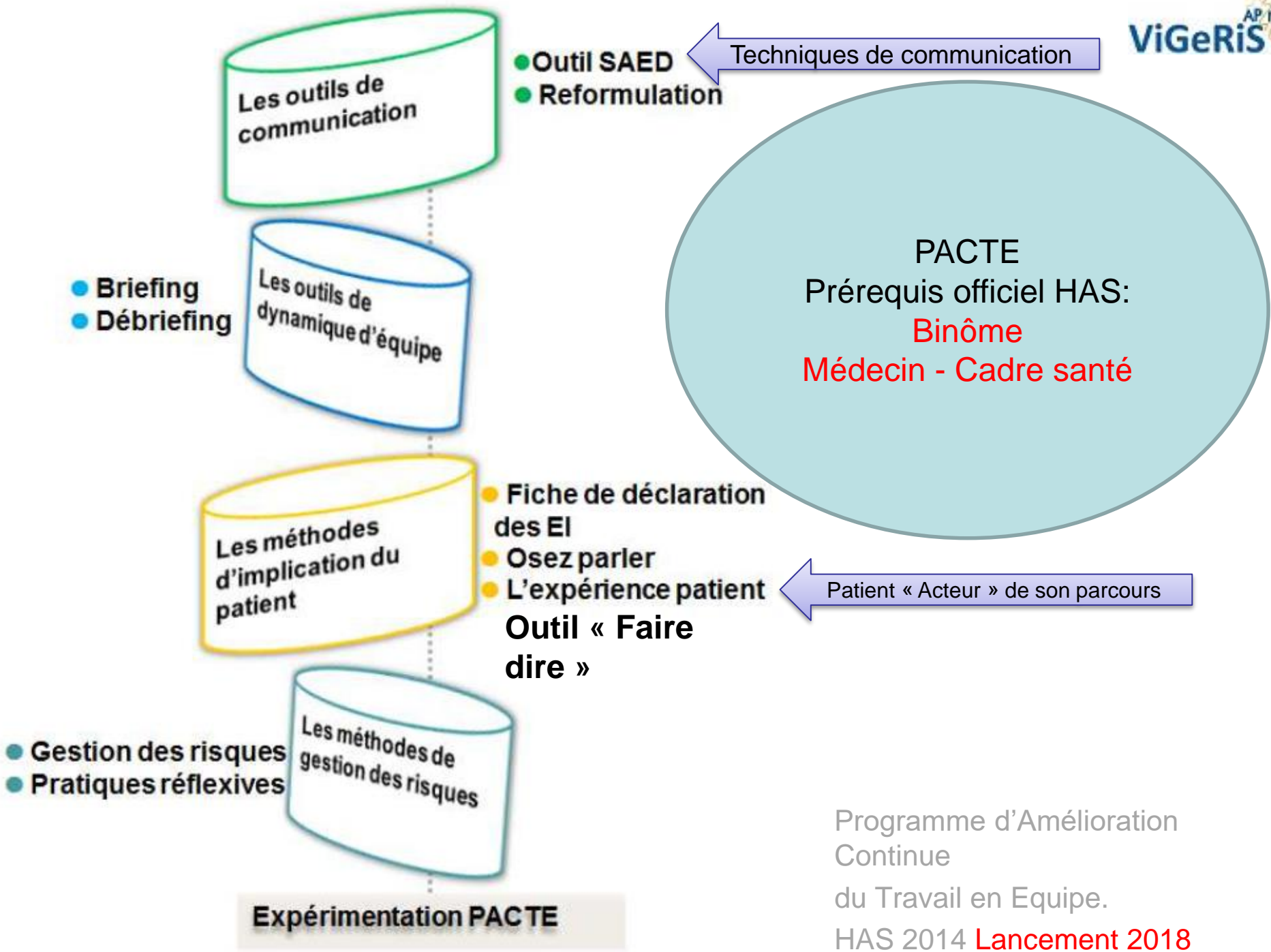


6.4%
Erreur médicale
(évènement indésirable
ou "near miss")

« 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



✓ Cultures nationales

Hostede

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

✓ Cultures d'entreprise

Kervern

- infaillibilité
- invulnérabilité
- rigidité
- égocentrisme

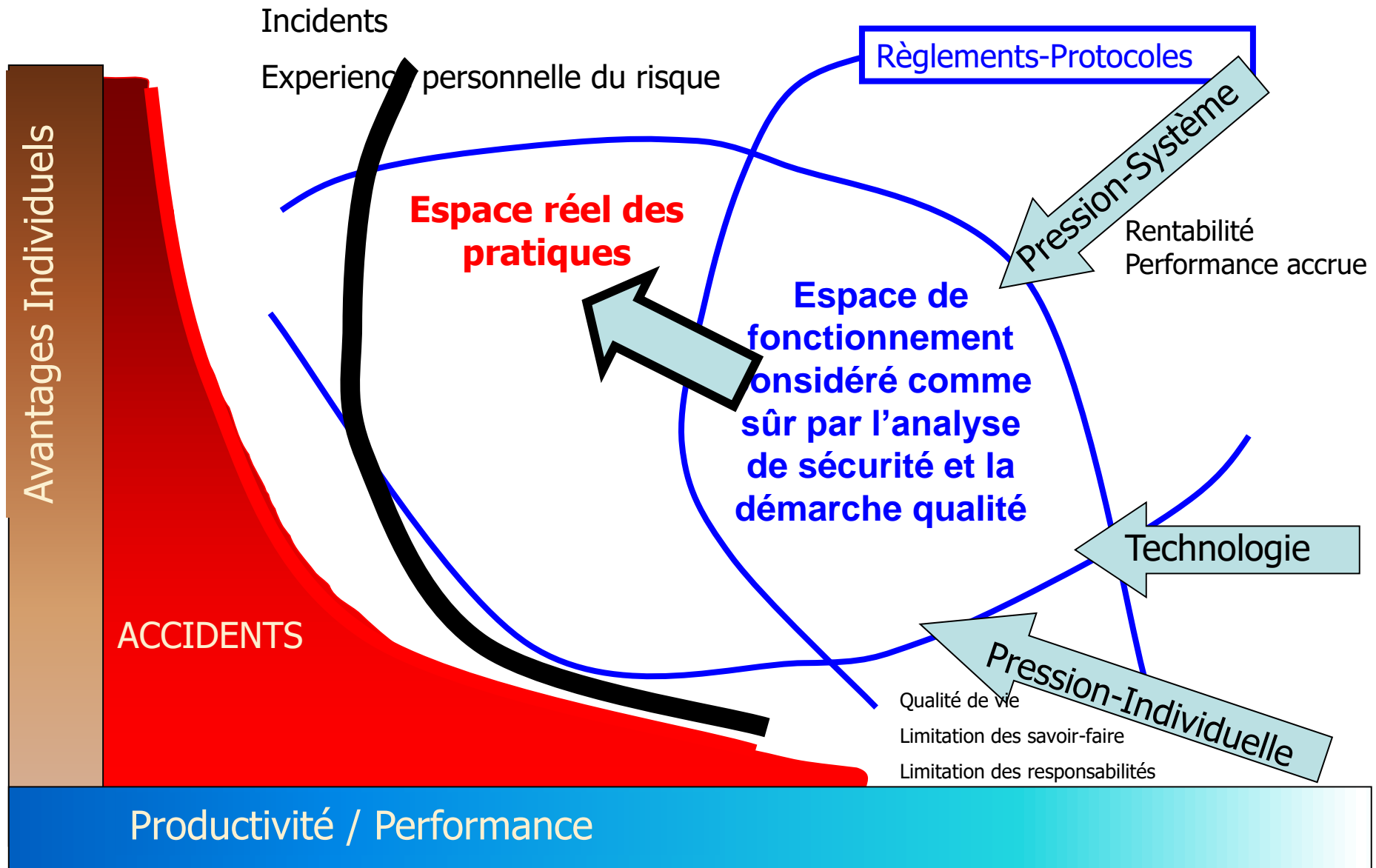
✓ Cultures d'organisation

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

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.

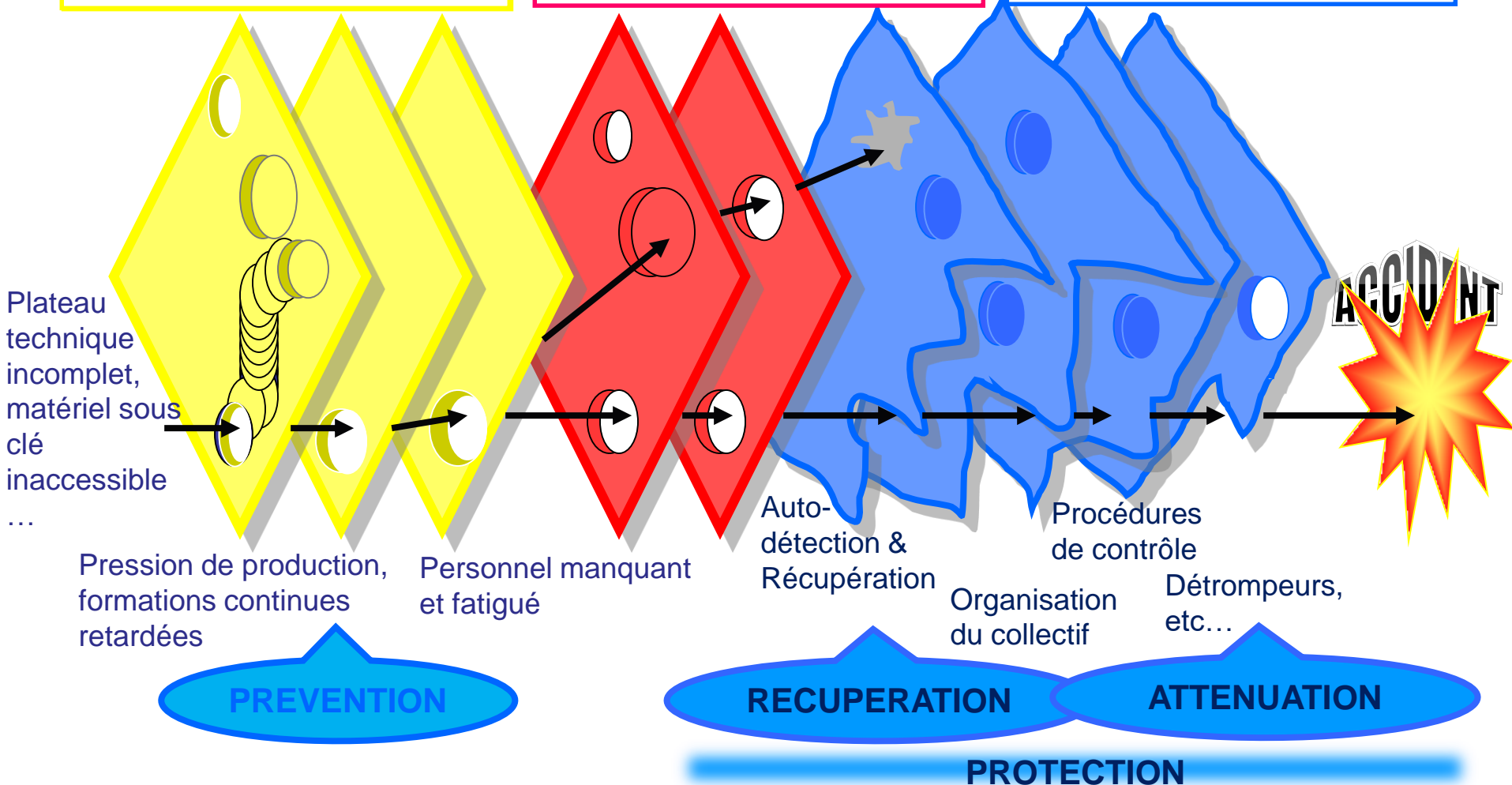
Erreurs & Violations

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.

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

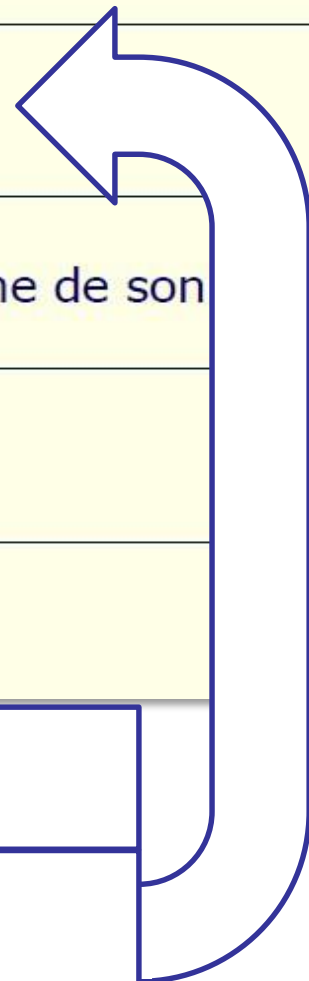
Conséquences= **Bloc opératoire**

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:

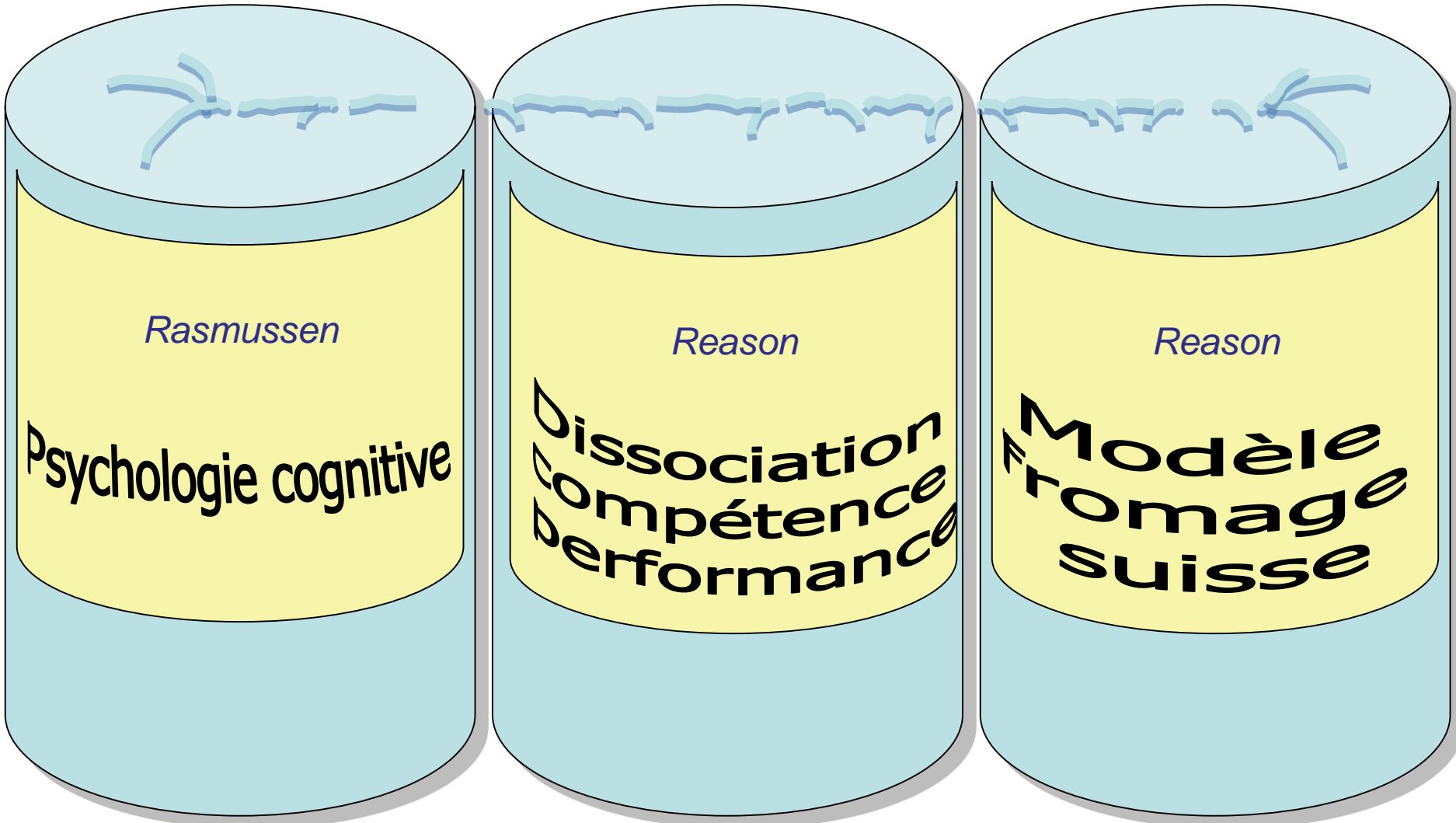
G4 ou G5

Sélection du cas à analyser:

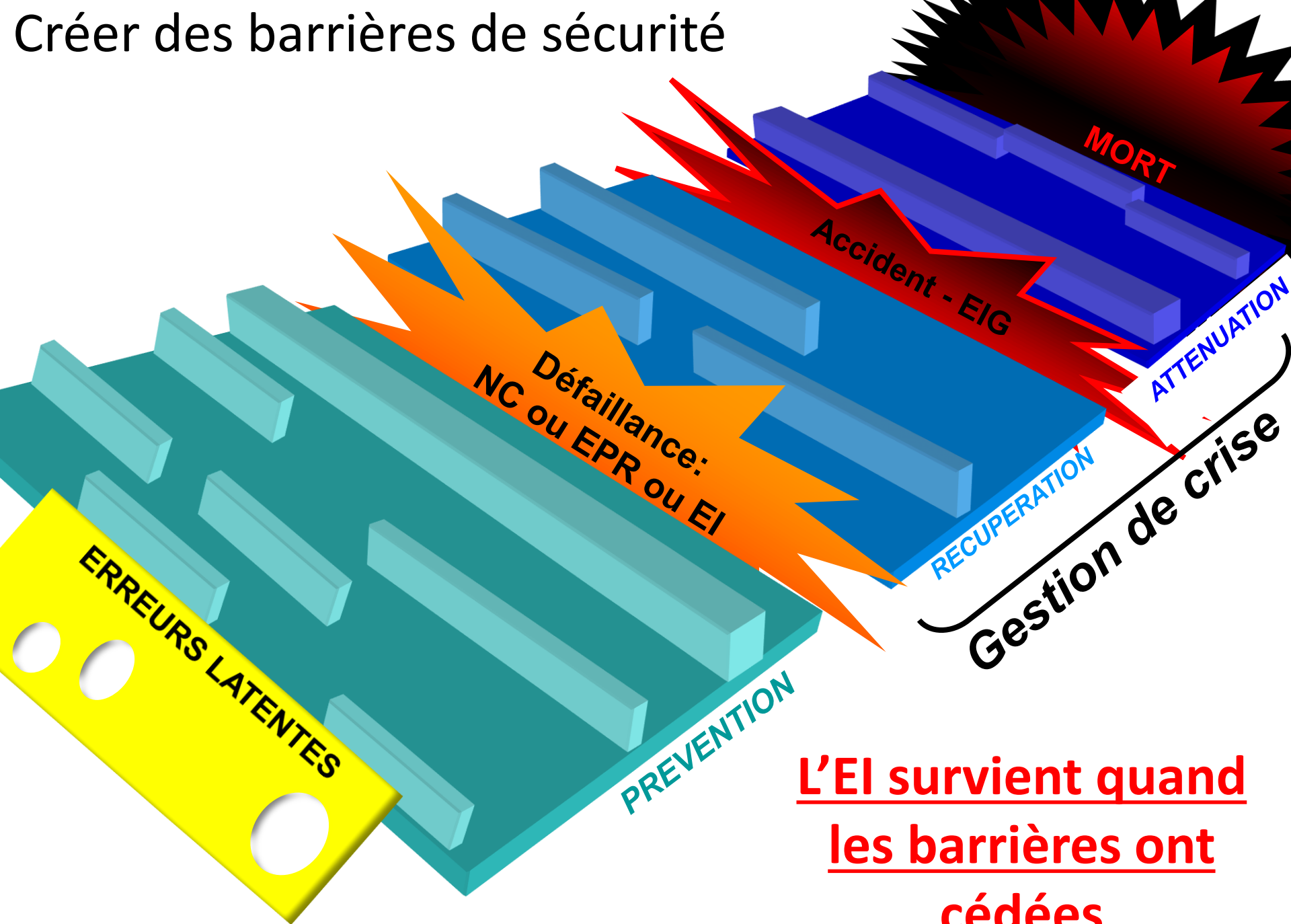
Evitable = OUI ??

La vision systémique de l'accident

3 principes fondamentaux



Créer des barrières de sécurité



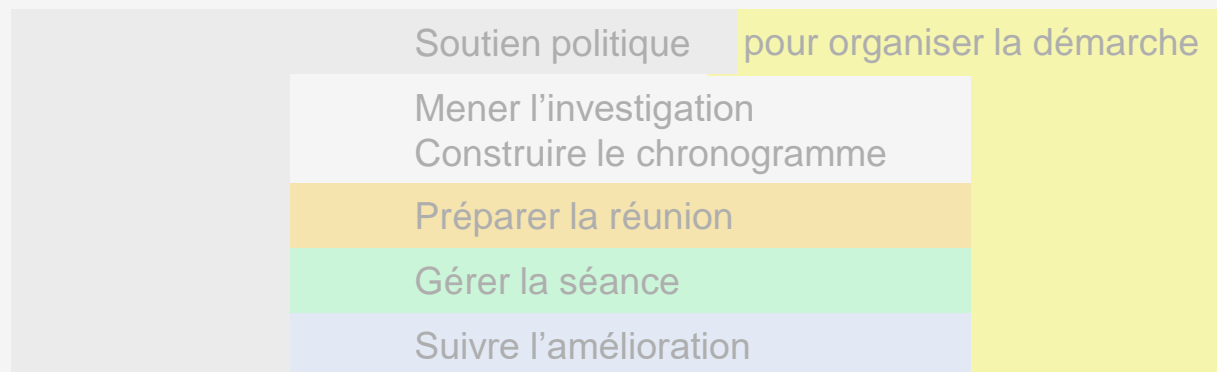
L'EI survient quand
les barrières ont
cédées



- **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?

2- L'analyse systémique: les méthodes et les outils

- Les fondements de la vision systémique
- **L'analyse systémique en pratique**
 - Repérer les écarts de soins
 - Lire les causes racines
 - Maîtriser la notion de barrière de sécurité
- La dynamique de la démarche dans une unité de soins
 - Points communs aux démarches d'analyse
 - Comment déployer les RMM



- Particularités des 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

L'analyse systémique en pratique

- a. Savoir repérer les écarts de soins
- b. Savoir lire les causes racines
- c. Maîtriser le concept de « barrière de sécurité »

a) Savoir 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.

Un professionnels a 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.

b) Savoir lire 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? »

7 catégories de causes racines liées...

aux patients

aux professionnels

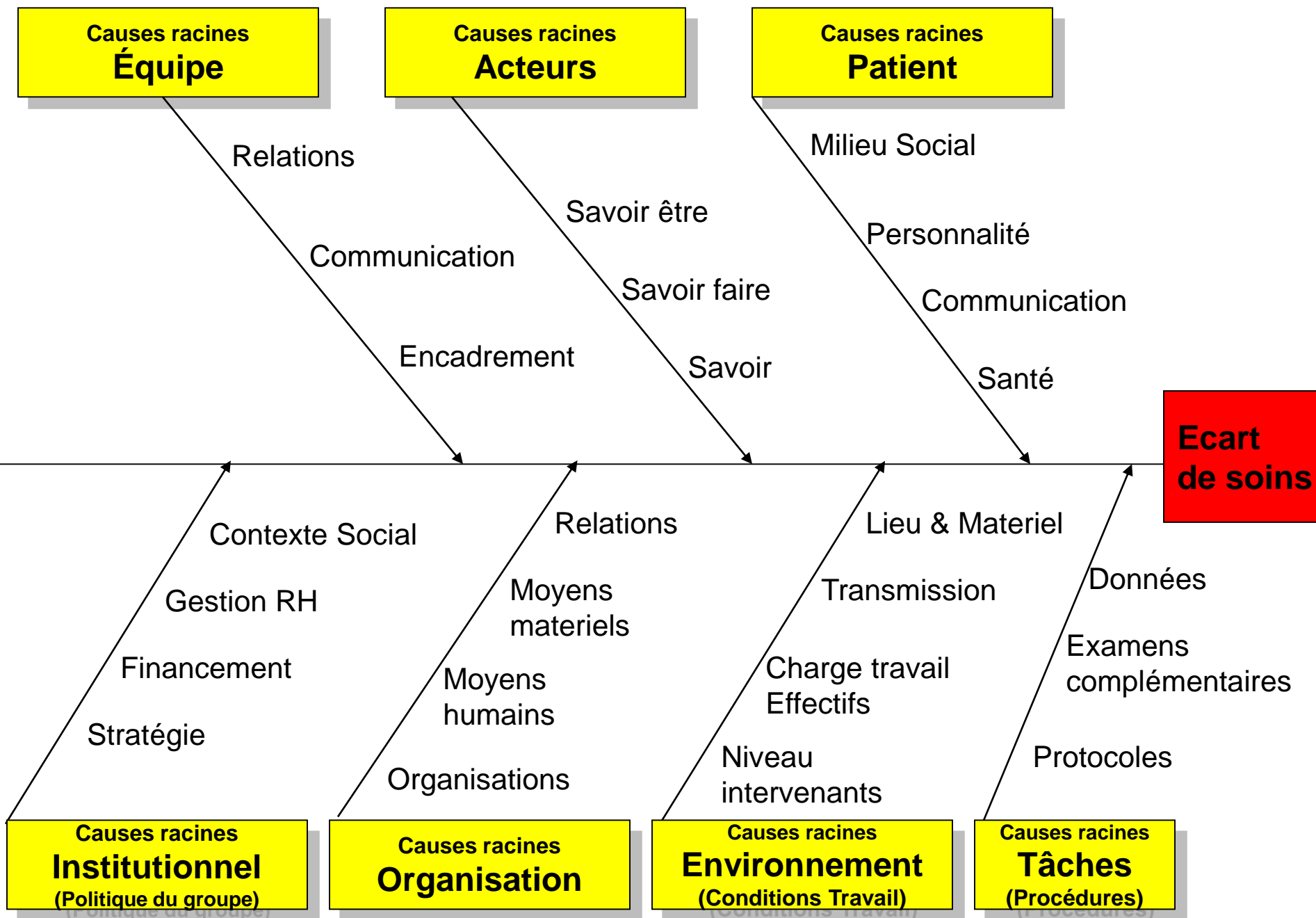
au fonctionnement de l'équipe

aux tâches (procédures)

à l'environnement (conditions de travail)

à l'organisation

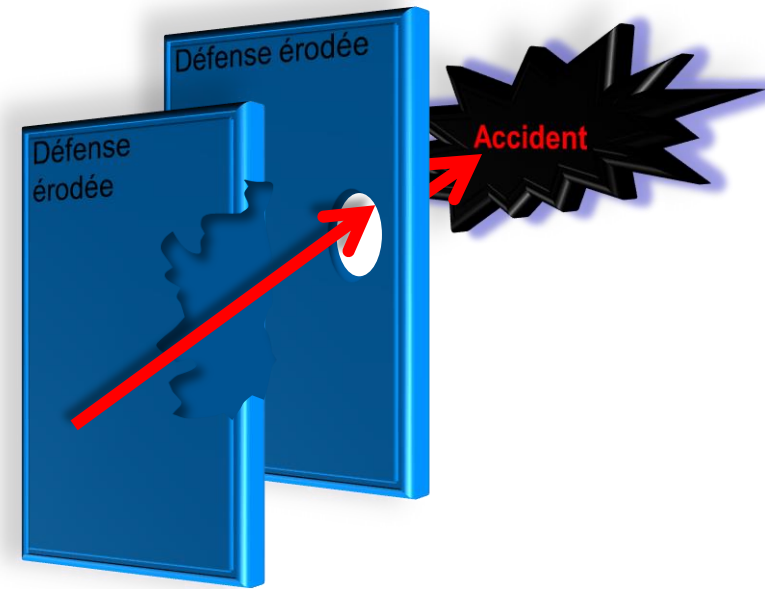
à l'institution (politique du groupe)



c) Maitriser la notion de barrière de sécurité

La barrière de sécurité...

- Prévient la survenue de l'EI si elle est appliquée sur les causes racines.
- Récupère l'erreur sans dommage pour le patient si elle intervient précocement dans la survenue de l'erreur.
- Atténue le dommage au patient si elle intervient tardivement après la survenue de l'erreur

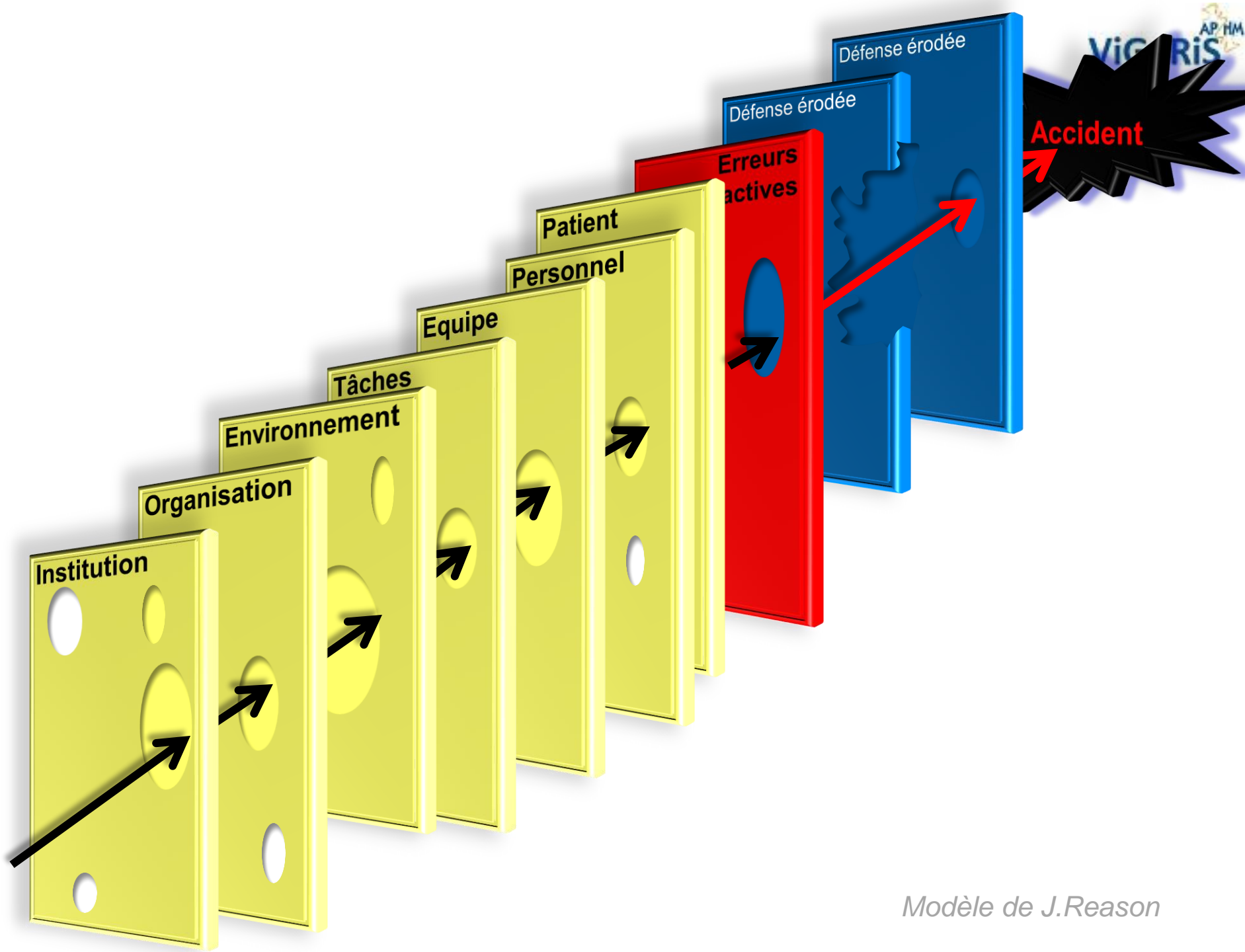


Différents cas de barrière de sécurité

	Barriere inefficace	Barriere efficace
① La barrière n'existe pas	X	
② La barrière existe mais n'est pas activée	X	
③ La barrière existe et elle est activée	X	
		X

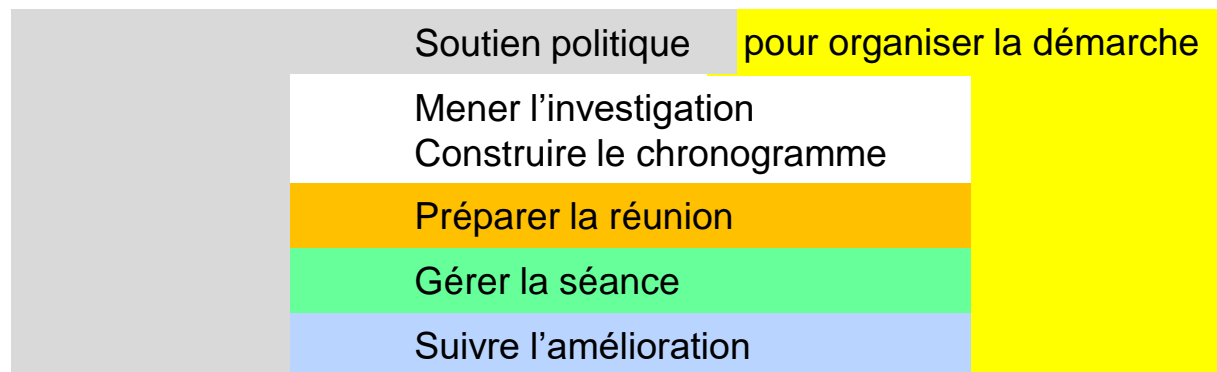
Exemples

	Barrière inefficace	Barrière efficace
① Il n'existe pas de procédure pour vérifier que les prélèvements bactériologiques faits au bloc sont arrivés au laboratoire	Retard au diagnostic après oubli du transport en urgence	
② La check-list n'est pas correctement mise en œuvre au bloc opératoire	Erreur de coté opératoire	
③ La check-list est correctement mise en œuvre au bloc opératoire	Intervention modifiée car absence d'un instrument dans une boîte, découverte patient déjà anesthésié voire incisé	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'erreur de coté • « NO GO » pour disposer de l'instrument avant l'incision chirurgicale




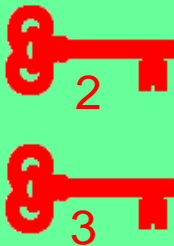



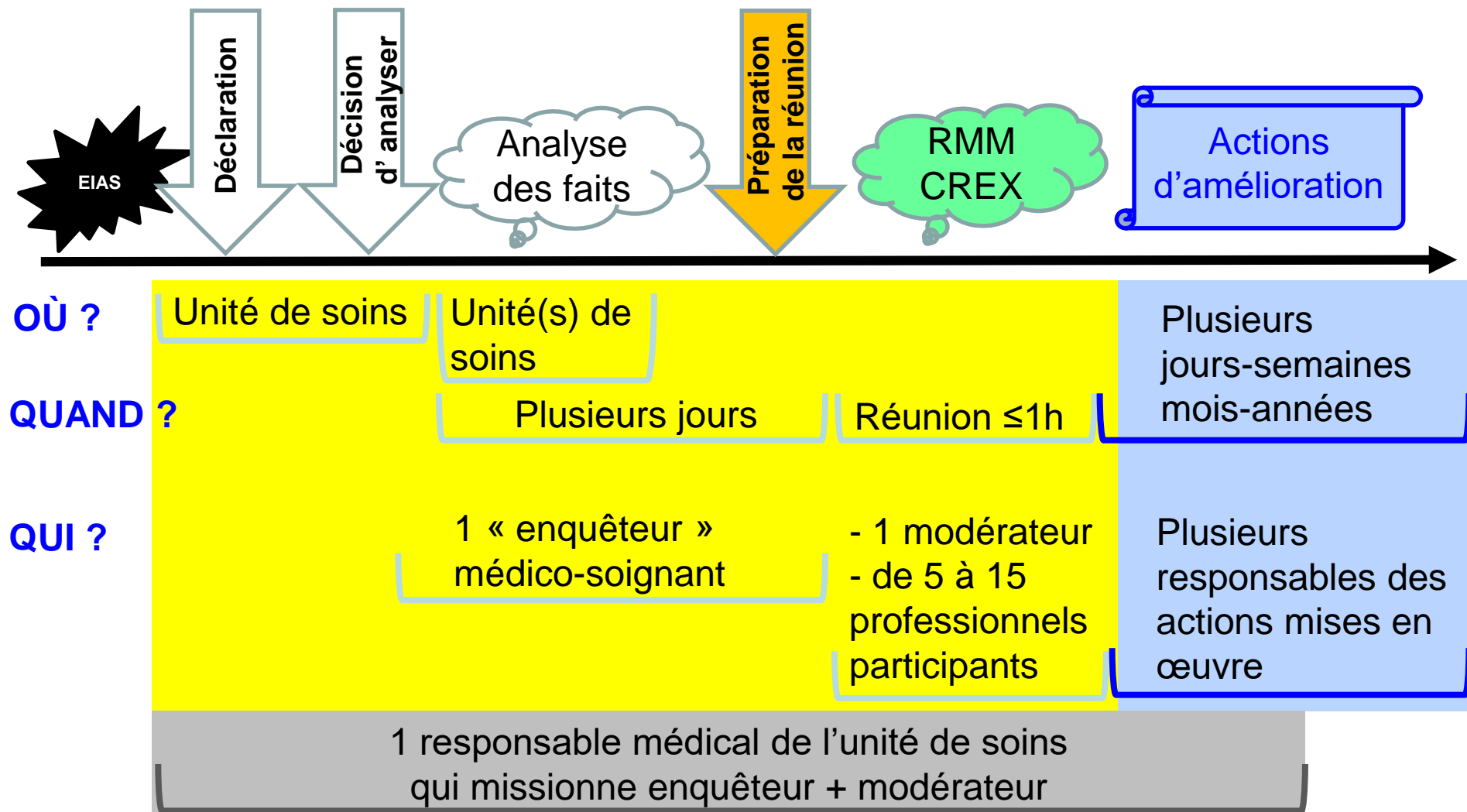
Modèle de J.Reason

- Les fondements de la vision systémique
- L'analyse systémique en pratique
 - Repérer les écarts de soins
 - Lire les causes racines
 - Maîtriser la notion de barrière de sécurité
- La dynamique de la démarche dans une unité de soins
 - Points communs aux démarches d'analyse
 - Comment déployer les RMM









- Particularités des CREX

1- Afficher la politique du service	
2- Organiser la démarche	
3- Préparer la réunion	
4- Gérer – modérer la réunion	
5- Suivre l'amélioration	



Exigences réglementaires - Lesquelles ?

	RMM	CREX
Condition de l'agrément (chirurgie du cancer, chimiothérapie, oncologie)		
Condition de l'agrément (radiothérapie)		
Certification V2010 (anesthésie-réa, chirurgie, cancérologie)		
BN-SARM Staphylocoque résistant (Instruction DGOS 2014)		
Analyse des EIAS Graves (Décret 2016-1606)		

LA RMM

Selon la méthode ALARM



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. »

La RMM c'est...

- ☺ Moment pour 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-DPO

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

Le Responsable médical de l'unité de soins assure le soutien politique



Exprime officiellement sa volonté de voir des RMM dans son service

S'adjoit un Correspondant Médical pour la Lutte contre les EI (CLEI)

Donne mandat au correspondant pour mener les RMM (transfert de responsabilité)

Vérifie l'engagement du cadre de santé du service (Correspondant Paramédical pour la lutte contre les EI), dans le cadre du binôme CLEI

Fixe les objectifs du service de soins (exemple 3 RMM/an) avec les correspondants

Incite les collaborateurs médicaux à suivre la formation institutionnelle

Reçoit lui-même une formation à la vision systémique (principe d'exemplarité)

Valide l'organisation de la démarche dans le service avec les correspondants



	Comment ?	
Officialiser la mission « GDR, RMM, CREX » des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Mandat donné aux Correspondants • Politique « micro-canal » : dans l'unité de soins 	
Officialiser la démarche	Politique « macro-canal » : tableaux de bord fournis par ViGeRiS	
Archiver les compte-rendu RMM-CREX	<p>Jamais dans le dossier patient !</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de travail du service • Transmission des comptes rendus à ViGeRiS
Diffuser l'information aux professionnels	Rendre le compte-rendu accessible	
Gérer le suivi à long terme	<p>Tableau de bord des séances</p> <p>Tableau de bord des actions</p> <p>Programme d'Amélioration Qualité Sécurité des Soins</p>	

Décision d'analyser un EIAS



Potentiel
d'amélioration

Criticité
=
Fréquence x Gravité

- 27% des EIG évitables
- Pas de différence selon les disciplines
- 12 « Never Events »:

Erreur d'administration de gaz à usage médical

Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire

Erreur d'administration des anticancéreux notamment en pédiatrie

Erreur d'administration d'insuline

Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse

Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale

Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles les modes de sont à risque

Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques,...)

Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors cancérologie)

Erreur lors de la prise en charge des patients atteints de fibrillation auriculaire et traités avec des médicaments anticoagulants oraux

Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable

Erreur lors de l'administration ou de l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique notamment à la maternité ou en pédiatrie

L'analyse des faits (RMM & CREX)

- a. L'investigation « enquête »
- b. La construction du chronogramme

Le défi de l'enquête

=

Comprendre le monde

tel qu'il fonctionne,

et non tel qu'on le prescrit...

L'investigation (« enquête ») est le début de l'analyse factuelle

- Recueil des faits
- Ecoute des professionnels
- Début d'identification des écarts de soin
- Début du recueil des causes racines

La rédaction du chronogramme termine 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

Document synthétique

- espace-temps centré sur l'EIAS
- « court » versus « exhaustif »
- pour une lecture rapide

Factuel

- non interprétatif voire « brut »
- pertinent
- « bienveillant » mais pas complaisant

Neutre

- sans identité patient ou professionnel
- sans date
- impartial

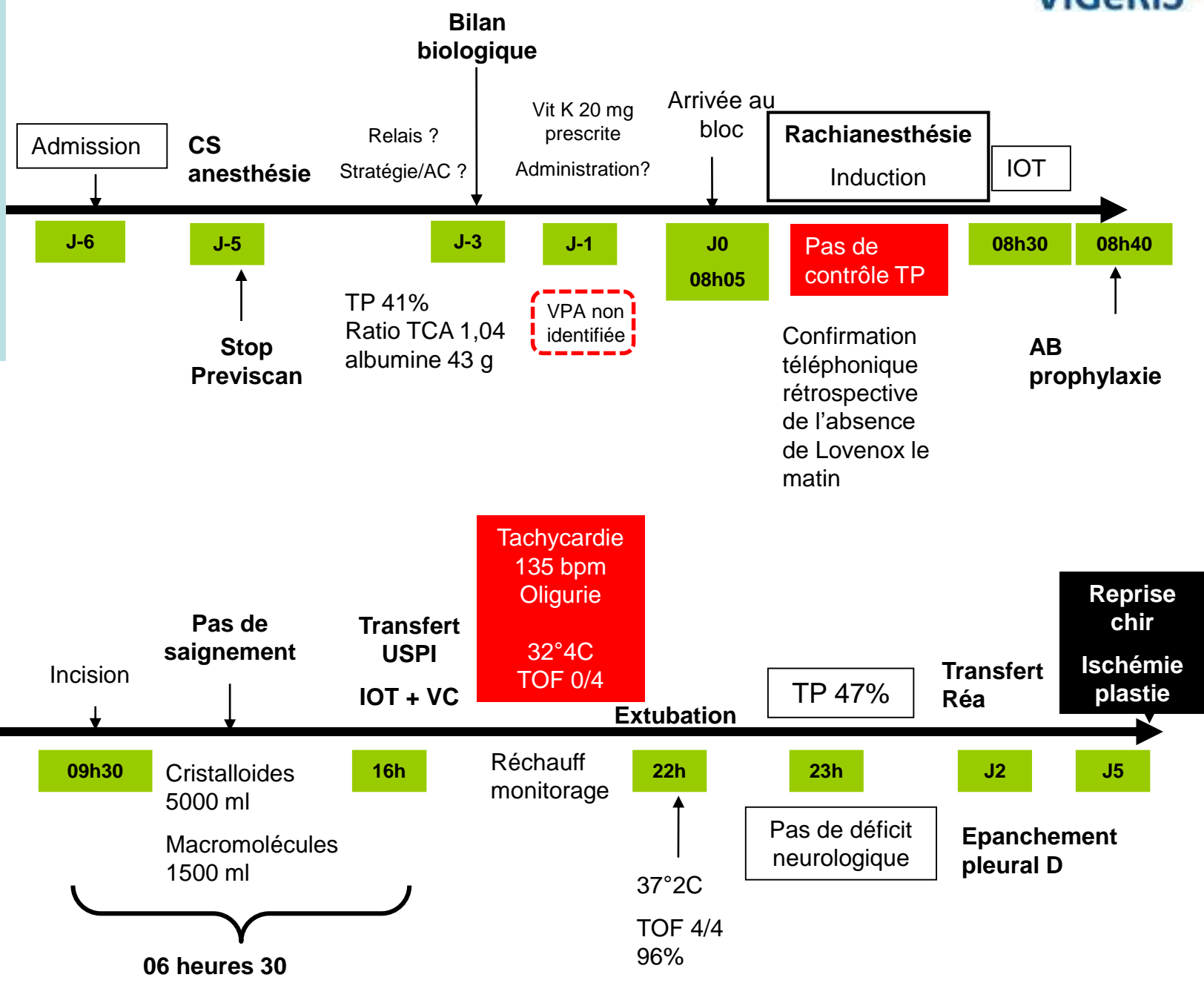
Adapté à l'activité concernée

- acronymes et abréviations autorisés
- langage technique
- parfois difficile à lire pour des professionnels extérieurs à l'activité concerné.

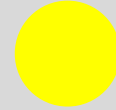
F 17ans
Ingestion
Destop
• Gastrectomie
Plastie iléale
• EP postop
(Previscan)
• Sténose
œsoph.

Œsoplastie
iléocœcale
programmée
pour J0

Echec
cathéterisme
artériel



Le(s) professionnel(s) qui mène(nt) l'investigation



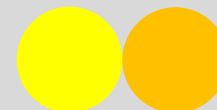
Sont logiquement les CLEI médical & paramédical du service

Rédigent le chronogramme

Repèrent les écarts de soin et les causes racines (ils sont les premiers)



Le(s) professionnel(s) qui prépare(nt) la réunion



Sont les CLEI médical & paramédical du service

Font la revue de la littérature

- Dépassionner l'analyse en dépersonnalisant le cas
- Elaborer des procédures internes « evidence based »

Invitent les participants

- Sélectionner les personnes ressources/décideurs selon le cas (améliorations prévisibles?)
- Veiller à respecter la multi – professionnalité

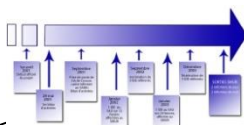
Organisent le calendrier de la RMM selon la disponibilité des participants



**Elaboration de
mesures
correctrices**



**Analyse
systémique**

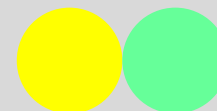


Analyse factuelle

EI

REUNION

Le(s) modérateur(s) de la séance



Sont les CLEI médical & paramédical du service

Présentent le chronogramme en séance RMM

Accompagnent les participants pour faciliter leur réflexion systémique (écarts de soin, barrières de sécurité)

Gèrent le temps de séance

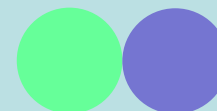
Assurent le secrétariat de séance: liste des présents, complétude du compte-rendu

Sont garants de la liberté de parole des participants

Sont garants du respect de l'anonymat dans les documents

Assurent la transmission des comptes rendus au coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Les participants



Valident le chronogramme conforme aux événements vécus

Repèrent et valident les écarts de soin

Expriment les causes racines

Proposent des mesures d'amélioration

Qui participe ?

Médecins du service

Soignants paramédicaux

Tout professionnel impliqué dans le parcours de soin du patient

Personnes ressources pour l'amélioration +++

Etudiants +++

Etape	Durée (minutes)	Freins
Présenter le chronogramme	10 (maximum)	Chronogramme / commentaires trop longs Investigation insuffisante Défaut de synthèse factuelle
Identifier les écarts de soin	10 (idéalement)	Défaut de formation à la vision systémique Responsables « censeurs » Mauvaise ambiance au sein du groupe
Décrire les causes racines	20 (environ)	Défaut de formation à la vision systémique Dynamique de combat social Complexité du système Méconnaissance de l'outil d'analyse
Enoncer les mesures d'amélioration	30	Défaut de formation à la vision systémique Défaut de formation à la rédaction d'une action Défaut de connaissance des règles PAQSS Dynamique de combat social Défaut de préparation de la réunion
Produire le compte-rendu	Temps éventuellement accordé après la séance Utiliser les outils mis à disposition	

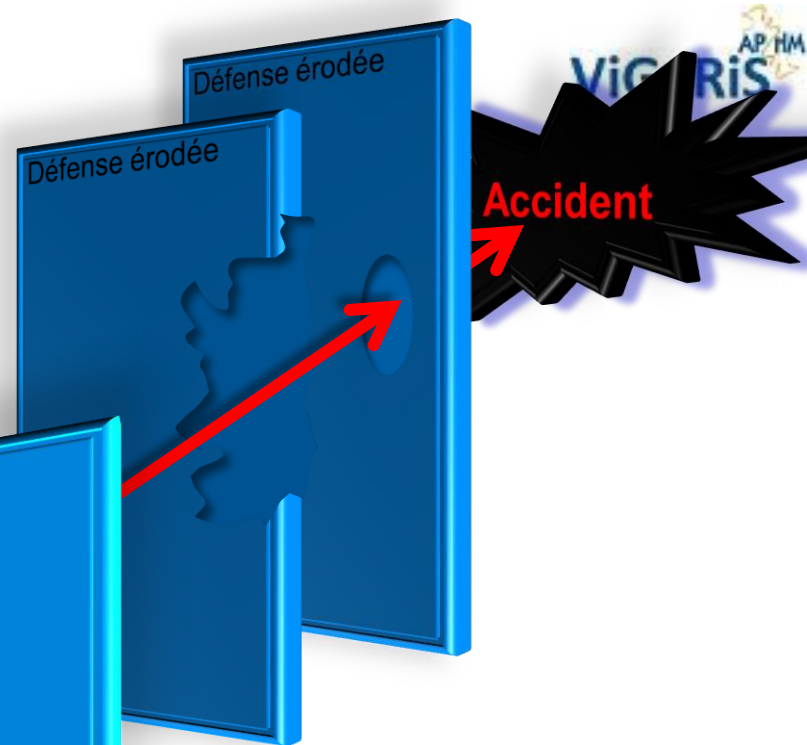
Compte-rendu de séance		Difficultés
Liste des présents	<ul style="list-style-type: none"> Noms & Prénoms Service/Pôle/Hôpital 	Lisibilité des documents manuscrits Homonymies Lieu de travail incomplet/incorrect
Accident, EIAS	Expression claire de l'EIAS analysé	Un EIAS peut être un écart de soin
Ecart de soin		Confusion avec l'EIAS Confusion avec les causes racines
Causes racines		Complexité
Actions d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> Intitulé Description Responsable Calendrier de réalisation Indicateur d'efficacité 	Séances sans actions proposées Défaut de connaissance des règles pour écrire une action

Règles de séance	Difficultés
Courtoisie	Emotion, passion, selon les cas EIAS Situation conflictuelle dans l'équipe
Liberté de parole	Respect de l'avis de chacun, sans considération professionnelle ni hiérarchique
Confidentialité (anonymisation du patient et des professionnels concernés)	Défaut de formation à l'analyse systémique
Respect du 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)	Défaut de formation à l'analyse systémique
Gestion du temps	Défaut de formation du modérateur Défaut de positionnement du modérateur
Secrétariat	Méconnaissance des outils mis à disposition (APHM: Papier-Excel-BlueMedi)

Construire et/ou réparer
les défenses en profondeur

Mesures correctrices

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



Difficultés +++



Caractères d'une action	Règles de rédaction d'une action
Intitulé de l'action	Phrase « verbe-complément »
Description de l'action	Décrire « qui fait quoi », de façon concrète. NE PAS CONFONDRE ACTION ET OBJECTIF
Etat d'avancement de l'action au moment où elle est exprimée en séance	Non initialisée Partiellement En cours En grande partie Réalisée
Responsable de l'action	Il est OBLIGATOIREMENT NOMME. Il est OBLIGATOIREMENT présent en séance
Calendrier de réalisation	Quand sera réalisée l'action ? (estimation)
Périmètre concerné	Le service, ou le secteur d'activité élargi au pôle, à l'hôpital, à l'institution.
Indicateur d'efficacité de cette action	Cette action sera-t-elle une barrière efficace? Comment mesurer FACILEMENT son résultat ?



Difficultés

Diffuser l'information aux équipes

Suivre l'avancée des mesures de maîtrise

Lever l'inquiétude vis-à-vis du juridique

Assurer la pérennité de la démarche

Faire levier sur les organisations

Obtenir la participation active du plus grand nombre

Vérifier l'efficacité des actions

Intégrer l'analyse dans le temps de travail

Suggestions

- Responsables nommés
- Indicateur

- Respect de l'anonymat
- Calendrier sans date

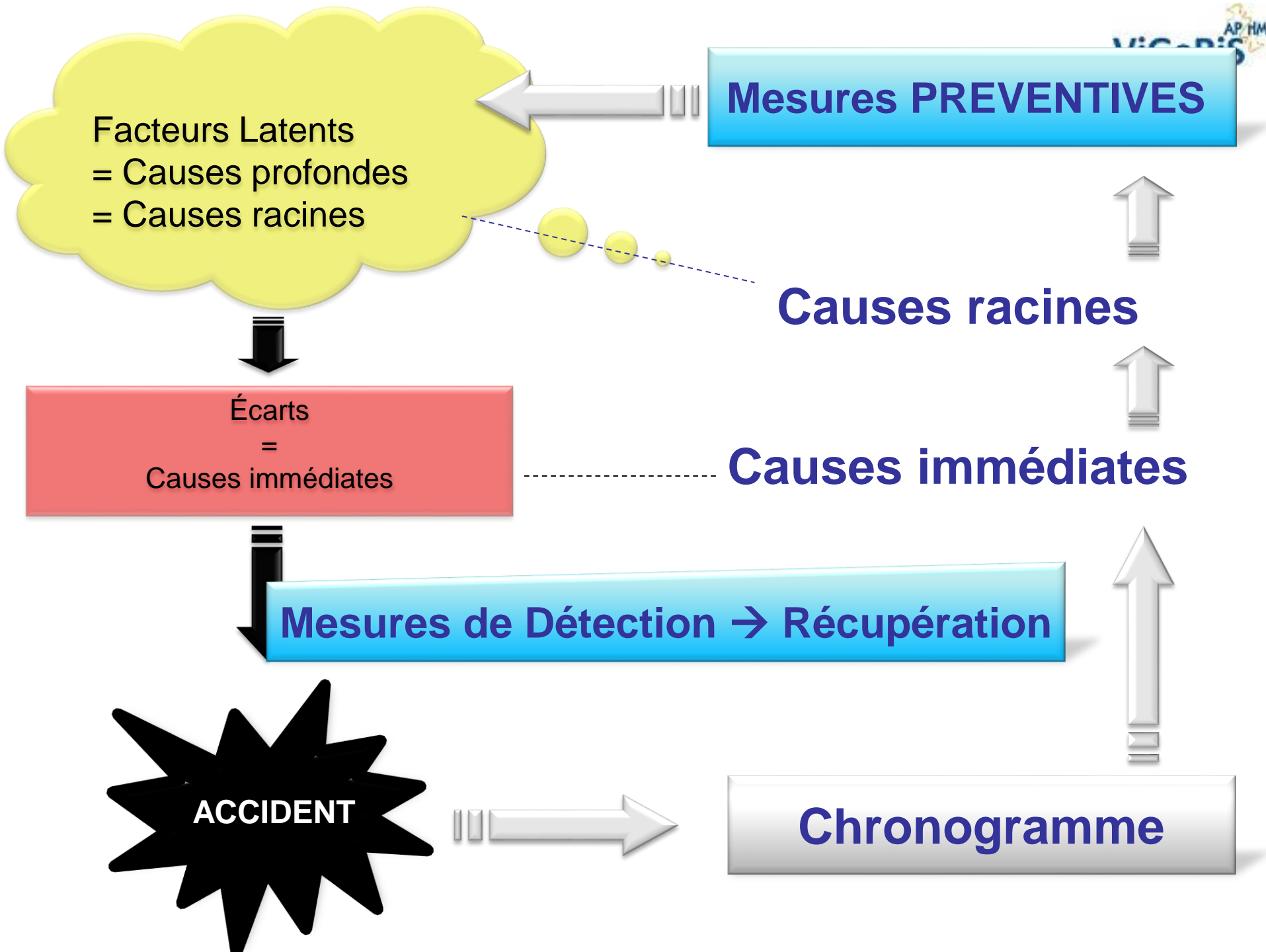
Objectifs raisonnables en nombre

Conserver une vision réaliste pour rester motivé

- Formation des équipes
- Notion de masse critique

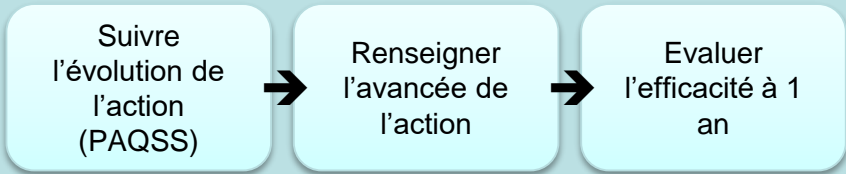
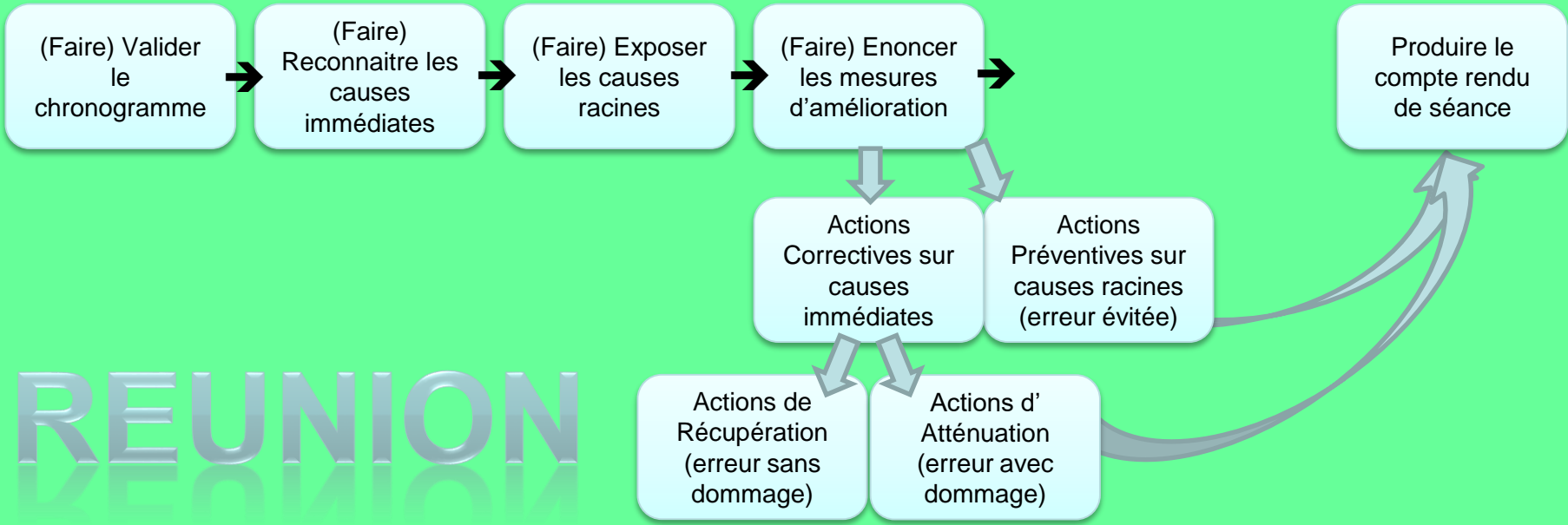
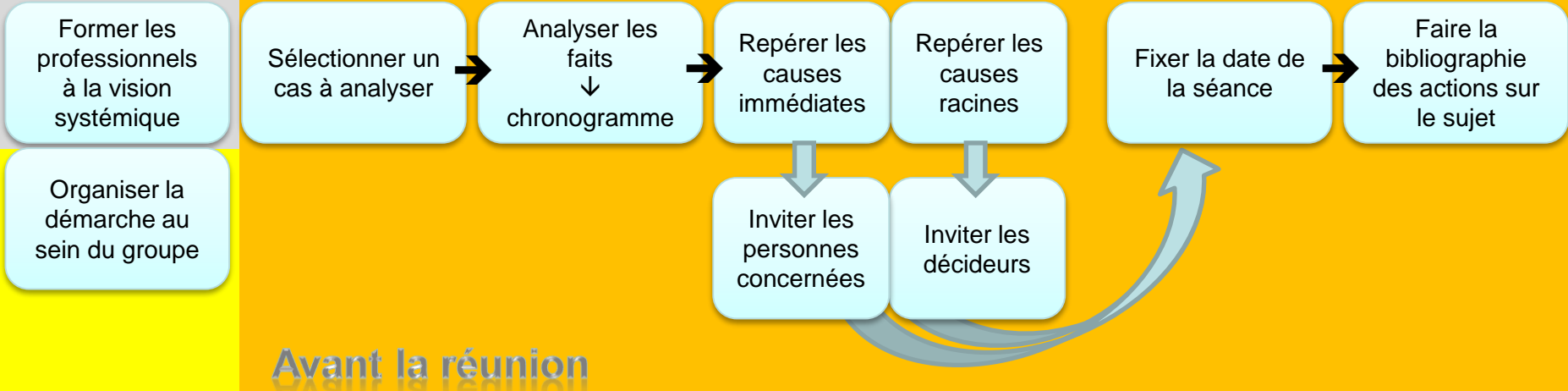
Indicateurs simples +++, au cas par cas

- Politique +++
- Macro-canal & micro-canal



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.



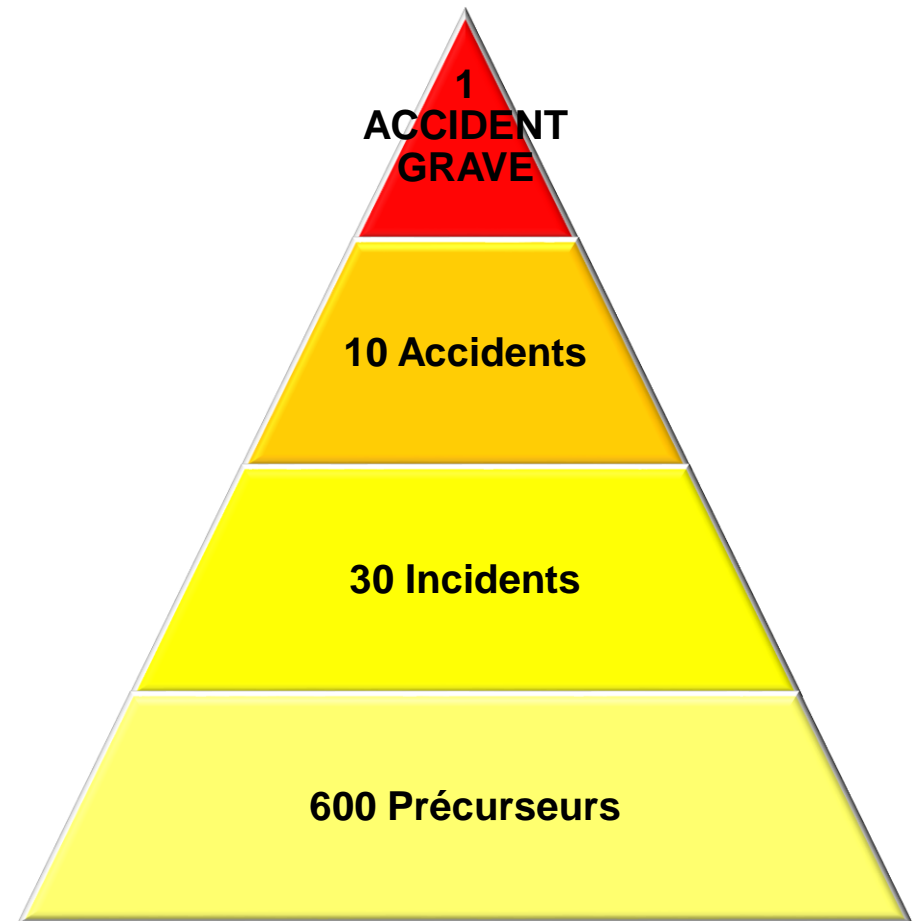
LE CREX

Comite de Retour d'Expérience
selon la méthode ORION



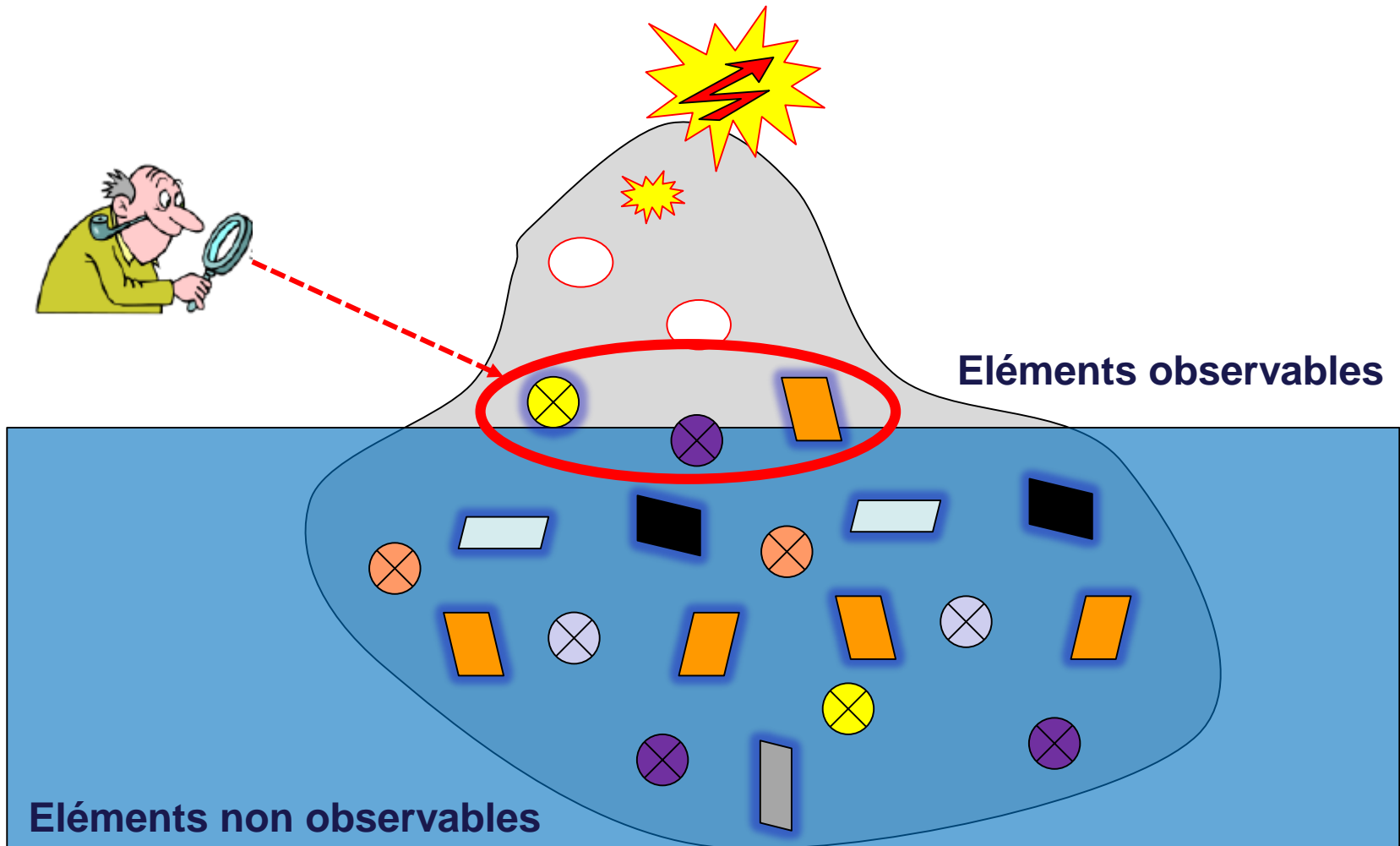
Les événements précurseurs

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:

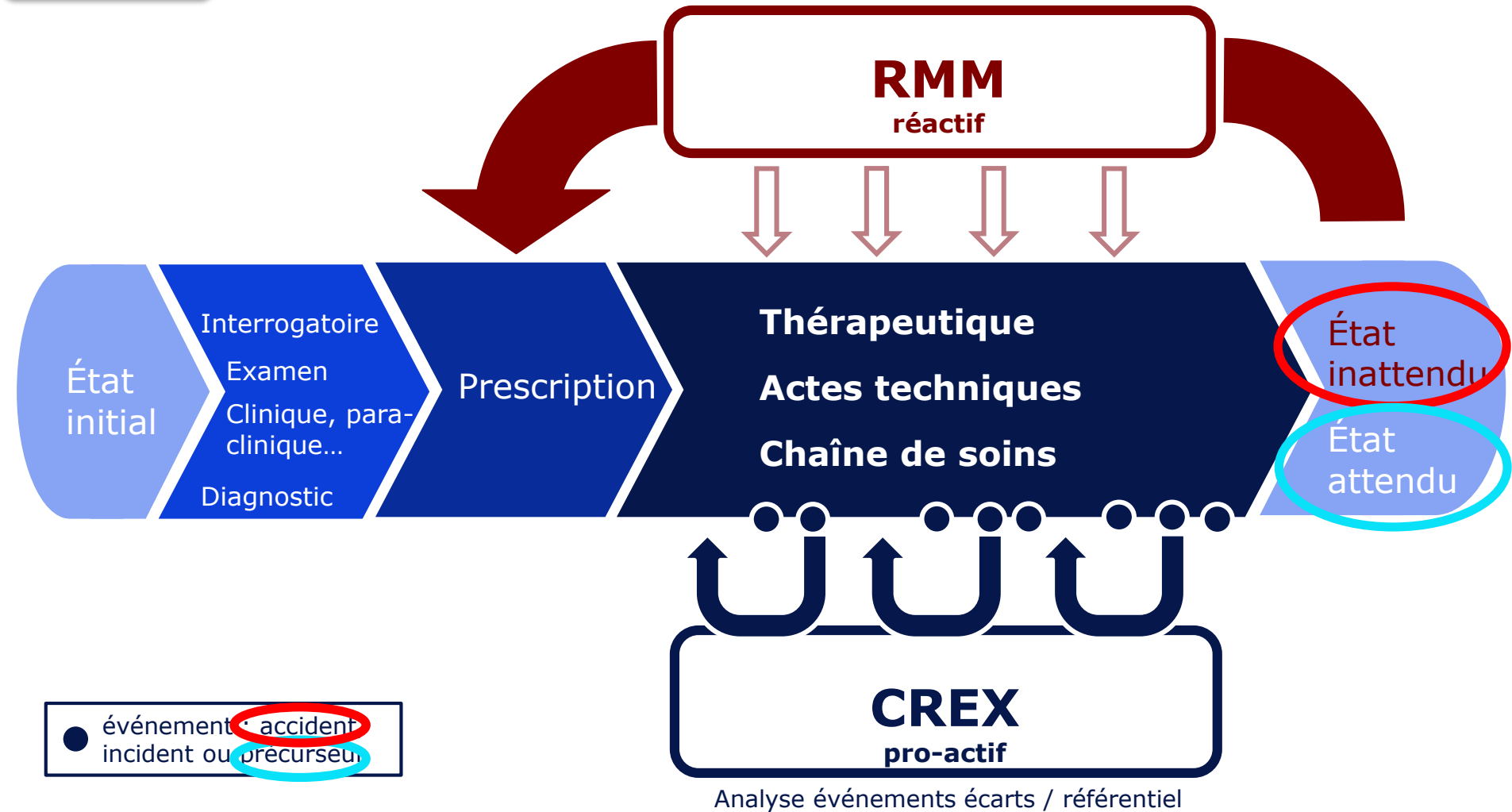
- 1 approche systémique
- 2 méthodes complémentaires

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)



- RMM et CREX sont des séances d'analyse systémique.
- 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/difficultés.
- Les CREX « instances décisionnelles » supervisent des améliorations globales à l'échelle d'un établissement.