



Présentation de la formation CREX - RMM

Qui sommes-nous?

AFM42...

- **Société privée issue du groupe Air France**
- **Diffuse le savoir faire acquis dans le milieu aérien**

- **Transfert méthodologique**
 - ✓ vers d'autres compagnies
 - ✓ vers l'industrie et les services : SNCF, Airbus, Accor, France Telecom, Santé,...

- **Recherche et développement**
 - ✓ détection des risques systémiques à signaux faibles
 - ✓ changements de paradigme et de culture
 - ✓ compétence



Proposition de planning J1 matin

- 09h00/09h45 Tour de table
- 09h45/10h00 Retour sur le tour de table - La Sécurité
- 10h00/10h20 De l' aérien au médical
- 10h20/10h30 Pause
- 10h30/10h45 Le système complexe - Périmètre
- 10h45/11h00 La notion d' événement
- 11h00/11h30 L' organisation d' un CREX ou d' une RMM
- 11h30/12h30 Analyse systémique : ORION® + exemple

Proposition de planning J1 après-midi

→ 12h30/13h30 Repas

→ 13h30/14h30 Choix des événements - Criticité

→ 14h30/16h00 Atelier ORION

→ 16h00/17h00 Facteurs humains

Proposition de planning J2 matin

- 09h00/10h45 Atelier ORION
- 10h45/11h05 Les facteurs clés de succès d' ORION
- 11h05/11h15 Pause
- 11h15/12h45 Ateliers CREX/RMM + C/R
- 12h45/13h45 Repas

Proposition de planning J2 après midi

- 13h45/14h10 Facteurs clés de succès d'un CREX/RMM
- 14h10/14h30 Les indicateurs d'un CREX
- 14h30/14h45 Le film d'un CREX
- 14h45/15h00 Pause
- 15h00/16h30 Plans d'actions
- 16h30/17h00 Questions et évaluations

Présentation / tour de table

- **Votre perception du risque dans votre activité**
- **Vos responsabilités dans le domaine de la sécurité**
- **Un exemple récent d'événement**
- **Votre ou vos attentes de cette journée de formation**



La Sécurité

Six questions

- 1. La sécurité est-elle une de nos priorités ?**
- 2. Acceptons-nous de consacrer du temps à la sécurité ?**
- 3. Avons-nous identifié ce que nous ne voulons pas voir arriver ?**
- 4. Sommes nous prêts à entendre ce que le système va nous dire ?**
- 5. Sommes nous prêts à faire évoluer nos pratiques ?**
- 6. Quel est l'objectif ?**



De l'aérien vers le médical

Un de nos domaines d'expertise et de recherche

Système de Management de la Sécurité

- Les compétences
- Les signaux faibles

Maîtrise de la boucle qualité

Prise en compte des facteurs humains

Identification des précurseurs

Exploitation du retour d'expérience

Aujourd' hui

En quelques chiffres...

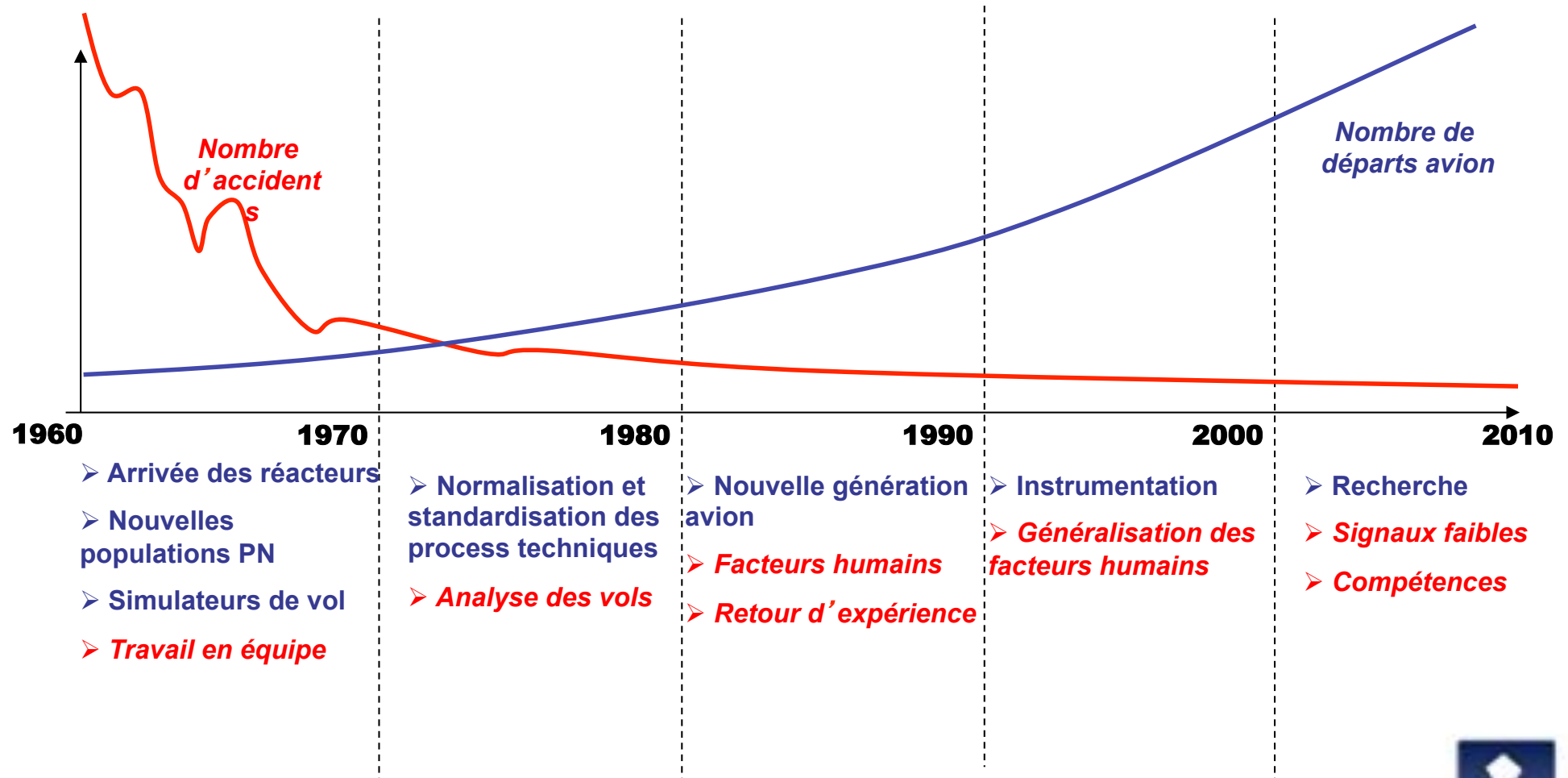
Le transport
aérien est
considéré
aujourd' hui
comme le
transport le plus
sûr du monde

≈ 3 milliards de
passagers
transportés
dans le monde
en 2012
≈ 40 millions de
vols et 23
accidents

≈ 475 victimes
 $475 / 3 \text{ milliards}$
 $\approx 0,00016 \text{ ‰}$
 $\approx 1 / 6,3 \text{ millions}$
de passagers
transportés
 $\approx 1 \text{ accident par}$
1,7 millions vols

La maîtrise de la boucle qualité a permis au milieu aérien de progresser

Une longue mise en œuvre dans l'aérien...



Le déploiement du CREX avec AFC* - AFM42

- **2004** : lancement en radiothérapie sous l'égide de la MeaH ;
- **2006** : lancement des premiers CREX sur le circuit du médicament ;
- **2007/2011** : poursuite de la démarche en radiothérapie avec l'INCa et introduction des CREX dans d'autres disciplines ;
- **Aujourd'hui** : plus de 1000 CREX opérationnels ;
- **Par an par CREX** :
 - 8 à 10 réunions pluridisciplinaires
 - 10 à 15 actions correctives mises en œuvre

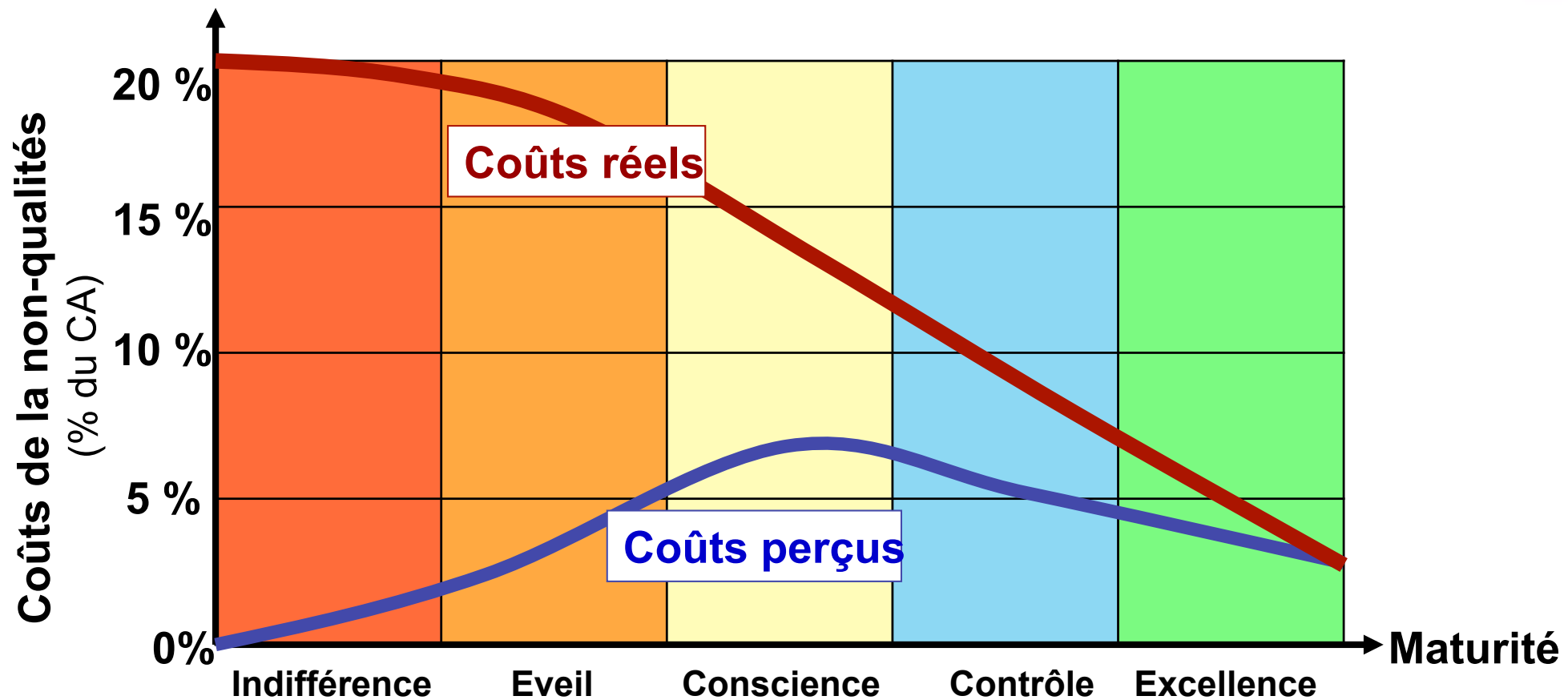
Parallèlement, entre 2007 et aujourd'hui, AFM42 déploie des formations RMM (méthodologie CREX) à la demande de l'AP-HP puis dans différents établissements dont les HCL et en formations centralisées à Paris.

*AFC : Air France Consulting

Une idée fausse largement répandue

« La mise en place d'un système qualité coûte cher à l'établissement »

Coûts de la non-qualité





Le système complexe et le périmètre

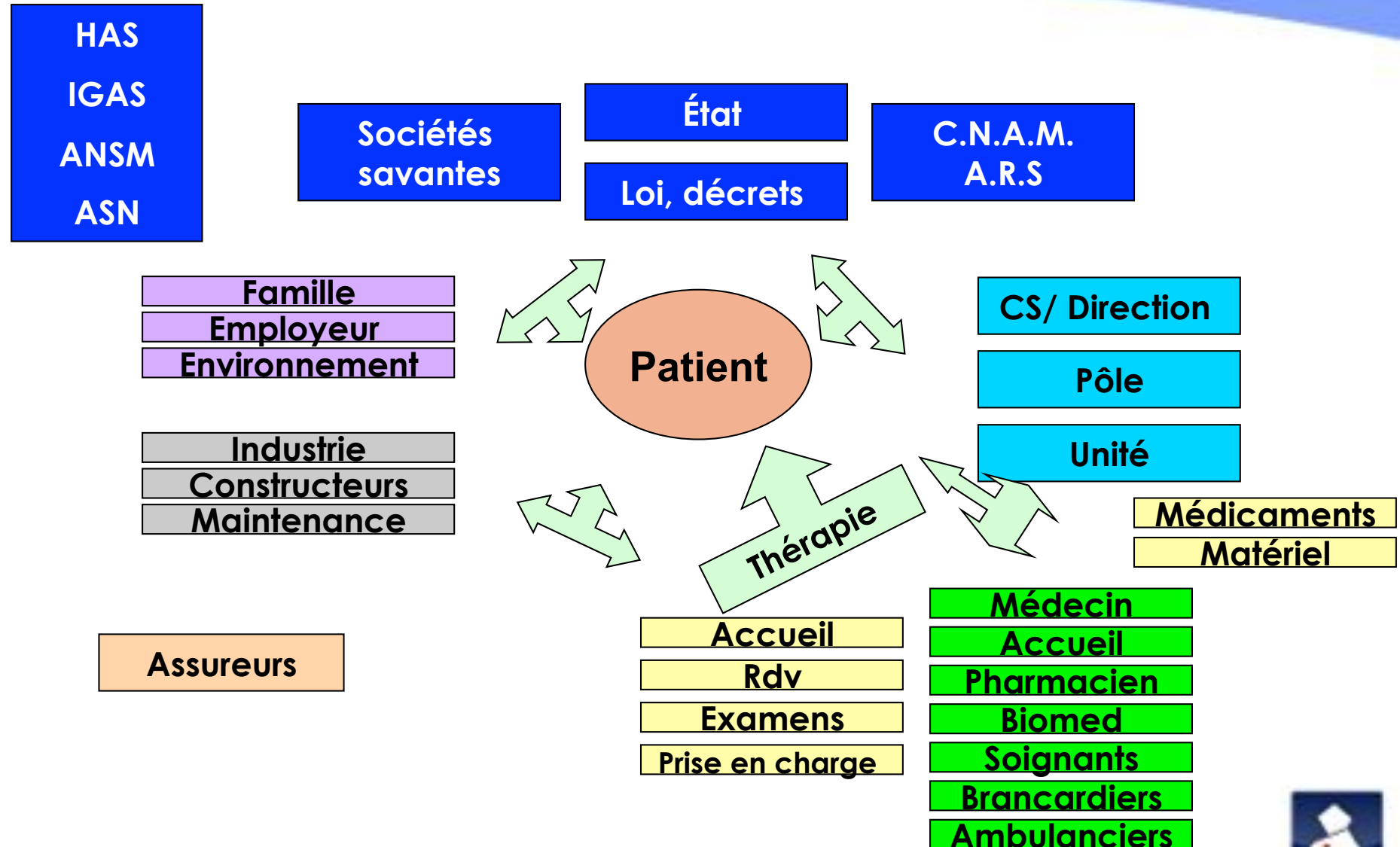
Systeme complexe

De nombreux systemes sont constitués d'un grand nombre d'entités en interaction, on les qualifie de *complexes* lorsqu'un observateur ne peut prévoir le comportement ou l'évolution d'un tel systeme par un raccourci de calcul.

Un scanner est un systeme compliqué mais non complexe.

Une unité de soin est complexe.

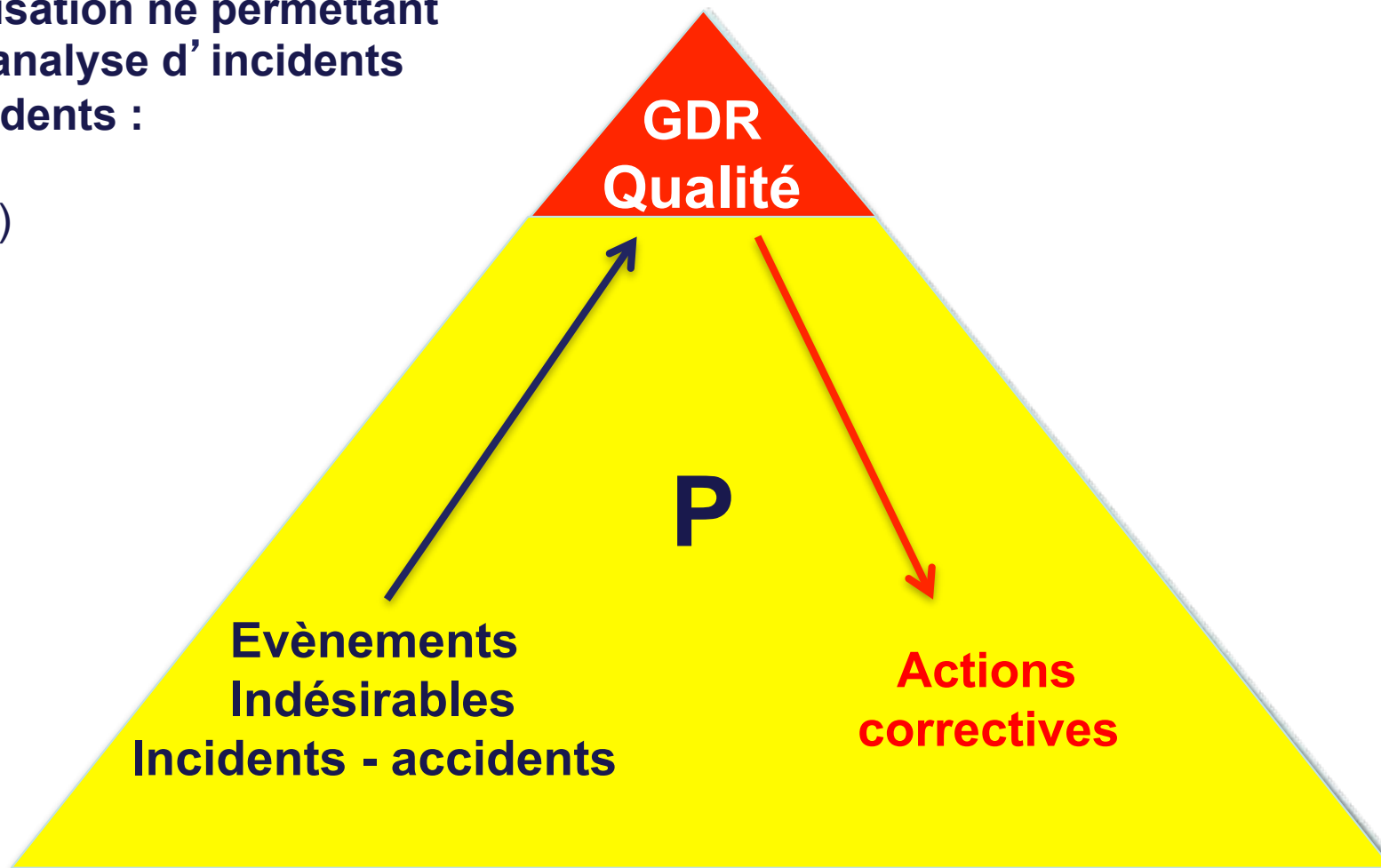
Quel périmètre dans le système complexe de la santé ?



Quel périmètre dans l'établissement ? (1)

Organisation ne permettant
que l'analyse d'incidents
et accidents :

(réactif)

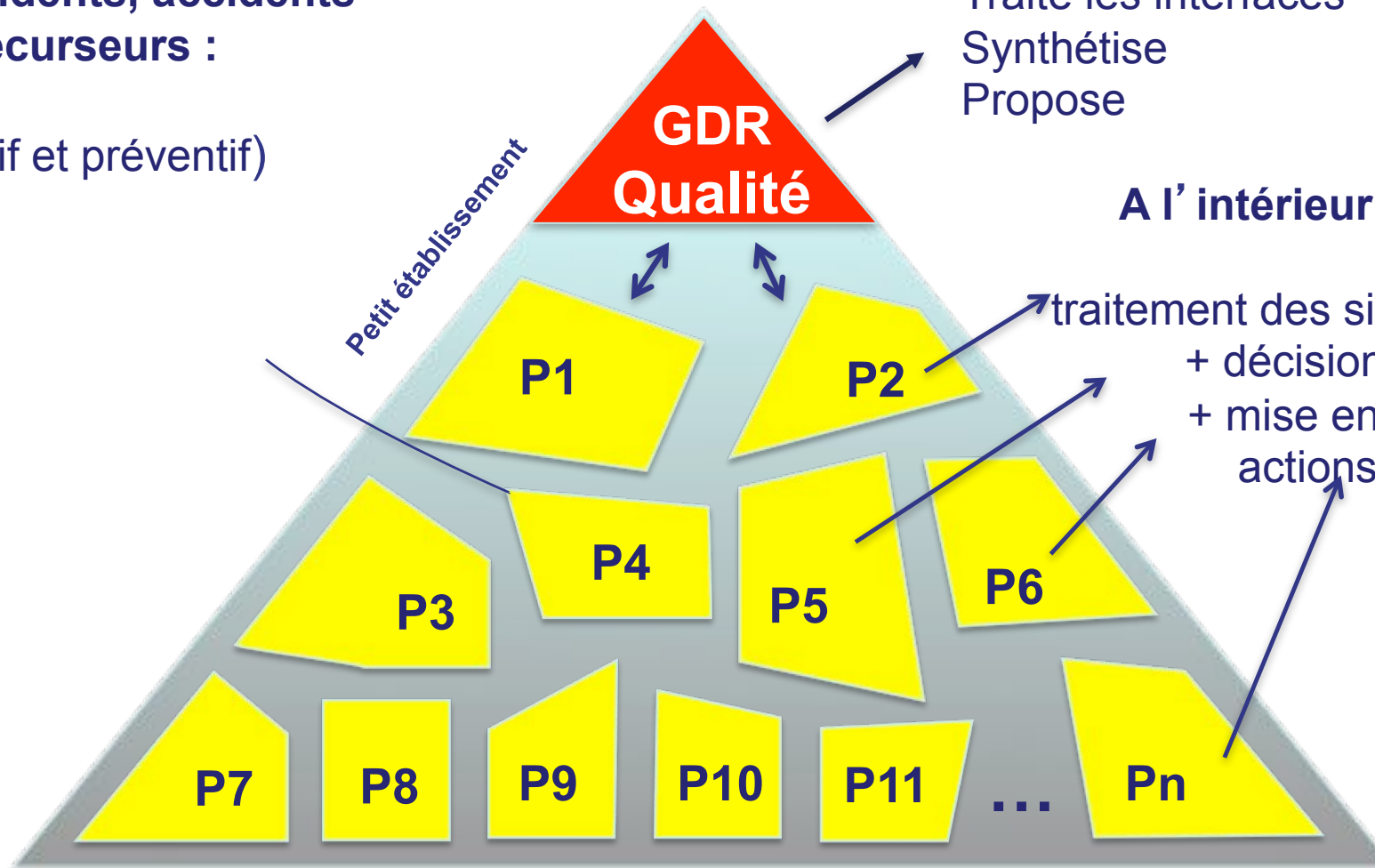


Quel périmètre dans l'établissement ? (2)

Organisation permettant l'analyse d'incidents, accidents et précurseurs :

(réactif et préventif)

Coordonne
Traite les interfaces
Synthétise
Propose



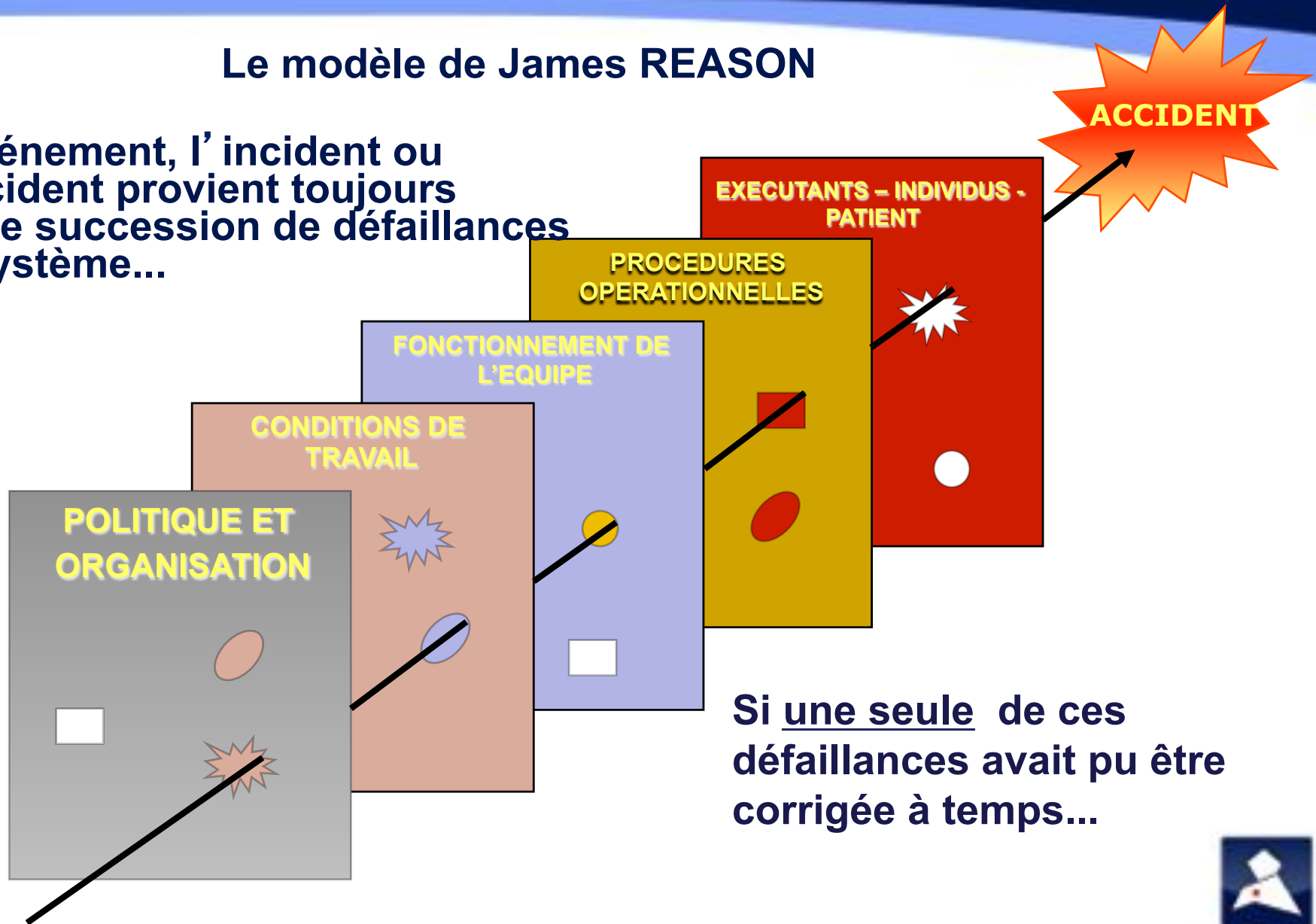
A l'intérieur de chaque périmètre :

traitement des signalements
+ décisions du CREX
+ mise en œuvre des actions correctives

Modélisation du système complexe

Le modèle de James REASON

L'événement, l'incident ou l'accident provient toujours d'une succession de défaillances du système...



Si une seule de ces défaillances avait pu être corrigée à temps...



Notion d'événement

Exemple d'événement



INSERER FILM ERREUR



La prévention pour parer à l'incident...

Un établissement sûr n'est pas un établissement qui n'a pas d'accidents...

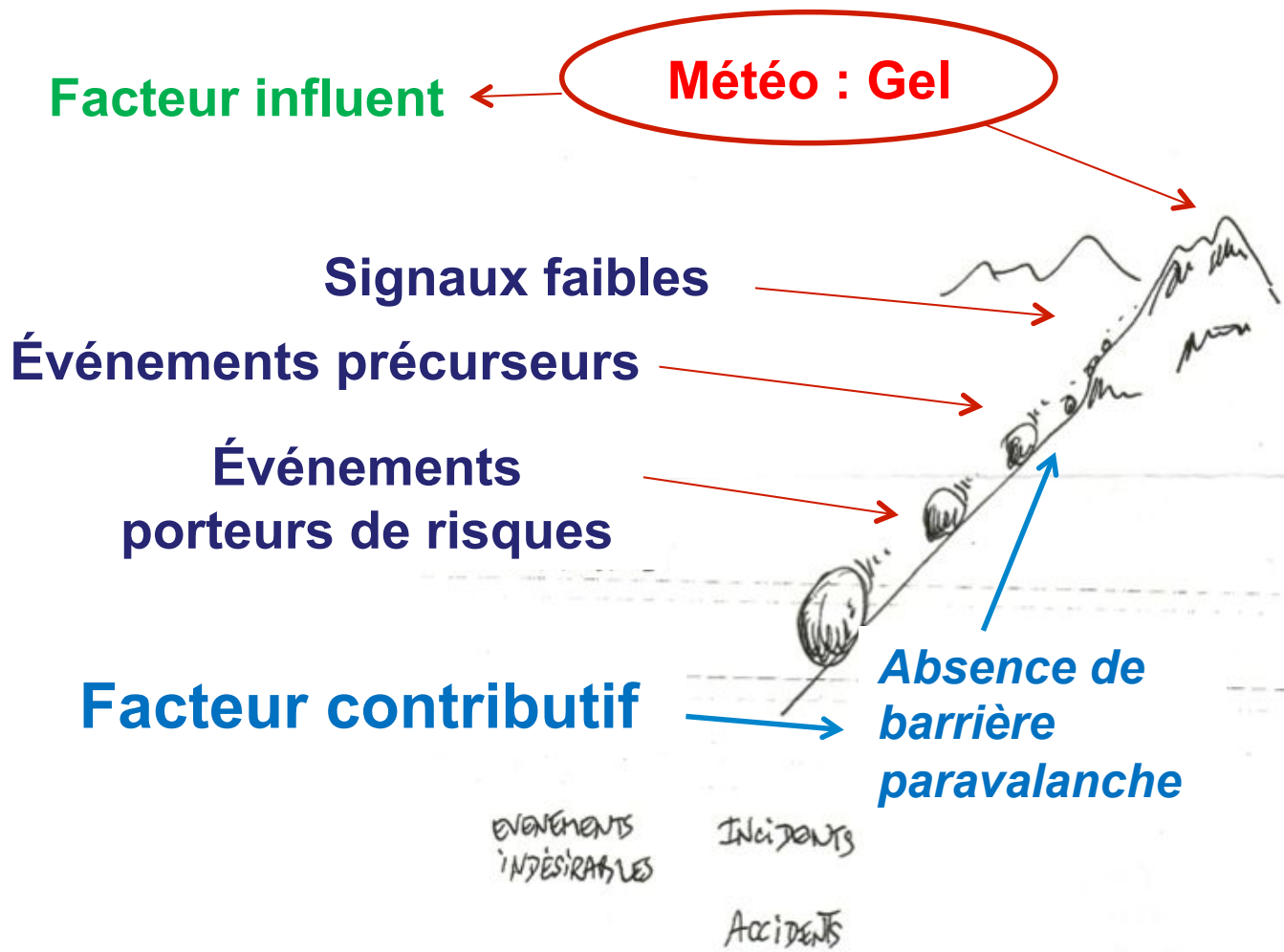
... c'est un établissement qui a mis en œuvre un système de prévention efficace

Prévention et traitement de l'incident...

Les écarts ou anomalies produisant les accidents ont généralement été décelés lors d'incidents antérieurs, parfois sans gravité

Ce sont les « précurseurs »

Du facteur influent à l'accident

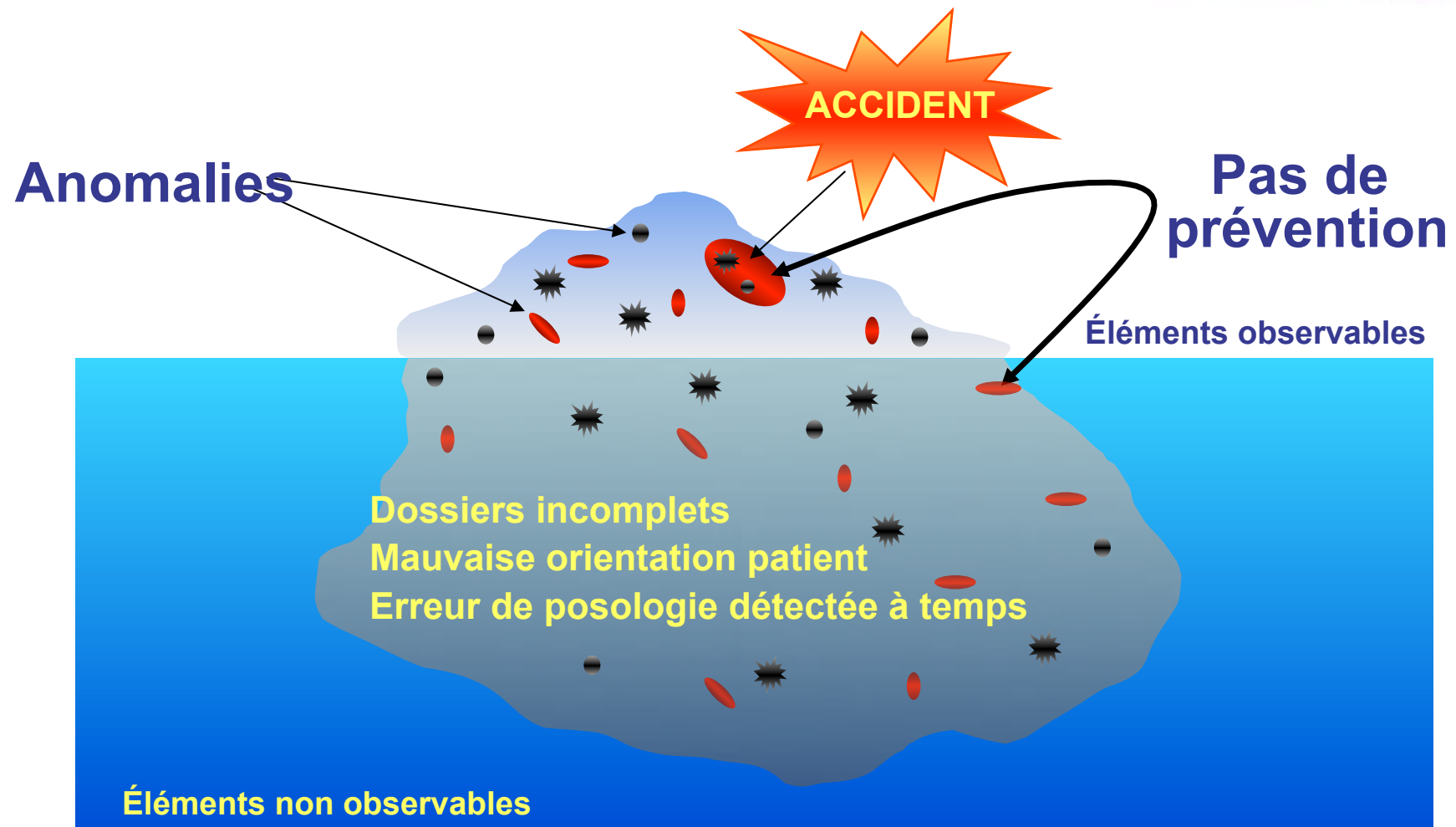


Les facteurs contributifs et influents d'un événement sont les mêmes quelque soit la nature de l'événement (accident ou porteur de risques)

CREX ou paravalanches...



Visibilité des précurseurs, sans traitement...



Risque au 2ème niveau : visibilité sur les précurseurs, mais pas de traitement

La solution : visibilité et plan d'action



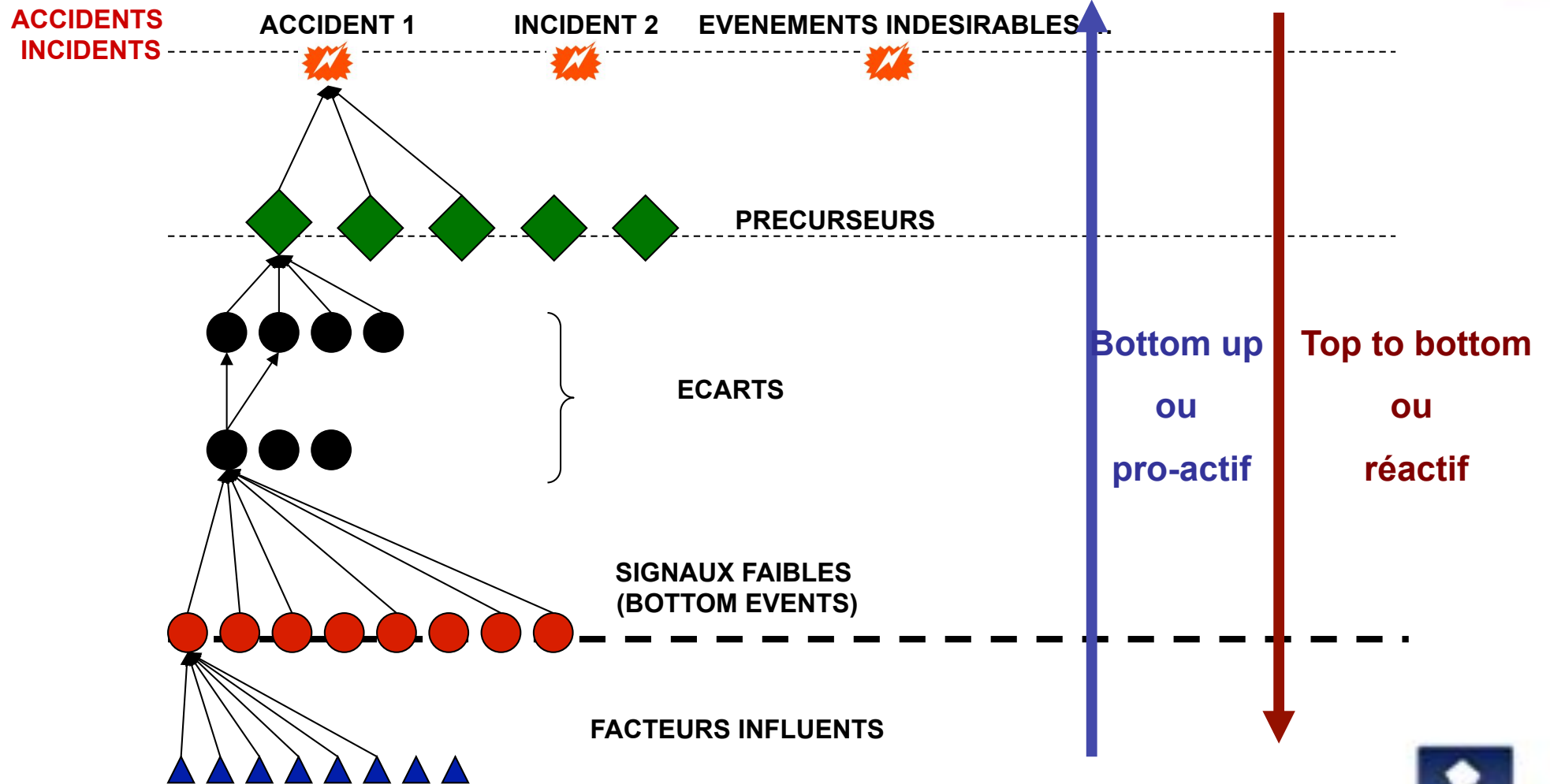
**Retour
d'expérience**

Éléments observables

**Dossiers incomplets
Mauvaise orientation patient
Erreur de posologie détectée à
temps**

**La solution : visibilité sur les précurseurs
et plan d'action sur les événements**

Hiérarchisation des événements



La charte d'incitation à la déclaration

« Charte d'incitation à la déclaration » ou charte dite de non punition

La sécurité de nos activités doit être la préoccupation première et permanente d'un établissement de santé.

Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance à ses patients, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, intervention après intervention, des événements pouvant affecter la sécurité de ses interventions.

Le souci deest d'améliorer la visibilité sur ceux-ci afin d'entretenir la conscience des risques liés à notre activité médicale et d'apporter les mesures correctives lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Dans ce cadre, il est de la responsabilité de chaque agent de communiquer spontanément et sans délai toute information sur des événements de cette nature. Un manquement à cette règle peut compromettre l'ensemble de la démarche de prévention conduite par l'établissement.

Pour favoriser ce retour d'expérience, je m'engage à ce que n'entame pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent qui aura spontanément et sans délai révélé une erreur dans l'application des règles de sécurité dans laquelle il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement.

Toutefois, ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité.

J'insiste pour que chaque agent, quelle que soit sa fonction dans l'établissement, s'implique dans cette logique qui contribue à notre recherche permanente du plus haut niveau de sécurité de notre activité.

Charte d'engagement

Objet : Charte d'engagement

Le service (le département, l'unité clinique...) s'engage dans une amélioration de la sécurité du patient et des interventions par la mise en place d'un Comité de retour d'expérience (CREX).

Procédure :.....

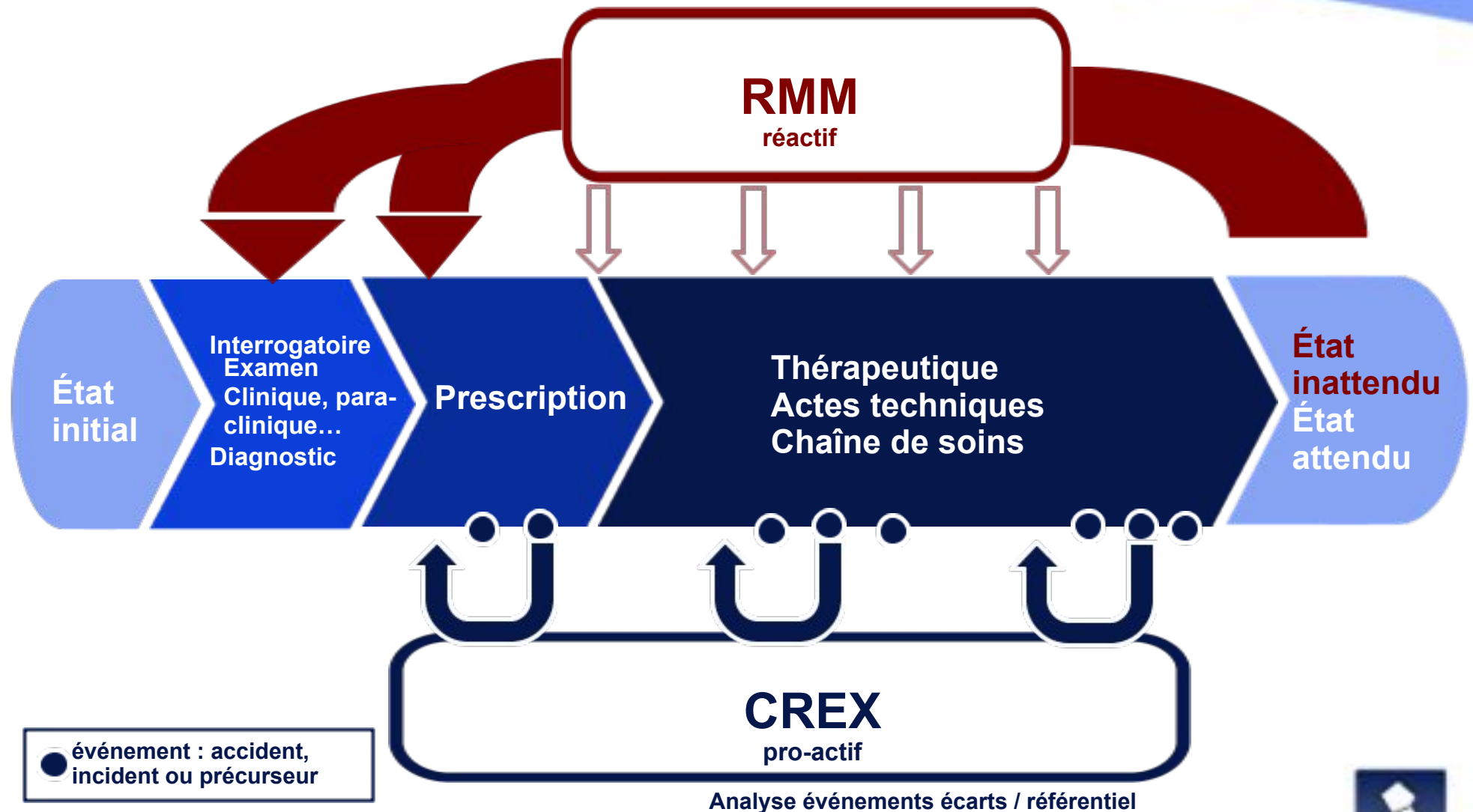
Le Directeur	Le Président de la CME	Le responsable Qualité	Le chef de service
Personnel Médical		Personnel Paramédical	



CREX / RMM

**Comité de Retour d'Expérience
Revue de Mortalité et de Morbidité**

Deux démarches de retour d'expérience



1^{ère} étape : le travail en amont

→ Une réflexion sur la documentation est souvent nécessaire

- ▶ Inventaire de l'existant :
 - Référentiels
 - Procédures
 - Règles de l'art
- ▶ Objectifs et méthode de mise à jour

→ Sensibilisation à la déclaration des évènements

- ▶ Communication (tous supports et réunions de service)
- ▶ Formation Facteurs Humains

CRM (Crew Resource Management), MRM (Medical...), SRM (Surgery...), RRM (Radiotherapy...)

- ▶ Définir le support de signalement

2^{ème} étape : désigner le référent

→ Le référent est une personne qui doit :

- ▶ **Écouter** : être attentif aux problématiques de l'ensemble du service concerné par le CREX
- ▶ **Connaître** : être proche du terrain et bénéficiaire de la confiance de l'ensemble du service

→ Le rôle du référent est de :

- ▶ **Collecter** : regrouper l'ensemble des événements remontés.
- ▶ **Préparer les CREX** : organiser et classer ces événements
- ▶ **Participer aux CREX** : présenter ces événements

3^{ème} étape : constituer un pool d'analystes

→ Identifier les futurs analystes

- ▶ Tout acteur peut faire partie du pool d'analystes : secrétaire, médecin, manipulateur, physicien, dosimétriste, IDE, biomed, informaticien...
- ▶ Un pool d'analystes doit permettre de répartir les analyses pour en assurer la pratique (minimum souhaitable 1 à 2 analyses par an et par analyste)
- ▶ Des « binômes » peuvent être désignés – un seul des deux est nommé « **pilote de l'analyse** »

→ Former le pool d'analystes à la méthode ORION

→ De nouveaux analystes pourront rejoindre le pool par la suite (formation complémentaire pour assurer une certaine rotation)

4^{ème} étape : le CREX (1/3)

→ Qui doit y participer ?

- ▶ Le référent
- ▶ Une personne par corps de métier du service concerné
- ▶ Le Responsable Qualité du service lorsqu'il existe sinon celui de l'établissement
- ▶ Si possible un invité (différent à chaque session)

→ Avec quelle organisation ?

- ▶ Un « chef » soutient la tenue du CREX
- ▶ Un coordinateur assure la logistique (dates prévues à 6 mois, salle de réunion, relance du pilote de l'analyse ORION[©]...). Il peut également être le référent.
- ▶ Un animateur est responsable du respect de l'ordre du jour du CREX et du délai qui lui est réservé, il en rédige le compte rendu.

4^{ème} étape : le CREX (2/3)

→ Avec quel calendrier :

- ▶ **Une fois par mois** : le plus souvent isolé ou à la suite d'une réunion de service...

→ Avec quel timing :


- ▶ **Une heure à une heure et quart** : une durée plus longue démotive et rend le CREX non pérenne.

=> le rôle de l'animateur est primordial pour respecter cet impératif

- ▶ **Une personne absente** se fait temporairement mais **obligatoirement représenter**. Il est souhaitable de désigner à l'avance le **suppléant** de chaque membre du CREX.

4^{ème} étape : le CREX (3/3)

Un ordre du jour systématique :

- 
1. Écoute des événements du mois (organisés et classés par le référent)
 2. Choix (collégial) d'un événement
 3. Choix (collégial) du pilote de l'analyse de l'événement choisi (parmi le panel des personnes formées à ORION®)
 4. Écoute de l'analyse ORION® de l'événement choisi lors du précédent CREX
 5. Choix des actions correctives pour cet événement
 6. Suivi des actions correctives pour la totalité des événements
 7. Choix des actions de communication

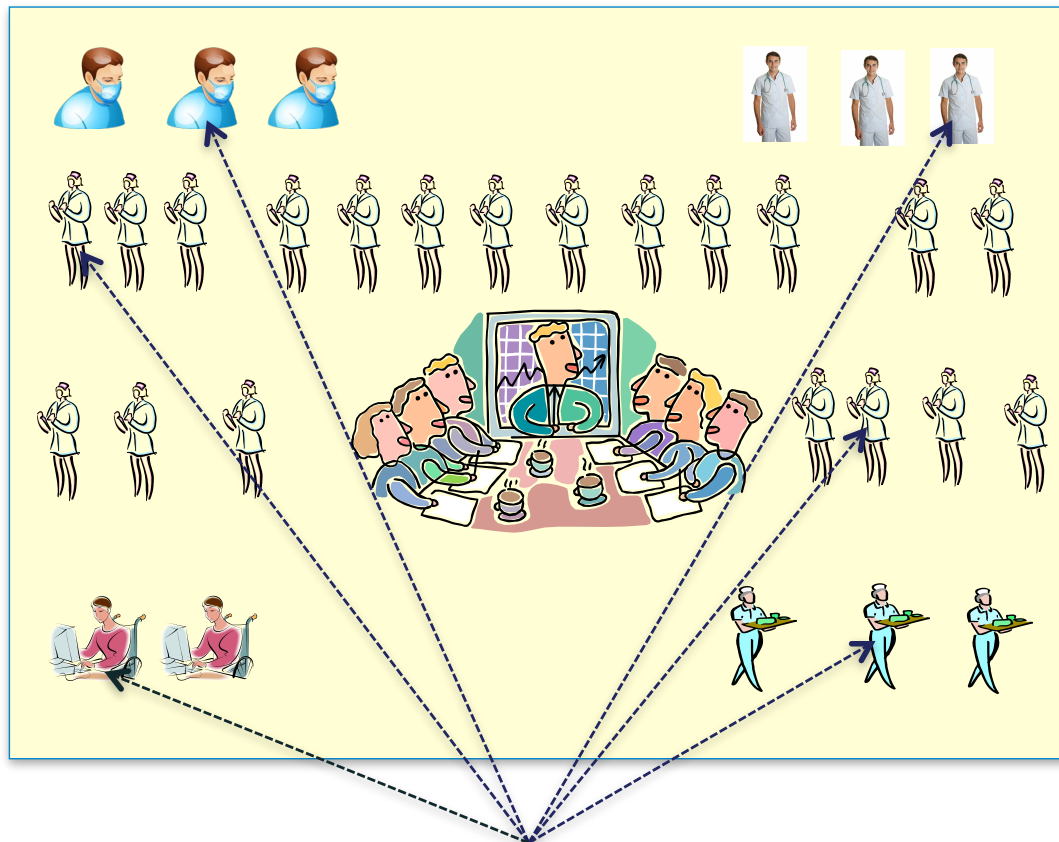
Le CREX est une instance de décision

Les 4 premiers CREX

CREX 1	CREX 2	CREX 3	CREX 4
<ul style="list-style-type: none">▪ Choix événement1 (E1)▪ Désignation Pilote (P1)	<ul style="list-style-type: none">▪ Choix événement2(E2)▪ Désignation Pilote (P2)▪ E1 :<ul style="list-style-type: none">✓ Analyse E1✓ Actions correctives C1✓ Communication comE1	<ul style="list-style-type: none">▪ Choix événement3 (E3)▪ Désignation Pilote (P3)▪ E2 :<ul style="list-style-type: none">✓ Analyse E2✓ Actions correctives C2✓ Communication comE2▪ Suivi C1 et com associée	<ul style="list-style-type: none">▪ Choix événement4(E4)▪ Désignation Pilote (P4)▪ E3 :<ul style="list-style-type: none">✓ Analyse E3✓ Actions correctives C3✓ Communication comE3▪ Suivi C2 et C1, com associée

CREX/RMM dans son périmètre

Exemple de périmètre



Personnes pouvant conduire une
analyse d'événement

(tout acteur du périmètre avec au moins une personne du périmètre par profession)



Analyse systémique ORION®

Henri Petit

henri.petit@afm42.fr

Frank Debouck frank.debouck@afm42.fr

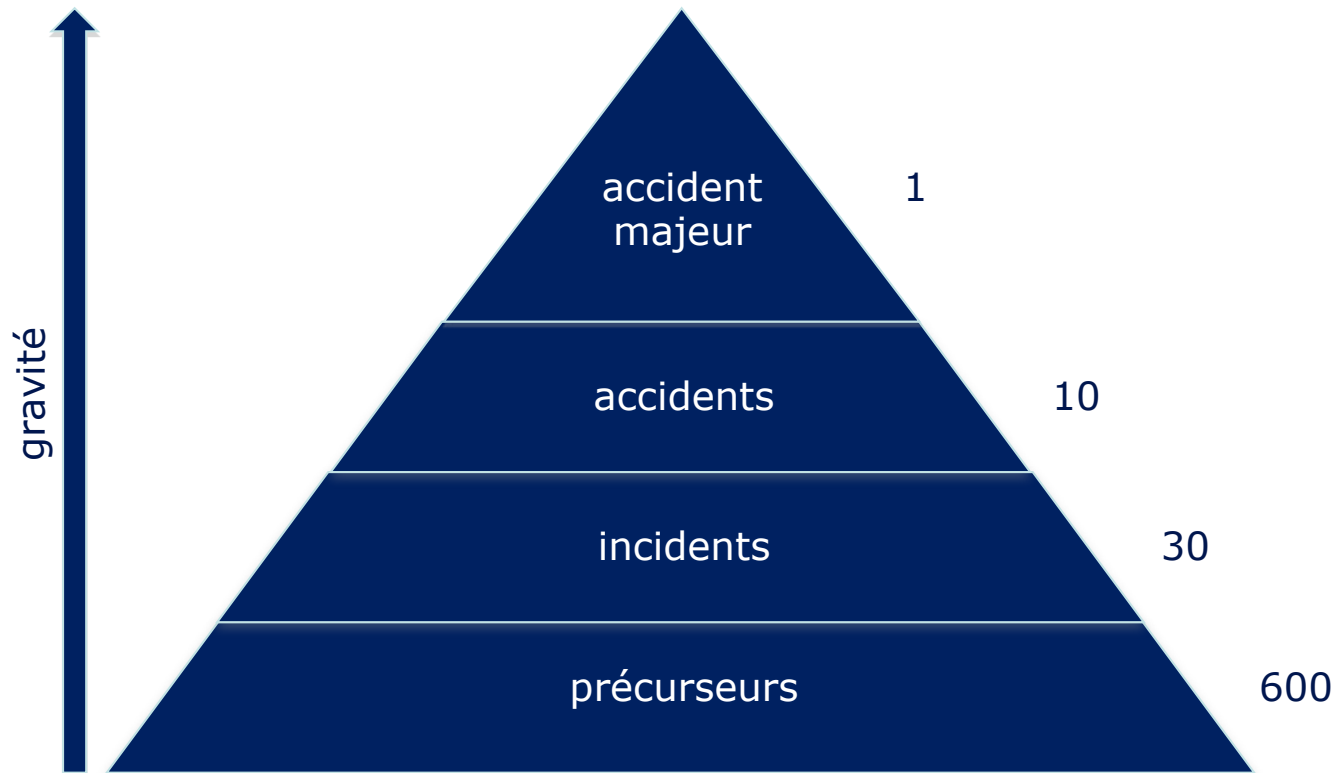
Qu'est-ce que la méthode ORION® ?

- **Une méthode rigoureuse d'analyse d'événement**
- **Une méthode accessible à tous**
- **Une méthode adaptée aux systèmes complexes**
- **Une méthode qui permet de proposer des actions correctives concrètes à l'équipe CREX (ou RMM)**

Son but : améliorer le système dans son ensemble

Quand utiliser la méthode ORION® ?

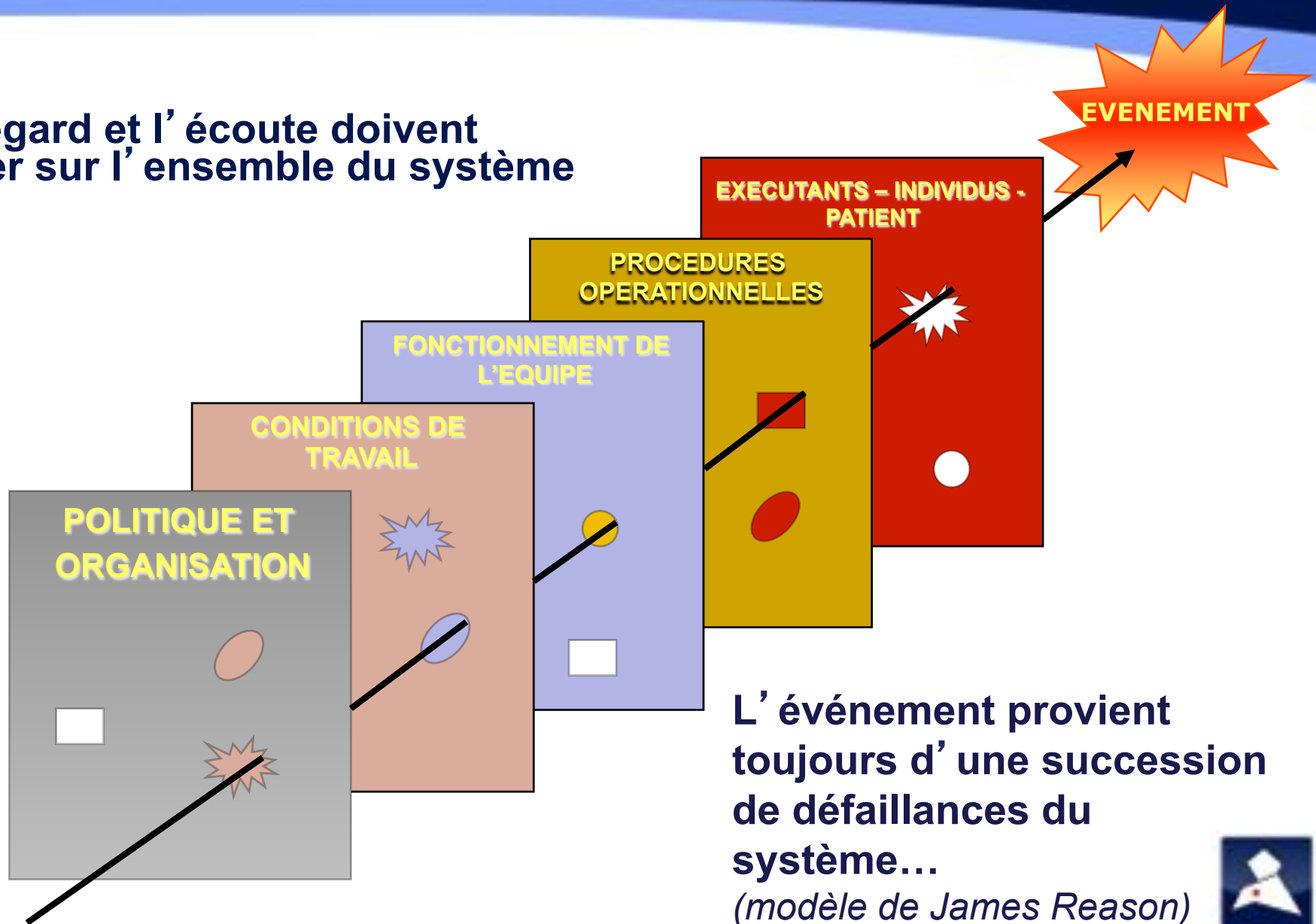
- La méthode s'applique à tout type d'événement
- Elle peut être utilisée tant **a priori** (en préventif = en CREX ou Comité de Retour d'EXpérience) qu'**a posteriori** (en curatif = en RMM ou Revue de Mortalité-Morbidité)



Pyramide de Bird - Heinrich

Quelles données et qui les collecte ?

Le regard et l'écoute doivent porter sur l'ensemble du système



L'événement provient toujours d'une succession de défaillances du système...

(modèle de James Reason)

Ce que n' est pas la méthode ORION®



La méthode ORION® n' est pas une méthode pour déterminer la responsabilité de chacun dans l' événement étudié

Les 6 étapes d'une analyse

Étape I : Collecter les données

Étape II : Reconstituer la chronologie de l'événement

Étape III : Identifier les écarts

**Étape IV : Rechercher les facteurs contributifs
et les facteurs influents**

Étape V : Proposer les actions à mettre en œuvre

Étape VI : Rédiger le rapport d'analyse

Les 6 étapes d'une analyse

Étape I : **Collecter les données**

Étape II : **Reconstituer la chronologie de l'événement**

Étape III : **Identifier les écarts**

Étape IV : **Rechercher les facteurs contributifs
et les facteurs influents**

Étape V : **Proposer les actions à mettre en œuvre**

Étape VI : **Rédiger le rapport d'analyse**

Étape I : collecter les données

Objectif :

Rassembler toutes les informations sur l'événement, son contexte et sa gestion, sur les plans :

- technique
- organisationnel
- humain
- environnement

Quelles données, qui les collecte, quand ?

- Collecter **toutes les données** susceptibles de permettre de reconstruire le scénario de l'événement et son contexte
- Une donnée est une indication **exacte** de ce qui s'est passé
- C'est **le pilote chargé de l'analyse** (désigné au sein de l'équipe formée à l'analyse) qui doit recueillir les données.
- Il est important que le **pilote de l'analyse ne soit pas à la fois juge et partie** donc indépendant de l'événement
- **Ni trop tôt** (les acteurs pouvant être, dans certain cas, encore perturbés par l'événement)
- **Ni trop tard** (risque de perte d'informations).

Comment collecter les données ?

- **Un but** : rassembler les faits dans leur totalité, auprès de tous les acteurs impliqués, en recueillant les visions partielles de chacun
- **Une attitude**: le pilote de l'analyse doit rester neutre dans ses formulations.
- **Une préparation** de la collecte à partir de :
 - documents liés à l'événement : référentiels, dossiers, plannings...
 - une liste de personnes à rencontrer (y compris celles impliquées dans les phases de préparation et de planification des activités concernées)
- **Trois manières** de collecter les données:
 - entretiens individuels
 - débriefings collectifs
 - déclarations écrites

Quelle méthode pour recueillir les données ?

➤ Une collecte de données en deux temps :

- **1er temps** : des questions exploratoires ouvertes pour laisser la personne s'exprimer spontanément sur ce qu'elle a vécu
- **2ème temps** : des questions plus précises pour compléter les manques du récit spontané.

➤ Un recueil de suggestions d'actions correctives :

Demander à l'interviewé ou au groupe s'il a des suggestions à faire pour éviter que l'événement ne se reproduise ou pour améliorer certaines faiblesses de la situation.

➤ Une validation systématique des données recueillies par les personnes écoutées

Les 6 étapes d'une analyse

Étape I : **Collecter les données**

Étape II : **Reconstituer la chronologie de l'événement**

Étape III : **Identifier les écarts**

Étape IV : **Rechercher les facteurs contributifs
et les facteurs influents**

Étape V : **Proposer les actions à mettre en œuvre**

Étape VI : **Rédiger le rapport d'analyse**

Étape II : reconstituer la chronologie des faits

Objectif :

Reconstituer le "film" de l'événement en ordonnant les données collectées selon leur apparition dans le temps (faits et contexte associés à dates et heures)

Trier pour déterminer les faits, classer

- **Faire le tri** (reformuler si besoin est) **pour sélectionner les faits** et uniquement des faits
- Un **fait est une donnée réelle de l'expérience**, un état ou une action qui existe à un moment donné et doit pouvoir être défini par une phrase simple sous la forme active, de type : un **sujet**, un **verbe** et un **complément**
«il (elle) n'a pas suivi la procédure» n'est pas un fait mais une action inappropriée (écart)
- **Ordonner** les faits selon leur apparition dans le temps, en indiquant pour chacun d'eux le jour, la date et l'heure (faisant apparaître l'avant, le pendant et l'après)

Validation de l'étape

- A la fin de cette étape il est utile de présenter cette chronologie aux **différentes personnes impliquées** (éventuellement en groupe), de façon à **obtenir un consensus** qui **valide** les faits recueillis.
- Cette pratique permet de préciser les données recueillies et de s'assurer de la **validité et de la cohérence du scénario**.

Cette validation constitue la garantie d'une base solide pour continuer l'analyse.

Les 6 étapes d'une analyse

- Étape I :** **Collecter les données**
- Étape II :** **Reconstituer la chronologie de l'événement**
- Étape III :** **Identifier les écarts**
- Étape IV :** **Rechercher les facteurs contributifs
et les facteurs influents**
- Étape V :** **Proposer les actions à mettre en œuvre**
- Étape VI :** **Rédiger le rapport d'analyse**

Étape III : identifier les écarts

Objectif :

Repérer parmi les faits les écarts aux attendus,
les états défectueux et les actions inappropriées

Quels écarts ?

- La collecte des données va permettre au pilote de l'analyse de déceler des **écarts** par rapport :
- au **référentiel** défini au sein de l'établissement
 - à une **procédure** ou à une consigne écrite permettant de répondre à un événement identifié
 - à une "**règle de l'art**" généralisée et acceptée par une majorité d'intervenants

Cette identification nécessite donc de **connaître les référentiels** et peut demander des recherches de données complémentaires à celles initialement collectées

- Plus généralement, à côté de la chronologie des faits, le pilote de l'analyse fera ressortir les **écarts aux attendus**, les **états défailants** et les **actions inappropriées**

Les étapes d'une analyse

Étape I : **Collecter les données**

Étape II : **Reconstituer la chronologie de l'événement**

Étape III : **Identifier les écarts**

Étape IV : **Rechercher les facteurs contributifs
et les facteurs influents**

Étape V : **Proposer les actions à mettre en œuvre**

Étape VI : **Rédiger le rapport d'analyse**

Étape IV : rechercher les facteurs contributifs et les facteurs influents

Objectif :

Trouver « les causes » en explicitant **les relations de cause à effet entre les faits**, c'est-à-dire en déterminant les facteurs contributifs et influents qui peuvent expliquer :

- les écarts aux attendus
- les états défailants
- les actions inappropriées

Rechercher les facteurs contributifs

- Afin de comprendre l'enchaînement des faits, il faut reconstituer les **relations de cause à effet** entre ces derniers.
- La reconstitution du mécanisme de l'événement nécessite de **partir des faits aboutissant à l'événement** et de se poser les questions suivantes :
 - qu'a-t-il fallu pour que ce fait se produise ?
 - était-ce suffisant ?
- Les **facteurs contributifs** sont les relations de **cause à effet** entre les faits qui expliquent les écarts aux attendus, les états défectueux et les actions inappropriées.
- Cette reconstitution se fait par itération.

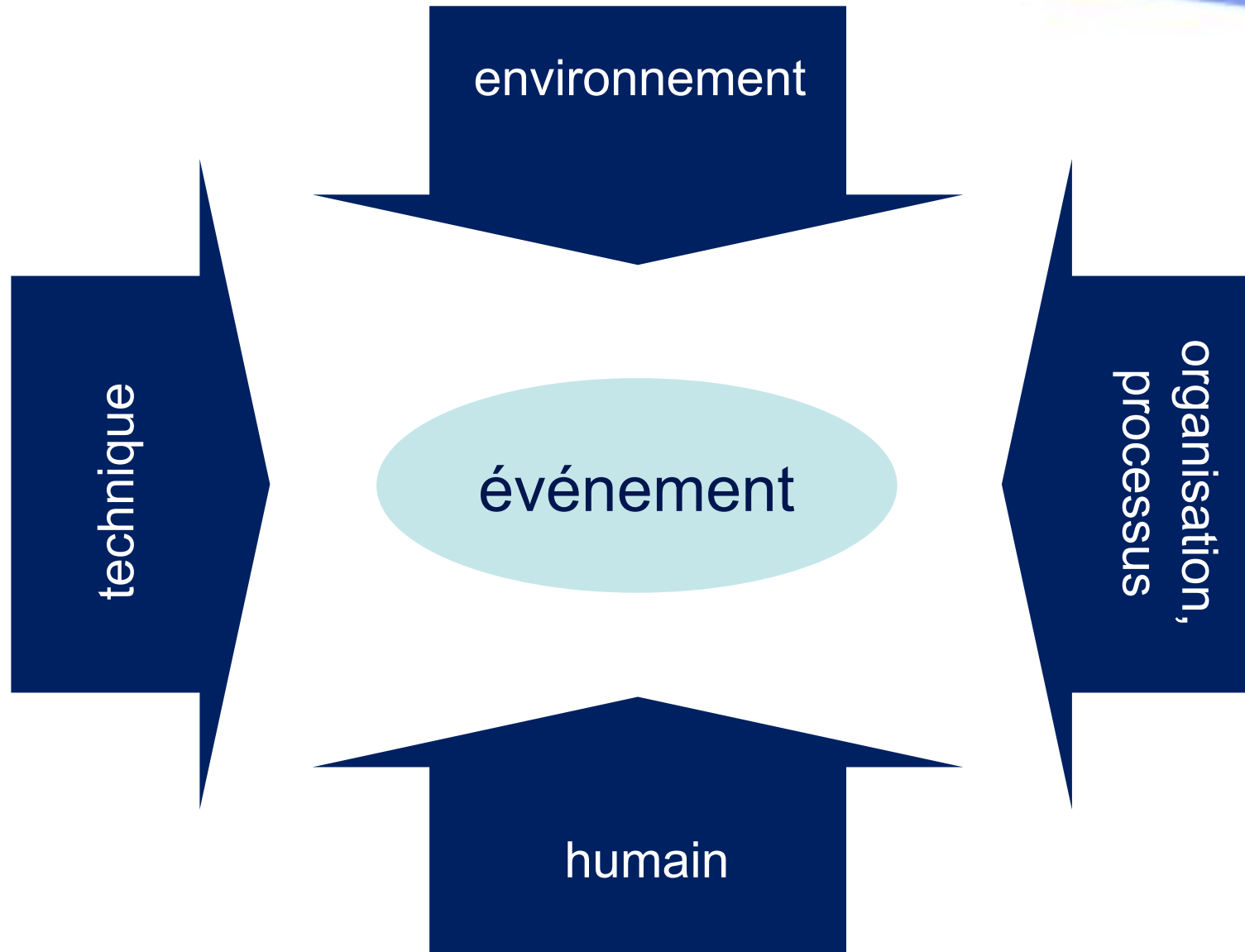
Rechercher les facteurs influents

- Les relations de cause à effet entre les faits, facteurs contributifs de l'événement, sont souvent éclairés par les **conditions** au cours desquelles ils apparaissent.

- Ils sont appelés « **facteurs influents** ».
 - Ils constituent des **fragilités du système global** que l'on risque de retrouver de façon générique dans d'autres événements.
 - Ils aident à comprendre voire compléter certains facteurs contributifs.

Travaux, réorganisation, nouveau logiciel, sous-effectif, vendredi soir, niveau de communication...

Quatre grandes familles de facteurs à explorer



Prépondérance du facteur humain

Le facteur humain est à prendre en compte tout au long de la recherche des facteurs contributifs et influents :

- **Conscience de la situation**
- **Stress**
- **Erreur**
- **Physiologie**
- **Prise de décision**
- **Communication opérationnelle**
- **Synergie d'équipe**
- **Système complexe**
- **Interface homme-machine**
- **Vigilance collective**

Les 6 étapes d'une analyse

Étape I : Collecter les données

Étape II : Reconstituer la chronologie de l'événement

Étape III : Identifier les écarts

Étape IV : Rechercher les facteurs contributifs
et les facteurs influents

Étape V : Proposer les actions à mettre en œuvre

Étape VI : Rédiger le rapport d'analyse

Étape V : Proposer les actions à mettre en œuvre

Objectif :

Trouver des actions permettant d'éviter le renouvellement des états défectueux, des actions inappropriées et des écarts aux attendus constatés afin de les proposer au CREX (ou RMM) avec pour chaque action :

- sa description
- l'entité chargée de sa mise en œuvre

Déterminer les actions envisageables

- Proposer des actions permettant d'**éliminer les facteurs contributifs et les facteurs influents** et non les symptômes repérés en cours d'analyse
- Faire des propositions d'actions pour **chacun** des facteurs contributifs et des facteurs influents (brainstorming éventuel du groupe d'analyse)
- Pour chaque action, **analyser son contexte** d'application pour s'assurer qu'elle n'engendre pas de **nouveaux risques**
- **L'action qui avait permis de "sortir de l'événement"** et de revenir à une situation normale stabilisée peut être une des actions envisageable

Préparer la décision concernant les actions à mettre en œuvre

→ S'assurer de la pertinence des actions correctives :

- Gain/coût
- Pérennité
- Acceptabilité en interne
- Acceptabilité en « externe »
- Portée
- Durée de mise en œuvre

→ Proposer la spécialité/le métier/l'instance responsable de la prise en charge de l'action corrective

Le CREX (ou la RMM) désignera la personne pour les actions retenues

Les 6 étapes d'une analyse

Étape I : Collecter les données

Étape II : Reconstituer la chronologie de l'événement

Étape III : Identifier les écarts

**Étape IV : Rechercher les facteurs contributifs
et les facteurs influents**

Étape V : Proposer les actions à mettre en œuvre

Étape VI : Rédiger le rapport d'analyse

Étape VI : Rédiger le rapport d'analyse

Objectif :

Retracer le résultat des principales étapes de la méthode dans un rapport clair et lisible pour une personne externe au processus d'analyse pour servir de base à la décision du CREX (RMM)

Conclusion

Les conditions de réussite d'une analyse :

- La désignation **par le CREX** du **pilote de l'analyse** : il est le garant de la démarche et compétent sur le sujet. Il est préférable qu'il ne soit pas lié à l'événement.
- La **confiance** entre le **pilote** et les **acteurs** sollicités conditionne la qualité des données.
- La conduite de l'analyse dans des **délais proches** de la détection de l'événement.
- L'insertion de l'analyse dans une **démarche REX organisée et acceptée**
- La **mise en œuvre** et le **contrôle** de la mise en œuvre des actions correctives par la **RMM – CREX**
- La **communication**

Contenu du rapport d'analyse

- ✓ **Identification de l'événement** (rédacteur de la fiche, date de rédaction, date de l'événement, libellé succinct et conséquences de l'événement)
- ✓ **Chronologie des faits** (en y repérant les écarts)
- ✓ **Description des facteurs contributifs**
- ✓ **Repérage des facteurs influents**
- ✓ **Actions proposées**



Un exemple d'analyse systémique ORION®

Étude de cas

Surdosage en chimiothérapie

Contexte

Établissement hospitalier universitaire

Une patiente de 69 ans atteinte d'un lymphome devant recevoir douze cures de chimiothérapie est hospitalisée le mardi 20 novembre à 11h00 pour sa 3^{ème} cure

Les faits

Bilan sanguin correct – validation de la prescription à 13h30

Préparation centralisée de la poche de chimio livrée à 14h30

La chimio est administrée entre 20h00 et 21h30

A 07h00 le lendemain matin lors de la relève à la Pharmacie, l'Interne en pharmacie constate que 150% de la dose prescrite a été administrée à la Patiente

Etape II : chronologie des faits

Mardi 13h30	Validation de la prescription par le médecin 104 microgrammes de produit A
Mardi 13h35	Réception de la prescription informatisée à la Pharmacie
Mardi 13h50	Analyse pharmaceutique par le Pharmacien Sous effectif ce mardi et le retard de fabrication s'est accumulé. Le protocole de fabrication prévoit deux poches de 52 microgrammes
Mardi 14h00	Le Pharmacien pour gagner du temps en se référant aux nouvelles possibilités modifie le protocole de fabrication et prépare une seule poche de 104 microgrammes
Mardi 14h10	Le protocole est imprimé avec des étiquettes marquées 52 microgrammes
Mardi 14h15	Fabrication par un préparateur qui colle une étiquette 52 microgrammes
Mardi 14h25	Les deux contrôles qualité valident la préparation
Mardi 14h30	Livraison et réception à l'étage
Mardi 20h00	L'IDE démarre la prémédication et constate qu'elle n'a qu'une poche de 52 microgrammes
Mardi 20h10	L'IDE appelle l'Interne. Non disponible, il répond qu'il rappellera. L'IDE décide de fabriquer elle-même une poche de 52 microgrammes
Mardi 20h30	L'IDE administre une poche de 104 marquée 52 et une poche de 52.
Mardi 21h35	Rappel de la Pharmacie. L'IDE déclare que « tout est bon » et dit qu'il doit y avoir une poche de 52 microgrammes à la Pharmacie. Pas de vérification
Mercredi 07h00	Passation de consignes entre Interne de garde et équipe de jour. Découverte de l'erreur par la Pharmacie

Etape III : Identification des écarts

Mardi 13h30	Validation de la prescription par le médecin 104 microgrammes de produit A
Mardi 13h35	Réception de la prescription informatisée à la Pharmacie
Mardi 13h50	Analyse pharmaceutique par le Pharmacien Sous effectif ce mardi et le retard de fabrication s'est accumulé. Le protocole de fabrication prévoit deux poches de 52 microgrammes
Mardi 14h00	Le Pharmacien pour gagner du temps en se référant aux nouvelles possibilités modifie le protocole de fabrication et prépare une seule poche de 104 microgrammes
Mardi 14h10	Le protocole est imprimé avec des étiquettes marquées 52 microgrammes
Mardi 14h15	Fabrication par un préparateur qui colle une étiquette 52 microgrammes
Mardi 14h25	Les deux contrôles qualité valident la préparation
Mardi 14h30	Livraison et réception à l'étage
Mardi 20h00	L'IDE démarre la prémédication et constate qu'elle n'a qu'une poche de 52 microgrammes
Mardi 20h10	L'IDE appelle l'Interne. Non disponible, il répond qu'il rappellera. L'IDE décide de fabriquer elle-même une poche de 52 microgrammes
Mardi 20h30	L'IDE administre une poche de 104 marquée 52 et une poche de 52.
Mardi 21h35	Rappel de la Pharmacie. L'IDE déclare que »tout est bon » et dit qu'il doit y avoir une poche de 52 microgrammes à la Pharmacie. Pas de vérification
Mercredi 07h00	Passation de consignes entre Interne de garde et équipe de jour. Découverte de l'erreur par la Pharmacie

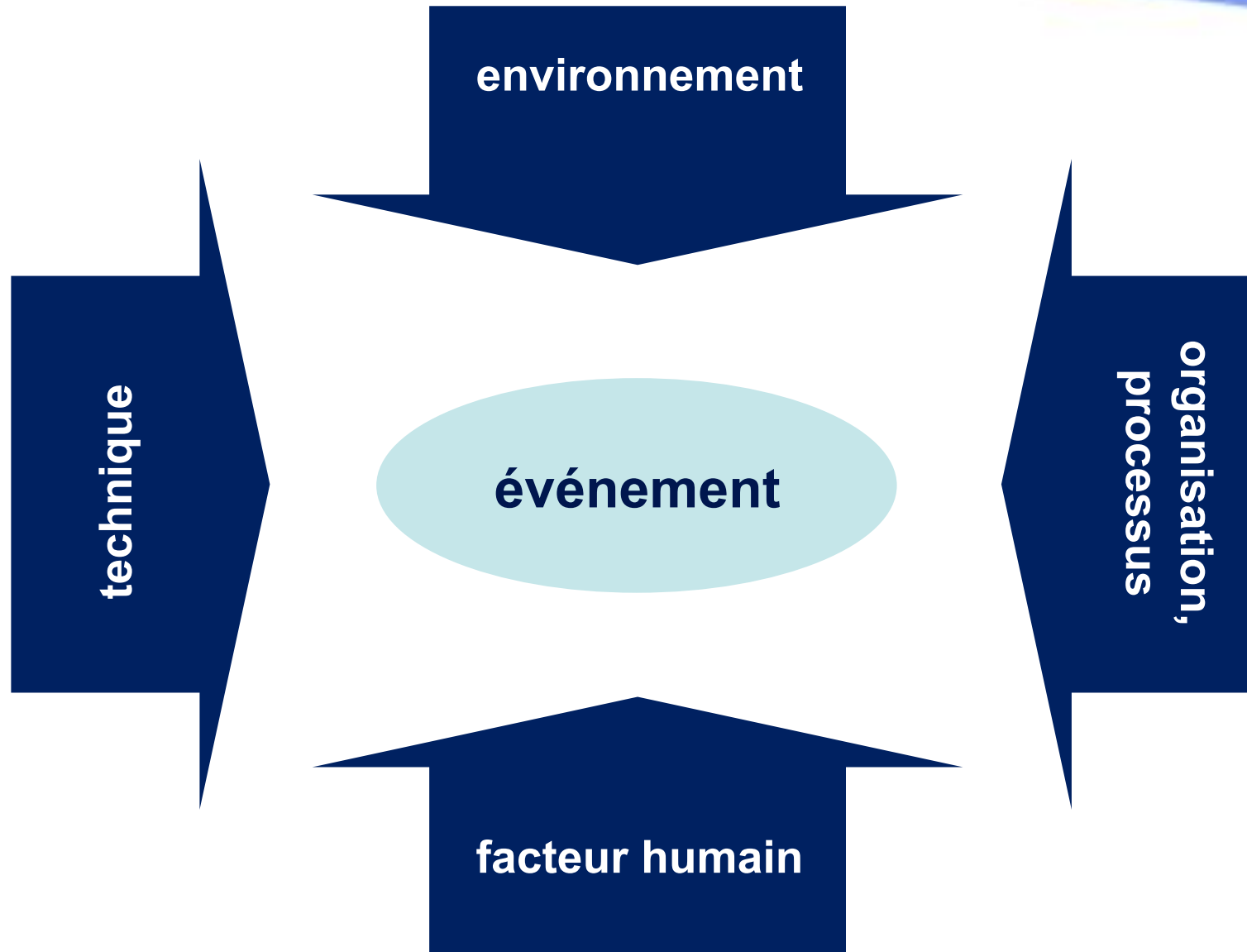
Etape IV : Facteurs contributifs

Mardi13h30	Validation de la prescription par le médecin 104 microgrammes de produit A	
Mardi 13h35	Réception de la prescription informatisée à la Pharmacie	
Mardi 13h50	Analyse pharmaceutique par le Pharmacien Sous effectif ce mardi et le retard de fabrication s'est accumulé. Le protocole de fabrication prévoit deux poches de 52 microgrammes	
Mardi14h00	Le Pharmacien pour gagner du temps en se référant aux nouvelles possibilités modifie le protocole de fabrication et prépare une seule poche de 104 microgrammes	Initiative de modification du protocole à la pharmacie sans contrôler le déroulement de cette nouvelle procédure
Mardi 14h10	Le protocole est imprimé avec des étiquettes marquées 52 microgrammes	Incohérence entre fabrication et étiquettes. Le logiciel n'a pas été modifié
Mardi 14h15	Fabrication par un préparateur qui colle une étiquette 52 microgrammes	Fabrication non vérifiée
Mardi 14h25	Les deux contrôles qualité valident la préparation	Défaut de contrôle qualité ou de procédure de contrôle.
Mardi14h30	Livraison et réception à l'étage	Réception sans vérification
Mardi20h00	L'IDE démarre la prémédication et constate qu'elle n'a qu'une poche de 52 microgrammes	Début d'administration hors plage horaire Prémédication sans avoir tous les produits
Mardi 20h10	L'IDE appelle l'Interne. Non disponible, il répond qu'il rappellera. L'IDE décide de fabriquer elle-même une poche de 52 microgrammes	Indisponibilité de l'Interne qui ne s'inquiète pas du degré d'urgence du problème. Initiative de l'IDE liée à une pratique courante
Mardi 20h30	L'IDE administre une poche de 104 marquée 52 et une poche de 52.	
Mardi 21h35	Rappel de la Pharmacie. L'IDE déclare que «tout est bon » et dit qu'il doit y avoir une poche de 52 microgrammes à la Pharmacie. Pas de vérification	Pas de vérification de la présence d'une poche. Absence de contrôle.
Mercredi 07h00	Passation de consignes entre Interne de garde et équipe de jour. Découverte de l'erreur par la Pharmacie	

Etape IV : Facteurs influents

Mardi 13h30	Validation de la prescription par le médecin 104 microgrammes de produit A		
Mardi 13h35	Réception de la prescription informatisée à la Pharmacie		
Mardi 13h50	Analyse pharmaceutique par le Pharmacien Sous effectif ce mardi et le retard de fabrication s'est accumulé. Le protocole de fabrication prévoit deux poches de 52 microgrammes		Gestion de la charge de travail
Mardi 14h00	Le Pharmacien pour gagner du temps en se référant aux nouvelles possibilités modifie le protocole de fabrication et prépare une seule poche de 104 microgrammes	Initiative de modification du protocole à la pharmacie sans contrôler le déroulement de cette nouvelle procédure	
Mardi 14h10	Le protocole est imprimé avec des étiquettes marquées 52 microgrammes	Incohérence entre fabrication et étiquettes. Le logiciel n'a pas été modifié	
Mardi 14h15	Fabrication par un préparateur qui colle une étiquette 52 microgrammes	Fabrication non vérifiée	
Mardi 14h25	Les deux contrôles qualité valident la préparation	Défaut de contrôle qualité ou de procédure de contrôle.	
Mardi 14h30	Livraison et réception à l'étage	Réception sans vérification	Gestion de la charge de travail
Mardi 20h00	L'IDE démarre la prémédication et constate qu'elle n'a qu'une poche de 52 microgrammes	Début d'administration hors plage horaire Prémédication sans avoir tous les produits	
Mardi 20h10	L'IDE appelle l'Interne. Non disponible, il répond qu'il rappellera. L'IDE décide de fabriquer elle-même une poche de 52 microgrammes	Indisponibilité de l'Interne qui ne s'inquiète pas du degré d'urgence du problème. Initiative de l'IDE liée à une pratique courante	Éloignement des locaux Duplication des moyens de production
Mardi 20h30	L'IDE administre une poche de 104 marquée 52 et une poche de 52.		
Mardi 21h35	Rappel de la Pharmacie. L'IDE déclare que « tout est bon » et dit qu'il doit y avoir une poche de 52 microgrammes à la Pharmacie. Pas de vérification	Pas de vérification de la présence d'une poche. Absence de contrôle.	
Mercredi 07h00	Passation de consignes entre Interne de garde et équipe de jour. Découverte de l'erreur par la Pharmacie		

Vérification des facteurs à explorer



Etape V : propositions d'actions correctives

#	Description de l'action proposée	Responsable proposé
1	Mettre en place des verrous dans le programme informatique	Chef de département
2	Créer la procédure de modification d'un protocole de fabrication	PH
3	Compléter la procédure de contrôle qualité	PH
4	Rédiger une procédure de réception des poches	IDE
5	Supprimer la délégation de fabrication des poches	PH
6	Revoir la procédure de garde en pharmacie	Chef de département

Décision du CREX/RMM

#	Description de l' action proposée	Responsable proposé
1	Mettre en place des verrous dans le programme informatique	Chef de département
2	Créer la procédure de modification d' un protocole de fabrication	PH
3	Mettre en place une check-list à l' issue du contrôle qualité	PH
4	Rédiger une procédure de réception des poches	IDE
5	Supprimer la délégation de fabrication des poches	PH
6	Revoir la procédure de garde en pharmacie	Chef de département



Atelier ORION N°1



Facteurs Humains

La prise en compte des Facteurs Humains

*« La sécurité d'une activité ne peut pas être assurée par l'unique recherche de la suppression de l'erreur. Il s'agit plutôt de **rendre l'activité robuste à l'erreur** en donnant aux acteurs les outils permettant de les détecter et les récupérer. »*

James Reason

La prise en compte des Facteurs Humains, avec toutes les techniques qu'elle implique (BPS) est le levier sur lequel la sécurité doit s'appuyer.

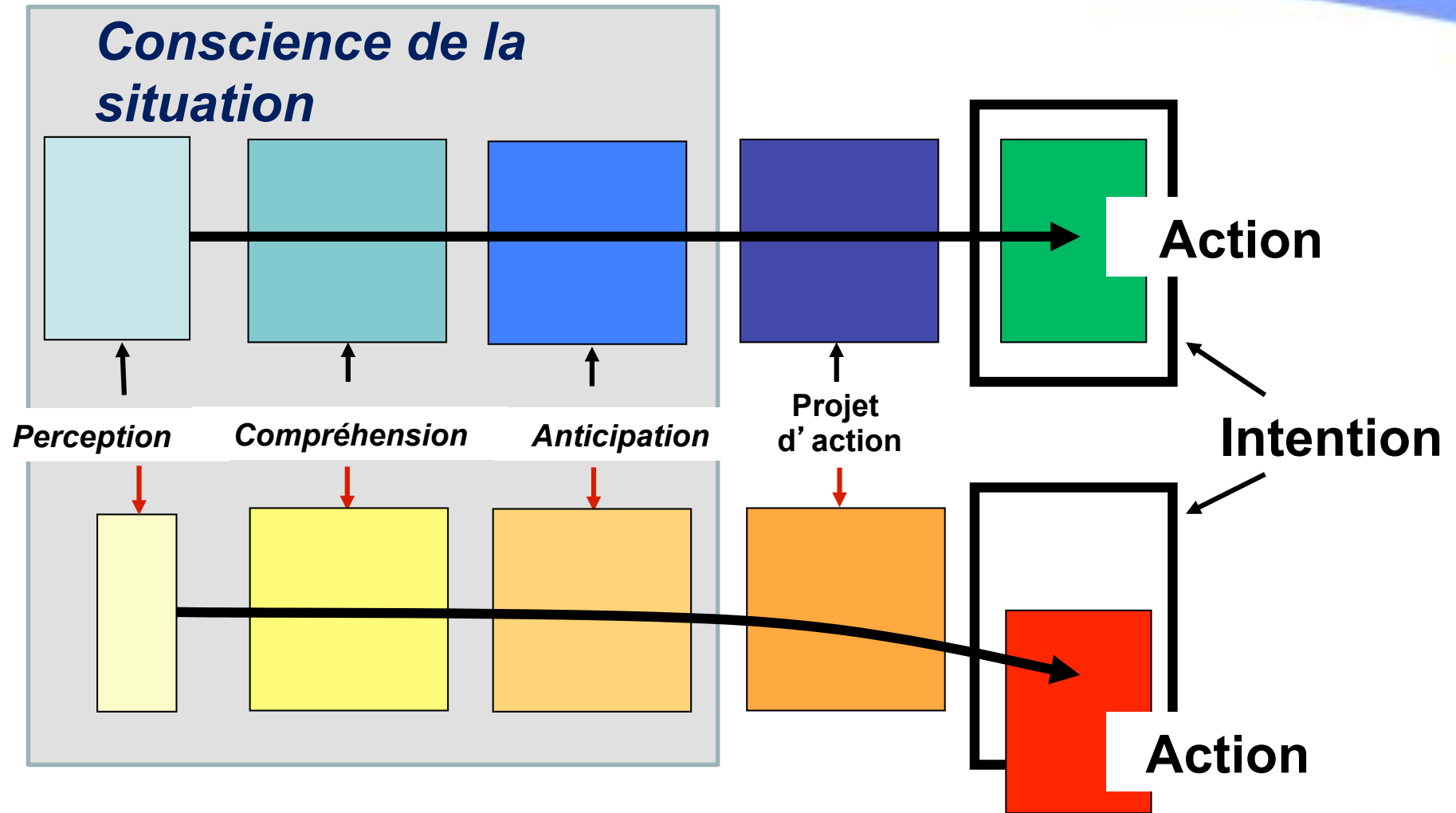
Exemple d'événement



INSERER FILM TELEPHONE



L' action en fonction la conscience de la situation



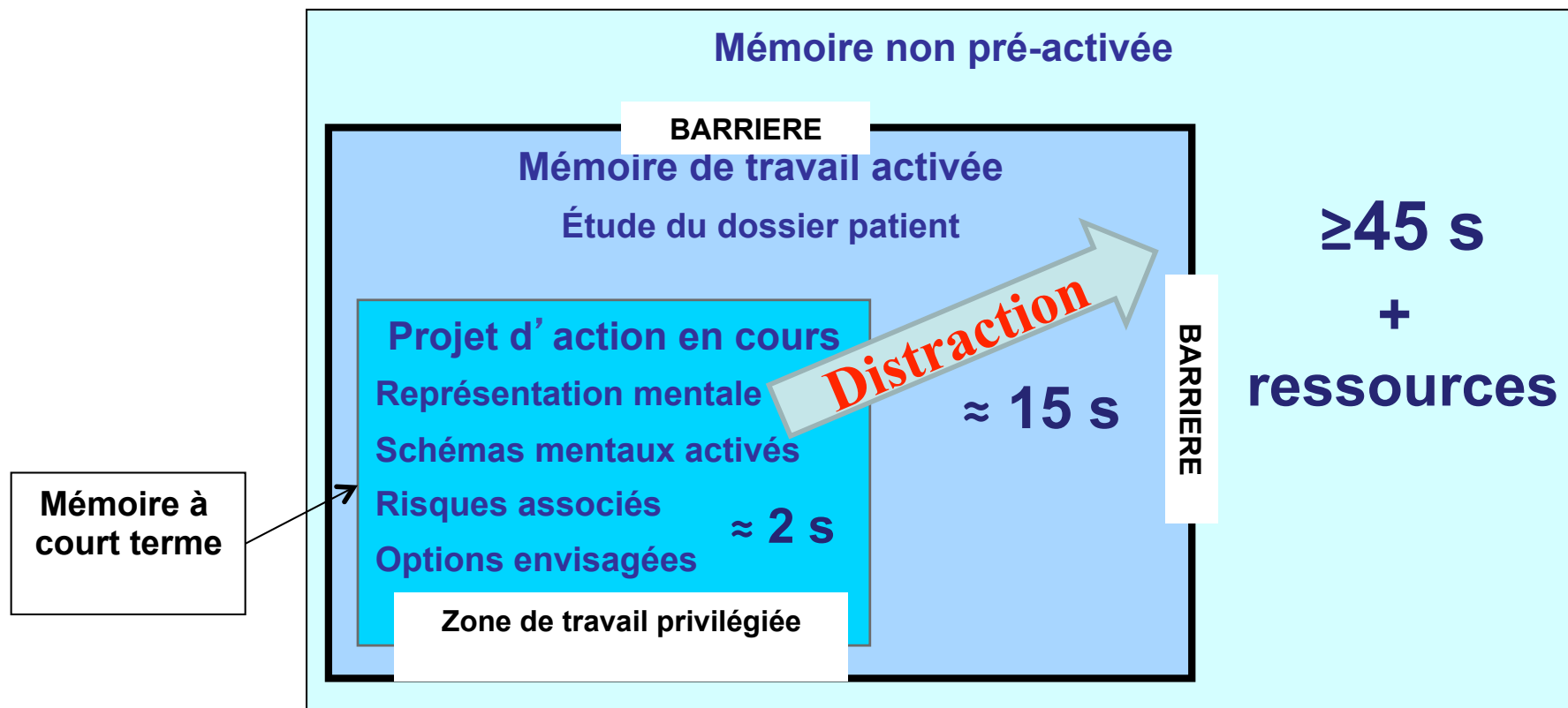
Elaboration de la conscience de la situation

- Des mécanismes et comportements indissociables de toute activité humaine intelligente
- Une gestion optimisée des ressources mentales disponibles
- Une grande rapidité de compréhension et d'exécution

 tion : génèrent une importante exposition aux risques

Accès à la mémoire et compréhension

Le temps d'accès à la mémoire varie...



Exemple d'événement



INSERER FILM RTH CONSCIENCE SITUATION



Les Bonnes Pratiques de Sécurité

EN COMMUNICATION

- Le briefing
- La check-list
- La do-list
- La communication sécurisée
- La passation des consignes
- Le débriefing

DANS L' ACTION

- La répartition des tâches
- La gestion de l'interruption de tâches
- L'autocontrôle
- Le contrôle croisé
- La délégation /contrôle de délégation
- Le "NO GO" (*stop*)

Exemple d'événement



INSERER FILM SAC



3 règles pour parer au risque d'interruption

Trois règles à respecter lorsque la communication va interrompre la tâche d'un collègue ou d'une équipe :

- 1. j'observe** silencieusement la tâche en cours ;
- 2. je demande** si je peux interrompre ;
3. lorsque j'ai obtenu l'accusé de réception de mon message (bref) **je remets** mon collègue **sur la tâche** interrompue.

A noter que, sans règles d'utilisation, le téléphone ne permet pas ce niveau de protection des tâches en cours

Optimisation de la communication

Trois règles pour une communication opérationnelle efficace:

1. communiquer souvent

→ l'information est partagée;

2. communiquer brièvement

→ je libère les ressources du récepteur;

3. accuser réception des messages

→ je libère les ressources de l'émetteur;

Et une compétence à développer : la capacité d'écoute

Les obstacles à la communication

- **Les styles de leadership trop affirmés**
- **Les niveaux professionnels trop différents (stagiaires et seniors confirmés)**
- **Le stress (phraséologie ambiguë...)**
- **La fatigue (on parle moins)**
- **La charge de travail élevée**
- **Les émotions excessives**
- **Les conflits internes (menace sur la sécurité)**

MERCI
de votre attention