



# **Gestion des risques : Principes et méthodes d'analyse d'accidents thérapeutiques**

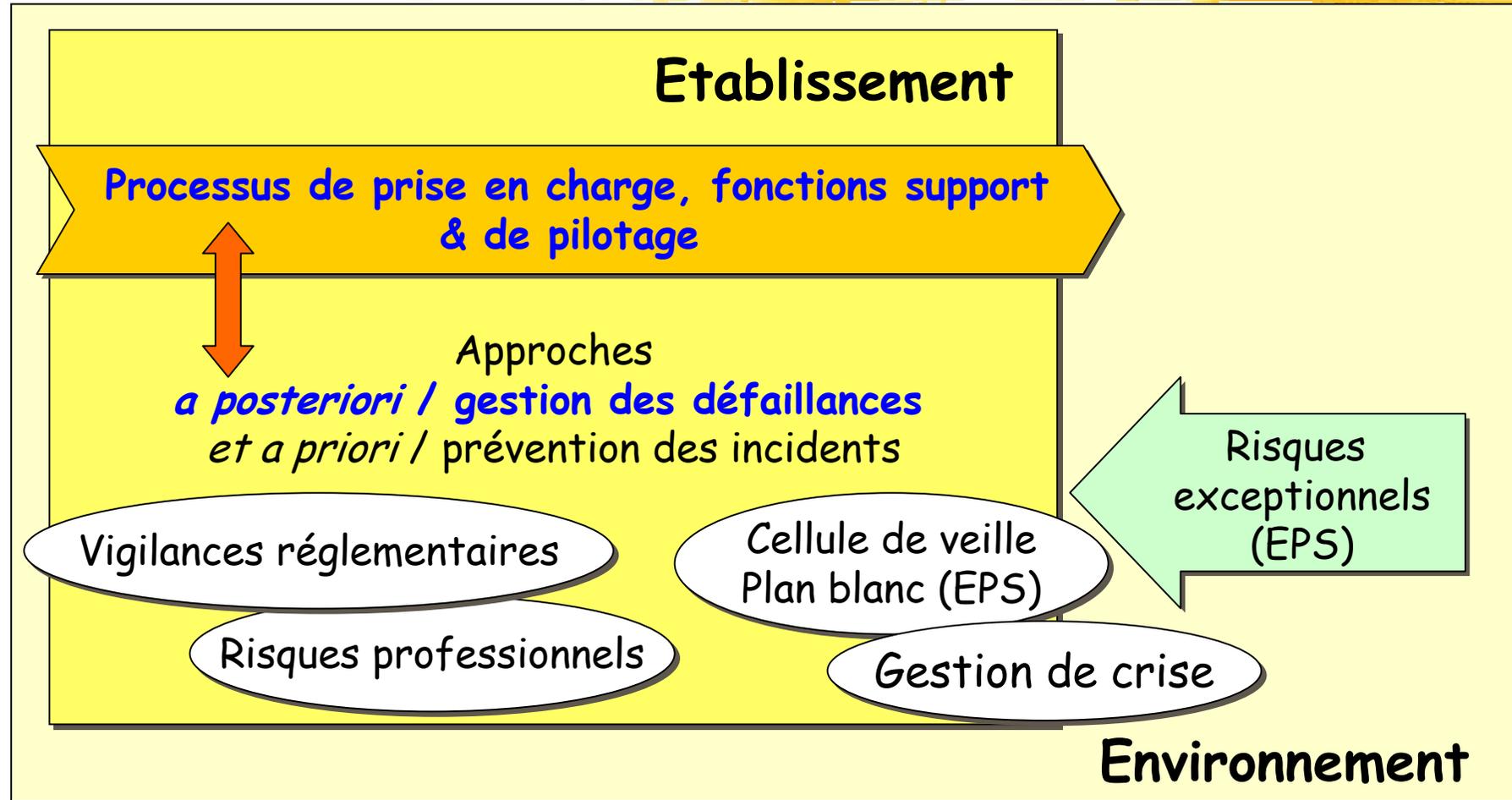
**6ème journée "Actualités et perspectives »  
Réseau d'Hémovigilance Aquitaine Limousin  
27/11/08**

**Dr P.Roussel  
Institut National de la Transfusion Sanguine**

- 
- I. L'ancrage méthodologique et conceptuel**
  - II. Les outils d'analyse a posteriori : exemple n°1**
  - III. Les outils d'analyse a posteriori : exemple n°2**
  - IV. Les outils d'analyse a posteriori : exemple n°3**
  - V. La démarche a posteriori : synthèse**
  - VI. De la gestion des risque a posteriori à la gestion a priori**

# I. L'ancrage méthodologique et conceptuel

## Situer les champs d'intervention en gestion des risques



# I. L'ancrage méthodologique et conceptuel

## Les 5 étapes d'une démarche de gestion des risques

Des outils à connaître et utiliser

1	<b>Structurer une démarche collective</b>	
	. par l'organisation d'une démarche institutionnelle	
	. par l'organisation systématique des actions de prévention ou de gestion d'un évènement indésirable	<b>Méthode projet (dont fiche projet)</b>
2	<b>Identifier les risques <i>a priori</i></b> (empêcher la réalisation du risque ou en réduire la gravité)	
	. approche par les processus (analyse, suivi par indicateurs)	<b>Analyse de processus AMDE / AMDEC</b>
	. approche par comparaison à un référentiel	<b>Audit</b>
	. en anticipant les situations de crise potentielle	
3	<b>Identifier les risques <i>a posteriori</i></b> (après survenue d'un évènement indésirable)	
	. en organisant la remontée d'informations	
	. en recherchant les causes	<b>Arbre des causes Méthode ALARM</b>
	. en récapitulant le retour d'expérience (REX) effectué	<b>Fiche REX</b>
4	<b>Hiérarchiser les risques identifiés</b> (éclairer la prise de décision & programmer les actions à mener)	<b>Diagramme de Farmer Matrice multicritères</b>
5	<b>Mettre en œuvre le plan d'actions correctives et préventives et son suivi</b>	
	. par un démarche organisée de résolution de problème . par des actions agissant sur la détection précoce et/ou fréquence et/ou la gravité . en améliorant le système de gestion des risques	<b>Résolution de problèmes Barrières de sécurité Suivi par indicateurs, audits</b>

# I. L'ancrage méthodologique et conceptuel

## Organisation générale d'une démarche

Une démarche  
conduite  
par méthode projet

### 4. Réagir

Suivi des actions (dont indicateurs)

Organisation des projets

Plan d'actions

Priorisation des actions

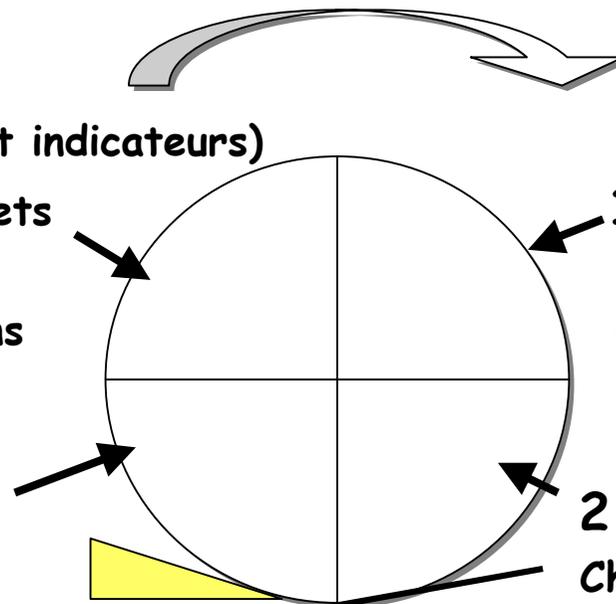
### 3. Evaluer

Approche par comparaison à un référentiel

Approche par les processus

*Approche par les problèmes*

Approche par les indicateurs & comparaison.



### 1. Prévoir

Décider la mise en œuvre

Choix du thème (critères)

Informer

### 2. Mettre en oeuvre

Choix de la méthode

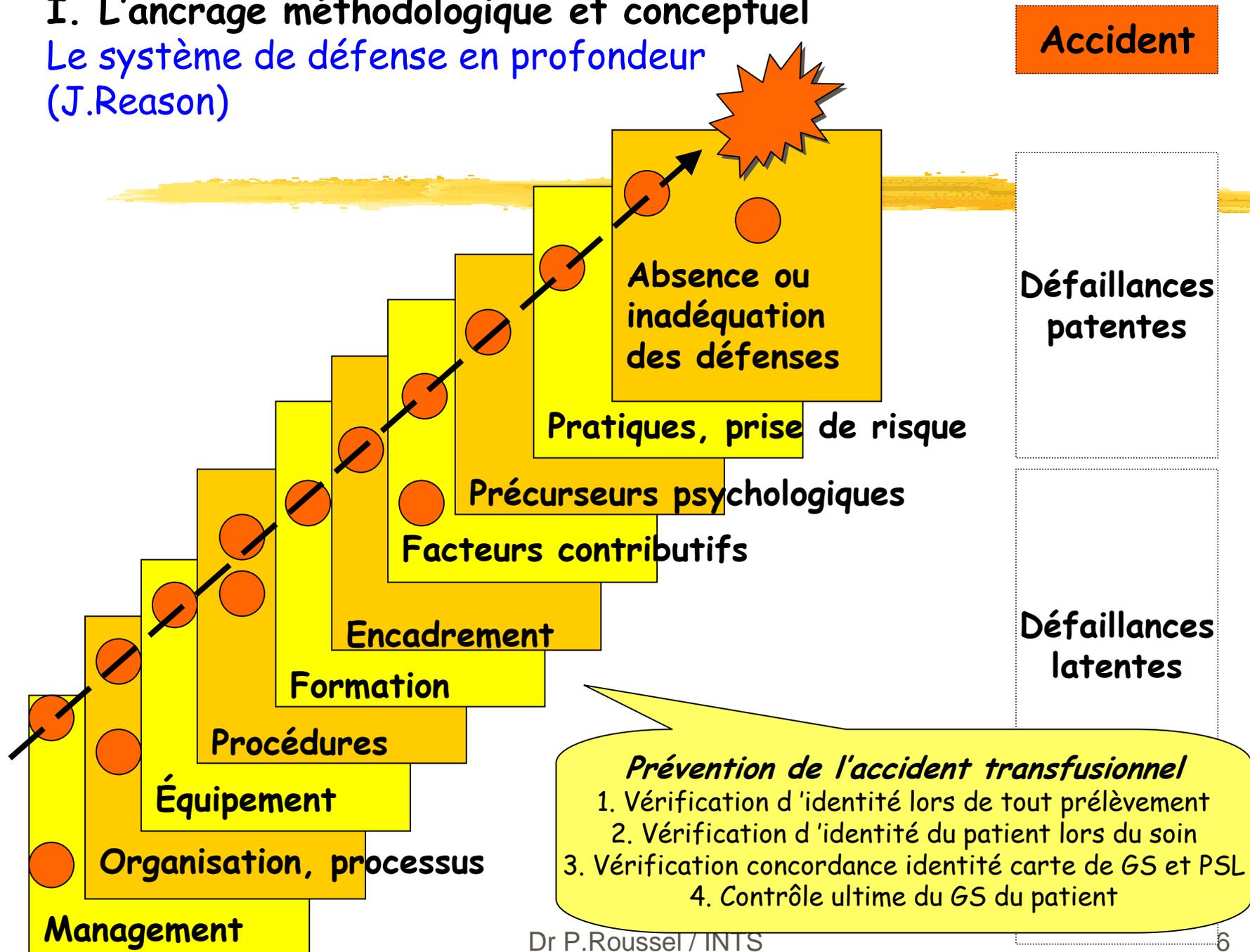
Identification du référentiel

Organiser les groupes

Former selon besoins

# I. L'ancrage méthodologique et conceptuel

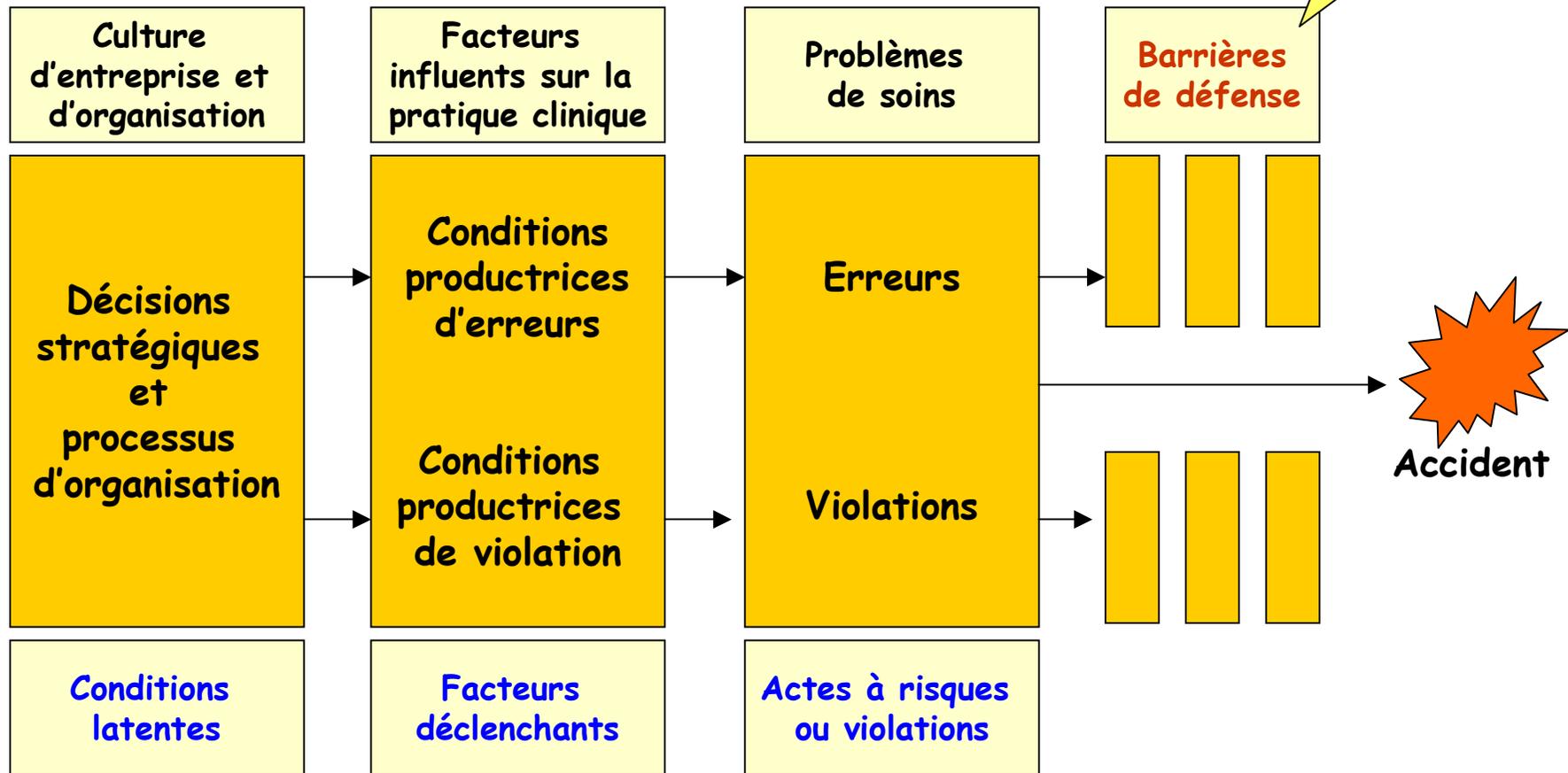
## Le système de défense en profondeur (J.Reason)



# I. L'ancrage méthodologique et conceptuel

## Causes organisationnelles d'accidents (J.Reason)

À type de  
. suppression  
. récupération  
. atténuation



# I. L'ancrage méthodologique et conceptuel

## Quels dysfonctionnements analyser ? (approche par la gravité)

Gravité	Personnes / Patient	Biens	Environnement	Impact médiatique	Devenir de l'information transmise
0	. Inconfort . A. Travail < 2 j	Dommages faibles < à la franchise assurance	Pas d'effet	Absence	<b>EI non grave</b> . Archivage . Alimentation du tableau de bord annuel . Discussion trim.
1	. Aggravation légère de l'état du patient avec séjour prolongé . 3j < A.Travail < 10j	Franchise < dommages légers < 1000 euros	Effets faibles	Impact faible	
2	. Aggravation de l'état du patient ou ré-hospitalisation . Nécessité d'interv. médicale ou chir. . 3j < A.Travail < 10j	1001 euros < dommages modérés < 6000 euros	Effets localisés (ex : rejet non contrôlé de liquides contaminés)	Impact limité Plainte d'un patient	<b>EI de gravité intermédiaire</b> . Analyse sous 30 j (sentinelle) . Mesures de prévention
3	. Séquelles graves . A.Travail > 21 jours . Inv. permanente	6001 euros < dommages importants < 10000 euros ou arrêt de service 24 heures	Effets importants (ex : décharge sauvage)	Impact important (article dans un journal local)	<b>EI grave</b> . Analyse sous 15 j . Anonymisation . Propositions . Info ComGDR . Info éventuelle en CME et/ouCHSCT . +/- info ARH
4	. Pronostic vital engagé ou décès . Invalidité > 80%	10001 euros < dommages majeurs Arrêt de service plus d'une semaine	Effets majeurs (ex : pollution d'un cours d'eau)	Impact régional ou national	

Analyser les incidents de la chaîne transfusionnelle dits de grade 0 +++

## I. L'ancrage méthodologique et conceptuel

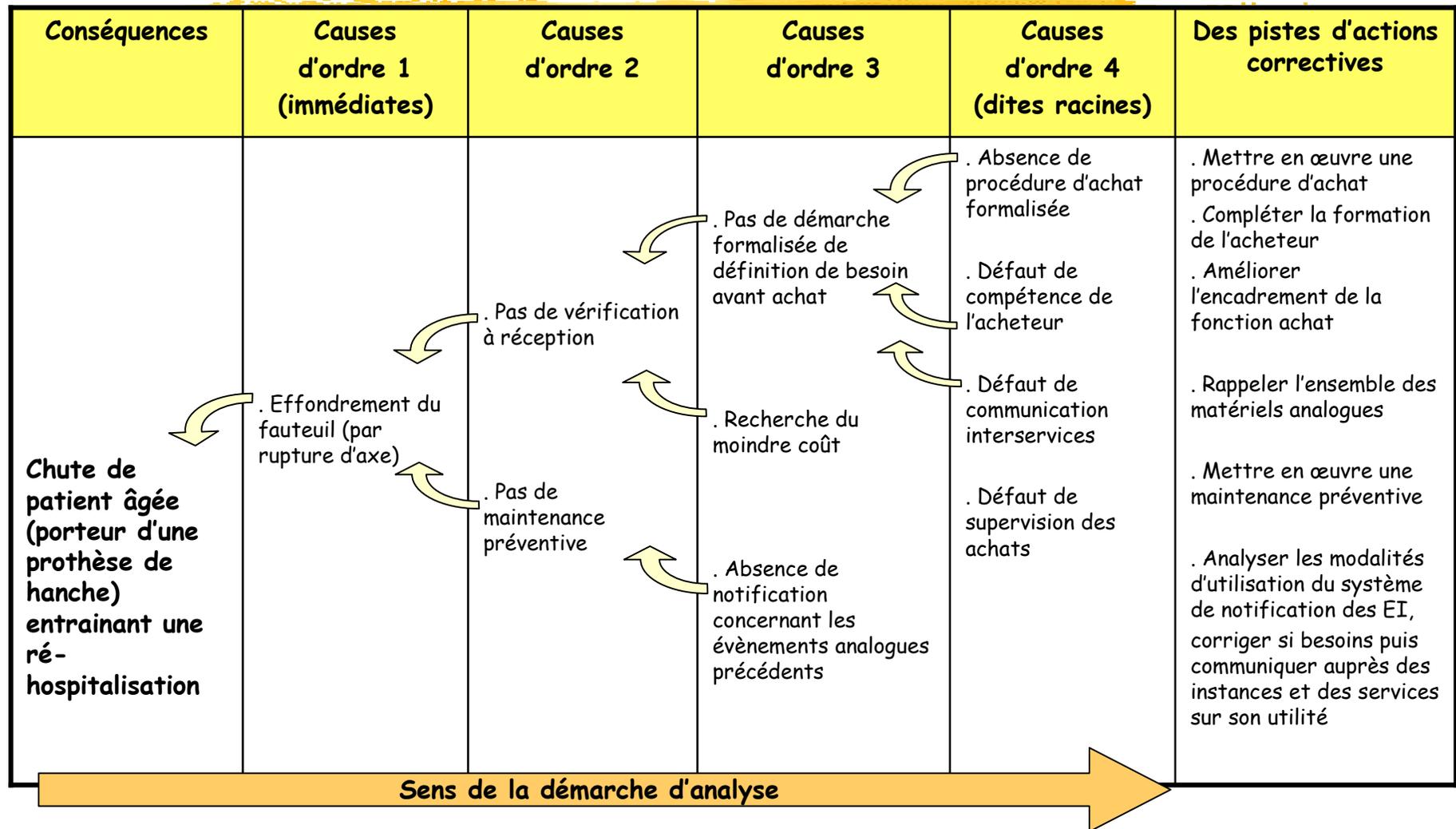
### La conduite de l'analyse d'un dysfonctionnement



- Faire l'enquête au bon moment, au mieux de façon **collective**
- Collecter les **faits objectifs** précis sur la base du **processus**
- Décomposer la situation dans ses divers éléments (tâches, personnes, milieu, matériel, etc.)
- Rechercher en priorité les **variations**
- **Traiter les données** par arbre des causes ou méthode **ALARM**
- Repérer les **barrières de sécurité** manquantes ou violées
- Identifier les **propositions d'actions** correctives et préventives, puis les **modalités de suivi des résultats**
- **Définir le plan d'action** avec les responsables concernés
- Veiller à la **restitution collective des résultats**
- **Garder la mémoire**

## II. Les outils d'analyse a posteriori : Exemple n° 1

### Une chute avec conséquences traitée par arbre des causes



## II. Les outils d'analyse a posteriori : Exemple n° 1

### Une chute avec conséquences traitée par méthode ALARM

Temps 1. Analyse de l'évènement indésirable grave ou intermédiaire		Temps 2. Identification des actions correctives et préventives	Temps 3. Identification des éléments de suivi
Typologie des facteurs	Facteurs identifiés		
1. Liés aux tâches à accomplir			
2. Liés au contexte individuel (personnel)	Défaut de qualification de l'acheteur	. Compléter la formation de l'acheteur	
3. Liés à l'environnement et aux conditions de travail	Equipement non adapté ou défectueux		
4. Liés à l'équipe			
5. Liés à l'organisation	Défaut de procédure d'achat avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>. mauvaise évaluation des besoins</li> <li>. défaut de coordination entre services soignants et techniques</li> <li>. défaut de supervision des achats</li> </ul> Défaut de maintenance préventive	. Mettre en œuvre une procédure d'achat . Améliorer l'encadrement de la fonction achat . Rappeler l'ensemble des matériels analogues . Mettre en œuvre une maintenance préventive	
6. Liés au contexte institutionnel	. Recrutement à dominante gériatrique . Absence ou insuffisance de culture de signalement des situations dangereuses . Sécurité et gestion des risques non perçues comme des objectifs importants	. Analyser les modalités d'utilisation du système de notification des EI, corriger si besoins puis communiquer auprès des instances et des services sur son utilité	
7. Liés au patient	. Patient âgé, porteur d'une PTH	. Prendre en compte le recrutement dans la définition des besoins avant achat	

## II. Les outils d'analyse a posteriori : la méthode ALARM

Catégories de facteurs	Exemples de facteurs contributifs avec retentissement (via le CCECQA)
<b>1. Facteurs liés aux tâches à accomplir</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>. Protocoles absents, non adaptés ou inconnus</li><li>. Planification des tâches non adaptée</li><li>. Défaut d'accessibilité de l'information</li><li>. Difficulté dans le recherche d'information auprès d'un autre professionnel</li><li>. Disponibilité et pertinence des résultats d'examens complémentaires</li><li>. Soins ne relevant pas du champ d'expertise du service</li></ul>
<b>2. Facteurs liés au contexte individuel (personnel)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>. Insuffisance d'échange d'informations entre les professionnels et le patient et/ou sa famille</li><li>. Défaut de qualité de la relation avec le patient ou sa famille</li><li>. Mauvaise disposition physique et/ou mentale</li><li>. Défaut de connaissances théoriques des professionnels</li><li>. Défaut d'aptitude des professionnels</li><li>. Défaut de qualification des professionnels chargés du soin</li></ul>
<b>3. Facteurs liés à l'environnement et aux conditions de travail</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>. Charge de travail importante</li><li>. Combinaison des compétences et des effectifs</li><li>. Engagement de l'administration et de l'encadrement</li><li>. Conditions de travail difficiles</li><li>. Fourniture ou équipement non disponible, inadapté ou défectueux</li><li>. Fourniture ou équipement mal utilisé</li><li>. Formation ou entraînement insuffisant du personnel</li><li>. Locaux inadaptés</li></ul>

## II. Les outils d'analyse a posteriori : La méthode ALARM

Catégories de facteurs	Exemples de facteurs contributifs avec retentissement
<b>4. Facteurs liés à l'équipe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>. Défaut de communication interne</li><li>. Collaboration insuffisante entre les soignants</li><li>. Supervision inadaptée des médecins et autres personnels</li><li>. Mauvaise composition de l'équipe</li><li>. Conflit ou mauvaise ambiance au sein de l'équipe</li></ul>
<b>5. Facteurs liés à l'organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>. Défaut de coordination entre les services</li><li>. Gestion du personnel inadéquate</li><li>. Défaut d'adaptation à une situation imprévue</li><li>. Changements récents d'organisation interne</li><li>. Mauvaise définition des responsabilités et des tâches</li><li>. Défaut de coordination dans le service</li><li>. Procédure de sortie du patient inadéquate</li></ul>
<b>6. Facteurs liés au contexte institutionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>. Ressources sanitaires insuffisantes ou défectueuses</li><li>. Absence de culture de signalement des situations dangereuses</li><li>. Contraintes financières au niveau de l'hôpital</li><li>. Sécurité et gestion des risques non perçues comme des objectifs importants</li><li>. Faiblesse des échanges ou des relations avec les autres établissements</li></ul>
<b>7. Facteurs liés au patient</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>. Etat de santé (complexité et gravité)</li><li>. Personnalité et facteurs sociaux</li></ul>

### III. Les outils d'analyse a posteriori : Exemple n° 2

#### Une erreur de groupage sanguin traitée par arbre des causes

Évènement	Causes d'ordre 1 (immédiate)	Causes d'ordre 2	Causes d'ordre 3 (racines)
<p><b>Erreur de groupage sanguin sans conséquence pour la patiente</b></p> <p>(par erreur d'étiquetage de tubes et de bons)</p>	Inversion de patientes	. Etiquettes non utilisées de la patiente précédente non détruites	Non respect de la procédure existante
	Utilisation d'une planche d'étiquettes d'une autre patiente	. Préparation de bon de demande de groupe à l'avance au nom de la patiente précédente	
	Prélèvement réalisé sans contrôle d'identité de la patiente	Tube prélevé laissé sans étiquette (parfois dans la poche de l'IDE)	Organisation de nuit (Effectif réduit pour une activité équivalente à celle de jour)
		Délai entre prélèvement et mise en disposition des étiquettes	Circuit long pour accéder à l'imprimante des étiquettes à l'accueil
	Prélèvement réalisé en 1 temps (au lieu de 2), par 1 seule IDE (au lieu de 2)	Tentative pour gagner du temps	. Pas d'anticipation systématique des groupages sanguins . Effectif réduit
		2 <sup>ème</sup> bon rédigé par un IDE n'ayant pas prélevé	Non respect de la procédure

### III. Les outils d'analyse a posteriori : Exemple n° 2

#### Une erreur de groupage sanguin traitée par arbre des causes

Évènement	Causes d'ordre 1 (immédiate)	Causes d'ordre 2	Causes d'ordre 3 (racines)	Repérage des barrière de défense à mettre en œuvre	
<p><b>Erreur de groupage sanguin sans conséquence pour la patiente</b></p> <p>(par erreur d'étiquetage de tubes et de bons)</p>	Inversion de patientes	. Etiquettes non utilisées de la patiente précédente non détruites	Non respect de la procédure existante	<p><b>1. Assurer</b> la destruction de tout document périmé <b>(S)</b></p> <p><b>2. Assurer</b> systématiquement le contrôle de cohérence prescription/identité/étiquette au lit du malade <b>(S)</b></p> <p><b>3. Assurer</b> une cohérence effective de la charge de travail <b>(M)</b></p> <p><b>4. Avoir</b> étiquettes disponibles au moment de l'étiquetage <b>(M)</b></p> <p><b>5. Respecter</b> les procédures de sécurité en matière d'hémovigilance <b>(M)</b></p> <p><b>6. Eviter</b> les groupages en urgence <b>(M)</b></p>	
	Utilisation d'une planche d'étiquettes d'une autre patiente	. Préparation de bon de demande de groupe à l'avance au nom de la patiente précédente			
	Prélèvement réalisé sans contrôle d'identité de la patiente	Tube prélevé laissé sans étiquette (parfois dans la poche de l'IDE)	Organisation de nuit (Effectif réduit pour une activité équivalente à celle de jour)		
			Délai entre prélèvement et mise à disposition des étiquettes		Circuit long pour accéder à l'imprimante des étiquettes à l'accueil
			Prélèvement réalisé en 1 temps (au lieu de 2), par 1 seule IDE (au lieu de 2)		Tentative pour gagner du temps
			2 <sup>ème</sup> bon rédigé par un IDE n'ayant pas prélevé		Non respect de la procédure

### III. Les outils d'analyse a posteriori : Exemple n° 2

Une analyse complétée par une fiche « repérage + REX + propositions »

<b>A. Identification du cas</b>		Secteur	Identifiant	
<b>B. Repérage du cas</b>				
<b>Critères d'inclusion</b>	Niv. 0	Effet négligeable sur la réalisation de la mission		
	Niv. 1	Impact sur la performance de la mission (retardée, solution dégradée, perte financière modérée)		
	Niv. 2	Impact sur la performance de la mission (partiellement réalisée)		
	EIG de gravité 2 à 4	Niv. 3	Impact réversible sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement	
		Niv. 4	Impact irréversible sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement	
<b>Anamnèse de l'évènement</b>	<b>Quel est l'évènement, le dommage et la conséquence ?</b> Erreur de groupage sanguin sans conséquence pour le patient			
	<b>Quels étaient les facteurs de risque pour les patients ?</b> Néant			
	<b>Quelle est la chaîne des évènements ayant menée à l'EIG ?</b> . Arbre des causes réalisé avec le soutien de la cellule Qualité-Gestion des risques . Erreur d'étiquetage du prélèvement biologique favorisé par un presque-accident considéré de niveau 4 1. <b>Inversion de patients</b> (utilisation d'étiquettes non détruites d'un patient précédent, préparation du bon de demande de groupage sanguin effectué à l'avance au nom du patient précédent) 2. <b>Prélèvement réalisé en garde sans contrôle d'identité du patient</b> (avec étiquetage effectué à distance du prélèvement) 3. <b>Un prélèvement réalisé en un seul temps</b> (au lieu de deux) <b>et par une seule IDE</b> (au lieu de deux) (recherche de gain de temps en effectif réduit, absence d'anticipation systématique des groupages sanguins nécessaires)			

<b>C. Causes retrouvées</b>		<b>EV : évitable</b>	<b>NE : non évitable</b>
<b>Causes immédiates</b>		<b>EV</b>	<b>NEV</b>
C1	<b>Liées à un produit de santé</b>		
C2	<b>Liées à une procédure de soins (intervention, acte de soins)</b> C2-1 Prélèvement réalisé sans contrôle de l'identité du patient C2-2 Prélèvement réalisé en un seul temps au lieu de deux C2-3 et par une seule IDE au lieu de deux	X X X	
C3	<b>Liées à une erreur humaine</b> (Les personnes ont-elles faites ce qu'elles étaient supposées faire ? Connaissaient-elles ce qu'elles avaient à faire ?) C3-1 Inversion de patients : utilisation d'une planche d'étiquettes d'un autre patient C3-2 Préparation de bon de demande de groupe à l'avance au nom du patient précédent C3-3 Deuxième bon rédigé par une autre IDE n'ayant pas elle-même prélevé	X X X	
C4	<b>Liées à la supervision :</b>		
<b>Causes profondes</b>			
C5	<b>Liées à l'organisation des activités</b> (Les responsabilités étaient-elles explicitement définies ?) C5-1 Délai entre réalisation du prélèvement et mise à disposition des étiquettes C5-2 Organisation de nuit en mode dégradé C5-3 Tentative pour gagner du temps	X X X	
C6	<b>Liées à la communication</b> entre professionnels, entre services, entre professionnels et patient ou son entourage		
C7	<b>Liées à la composition des équipes de soins : adéquation en nombre et en compétences ?</b> C7-1 Effectif réduit la nuit pour une activité équivalente à celle de jour	X	
C8	<b>Liées aux locaux, équipements, fournitures et produits de santé : étaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue des événements indésirables ?</b> C8-1 Circuit long pour accéder à l'imprimante des étiquettes à l'accueil	X	
C9	<b>Liées à un défaut de culture qualité ou sécurité :</b> C9-1 Non destruction des étiquettes non utilisées du patient C9-2 Préparation du bon de demande de groupe à l'avance au nm du patient précédents C9-3 Tube prélevé laissé sans étiquette (parfois dans la poche de l'IDE) C9-3 Non respect de la procédure de sécurité	X X X X	
C10	<b>Liées à la gestion des ressources humaines :</b>		
C11	<b>Liées à un défaut dans la politique de l'établissement :</b>		

## D. Enseignements

Est-il nécessaire de revoir le système en question ? Des leçons ont-elles été tirées pour éviter le renouvellement de l'évènement ?  
Tout étiquetage de tube de prélèvement pour biologie médicale doit être réalisé au lit du patient après contrôle de cohérence du trinôme  
« prescription / identité / étiquette »

## E. Propositions d'actions

S : pour supprimer le risque M : pour Maîtriser les conséquences

Barrières (n°)	S/M	Actions de consolidation
1	S	. Détruire les étiquettes non utilisées à l'issue de la séquence de soins . Epurer les dossiers à chaque ouverture si nécessaire
2	S	. Procédure à élaborer et à appliquer aussi bien en urgence qu'en fonctionnement normal
3	M	. Revoir les effectifs de nuit ou l'organisation des tâches
4	M	. Installer l'imprimante au plus près de la salle de soins à l'accueil des urgences
5	M	. Appliquer les procédures . Sensibiliser et former le personnel
6	M	. Anticiper les deux déterminations de groupe sanguin en amont (conduite à tenir à élaborer avec anesthésiste et EFS)

## F. Indicateur de suivi des actions / Tout élément permettant de vérifier la mise en œuvre effective des actions décidées

Barrières (n°)	Actions de consolidation
1	Audit de dossiers : Vérification de l'absence d'étiquettes obsolètes
2	Audit de dossiers : Traçabilité du contrôle de cohérence
3	Contractualisation avec la DRH et la direction des soins infirmiers
4	Date de livraison avec le service informatique
5	Audit de pratique / programme de formation (fiche de présence)
6	Audit de dossier

## G. Clôture du cas

# IV. Les outils d'analyse a posteriori : Exemple n° 3

## Incident transfusionnel dit de grade 0 traité par analyse de processus

5. Une fin heureuse	4. La transfusion	3. Au bloc	2. De la réa au bloc	1. La veille au bloc
<p>a. 12h57 : Transfusion effectuée. La patient A s'améliore rapidement avant la fin du passage des 2 CGR (signant l'erreur diagnostique)</p>	<p>a. L'IADE signe (comme à l'habitude) la prescription (médicale) de CGR</p> <p>b. La commande part vers l'ETS avec des étiquettes B</p> <p>c. L'ETS délivre les CGR (en attente depuis la veille) qui arrivent au bloc</p> <p>d. Aggravation de l'état du patient (Dc d'hémorragie considérée comme urgence vitale)</p> <p>e. Constat de discordance d'identité par l'IADE et le médecin anesthésiste (pas d'appel vers l'ETS pour signaler la discordance contrairement au guide de BP validé et diffusé)</p> <p>f. Réalisation d'une épreuve de compatibilité (pas de différence en raison d'un GS O chez les patients A et B)</p>	<p>a. Début de l'intervention (avec feuille d'anesthésie nominative mais sans le dossier). Nom du patient A connu du médecin anesthésiste</p> <p>b. 12h40 : Bradycardie et hémorr extériorisée. Dc de choc hémorr. (confondu avec choc spinal). Gaz du sang (Hb à 11,4g/l)</p> <p>c. Décision de transfusion</p> <p>d. Demande de CGR rédigée par l'IADE (qui ne connaît pas le nom du patient A). Se sert des étiquettes</p> <p>e. Demande des étiquettes supplémentaires b au coursier de garde pour compléter la commande</p> <p><b>Du bloc à la réa</b></p> <p>f. Le coursier s'adresse en réa 1 (avec le nom de B). Est adressé en réa 2</p> <p>g. L'IDE de réa 2 lui donne des étiquettes B (alors que le patient B est présent le box)</p> <p>h. Le coursier dépose les étiquettes au bloc sans faire part du trajet effectué</p>	<p>a. Patient A entrant le samedi après trauma cervical</p> <p>b. Indication chirurgicale de décompression (excès de poids, coronarien sous Plavix* et aspirine)</p> <p>c. Intervention d'abord programmée le lundi, puis avancée au dimanche en raison d'un programme jugé chargé</p> <p>d. Patient A vu par le médecin anesthésiste de garde de WE en neurochir. (bloc, chirurgiens et pathologie peu connus)</p> <p>e. Préparation du patient conscient en réa 1 (sans pose du bracelet d'identification recommandé)</p> <p>f. Sortie de réa 1 sans vérification de bracelet et sans dossier</p> <p>g. Entrée au bloc (sans vérification de bracelet)</p> <p>h. Demande du dossier manquant en réa 1</p>	<div data-bbox="1635 414 1971 550" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; background-color: #ffff00; display: inline-block;"> <p><b>Des barrières de défense défailtantes</b></p> </div> <p>a. Intervention la veille sur patient B (ce jour en réa 2)</p> <p>b. CGR commandés alors mais non utilisés (restés en ETS)</p> <p>c. Vide complet non effectué en salle après intervention (quelques étiquettes du patient B restantes sur la paillasse)</p>

## IV. Les outils d'analyse a posteriori : Exemple n° 3

### Des données ordonnées selon la méthode ALARM

Catégories de facteurs	Facteurs contributifs identifiés avec retentissement
<p>1. Facteurs liés aux tâches à accomplir</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Reprogrammation de l'intervention le dimanche en contexte de non-urgence et de modalités dégradées du travail en garde</li> <li>. Signature habituelle par les IADE des prescriptions médicales de PSL (avec l'accord des médecins concernés)</li> </ul>
<p>2. Facteurs liés au contexte individuel (personnel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Préparation de la salle d'opération</b> : absence de « vide » effectué après intervention (malgré l'existence d'une procédure spécifique)</li> <li>. <b>Préparation au sein du service avant intervention</b> : non respect des règles de prévention d'erreur d'identité (bracelet, vérification en sortie de réa)</li> <li>. <b>Concernant le brancardier</b> : patient transféré vers le bloc sans dossier</li> <li>. <b>Entrée au bloc</b> : absence de contrôle d'identité</li> <li>. <b>Concernant le médecin anesthésiste</b> : moindre connaissance de la pathologie liée au contexte de garde intervention démarrée sans le dossier patient en l'absence de véritable urgence signature de la prescription laissée à l'IADE (validation d'un document critique) absence d'alerte de l'ETS en contexte de discordance d'identité malgré la procédure diffusée</li> <li>. <b>Concernant l'IDE de réa 2</b> : remise d'étiquettes relatives à un présent dans le box de soins</li> <li>. <b>Concernant le coursier</b> : (rabroué quelques jours plus tôt au sein du bloc) dépôt d'étiquettes au bloc sans rapporter les modalités de son étrange parcours</li> <li>. <b>Concernant l'IADE</b> : absence de vérification de l'identité du patient en début de prise en charge signature de la prescription médicale Absence d'alerte de l'ETS en contexte de discordance d'identité malgré la procédure diffusée</li> </ul>

## IV. Les outils d'analyse a posteriori : Exemple n° 3

### Des données ordonnées selon la méthode ALARM

Catégories de facteurs	Facteurs contributifs identifiés avec retentissement
<b>3. Facteurs liés à l'environnement et aux conditions de travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Equipe de garde en partie différente des équipes de jour</li> <li>. Pas de coursier spécifique de bloc en weekend et la nuit</li> <li>. Absence de démarche collective organisée de gestion des risques (a priori et a posteriori)</li> </ul>
<b>4. Facteurs liés à l'équipe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Défaut de communication interne entre médecin anesthésiste et IADE quant à l'identité du patient A</li> <li>. Composition inhabituelle de l'équipe de garde (en partie différente de l'équipe de jour du fait de l'anesthésiste travaillant habituellement en bloc ORL)</li> <li>. Pas de coursier spécifique de bloc en weekend et la nuit</li> </ul>
<b>5. Facteurs liés à l'organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Décision de report d'intervention du lundi vers le dimanche (quelle concertation préalable ?)</li> <li>. Moindres ressources en garde (fonctionnement dégradé)</li> <li>. Moindre connaissance interpersonnelle des professionnels présents</li> <li>. Absence de contrôle d'identité en entrée au bloc</li> </ul>
<b>6. Facteurs liés au contexte institutionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Modalités d'organisation de la garde anesthésique dans ses aspects quantitatifs (manque d'anesthésistes?) et qualitatifs (formation à la connaissance des blocs et pathologies concernés par les gardes hors pratique habituelle)</li> <li>. Absence de démarche coordonnée en matière d'identitovigilance</li> </ul>
<b>7. Facteurs liés au patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Etat de santé : excès pondéral, insuffisance coronarienne (traitée Plavix* et aspirine)</li> </ul>

## V. La démarche a posteriori : synthèse

### Les enjeux à l'analyse collective d'un dysfonctionnement

#### ■ enjeu diagnostique

- Par la mise en évidence des causes réelles d'une défaillance (causes racines)  
(choix stratégiques contradictoires, défauts concernant l'organisation, la communication, la formation, l'évaluation, l'information, l'encadrement du personnel, etc.)

#### ■ enjeu de détection des risques

- L'identification des situations dangereuses, latentes et patentées
- Au sein de l'organisation ou des pratiques individuelles

#### ■ enjeu curatif

- Le traitement des causes ayant provoqué l'accident, dans la mesure où elles peuvent participer à la survenue d'autres accidents
- La mise en place des « barrières de défense »

#### ■ enjeu pédagogique

- L'échange d'informations
- La participation concrète de chacun à l'analyse
- La prise de conscience partagée de la multi-causalité et du déterminisme de l'accident
- La déculpabilisation par l'approche systémique

#### ■ enjeu humain

- Prévenir la recherche du bouc émissaire
- Aider la seconde victime

## V. La démarche a posteriori : synthèse

### La démarche d'identification des risques *a posteriori*

#### ■ Le système de notification des événements indésirables

- . **Deux types** 1. ciblé en vigilance réglementaire, 2. global et institutionnel

#### . **Aspects stratégiques**

démarche institutionnelle volontariste

précisant le sens

le principe de non sanction dès lors qu'un événement indésirable est notifié et qu'un professionnel peut être éventuellement impliqué,

dégageant les ressources nécessaires

assurant le suivi périodique du système

#### . **Aspects culturels**

développement de la pratique de la notification,

déculpabilisation dans l'analyse des notifications,

retour d'expérience pour la pratique individuelle et collective

## V. La démarche a posteriori : synthèse

### La démarche d'identification des risques *a posteriori*

#### ■ Le système de notification des évènements indésirables

##### . Aspects techniques

précisant les outils de la notification,  
les méthodes d'analyse *a posteriori* ou *a priori*  
les modalités de restitution aux professionnels

##### . Aspects structurels

précisant l'organisation  
l'utilisation des ressources affectées

#### ■ Prise en compte des évènements notifiés

approche par la gravité  
la fréquence

## V. La démarche a posteriori : synthèse

### La résolution des problèmes posés

#### ■ Une résolution des problèmes codifiée (PAQ ANDEM 95-96)

■ **Étape n°1 : Identifier le processus concerné**

■ **Étape n°2 : Décrire le processus**

Description ciblée, étude de pertinence, identification des dysfonctionnements, origine des dysfonctionnements

■ **Étape n°3 : Concevoir le processus nouveau**

Définition des critères de qualité, choix des priorités, définition du processus nouveau et des barrières de défense, test, validation, définition des indicateurs de suivi

■ **Étape n°4 : Mettre en œuvre le processus nouveau**

Documentation, information, formation, accompagnement

■ **Étape n°5 : Evaluer les résultats** (méthodes et outils)

■ **Étape n°6 : Assurer la pérennisation du nouveau processus**

Revue périodique du système, formation des nouveaux entrants, communication sur la démarche

## V. La démarche a posteriori : synthèse

### La résolution des problèmes posés

ANAES. Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité.

Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français. 1999

1. La méthodologie de l'ACQ est **transposable** au système de santé
2. La constitution d'un **groupe pluri professionnel** est un support majeur pour le changement des mentalités
3. L'intégration progressive de la démarche d'amélioration dans l'institution se fait grâce à la conduite de **projets transversaux démonstratifs**
4. Une **bonne gestion de projet** est un soutien fort à la motivation des personnes impliquées dans un projet
5. La **mesure** se généralise si chaque professionnel l'intègre peu à peu dans ses activités
6. C'est **par la pratique** que les professionnels se forment aux concepts et outils de l'ACQ
7. L'**investissement** associé à une démarche d'ACQ ne doit pas être sous-estimé
8. La **qualité des aspects non médicaux** d'une prise en charge est importante pour les patients
9. L'**implication des médecins** est fondamentale pour la crédibilité de la démarche d'ACQ
10. La **cohérence** ainsi que la **continuité des messages** autour de la qualité sont gages de la pérennité
11. Seul un **engagement fort et continu des responsables** de projet permettra d'impulser le changement
12. La motivation réelle et sincère des professionnels à s'améliorer doit être **soutenue et accompagnée**

## V. La démarche a posteriori : synthèse

### Former les professionnels à la gestion des risques



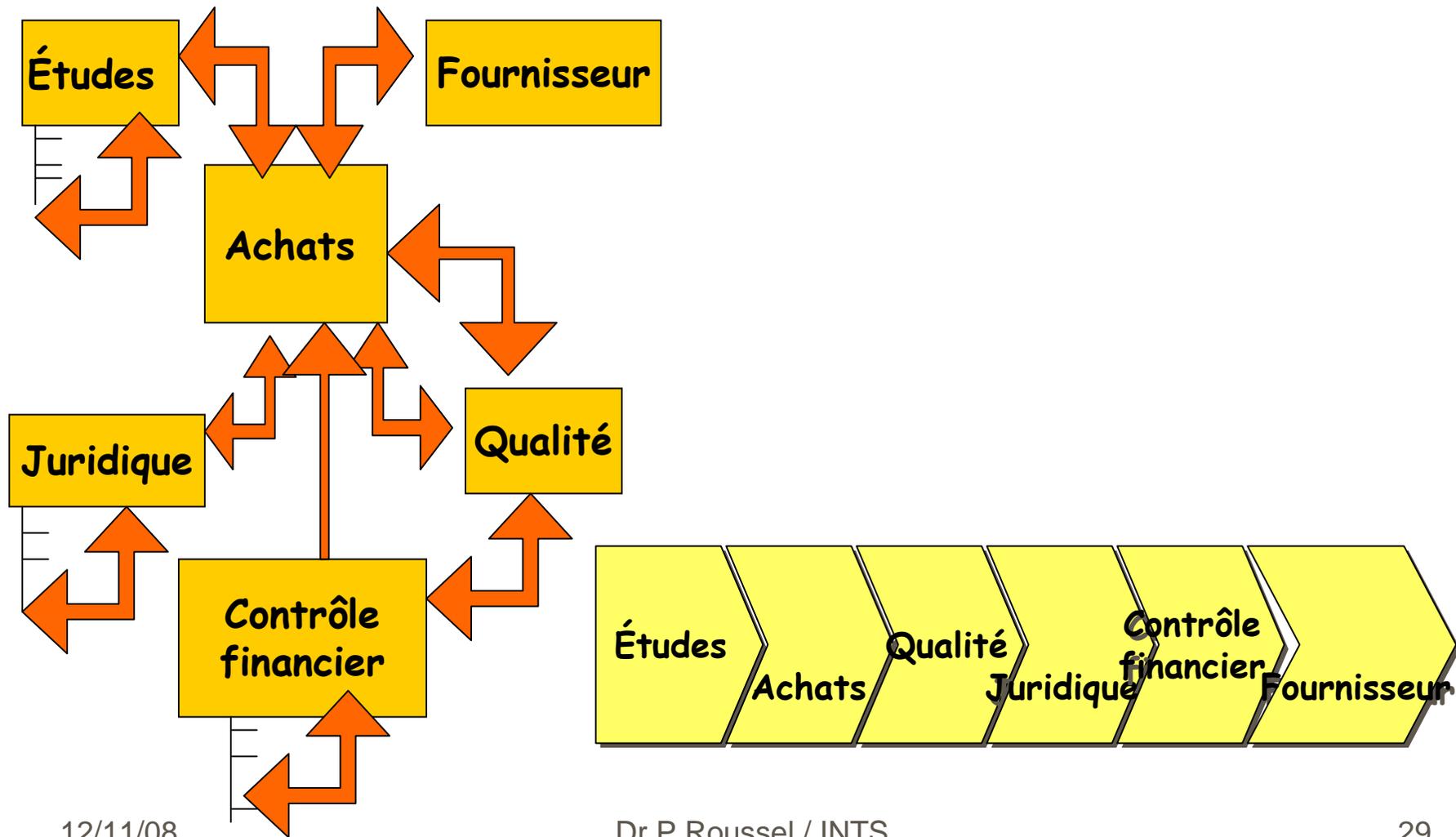
- **Aller vers des « systèmes sûrs »** (enquête SFAR/INSERM)
  - . des activités très « normées »
  - . une culture d'acteurs équivalents
  - . des techniques de récupération d'erreurs
  - . une analyse systématique et non culpabilisante des erreurs
  
- **Former les professionnels à la gestion des risques**
  - . des formations - action intra établissements
  - . un continuum avec les démarches de retour d'expérience effectuées ultérieurement

## VI. De la gestion des risques a posteriori à la gestion a priori

Modes de défaillance	Effets	Causes de défaillance	Mesures préventives
Le culot de globules rouges n'arrive pas dans les délais	Retard dans l'acheminement des culots	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Pas de coursier disponible</li> <li>. Adresse du destinataire erronée</li> <li>. Lieux non connus du coursier</li> <li>. Arrêt du coursier pendant le trajet, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Vérifier l'adresse du service destinataire</li> <li>. S assurer que le coursier connaît bien l'endroit</li> <li>. Indiquer au coursier le temps maximal de déplacement, etc.</li> </ul>
Le culot de globules rouges arrive lysé	Détérioration du culot	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Temps de transport trop long</li> <li>. Température trop élevée, etc .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Utiliser un conditionnement approprié</li> </ul>
Le culot de globules rouges arrive congelé	Culot non utilisable	Température trop basse	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Utiliser un conditionnement approprié</li> </ul>
Etc.	Etc.	Etc.	Etc.

# VI. De la gestion des risques a posteriori à la gestion a priori

## Un exemple en achat public



## VI. De la gestion des risques a posteriori à la gestion a priori

### Analyse des modes de défaillance et de leur effets (AMDE / AMDEC)

Temps 1 : Description du processus				Temps 2 : analyse des modes de défaillance et de leurs effets				
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)
N°	Qui	Quoi	Avec quoi	Mode(s) de défaillance	Effet(s) des défaillances potentielles	Cause(s) possible(s) des défaillances	Mode(s) de détection et d'alerte avant voire après incident	Actions de prévention
AO 2.2	Dir.	Traduire les besoins en spécifications techniques (cahier des charges ou programme)	<ul style="list-style-type: none"> <li>.Normes</li> <li>.Documents type</li> <li>.Recommandations</li> <li>.Guides de BP</li> <li>.REX des marchés précédents</li> <li>.Evolution des activités</li> </ul>	Cahier des charges incomplet	Sous-qualité de la réponse (inadaptée ou insuffisante) mise en évidence lors de la mise en service (avec pannes, mécontentement, surcoûts de fonctionnement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>.Absence d'analyse précise du besoin</li> <li>.Esprit de routine</li> <li>.Compétence insuffisance du rédacteur</li> <li>.Incertitude de l'utilisateur</li> <li>.Délais insuffisants</li> </ul>	<p><b>Avant incident</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Par <i>benchmarking</i> validation collective, constat de retard sur la programmation (quand elle existe et fait l'objet d'un suivi)</li> </ul> <p><b>Après incident</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Difficultés d'exécution des prestations (retard)</li> <li>. Plaintes d'utilisateurs</li> <li>. Litige avec prestataire(s) pouvant déboucher sur un contentieux</li> <li>. Coût de fonctionnement excessif</li> </ul>	Recours à expertises externes ciblées pour les achats stratégiques importants et/ou complexes avec transfert de compétences vers l'acheteur
				Cahier des charges imprécis				
				Cahier des charges surdimensionné	Sur-qualité de la réponse (investissement et coûts de fonctionnement excessifs)	Fréquence du recours excessif aux options (notamment dans en matériels biomédicaux)		
				Cahier des charges orienté vers un fournisseur particulier	Entrave à la concurrence avec recours éventuel de fournisseurs potentiels	<ul style="list-style-type: none"> <li>. non intentionnel</li> <li>La qualité supposé d'un fournisseur exclusif ou non</li> <li>. intentionnel</li> </ul>		Développer une veille technologique pour connaître l'offre réelle du marché