

# Gestion du risque :

<u>a priori</u>	<u>opérationnelle</u>	<u>a posteriori</u>
chemin clinique	audit / MSP	<b>RMM</b> PSR

+

**Culture d'équipe et d'institution**

Alain Braillon 23 octobre 2007 St Quentin

# La RMM : Qu'est ce ?

- analyse collective et systématique
- cas marqués par un EI, définis a priori
- examen de l'évitabilité
- recherche des causes profondes
- actions d'amélioration
- suivi des actions

**... régulier et formalisé**

# Qui participe ?

- Les professionnels (multi-professionnel / disciplinaire) qui prennent en charge les malades et travaillent habituellement ensemble, dont ceux en formation.
- Extérieurs
  - spécialistes (AP, radio,...)
  - autres ?

# Quel niveau?

- hôpital : dimension culturelle, CME
- pôle
- service (s)
- unité fonctionnelle
- réseau

# Quels événements?

- Mortalité
- Complications : TV-EP, hémorragies, AC, ISO, réinterventions, transferts imprévus ...

**Toujours définis a priori**

# Les phases

1. mode de sélection des cas et repérage  
(CRH, registre, PMSI ...)
2. préparation
3. la réunion
4. mise en œuvre et suivi des actions  
d'amélioration

# Déroulement de la réunion

- chronologie : comment est-ce survenu ?  
par une des personnes ayant participé à la prise en charge.
- Était-ce évitable ?  
parole données à tous, utiliser des références validées.
- les causes profondes
- actions correctives, programmation du suivi

# 3 questions

- **Etait-ce évitable ?**
- Quelles causes profondes ?
- Quelles actions et suivi ?

# Cas

- Homme, 62 ans, prothèse mitrale mécanique AVK INR 3
- 2004 septicémie à hemophilus  
⇒ Cephalo 3 + Aminoside
- Surveillance
  - INR 4 ⇒ demi dose AVK
  - INR 8 ⇒ arrêt AVK
- hémorragie cérébrale mortelle

# Cas (suite)

- Évitable ?

Conforme aux recommandations

- Action : hématologues + cardiologues

Nouveau protocole :

Arrêt AVK + Vit.K iv

Relais héparine

- Suivi ...

# 3 questions

- Etait-ce évitable ?
- **Quelles causes profondes ?**
- Quelles actions et suivi ?

# Cas

Le malade n'a pas eu la bonne dose d'HBPM

L'infirmière du pool n'a pas décrypté la prescription, elle a confondu Fragmine Fraxiparine.

Que faire ?

- Virer l'infirmière
- Apprendre à écrire lisiblement à l'AR

# Cas (suite)

- Avoir un seul type d'HBPM à la pharmacie
- Mieux gérer ses personnels pour ne plus avoir d'intérimaire
- Avoir des prescriptions informatisées

# Le système et l'homme

- la plupart des erreurs ne sont pas dues à notre négligence/incompétence mais à des défauts dans l'organisation. Ces conditions permettent aux erreurs de survenir.
- il est difficile de changer les hommes, mais on peut modifier les conditions de travail.
- l'organisation doit prévenir la survenue de situations nous mettant en difficulté.

# Comprendre : Les questions

1. **Quoi ?**
2. **Comment ?**
3. **Pourquoi ?**

et pas ....”Qui ?”

...de façon structurée et factuelle.

# Analyse

Reconstitution chronologique des faits précédant l'événement

- **L'identification des défauts de soins**

**tout événement, acte ou situation dont la qualité est jugée franchement insuffisante vs la norme attendue (réglementation, bonnes pratiques).**

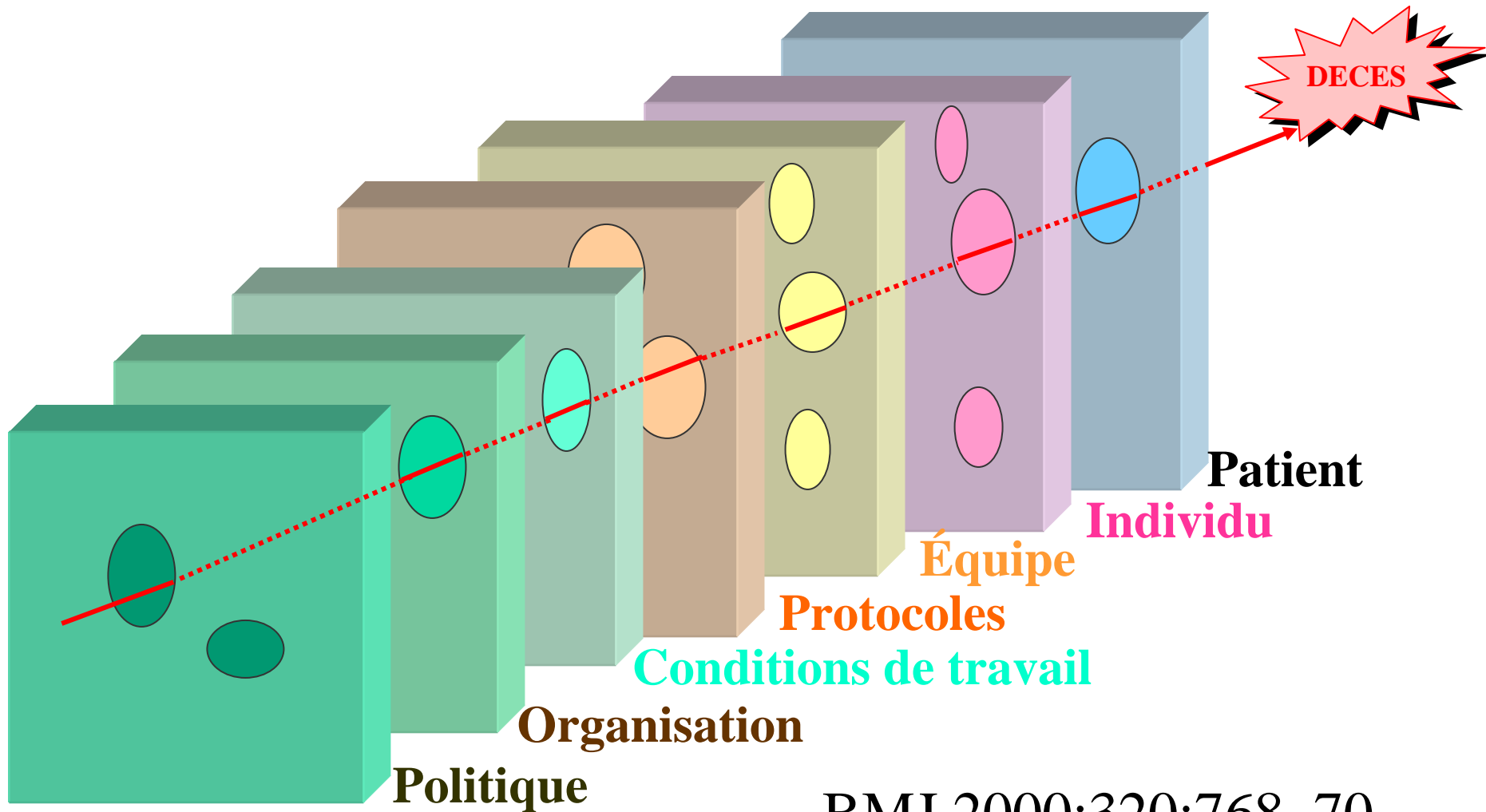
**médical, infirmier, pharmaceutique, administratif, individuel ou de groupe.**

- **L'analyse des erreurs systémiques**

**défauts inhérents au fonctionnement du système et favorisant des erreurs humaines : engendre, facilite ou pérennise les événements.**

Les mesures pour corriger le fonctionnement du système pour prévenir la survenue ultérieure d'accidents identiques.

# Analyse systémique



BMJ 2000;320:768–70

# Causes profondes

- Conditions de travail : inadaptation du matériel aux dispositifs, inadaptation des locaux ...
- Protocoles, tâches : manque de fiches techniques, documents non actualisés ...
- ...
- Individus :
  - incompétence* gros volume d'information à traiter, multiplicité des tâches à effectuer, pas de formation à la résolution de problème ...
  - déviante* non-respect de la procédure pour augmenter le rendement, poids de l'habitude ...

# Typologie des erreurs

- **erreur de jugement :**

gravité de la situation mal appréciée

- **erreur de timing :**

retard à la mise en œuvre du traitement

- **erreur de technique :**

opérateur non formé pour des situations complexes

- **erreur de système :**

communication, personnel mal réparti, accès matériel spécifique non disponible en urgence

# Défaillances d'équipe

- Nous privilégions les actions individuelles
  - Exagération la responsabilité individuelle
  - Pas de vision d'ensemble des priorités
- Favorisées par les déficits de communication

# **Méthode ALARM**

**Association of  
Litigation  
And  
Risk  
Management**

**BMJ 2000 ; 320 : 777-81**

**Ann Fr Anesth Réanim 2002 ; 21 : 509-16**

# 3 questions

- Etait-ce évitable ?
- Quelles causes profondes ?
- **Quelles actions et suivi ?**

# Organiser la mémoire

## **Le rapport**

- hors dossier médical : archivage spécifique
- anonymiser

## **Le tableau de bord**

- activité
- action d'amélioration

# En pratique

1. Systématique et ciblée
  2. Systémique : ne pas blâmer, transparence et confiance
  3. Structuration
  4. Suivi des actions : confidentialité et traçabilité
- ... Organiser son temps

# Fréquence / durée?

Think big...

...begin small

# Éviter

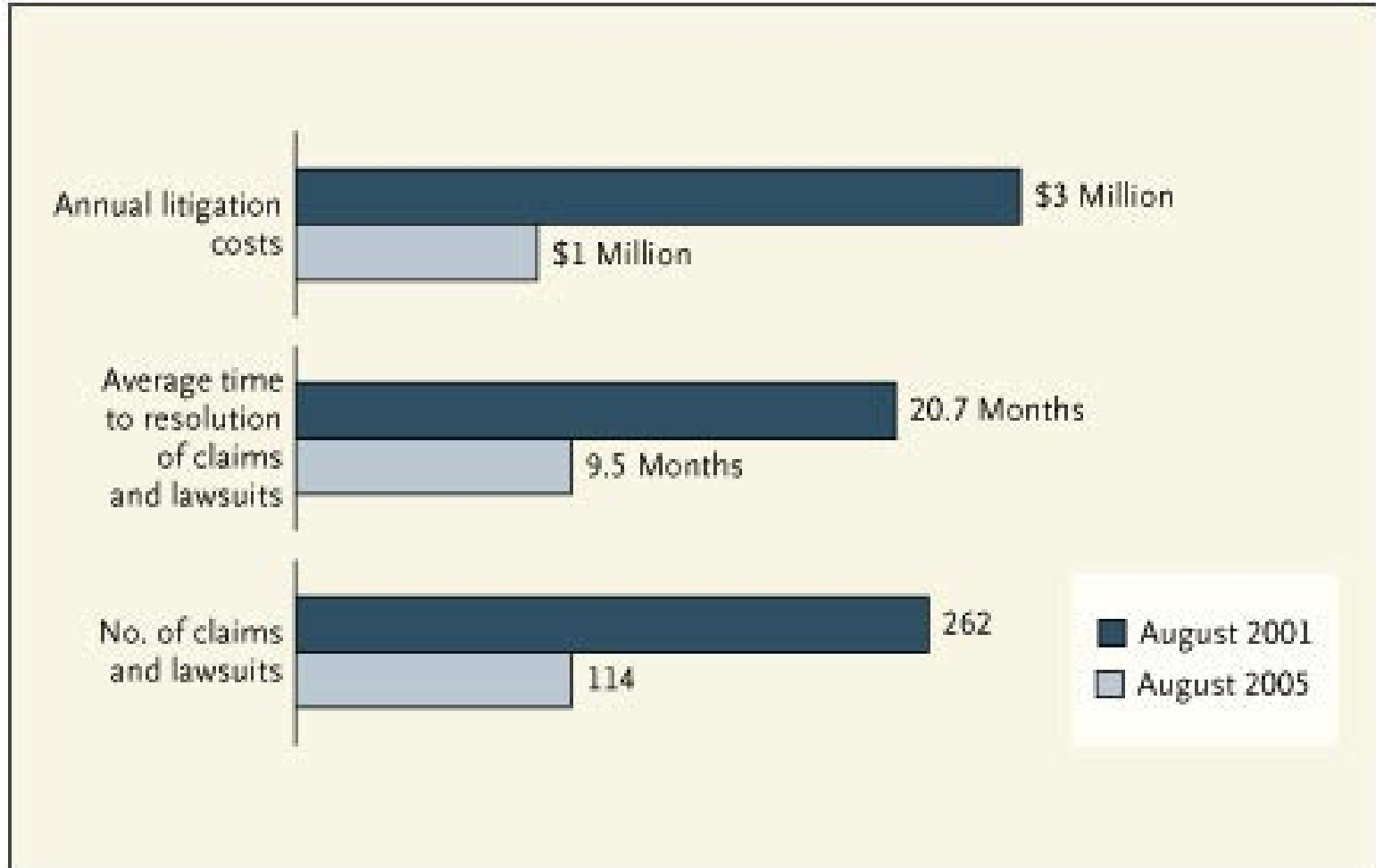
- situation conflictuelle / stigmatisation
- cas exceptionnels (EITTG) et (EIGTTR)
- cas extérieurs
- absence d'action

« ...deux objectifs, apprendre par l'erreur et faire face à l'erreur, sont au centre du métier de médecin et constituent la base de notre conviction que les RMM sont importantes dans la formation médicale. »

*Orlander, 2002*

*VA Boston Health Care System*

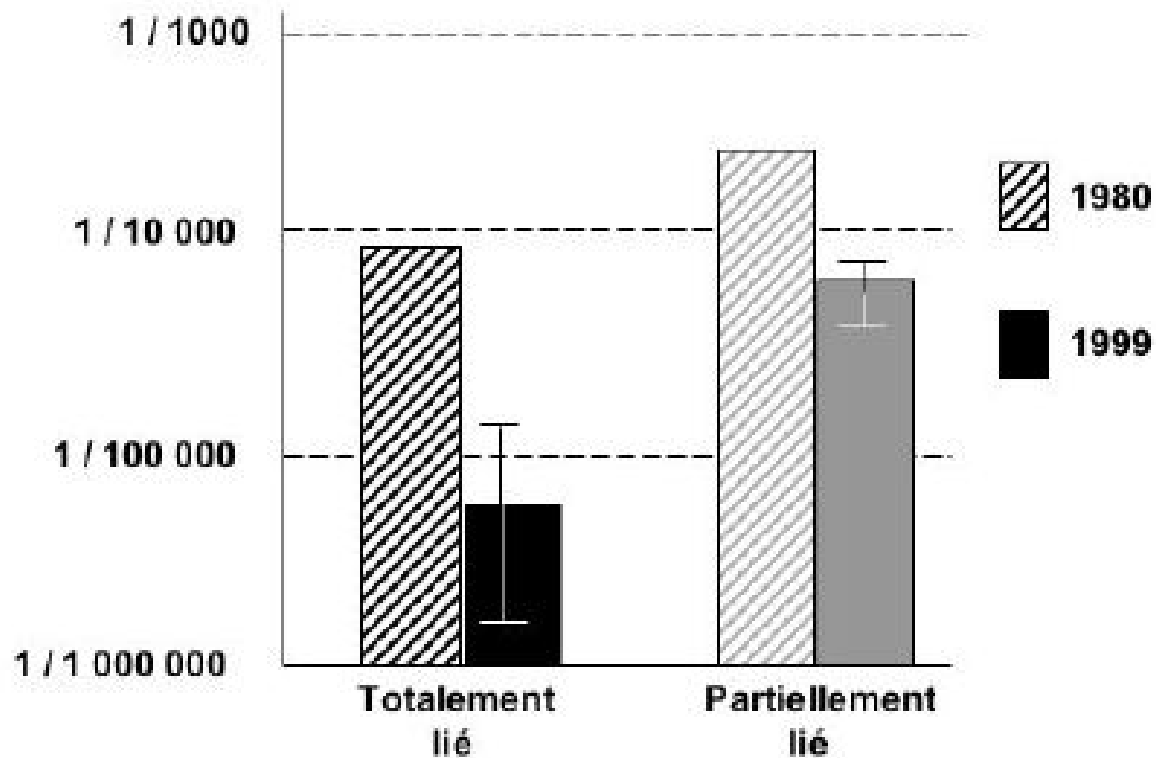
# EIG : tout le monde sait, personne ne tolérera ... l'absence d'analyse



# Mortalité et anesthésie

(échelle logarithmique)

Fig 1



SFAR conférence de presse du 18 septembre 2003 (45ème Congrès)