



Analyse des causes racines...

... Une procédure pour identifier les causes premières ou les facteurs favorisants qui soustendent les variations de performance, y compris la survenue ou la survenue possible d'un événement indésirable.



Analyse des causes racines

- Qu'est ce qui est arrivé ?
- Pourquoi est-ce arrivé ?
- Que peut-on faire pour que cela n'arrive pas de nouveau ?



Ce qui est arrivé...

- Une brève description de ce qui est arrivé
- Où et quand exactement cela est arrivé
- Le service ou l'endroit clairement identifié
- Faire un diagramme de flux

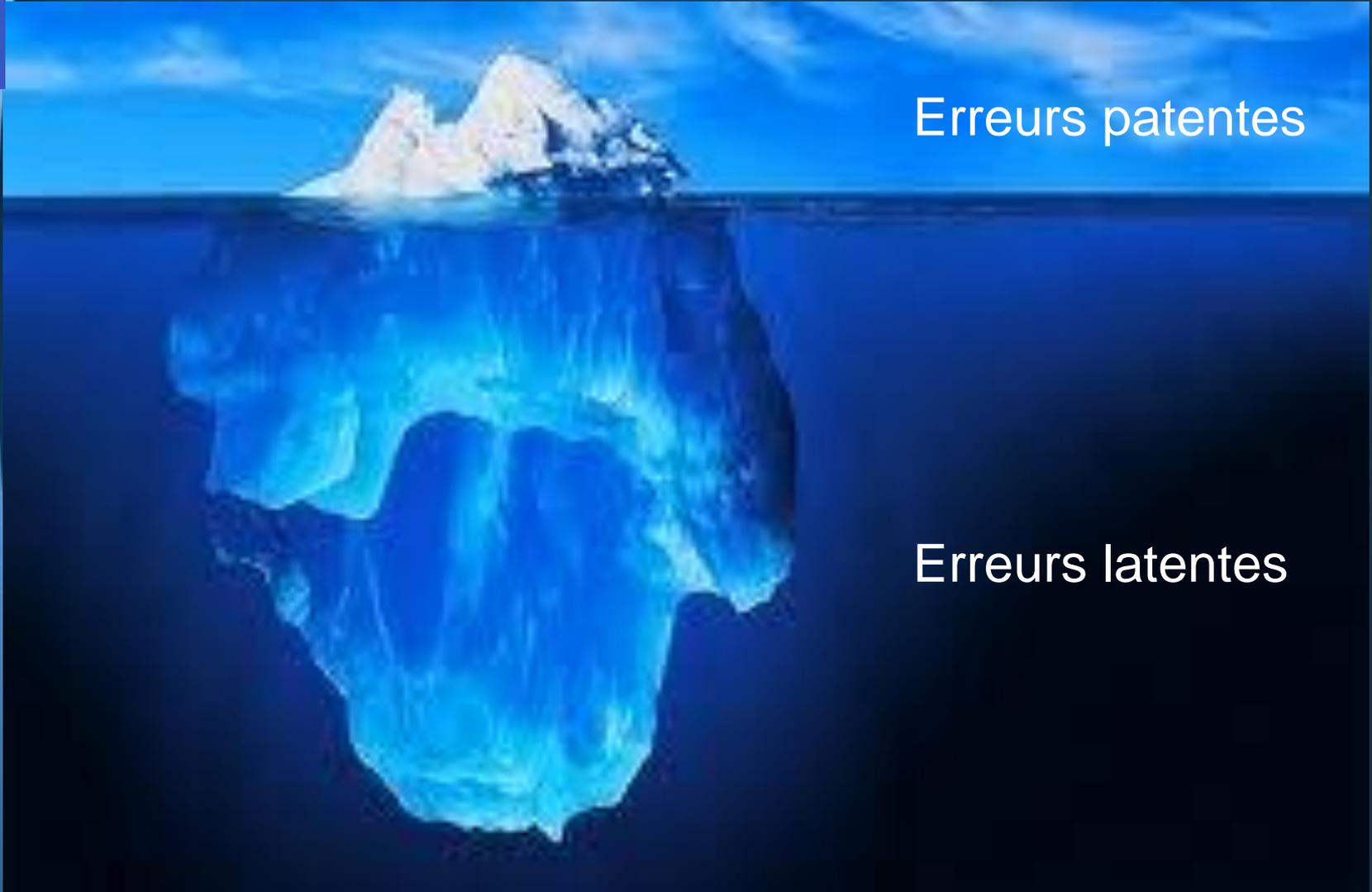


- Un problème bien défini décrit ce qui ne s'est pas bien passé et se focalise sur le résultat, et pas pourquoi ce résultat est arrivé.



Les causes

- Erreurs patentes \Leftrightarrow latentes (iceberg)
- Cause principale : « problème de soins »
- Facteurs favorisants



Erreurs patentes

Erreurs latentes



Le modèle de base pour la gestion des risques

Le modèle du fromage Suisse

ERREURS PATENTES

Erreurs & violations des acteurs médicaux

ERREURS LATENTES

Pression à l'erreur par défaut d'organisation, de communication ou de conception sûre des matériaux et interfaces

DEFENSES EN PROFONDEUR

dont certaines sont érodées par routine, manque de moyens, etc...

Exemples

Pression à la production
Plateau technique incomplet

Mauvaise organisation des interfaces

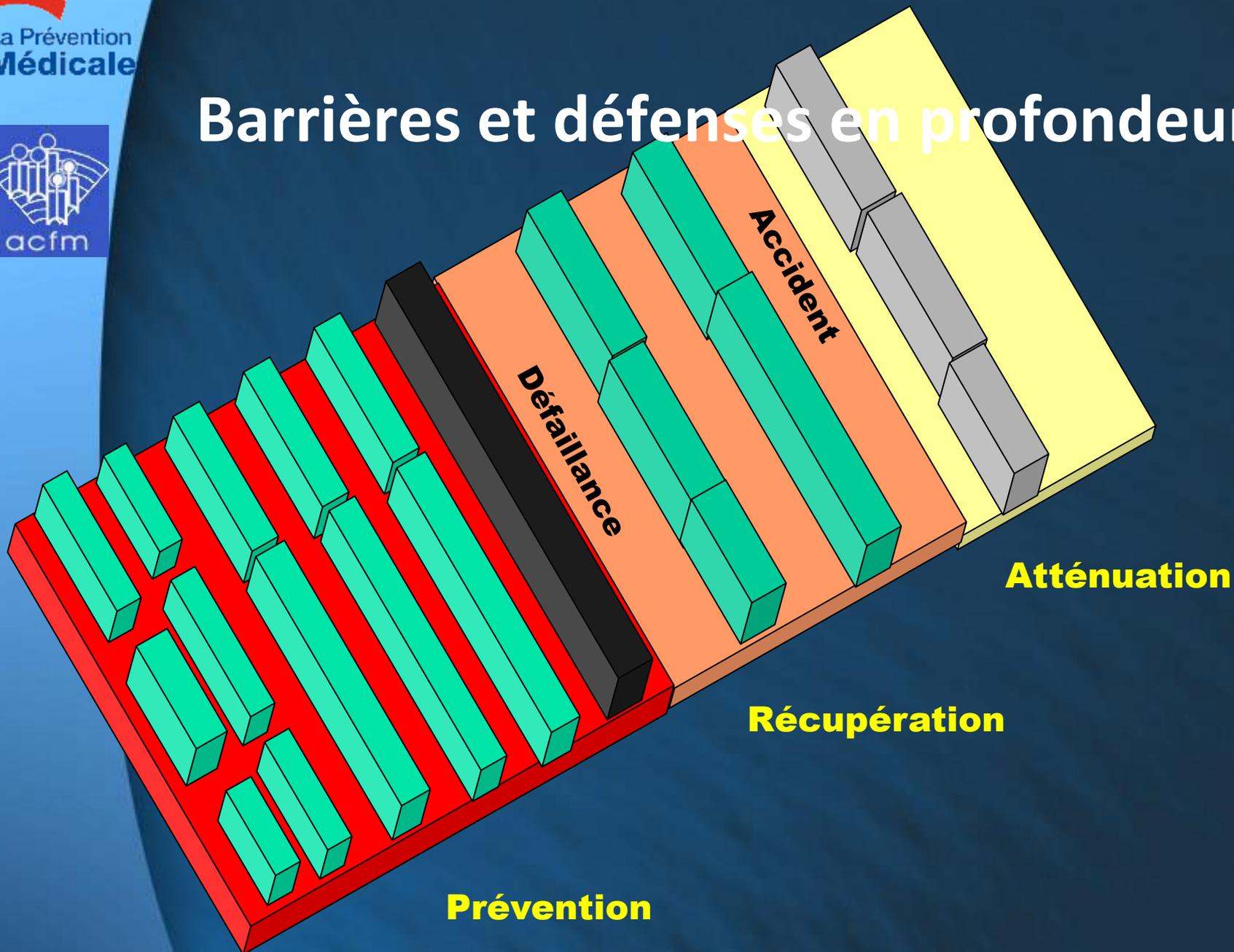
Fatigue...
Personnel manquant
Distractions

Auto détection et récupération

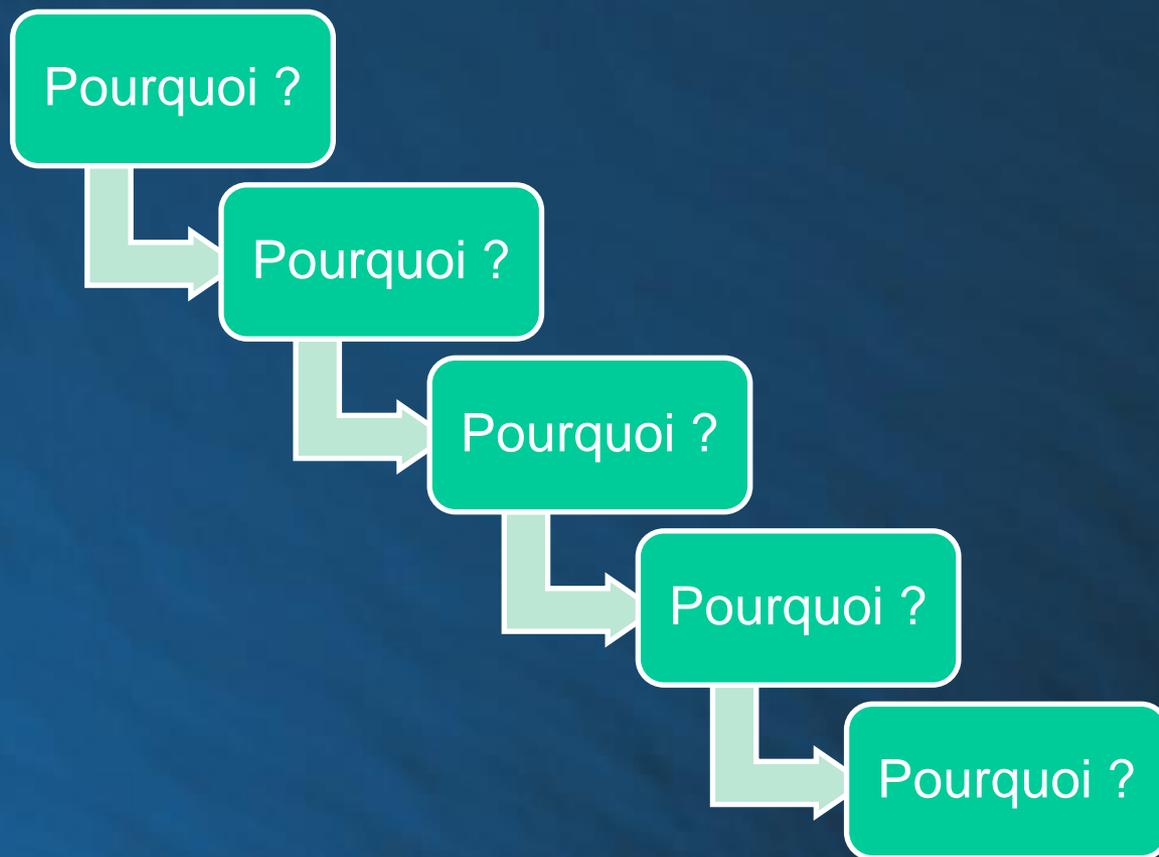
Arrêt de progression par une barrière efficace

EVENEMENT INDESIRABLE

Barrières et défenses en profondeur



Pourquoi ?





Pourquoi ?

- Le premier « pourquoi » fait apparaître la cause patente, évidente.
- Les suivants : les causes patentes, les causes racines, les facteurs favorisants

Quelques pièges



S'arrêter à la première « histoire », à l'erreur évidente, au non respect d'une règle,

- Réaliser l'analyse sans disposer d'une chronologie précise des faits,
- Chercher un coupable, des responsables, juger ceux qui ont fait des erreurs et les mettre en cause personnellement,
- Ne pas prendre de décision de prévention à l'issue de l'analyse ou rechercher des solutions trop hâtivement
- Dérive académique (focaliser sur des problèmes particuliers et rares)



Liste de questions

- Permettre à chaque
- professionnel de
- s'interroger
- dans le cadre de sa
- pratique
- Outil CCECQA

30 questions pour caractériser et analyser un événement indésirable lié aux soins* ?



Questions issues des questionnaires de l'étude ENEIS.

* défini comme un événement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention ou de réhabilitation.

1. Cet événement est-il lié aux soins ?

Répondre à ces questions avant de définir le degré de présomption du caractère lié aux soins?

- ✓ L'événement clinique était-il attendu compte-tenu de l'évolution prévisible de la maladie ou de l'état du malade ?
- ✓ Les soins ont-ils provoqué l'événement clinique ?
- ✓ La chronologie des événements suggère-t-elle que l'événement clinique est lié aux soins (ou à leur absence) ?
- ✓ Existe-t-il une autre explication plausible que les soins comme cause de l'événement clinique ?
- ✓ Les soins sont-ils reconnus comme pouvant être la cause de cet événement clinique (niveau de preuves scientifiques) ?
- ✓ Cet événement aurait-il pu survenir en l'absence de ces soins ?



2. Cet événement est-il grave ?

Un événement grave répond à un de ces critères

- ✓ Est-il un des motifs d'hospitalisation dans ce service ?
- ✓ Est-il associé à la survenue d'un décès ?
- ✓ A-t-il mis en jeu le pronostic vital ?
- ✓ A-t-il entraîné une incapacité au moment de la sortie ?
- ✓ A-t-il entraîné une prolongation du séjour hospitalier ?

4. Quels sont les facteurs qui ont facilité la survenue de cet événement ?



Voici 11 questions pour guider l'analyse des causes profondes de cet événement

- ✓ Quelle est la chaîne des événements qui a mené à l'événement indésirable ?
- ✓ La survenue est-elle liée à un produit de santé ou à un acte de soins (intervention chirurgicale, endoscopie...)?
- ✓ Y a-t-il eu une défaillance humaine à l'origine de l'événement indésirable, et notamment : Les personnes ont-elles fait ce qu'elles étaient supposées faire ? Connaissaient-elles ce qu'elles avaient à faire ? Une meilleure supervision aurait-elle été nécessaire ?
- ✓ L'organisation et la réalisation des tâches et des activités, et les responsabilités, étaient-elles clairement et explicitement définies ?
- ✓ La communication entre professionnels ou entre services, et entre les professionnels et le patient ou son entourage, a-t-elle été suffisante ?
- ✓ La composition des équipes de soins était-elle adéquate au moment des soins liés à la survenue de l'événement, en nombre et en compétence ?
- ✓ Les locaux, les équipements, les fournitures et les produits de santé étaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue de l'événement indésirable ?
- ✓ Y a-t-il eu un défaut de culture qualité ou sécurité, un défaut dans la politique de l'établissement ou dans la gestion des ressources humaines ?
- ✓ Est-il nécessaire de revoir le système en question ?
- ✓ Des leçons ont-elles été tirées pour éviter que l'événement ne se répète ?



3. Cet événement est-il évitable ?

Répondre à ces questions avant de définir le degré de présomption du caractère évitable?

- ✓ La maladie du patient en rapport avec les soins à l'origine de l'événement était-elle grave ?
- ✓ Quel était le degré de complexité de la situation clinique du patient (état général, comorbidités, comportement du patient, etc.) ?
- ✓ Ces soins étaient-ils urgents ?
- ✓ Ces soins étaient-ils indiqués (niveau de preuves scientifiques) ?
- ✓ Y a-t-il eu une déviation dans la réalisation de ces soins, par rapport à la pratique attendue ?
- ✓ Quel était le bénéfice potentiel, pour le patient, de ces soins au moment de leur réalisation ?
- ✓ Quel était le risque potentiel de survenue d'événement indésirable au moment de la réalisation de ces soins ?
- ✓ La plupart des médecins ou professionnels de santé, dans un contexte identique, auraient-ils pris en charge le patient de la même manière ?



* Appréhension des caractères "lié aux soins" et "évitable" souvent difficile. On peut utiliser une échelle comme dans l'étude ENEIS : certain ; très probable (il y a surtout des arguments en faveur) ; assez probable (plus d'arguments en faveur qu'en défaveur) ; peu probable (plus d'arguments en défaveur qu'en faveur) ; très peu probable (il y a surtout des arguments en défaveur) ; exclu ; défaillance humaine : à l'origine d'un défaut d'indication ou de mise en oeuvre des soins (retard, réalisation...)



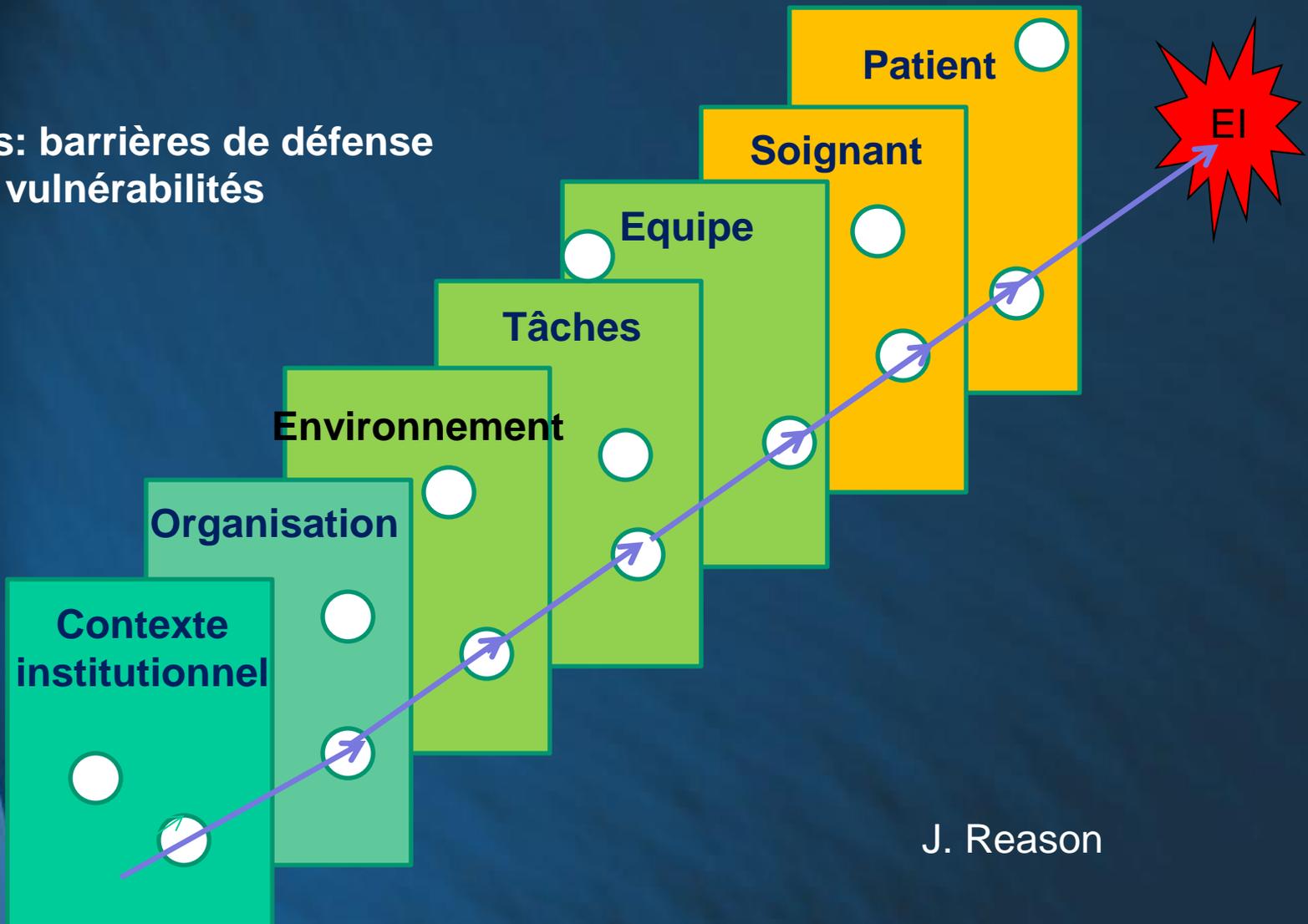
Méthodes d'analyse des causes d'un événement individuel

1. Liste de question pour les cliniciens
2. Revue de mortalité et de morbidité : la plus développée
 - RMM n'est pas une méthode d'analyse
 - RMM est une modalité d'organisation de cette analyse, le plus souvent restreinte aux professionnels d'une unité de soins
 - Adaptée pour identifier les facteurs contributifs simples, « proximaux »
3. Méthodes d'analyse approfondie (“root cause analysis”)
 - Pour les questionnaires de risque
 - Méthode ALARM (Vincent)



Plaques: barrières de défense
Trous : vulnérabilités

Représentation classique en « gruyère »



J. Reason





- **Q1 - L'événement indésirable concerne t-il un patient en particulier?**
- **Q2 - Quel est votre degré de connaissance de ce patient ?**
- **Q3 - Quelle est son année de naissance ?**
- **Q4 - Quel est son sexe ?**
- **Q5 - Existe t-il des problèmes de communication entre le patient et le soignant (par exemple. problème de langage) ?**
- **Q6 - Quelle est la catégorie socio-professionnelle de ce patient ?**
- **Q7 - Que s'est-il passé? Décrire en quelques mots l'événement indésirable.**
- **Q8 - Quelle est l'atteinte (la conséquence) pour le patient?**



- **Q9 - Quel est le degré d'atteinte?**
- **Q10 - Où est survenu l'événement indésirable?**
- **Q11 - Quand est survenu l'EI ?**
- **Q12 - Par qui l'EI a-t-il été détecté?**
- **Q13 - Quand a t-il été détecté?**
- **Q14 - Décrire tous les facteurs ayant conduit à cet EI (Posez-vous plusieurs fois la question "Pourquoi?")**
- **Q15 - Quelle est, selon vous, la cause dominante qui a conduit à cet EI?**
- **Q16 - Est-ce que l'EI est en rapport avec l'organisation de votre cabinet?**



- **Q17 - Est-ce que l'EI pourrait être en rapport avec un éventuel défaut de compétence de votre part ou à une mauvaise utilisation de vos compétences?**
- **Q18 - Est-ce que l'EI est en rapport avec une évolution anormale de la maladie?**
- **Q19 - Est-ce que l'EI est en rapport avec une particularité du patient?**
- **Q20 - Est-ce que l'EI est en rapport avec un dysfonctionnement de la coordination des soins?**
- **Q21 - Qui a été impliqué dans la survenue de cet EI?**
- **Q22 - Quelles sont les conséquences de cet EI sur votre cabinet (avérées et potentielles)?**
- **Q23 - A quelle fréquence de survenue vous semble t-il rencontrer cet EI dans votre pratique?**
- **Q24 - Qu'est-ce qui aurait pu prévenir les causes ?**



Conseils pour le recueil

- Avant la période de recueil proprement dite, observez votre propre pratique et essayez de repérer tous les EI que vous détectez.
- Utilisez la liste des consultations pour noter pendant la consultation les EI qui surviennent. Marquez seulement quelques mots. Vous détaillerez l'histoire à la fin de la consultation.
- On ne peut trouver que ce que l'on cherche.

