



Chef ...

J'ai commis une erreur !
(retour d'expérience en stérilisation)

Christophe LAMBERT, Pharmacien Praticien Hospitalier.

Unité de Stérilisation Centralisée, CH Chambéry - France

Erreur inavouable

2



Erreur minime

3



Définition de l'erreur

4

- Acte de se tromper, d'adopter ou d'exposer une opinion non conforme à la vérité, de tenir pour vrai ce qui est faux
- Acte, comportement inconsidéré, maladroit, regrettable
- Usage du libre arbitre en dehors des limites de la raison

Les différents types d'erreur

5

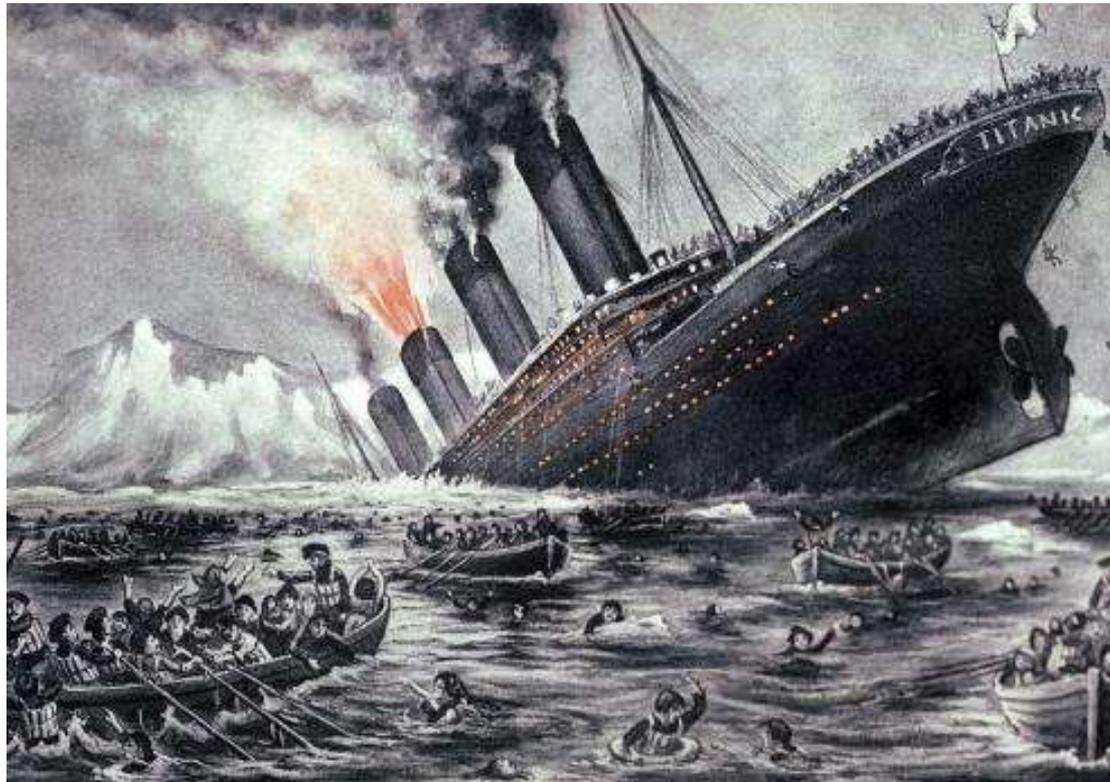
Modèle de James Reason :

- Erreur de routine : action qui se déroule sous contrôle conscient (nombreuses erreurs/nombreuses récupération)
- Erreur d'activation des règles : résulte de la sélection d'une mauvaise règle
- Erreur par manque de connaissances

La cause de l'erreur

6

70% des accidents ont une cause humaine

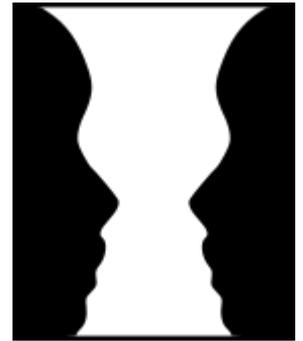


Une solution : l'automatisation

La culture de l'erreur

7

Théorie de Gestalt : « l'échec est une condition indispensable au déclenchement de la compréhension et de nouvelles idées »



«L'échec est simplement l'opportunité de reprendre plus intelligemment » H. Ford

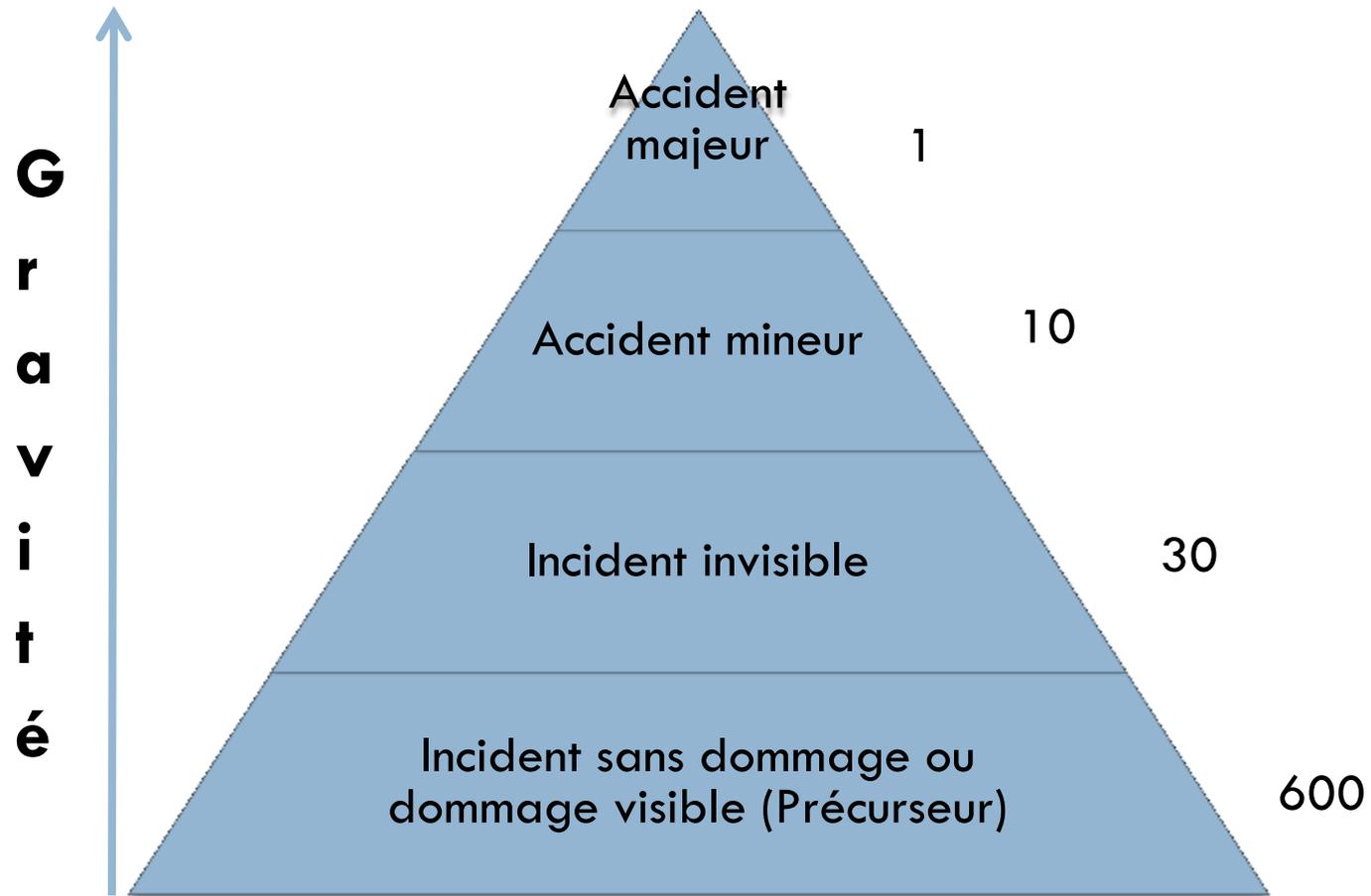
L'erreur positive

8

- Nombreuses erreurs quotidiennes, auto détectées et supprimées
 - Indissociable de la productivité
 - Expérience des risques convenus et habituels
 - Capitalisation des expériences (REX)

- Récupération d'erreurs précoces : principe de la gestion des risques

Détection des Evénements Porteurs de Risques



Attention aux précurseurs ...

10



accident du Concorde (juillet 2000)

11

Retour d'expérience

«L'erreur humaine n'est pas évitable, bien que nous ne puissions changer la condition humaine, nous pouvons modifier les conditions dans lesquelles les humains travaillent »
J. REASON

Qu'est ce qu'un CREX ?

13

- CREX : Comité de Retour d'Expérience
- méthode de gestion des risques **a posteriori**
- Démarche d'analyse et gestion d'un évènement qui transforme **expériences** individuelles en expérience collective

La démarche CREX

14

- Le CREX est une méthode d'analyse **systemique**

85% des accidents évitables
proviennent de causes systemiques

- Le CREX **n'est pas** :
 - ▣ Analyse d'accidents avérés (RMM, vigilances)
 - ▣ Méthode destinée à déterminer la responsabilité d'un individu
 - ▣ Méthode d'évaluation des comportements

Différentes méthodes

15

- **Analyses systémiques :**
 - Remed
 - ALARM
 - ORION®

- **Critères de choix:**
 - Intuitive
 - Compréhension facile : appropriation
 - Facile à mettre en œuvre : participation

Organisation du CREX

16

- ▶ Enregistrement **prospectifs** d'évènements précurseurs
- ▶ **Avis critique** sur le fonctionnement d'un système : comité
 - ▶ Recherche des causes de **défaillances**
 - ▶ Proposition et mise en place **d'actions correctives**

Mise en place du CREX

17

- ▶ Groupe pluridisciplinaire : volontaires, mandat renouvelable
- ▶ Sensibilisation des équipes professionnelles à la démarche en retour d'expérience
- ▶ Formation à la méthode d'analyse choisie
- ▶ Elaboration d'une fiche de recueil d'évènements
- ▶ Désignation d'un coordonnateur
 - ▶ Collecte des données
 - ▶ Animation de réunions, rédaction du CR
 - ▶ Suivi des actions correctives

Déroulement d'une séance CREX

▶ Durée séance : 1h00 à 1h30 maximum

1. Présentation par le coordonnateur des évènements du mois , recensés et classés
2. Discussion et choix collégial d'un événement
3. Désignation de la personne chargée de l'analyse : pilote et copilote (volontaires non impliqués dans l'évènement)
4. Présentation de l'analyse du cas choisi au précédent CREX
5. Choix des actions correctives faisables avec désignation d'un responsable de l'action et calendrier de mise en place
6. Suivi des actions correctives pour la totalité des évènements
7. Communication

Enchainement des CREX

19

CREX n°3

CREX n°1

1. Ecoute évènements du mois
2. Choix de l'évènement
3. Choix du pilote
4. Programmation prochaine réunion

CREX n°2

1. Ecoute évènements du mois
2. Choix de l'évènement
3. Choix du pilote
4. Analyse de l'évènement M-1
5. Décisions des actions correctives
6. Communication
7. Programmation prochaine réunion

1. Ecoute évènements du mois
2. Choix de l'évènement
3. Choix du pilote
4. Analyse de l'évènement M-1
5. Décisions des actions correctives
6. Point sur les actions M-1
7. Communication
8. Programmation prochaine réunion

METHODE ORION®

06/06/2013

Méthode ORION[®]

21

- Issue de l'aéronautique :
 - ▶ Transposable à l'Hôpital
 - ▶ Etudie le dysfonctionnement d'une organisation et non celui d'une personne
 - ▶ Charte de « non punition »

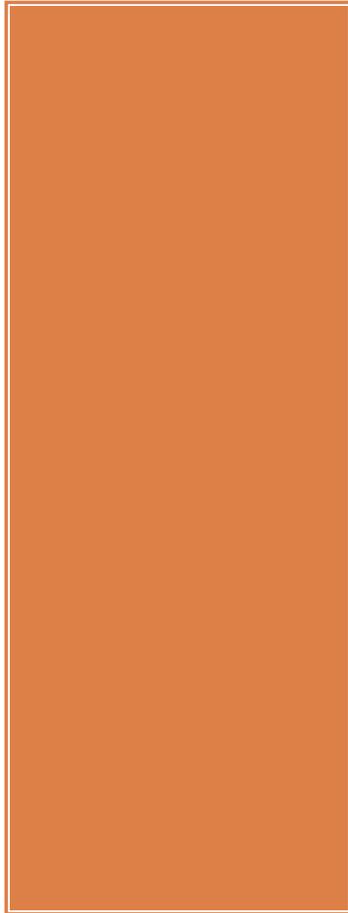
L'analyse en 6 étapes

22

1. Collecte des données
2. Reconstitution de la chronologie de l'évènement
3. Identification des causes
4. Discussion et validation des actions correctives
5. Rédaction du rapport d'analyse
6. Communication

Fiche de déclaration

23



 USCC	FICHE DE DECLARATIONS	ModOp Sté N° 89 Annexe II
	EVENEMENT INDESIRABLE USCC	Version : B Du 05/12/12

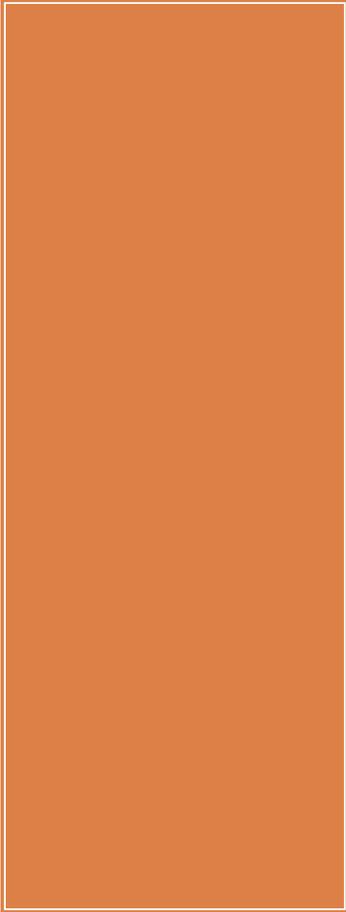
QUI DECLARE L'EVENEMENT	DATE ET HEURE DE L'EVENEMENT
Nom : (facultatif)	Date :Heure :
Tel :	
OU L'EVENEMENT S'EST-IL PRODUIT ?	
<input type="checkbox"/> LAVAGE	<input type="checkbox"/> CONDITIONNEMENT
<input type="checkbox"/> STOCKAGE/DISTRIBUTION	<input type="checkbox"/> AUTOCLAVE
Nom de l'intervention ou Unités de soins :	
Identification matériel concerné :	
DESCRIPTION DE L'EVENEMENT	

TRANSMETTRE LA FICHE A L'ENCADREMENT

- ▶ Simple
- ▶ Remplissage aisé (1 min.)
- ▶ Accessible partout et pour tous

L'évènement

24



Le matin, lors de sa prise de poste en zone de conditionnement, l'agent de stérilisation, constate au cours de la reconstitution que 2 dispositifs (poignée américaine et alésoirs) contiennent des résidus organiques et osseux après nettoyage en Laveur désinfecteur.

Etape 1 : collecte des données de l'analyse

25

- ▶ **Objectifs** : rassembler toutes les données sur le contexte organisationnel, humain, matériel
- ▶ **Qui** : pilote
- ▶ **Quand** : sans précipitation et au plus proche possible de l'évènement
- ▶ **Comment** : déclaration spontanée, entretien individuel, débriefing collectif
 - ▶ Expression spontanée
 - ▶ Questions précises
 - ▶ Synthèse et CR de l'évènement

Etape 2 : reconstitution du scénario

26

- ▶ Conserver uniquement les éléments factuels
 - ▶ Exemple : boîte noire (superviseur autoclave)
- ▶ Reconstituer la chronologie de l'évènement
 - ▶ Avant
 - ▶ Pendant
 - ▶ Après
- ▶ Cohérence et validité du scénario : validation par les déclarants
- ▶ Identification des écarts par rapport aux référentiels

Chronologie

27

- 12 mars 21h00 : enclouage tibial réalisé en urgence après fermeture de la stérilisation

- 12 mars 23h00 : prise en charge du matériel par les Ibodes conformément à la procédure d'établissement
 - ▣ Prétraitement du matériel
 - ▣ Transfert en zone de lavage stérilisation
 - ▣ Chargement du laveur désinfecteur
 - ▣ Lancement du programme

Chronologie

28

- 13 mars 8h00 : l'agent de stérilisation décharge le laveur désinfecteur. Le séchage des dispositifs médicaux creux est complété par un soufflage à l'air médical : apparition de sang et d'une carotte d'os spongieux.
- 13 mars 8h30 : l'agent de stérilisation écouvillonne manuellement les dispositifs creux en zone de lavage, prépare le chariot dédié et lance un nouveau cycle de nettoyage en LD.

Etape 3 : identification des causes

29

- Identifier les causes pour chaque domaine
 - Politique du service
 - Conditions de travail (moyens disponibles)
 - Organisation et fonctionnement de l'équipe
 - Procédures
 - Exécutants
 - Patients
- ▶ Etablir les relations de causes à effets
- ▶ Rechercher les facteurs d'influences (causes indirectes)

Pourquoi du pourquoi ?

Date et heure	Événement	Ecart	Cause	Cause
12 mars 23h00	Prétraitement effectué par les Ibodes	Absence d'écouvillonnage lors du prétraitement	Tâche effectuée par les agents de stérilisation Fermeture de la stérilisation à 21h00	Fin du poste des Ibodes, Fatigue, Pas de protocole écrit en zone de prétraitement.
12 mars 23h10	Préparation du chariot du LD en zone de lavage	L'Ibode n'utilise pas le chariot dédié au corps creux	Nouveau LD Nouvelle embase de cœlioscopie Absence de protocole en zone lavage	Personnel des blocs opératoires non informés du nouveau LD, 1 ^{ère} acquisition récente d'un chariot de cœlioscopie.
13 mars 8h00	Découverte de sang et de résidus d'os dans les corps creux après soufflage	Lavage incorrect	Absence d'écouvillonnage manuel, Non utilisation du chariot cœlioscopie	Absence de formation Absence de protocole

Etape 4 : propositions d'actions correctives

31

- ▶ **Objectifs** : corriger les causes plutôt que les effets
- ▶ **Qui** : pilote
- ▶ **Comment** : description précise
 - ▶ Contexte d'application
 - ▶ Personnes en charge
 - ▶ Coût ou investissement
- ▶ **Caractéristiques d'une action corrective performante**
 - ▶ Traitement de la cause
 - ▶ Pérenne
 - ▶ Acceptabilité interne et externe
 - ▶ Rapidité de mise en œuvre

Décision collective

Etape 5 : rédaction du rapport

32

- ▶ **Objectifs** : clairs et compréhensibles par une personne tierce
- ▶ **Qui** : pilote et coordonnateur
- ▶ **Comment** :
 - ▶ Evènement choisi
 - ▶ Chronologie des faits
 - ▶ Analyse des causes et des facteurs d'influence
 - ▶ Actions proposées et retenues
 - ▶ Acteurs responsables de la mise en œuvre

Etape 6 : communication

33

- ▶ Informer les acteurs impliqués dans les actions correctives suggérées
- ▶ Mise à disposition du rapport d'analyse
- ▶ Affichage des conclusions

Pour réussir un CREX

34

- ❑ Présence d'un représentant de la « direction »
- ❑ Charte de non punition
- ❑ Accompagnement à l'analyse des événements indésirables
- ❑ Réunions courtes, organisées à périodicité définie
- ❑ Compte-rendu systématique et diffusé
- ❑ Mise en œuvre des actions correctives

Méthodes de réduction des risques

35

- Démarche préventive d'audit : identifie les défaillances latentes
- Repérage des signaux faibles : précurseurs ou évènements porteurs de risques (EPR)
- Démarche d'analyse approfondie des évènements : RMM, CREX ...

Conclusions

36

- ▶ Outil de pilotage de la sécurité de la prise en charge des patients
- ▶ Une dynamique d'équipe :
 - ▶ Suscite dialogue entre professionnels
 - ▶ Engagement des acteurs dans des plans d'actions concrets
- ▶ Evolution vers une approche « système »

« La seule véritable erreur, c'est celle dont nous n'apprenons rien »

H. Ford

Merci pour votre attention

christophe.lambert@ch-chambery.fr