



# Savoir analyser les EIAS

en séance

## RMM - CREX

Dr J.Ragni

ViGeRiS

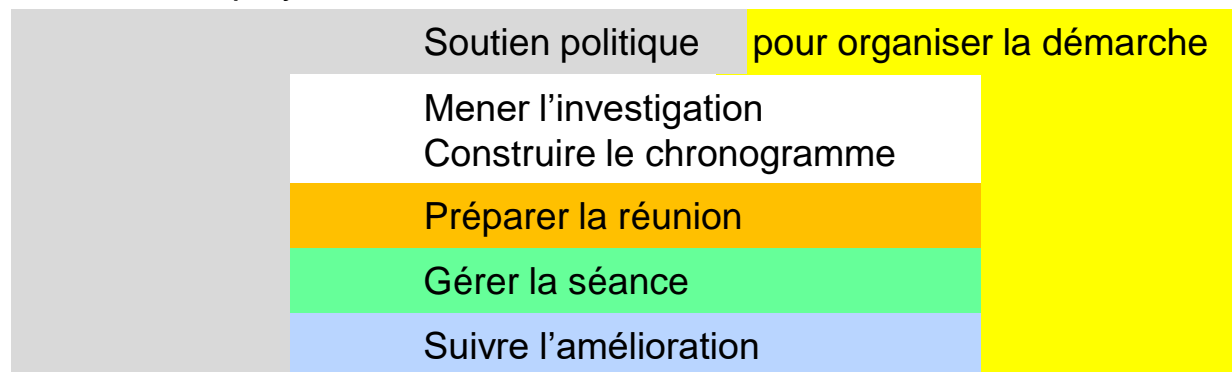
*Année 2024*

- L'analyse systémique en pratique

- Repérer les écarts de soins
- Lire les causes racines
- Maîtriser la notion de barrière de sécurité

- La dynamique de la démarche dans une unité de soins

- Points communs aux démarches d'analyse
- Comment déployer les RMM



- Particularités des CREX

- RMM : Revue Morbidité Mortalité
- Débriefing
- Analyse systémique
- REX, RETEX, retour d'expérience
- Gestion des risques a posteriori
- Système Signalement Apprentissage type 3
- CREX: Comité de Retour d'Experience

## ERREURS LATENTES

Pression à l'erreur par insuffisance de conception et d'organisation du système

### CAUSES RACINES

## ECARTS de pratiques/de soins

### ERREURS PATENTES

Actes risqués du personnel médical & soignant.

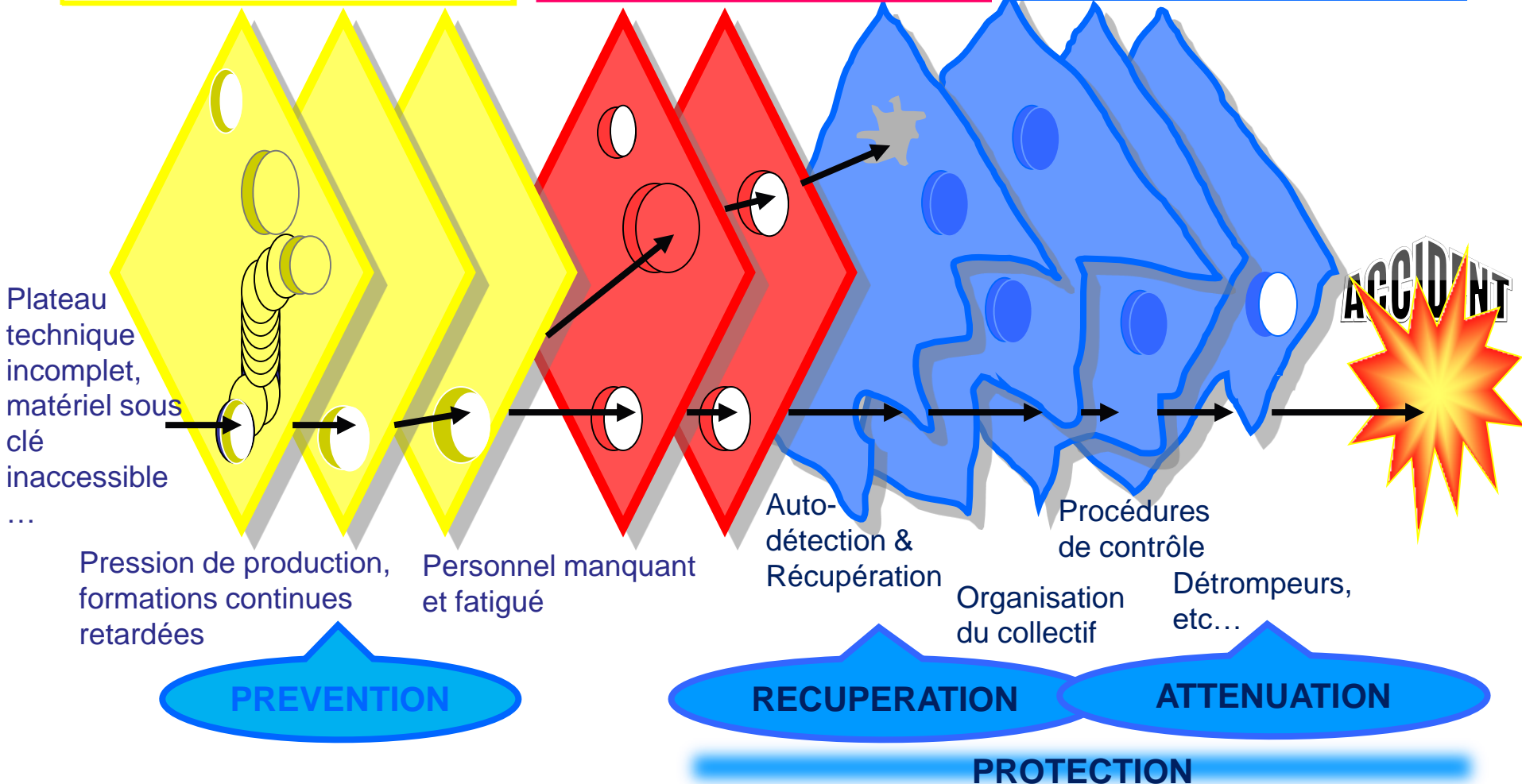
Erreurs & Violations

### CAUSES IMMEDIATEES

## DEFENSES EN PROFONDEUR

Certaines sont érodées par l'habitude, les routines, le manque de moyens, etc...

### BARRIERES SECURITE



Evitabilité

≈ 2,5 EIG /1000 j hospit

EIAS complètement Evitable

Culture  
Sécurité-Patient

Contentieu  
X

Causes racines

Perception  
patient  
Causes  
?

Causes immédiates  
Défaut de  
prise en  
charge



EIAS

Culture  
Sécurité-Patient

Evaluatio  
n  
Bénéfice-



Complication

EIAS  
partiellement Evitable

EIAS  
Non Evitable

De 4 à 7 EIG /1000 j hospit

Evolution de la  
pathologie

# L'analyse systémique en pratique

- a. Savoir repérer les écarts de soins
- b. Savoir lire les causes racines
- c. Maîtriser le concept de « barrière de sécurité »

## a) Savoir repérer les écarts de soin



**Écarts**  
vis-à-vis des  
**Normes**,  
règlements,  
procédures.

**Un** professionnel n'a pas  
respecté une procédure,  
volontairement ou  
involontairement

**Ecarts**  
vis-à-vis des  
**Bonnes**  
**Pratiques**  
**Sociales**,  
empathie,  
respect.

**Un** professionnels a manqué  
d'empathie, de respect,  
d'attention, de  
compréhension, de  
confidentialité, etc, envers  
le PATIENT

**Ecarts**  
vis-à-vis des  
**Actions**  
**attendues**

**Un** professionnel n'a pas  
exécuté le bon  
geste/dispensé le bon  
traitement, à l'instant t.

**Ecarts**  
vis-à-vis des  
**Résultats**  
prévus pour le  
patient

**Les** professionnels n'ont pas pu  
empêcher la dégradation  
de l'état du patient, alors  
que cela semblait pourtant  
possible.

Pour repérer  
un écart



Il faut un  
savoir...



**Professionnel  
du soin**

A t-il le  
savoir?

**Patient**

A t-il le  
savoir?

**Qualiticien**

A t-il le  
savoir?

... de procédure

Très élevé

Oui

Non

Variable selon  
l'expérience du  
secteur

... de pratique  
organisationnelle ou  
sociale

Faible

Variable selon  
les individus

Oui

Oui

... d'action

Très élevé

Oui

Non

Non

... de résultat

Moyen

Variable selon la  
responsabilité

Oui,  
mais...

Variable selon  
l'expérience du  
secteur

## b) Savoir lire les causes racines

*Les causes racines sont les réponses à la question :*

*« Pourquoi cet écart est-il survenu? »*

*« Comment a-t-il été rendu possible? »*

7 catégories de causes racines liées...

aux patients

aux professionnels

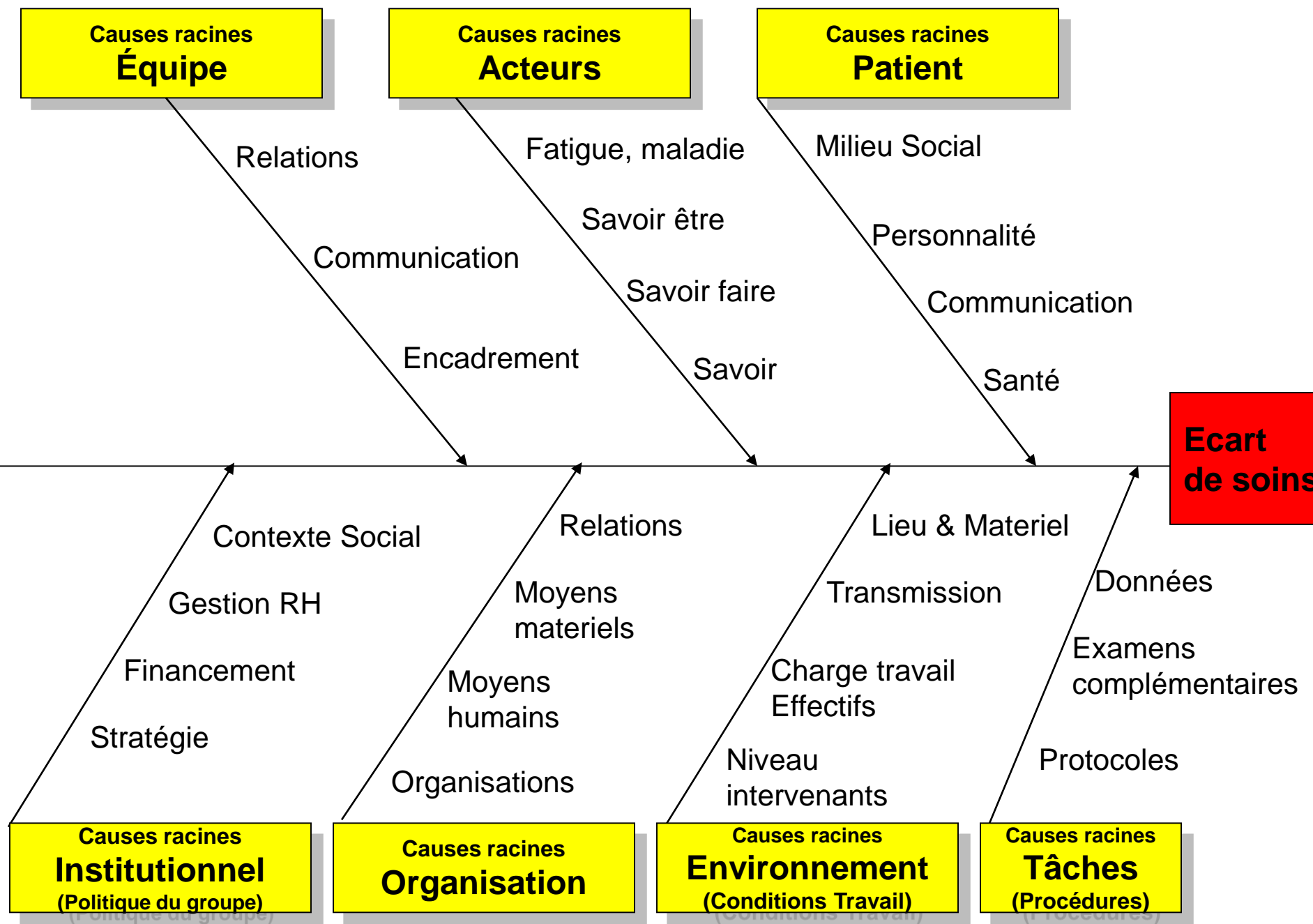
au fonctionnement de l'équipe

aux tâches (procédures)

à l'environnement (conditions de travail)

à l'organisation

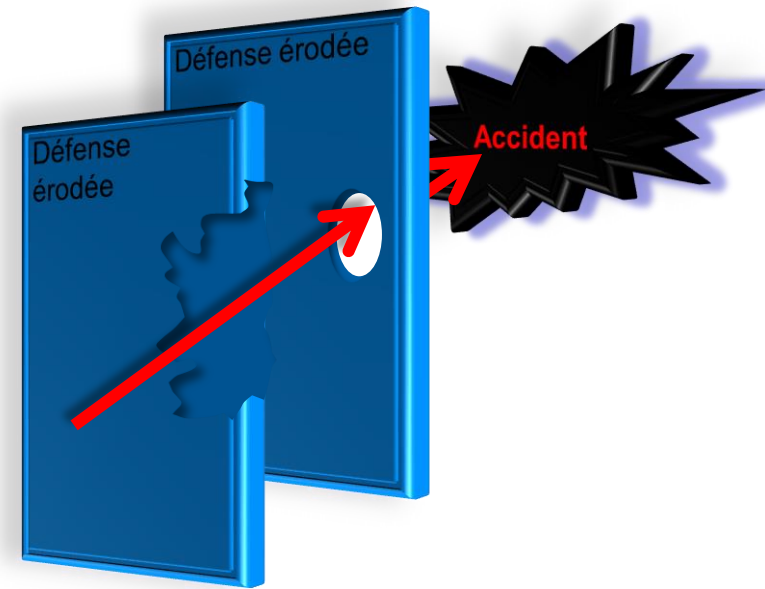
à l'institution (politique du groupe)



## c) Maîtriser la notion de barrière de sécurité

La barrière de sécurité...

- Prévient la survenue de l'EI si elle est appliquée sur les causes racines.
- Récupère l'erreur sans dommage pour le patient si elle intervient précocement dans la survenue de l'erreur.
- Atténue le dommage au patient si elle intervient tardivement après la survenue de l'erreur

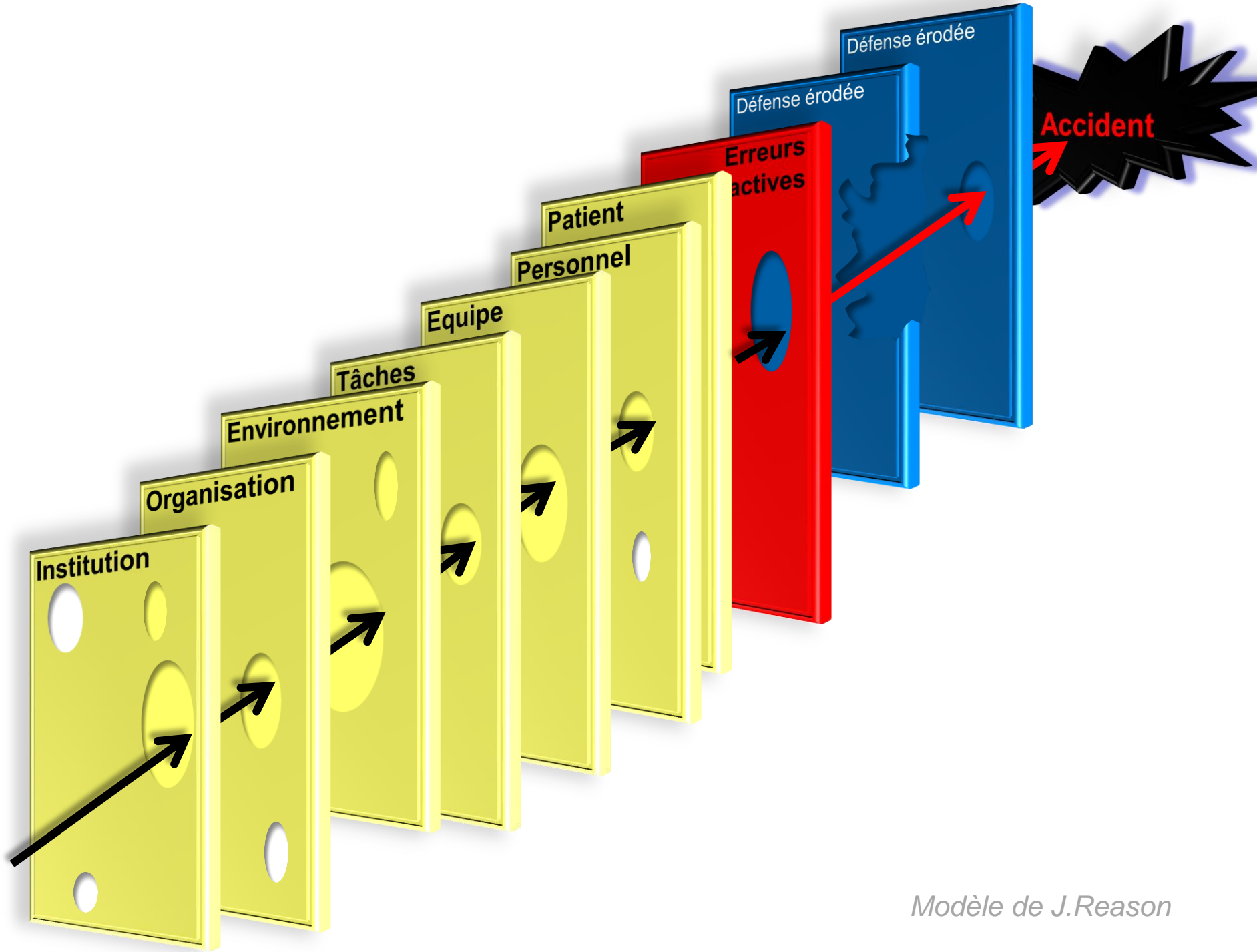


Différents cas de barrière de sécurité

	Barriere inefficace	Barriere efficace
① La barrière n'existe pas	X	
② La barrière existe mais n'est pas activée	X	
③ La barrière existe et elle est activée	X	
		X

# Exemples

	Barrière inefficace	Barrière efficace
① Il n'existe pas de procédure pour vérifier que les prélèvements bactériologiques faits au bloc sont arrivés au laboratoire	Retard au diagnostic après oubli du transport en urgence	
② La check-list n'est pas correctement mise en œuvre au bloc opératoire	Erreur de coté opératoire	
③ La check-list est correctement mise en œuvre au bloc opératoire	Intervention modifiée car absence d'un instrument dans une boîte, découverte patient déjà anesthésié voire incisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'erreur de coté</li> <li>« NO GO » pour disposer de l'instrument avant l'incision chirurgicale</li> </ul>



# La dynamique de la démarche

1. Dans toutes les analyses systémiques
2. Les particularités des RMM
3. Les particularités des CREX

1- Afficher la politique du service



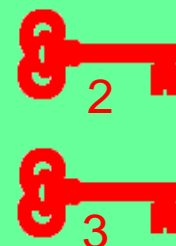
2- Organiser la démarche



3- Préparer la réunion

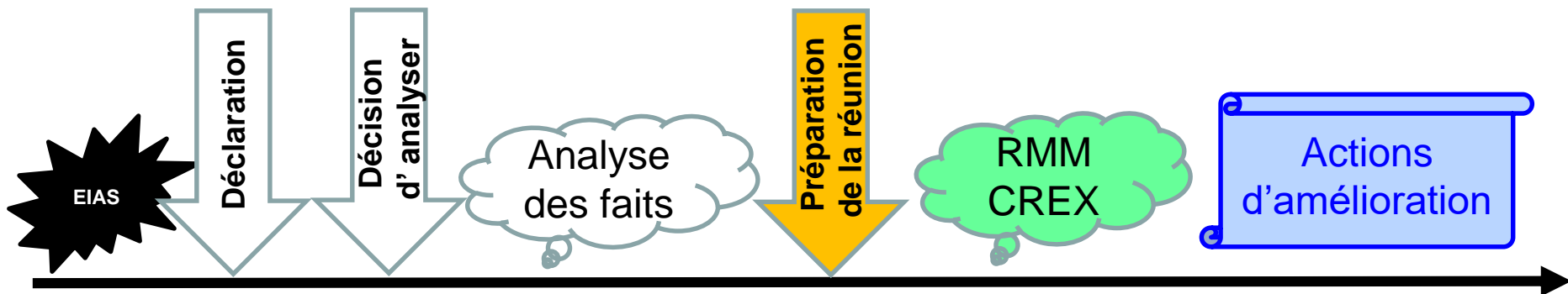


4- Gérer – modérer la réunion









5- Suivre l'amélioration





OÙ ?	Unité de soins	Unité(s) de soins		
QUAND ?		Plusieurs jours	Réunion ≤1h	Plusieurs jours-semaines mois-années
QUI ?		1 « enquêteur » médico-soignant	- 1 modérateur - de 5 à 15 professionnels participants	Plusieurs responsables des actions mises en œuvre
	1 responsable médical de l'unité de soins qui missionne enquêteur + modérateur			

# Exigences réglementaires - Lesquelles ?

	RMM	CREX
Condition de l'agrément (chirurgie du cancer, chimiothérapie, oncologie)		
Condition de l'agrément (radiothérapie)		
Certification V2010 (anesthésie-réa, chirurgie, cancérologie)		
BN-SARM Staphylocoque résistant (Instruction DGOS 2014)		
Analyse des EIAS Graves (Décret 2016-1606)		

# LA RMM

## Selon la méthode ALARM

**BMJ** How to investigate and analyse clinical incidents:  
Clinical Risk Unit and Association of Litigation  
and Risk Management protocol

Charles Vincent, Sally Taylor-Adams, E Jane Chapman, David Hewett, Sue  
Prior, Pam Strange and Ann Tizzard

BMJ 2000;320:777-781  
doi:10.1136/bmj.320.7237.777

La RMM est

« *une analyse **collective, rétrospective et systémique de cas** marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient,*

*qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. »*

# La RMM c'est...

- 😊 Moment pour comprendre et apprendre ensemble
- 😊 Occasion d'établir le lien entre 1 cas et les statistiques du service
- 😊 Méthode de gestion des risques & d'EPP-APP-DPO

## La RMM n'est...

- ✗ PAS une démarche de diagnostic médical (staff)
- ✗ PAS la recherche d'une faute pour trouver un coupable ou pour prendre une sanction
- ✗ PAS une démarche disciplinaire ou judiciaire

# Le Responsable médical de l'unité de soins assure le soutien politique



Exprime officiellement sa volonté de voir des RMM dans son service

S'adjoit un Correspondant Médical pour la Lutte contre les EI (CLEI)

Donne mandat au correspondant pour mener les RMM (transfert de responsabilité)

Vérifie l'engagement du cadre de santé du service (Correspondant Paramédical pour la lutte contre les EI), dans le cadre du binôme CLEI

Fixe les objectifs du service de soins (exemple 3 RMM/an) avec les correspondants

Incite les collaborateurs médicaux à suivre la formation institutionnelle

Reçoit lui-même une formation à la vision systémique (principe d'exemplarité)

Valide l'organisation de la démarche dans le service avec les correspondants



## Comment ?

Officialiser la mission  
« GDR, RMM, CREX » des  
professionnels

- Mandat donné aux Correspondants
- Politique « micro-canal » : dans l'unité de soins

Officialiser la démarche

Politique « macro-canal » : tableaux de bord fournis par ViGeRiS

Archiver les compte-rendu  
RMM-CREX

**Jamais  
dans le  
dossier  
patient !**

- Documents de travail du service
- Transmission des comptes rendus à ViGeRiS

Diffuser l'information aux  
professionnels

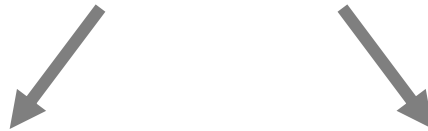
Rendre le compte-rendu accessible

Gérer le suivi à long terme

Tableau de bord des séances  
Tableau de bord des actions  
Programme d'Amélioration Qualité Sécurité des Soins

	Responsable médical de l'unité de soins	« Enquêteur »	Modérateur de séance	Professionnel participant à la séance d'analyse systémique
Apporter le <u>soutien politique</u>	X			
Construire le <u>chronogramme</u>		X	X	
Savoir lire les <u>écarts de soin</u>	X	X	X	X
Savoir lire les <u>causes racines</u>	X	X	X	X
<u>Comprendre la notion de barrière</u>	X	X	X	X
Savoir <u>gérer la séance</u> d'analyse			X	

# Décision d'analyser un EIAS



Potentiel  
d'amélioration

Criticité  
=  
Fréquence x Gravité

27% des EIG évitables

Pas de différence selon les disciplines

16 « Never Events » (en 2024)

- Surdosage en lidocaine IV
- Erreur d'utilisation de la colchicine
- Erreur d'utilisation de la méthadone
- Mauvais usage de fluoropyrimidine (5-FU)
- Erreur d'administration de gaz à usage médical
- Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire, notamment éphédrine-épinéphrine, kétamine/eskétamine, curares.
- Erreur d'administration des anticancéreux notamment en pédiatrie
- Erreur d'administration d'insuline
- Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse
- Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale
- Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles les modes de préparation sont à risque
- Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...), notamment si morphinique, insuline, produits sédatifs.
- Erreur de schéma d'administration du méthotrexate par voie orale ou sous-cutanée (hors cancérologie)
- Erreur lors de la prise en charge des patients atteints de fibrillation auriculaire et traités avec des médicaments anticoagulants oraux
- Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
- Erreur lors de l'administration ou de l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique notamment à la maternité ou en pédiatrie

# LES NEVER EVENTS

Ces événements qui ne devraient jamais arriver !

Erreur lors de la prise en charge de patients traités avec des

## ANTICOAGULANTS



Anticoagulants oraux ou injectables

Erreur d'administration du chlorure de

## POTASSIUM injectable



Solution hypertonique

Erreur de **PREPARATION**

d'injectables pour lesquels le mode de préparation est à risque



Calculs de dose ou de concentration

Erreur d'administration de spécialités utilisées au

## BLOC OPERATOIRE

(anesthésie ou réanimation)



- Ephédrine/Epinéphrine
- Kétamine/Eskétamine
- Curares

Erreur de rythme d'administration du

## METHOTREXATE

par voie orale ou sous-cutanée (hors cancérologie)



Méthotrexate VO ou SC = 1 prise unique/semaine

Surdosage en

## ANTICANCEREUX

en pédiatrie



Dose des anticancéreux

Erreur de voie

## d'ADMINISTRATION



- Intrathécale / Intraveineuse
- Parentérale / Orale ou entérale

Erreur d'administration de

## GAZ MEDICAUX



Lire l'étiquette pour identifier la nature du gaz

Erreur d'administration d'INSULINE



Type d'insuline, Dosage (UI)

Surdosage en

## LIDOCAÏNE

par voie intraveineuse



Dosage

Erreur de

## PROGRAMMATION

des dispositifs d'administration



Pompes à perfusion, seringues électriques

Erreur lors de l'utilisation de

## COLCHICINE



Schémas posologiques, contre-indications, interactions, insuffisance rénale ou hépatique

Erreur lors de l'utilisation de médicaments en conditionnements

## UNIDOSES en plastique



Une dosette peut en cacher une autre (sérum physiologique, antiseptique...)

Erreur d'utilisation de la

## METHADONE



Dose, interactions, contre-indications

Administration de **FLUOROPYRIMIDINES**

en l'absence de recherche de déficit en DPD



Dosage avant l'initiation du traitement



# L'analyse des faits (RMM & CREX)

- a. L'investigation « enquête »
- b. La construction du chronogramme

**Le défi de l'enquête**

**=**

**Comprendre le monde**

**tel qu'il fonctionne,**

**et non tel qu'on le prescrit...**

## L'investigation (« enquête ») est le début de l'analyse factuelle

- Recueil des faits
- Ecoute des professionnels
- Début d'identification des écarts de soin
- Début du recueil des causes racines

# La rédaction du chronogramme termine l'analyse factuelle

## Les documents + Les témoignages

- Dossier du patient
- Autres : procédures concernées, tableaux d'effectifs, de garde, bons de transport, de labo, etc.

- Des professionnels concernés (le + tôt possible)
- Du patient éventuellement

+

## La mise à plat

- Un support de réflexion clair et pertinent

= le chronogramme

## Document synthétique

- temps centré sur l'EIAS
- document court mais complet sur les éléments utiles
- rédigé pour une lecture facile, claire et rapide

## Factuel

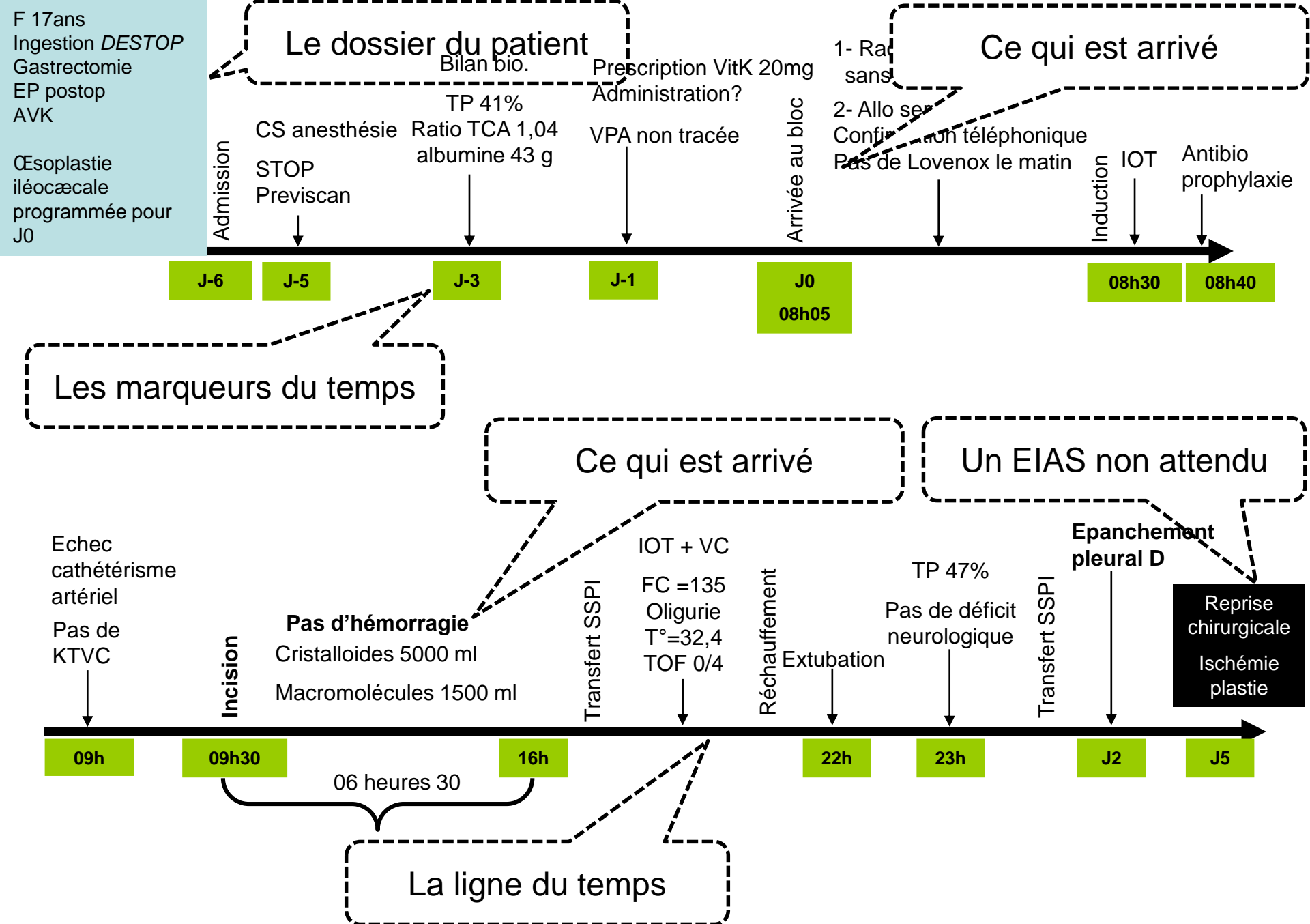
- pertinent
- non interprétatif et impartial
- bienveillant mais pas complaisant

## Neutre

- sans identité patient ou professionnel
- sans date mais avec le compte du temps

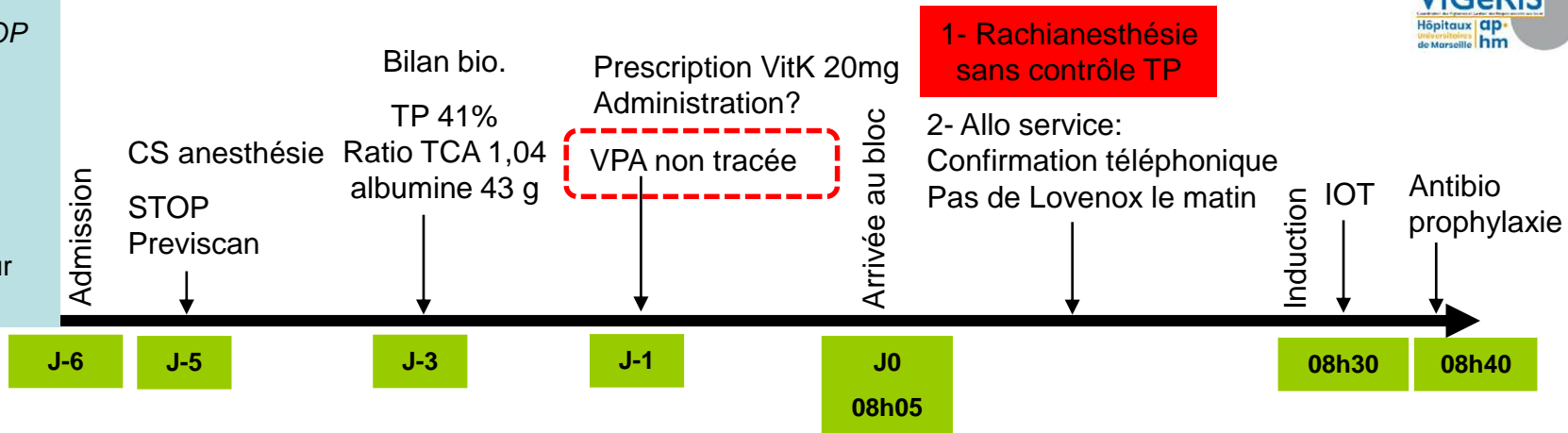
## Adapté à l'activité concernée

- acronymes et abréviations autorisés
- langage technique
- parfois difficile à lire pour des professionnels extérieurs à l'activité concerné.

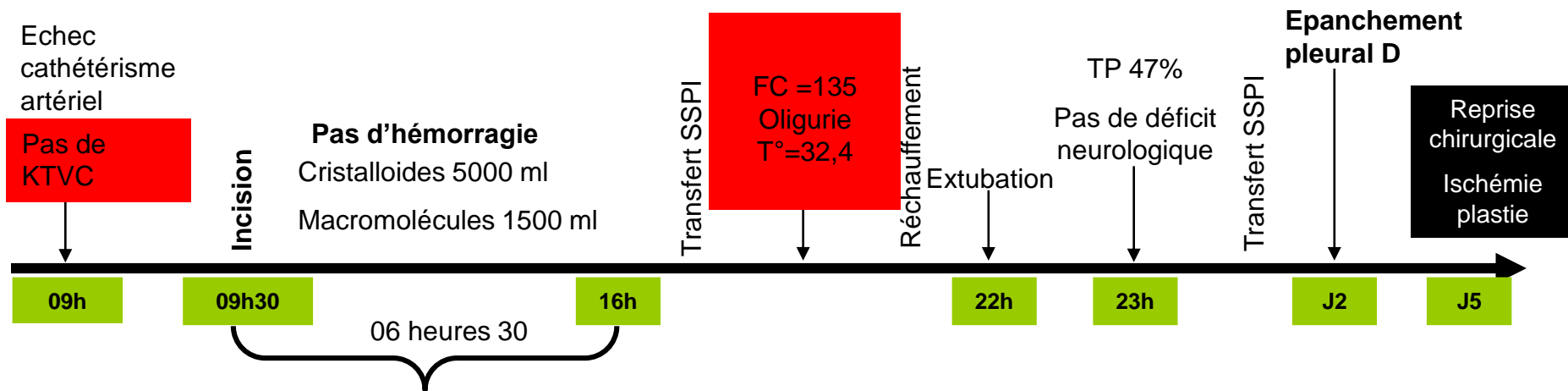


F 17ans  
Ingestion *DESTOP*  
Gastrectomie  
EP postop  
AVK

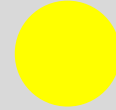
Oesoplastie  
iléocœcale  
programmée pour  
J0



Repérer les écarts de soins / écarts de pratique



# Le(s) professionnel(s) qui mène(nt) l'investigation



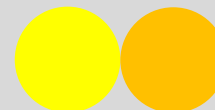
Sont logiquement les CLEI médical & paramédical du service

Rédigent le chronogramme

Repèrent les écarts de soin et les causes racines (ils sont les premiers)



# Le(s) professionnel(s) qui prépare(nt) la réunion



Sont les CLEI médical & paramédical du service

Font la revue de la littérature

- Dépassionner l'analyse en dépersonnalisant le cas
- Elaborer des procédures internes « evidence based »

Invitent les participants

- Sélectionner les personnes ressources/décideurs selon le cas (améliorations prévisibles?)
- Veiller à respecter la multi – professionnalité

Organisent le calendrier de la RMM selon la disponibilité des participants



**Elaboration  
de barrières  
de sécurité**



**Analyse  
systémique**



**Analyse  
factuelle**

Dans les 15 j qui  
suivent l'accident

+++

**EI**

REUNION

# Le(s) modérateur(s) de la séance



Sont les CLEI médical & paramédical du service

Présentent le chronogramme en séance RMM

Accompagnent les participants pour faciliter leur réflexion systémique (écarts de soin, barrières de sécurité)

Gèrent le temps de séance

Assurent le secrétariat de séance: liste des présents, complétude du compte-rendu

Sont garants de la liberté de parole des participants

Sont garants du respect de l'anonymat dans les documents

Assurent la transmission des comptes rendus au coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

# Les participants



Valident le chronogramme conforme aux événements vécus

Repèrent et valident les écarts de soin

Expriment les causes racines

Proposent des mesures d'amélioration

## Qui participe ?

Médecins du service

Soignants paramédicaux

Tout professionnel impliqué dans le parcours de soin du patient

Personnes ressources pour l'amélioration +++

Etudiants +++

Etape	Durée (minutes)	Freins
Présenter le chronogramme	10 (maximum)	Chronogramme / commentaires trop longs Investigation insuffisante Défaut de synthèse factuelle
Identifier les écarts de soin	10 (idéalement)	Défaut de formation à la vision systémique Responsables « censeurs » Mauvaise ambiance au sein du groupe
Décrire les causes racines	20 (environ)	Défaut de formation à la vision systémique Dynamique de combat social Complexité du système Méconnaissance de l'outil d'analyse
Enoncer les mesures d'amélioration	30	Défaut de formation à la vision systémique Défaut de formation à la rédaction d'une action Défaut de connaissance des règles PAQSS Dynamique de combat social Défaut de préparation de la réunion
Produire le compte-rendu	Temps éventuellement accordé après la séance Utiliser les outils mis à disposition	

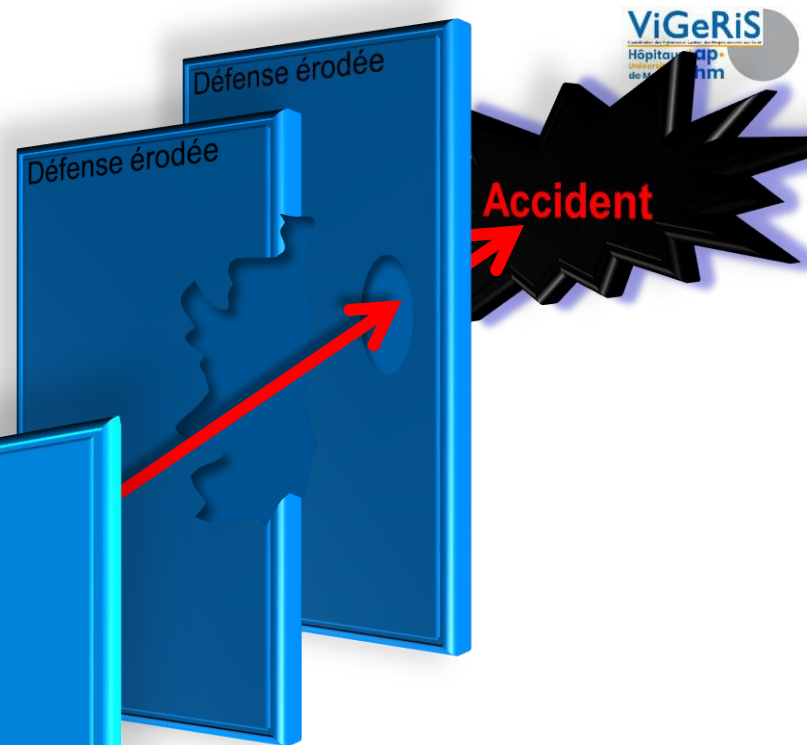


Règles de séance	Difficultés
Courtoisie	Emotion, passion, selon les cas EIAS Situation conflictuelle dans l'équipe
Liberté de parole	Respect de l'avis de chacun, sans considération professionnelle ni hiérarchique
Confidentialité (anonymisation du patient et des professionnels concernés)	Défaut de formation à l'analyse systémique
<b>Respect du secret professionnel</b> Le partage d'informations relatives à un patient entre professionnels est possible uniquement pour « assurer la continuité des soins ou déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible » (art. L1110-4 du CSP)	Défaut de formation à l'analyse systémique
Gestion du temps	Défaut de formation du modérateur Défaut de positionnement du modérateur
Secrétariat	Méconnaissance des outils mis à disposition (APHM: Papier-Excel-BlueMedi)

Construire et/ou réparer  
les défenses en profondeur

## Mesures correctrices

- réalistes,
- adaptées aux situations et à l'environnement,
- énoncées et plébiscitées par les professionnels



*Difficultés +++*

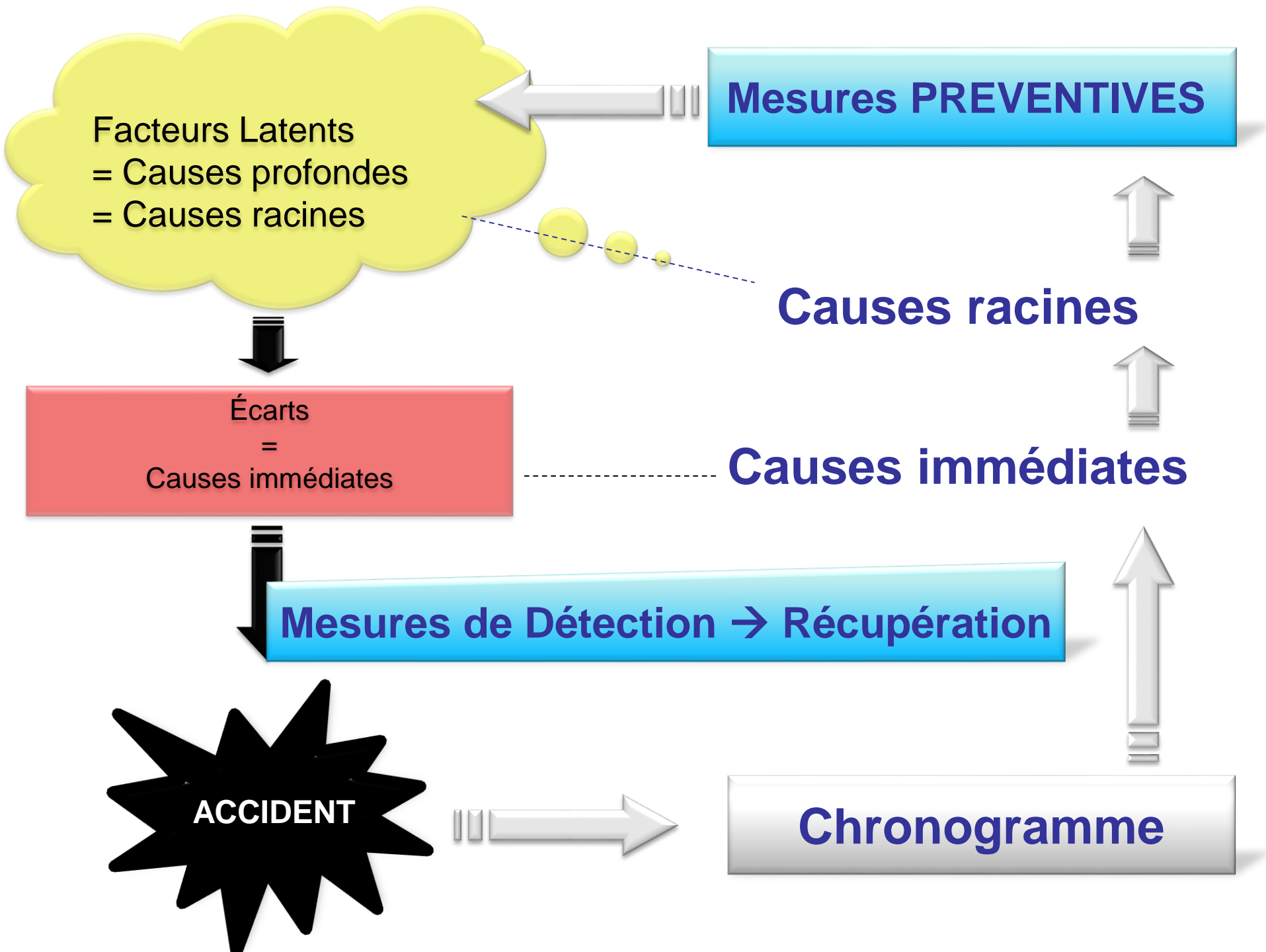
Compte-rendu de séance		Difficultés
Liste des présents	<ul style="list-style-type: none"> <li>Noms &amp; Prénoms</li> <li>Service/Pôle/Hôpital</li> </ul>	Lisibilité des documents manuscrits Homonymies Lieu de travail incomplet/incorrect
Accident, EIAS	Expression claire de l'EIAS analysé	Un EIAS peut être un écart de soin
Ecart de soin		Confusion avec l'EIAS Confusion avec les causes racines
Causes racines		Complexité
Actions d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intitulé</li> <li>Description</li> <li>Responsable</li> <li>Calendrier de réalisation</li> <li>Indicateur d'efficacité</li> </ul>	Séances sans actions proposées Défaut de connaissance des règles pour écrire une action



Caractères d'une action	Règles de rédaction d'une action
Intitulé de l'action	Phrase « verbe-complément »
Description de l'action	<p>Décrire concrètement « qui fait quoi où ».</p> <p><b>NE PAS CONFONDRE ACTION ET OBJECTIF</b></p> <p><i>(l'action peut être facilement décrite, contrairement à l'objectif)</i></p>
Etat d'avancement de l'action au moment où elle est exprimée en séance	<p>Non initialisée/Partiellement/En cours/ En grande partie/Réalisée</p>
Responsable de l'action	<p><b>OBLIGATOIREMENT PRESENT</b> lors de l'énoncé <i>(pour qu'il accepte de mener l'action à son terme)</i></p> <p><b>OBLIGATOIREMENT NOMME.</b> <i>(pour articuler les responsabilités lors de changements de fonction)</i></p>
Calendrier de réalisation	<p>Quand sera réalisée l'action ?</p> <p><i>(c'est une estimation fournie par le responsable de l'action)</i></p>
Périmètre concerné	<p>Le service (ou l'équipe), ou un secteur d'activité élargi au pôle, à l'hôpital, à l'institution.</p>
<u>Indicateur d'efficacité de cette action</u>	<p><b><u>Cette action sera-t-elle une barrière efficace?</u></b> <i>(sur le risque qu'elle maîtrise)</i></p> <p>Déterminer un indicateur SIMPLE pour mesurer <b>FACILEMENT</b> l'atteinte du résultat <i>(une astuce même imparfaite a plus de valeur que rien du tout !)</i></p>



Difficultés	Suggestions
Diffuser l'information aux équipes	
Suivre l'avancée des mesures de maîtrise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsables nommés</li> <li>• Indicateur</li> </ul>
Lever l'inquiétude vis-à-vis du juridique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect de l'anonymat</li> <li>• Calendrier sans date</li> </ul>
Assurer la pérennité de la démarche	Objectifs raisonnables en nombre
Faire levier sur les organisations	Conserver une vision réaliste pour rester motivé
Obtenir la participation active du plus grand nombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des équipes</li> <li>• Notion de masse critique</li> </ul>
<u>Vérifier l'efficacité des actions</u>	Indicateurs simples +++, au cas par cas
<u>Intégrer l'analyse dans le temps de travail</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politique +++</li> <li>• Macro-canal &amp; micro-canal</li> </ul>



# A éviter absolument...

- ▶ Analyser que les situations exceptionnelles
- ▶ Commencer les RMM dans une ambiance conflictuelle
- ▶ Choisir des événements qui se sont produits dans d'autres services ou présenter les cas sans l'accord des personnes concernées et/ou en leur absence
- ▶ Chercher un coupable, des responsables, juger ceux qui ont fait des erreurs, les mettre en cause personnellement
- ▶ Réaliser une analyse des causes, sans disposer d'une chronologie précise des faits
- ▶ S'arrêter à la " première histoire ", à l'erreur évidente, au non-respect d'une règle
- ▶ Ne pas prendre de décision de prévention
- ▶ Entreprendre une analyse de cas, alors qu'une enquête de police est engagée. De même il convient de suspendre l'analyse d'un cas, lorsqu'il apparaît que celui-ci fait l'objet d'une enquête. L'analyse pourra être reprise après sa clôture, même si cela induit un délai de plusieurs mois et donc obligatoirement une perte de précision, dans les faits. En cas d'interrogations sur la nature, le déroulement d'une enquête, il est recommandé de prendre contact avec la direction des affaires juridiques et des droits du patient préalablement à toute décision.

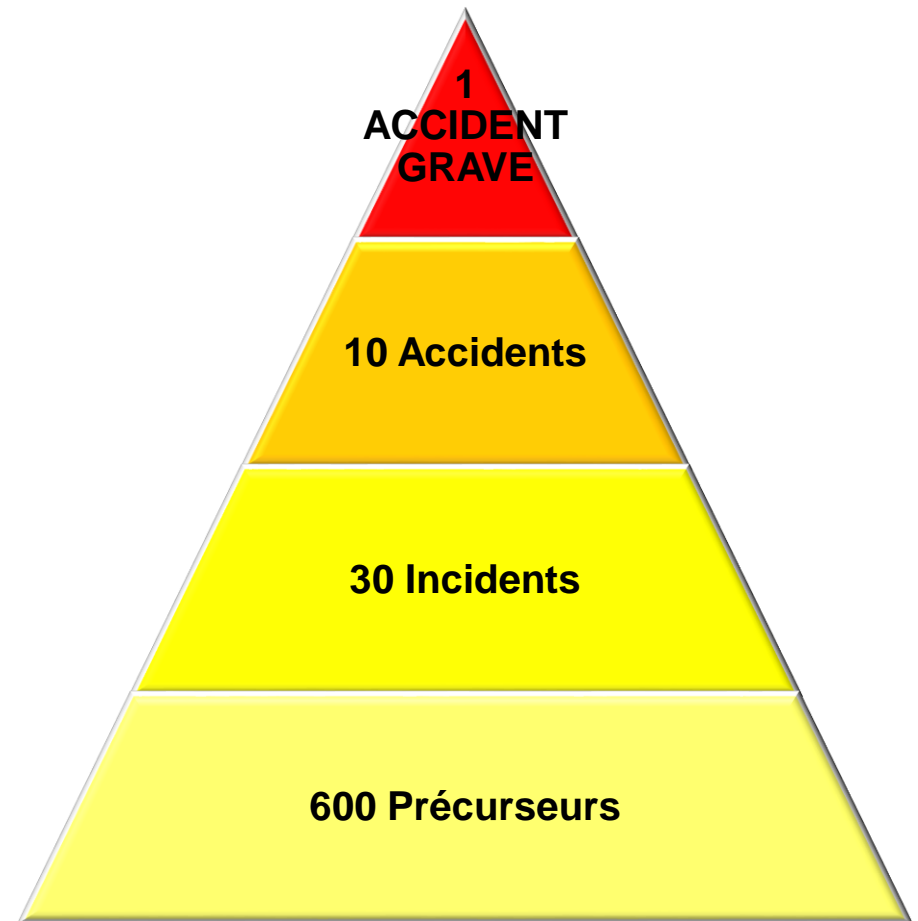
# LE CREX

Comite de Retour d'Expérience  
selon la méthode ORION



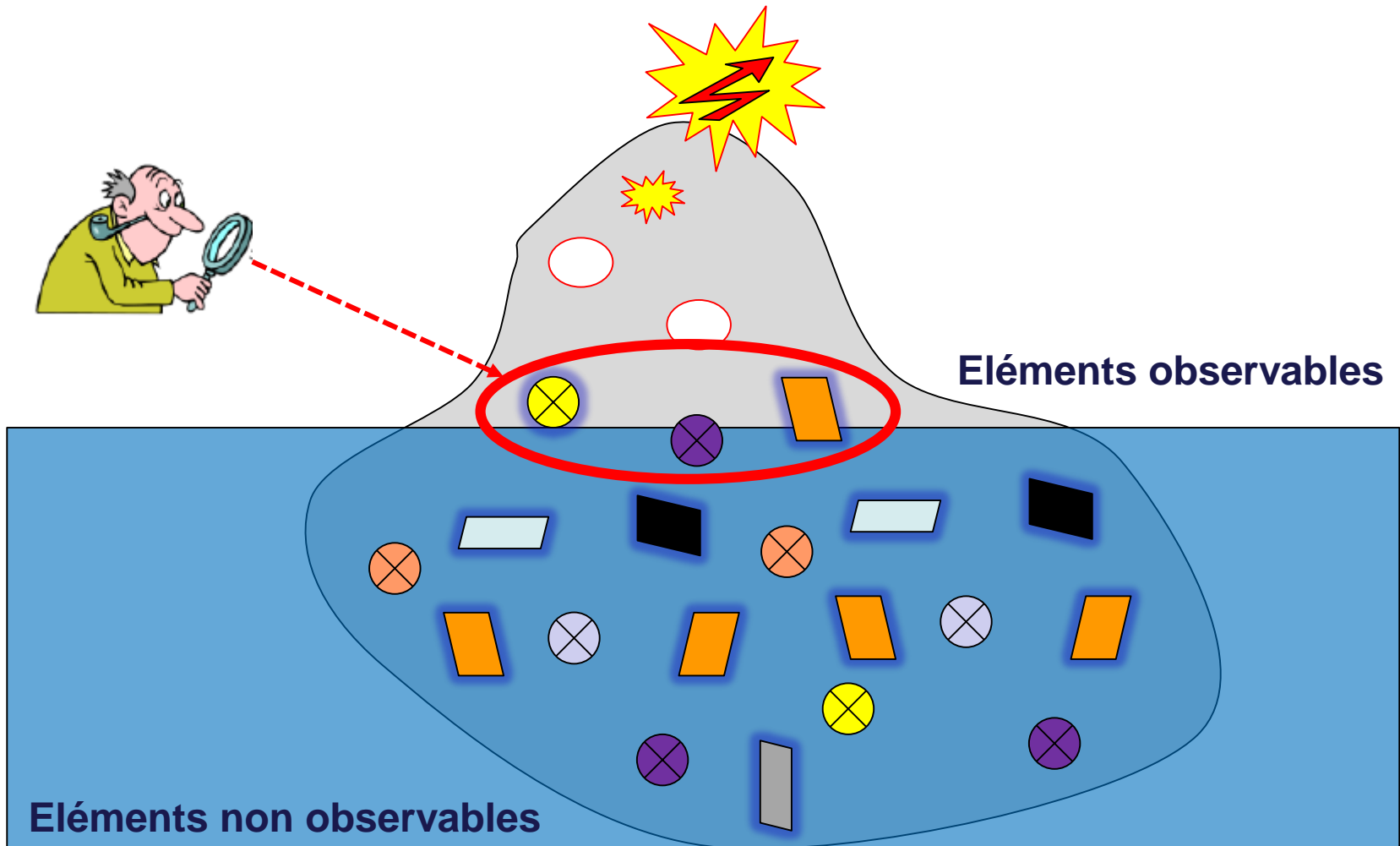
# Les événements précurseurs

Les écarts ou anomalies en cause dans la genèse d'un accident ...  
...ont presque toujours (99%) été détectées lors d'incidents antérieurs.



Pyramide de BIRD

# Les événements précurseurs



# RMM & CREX:

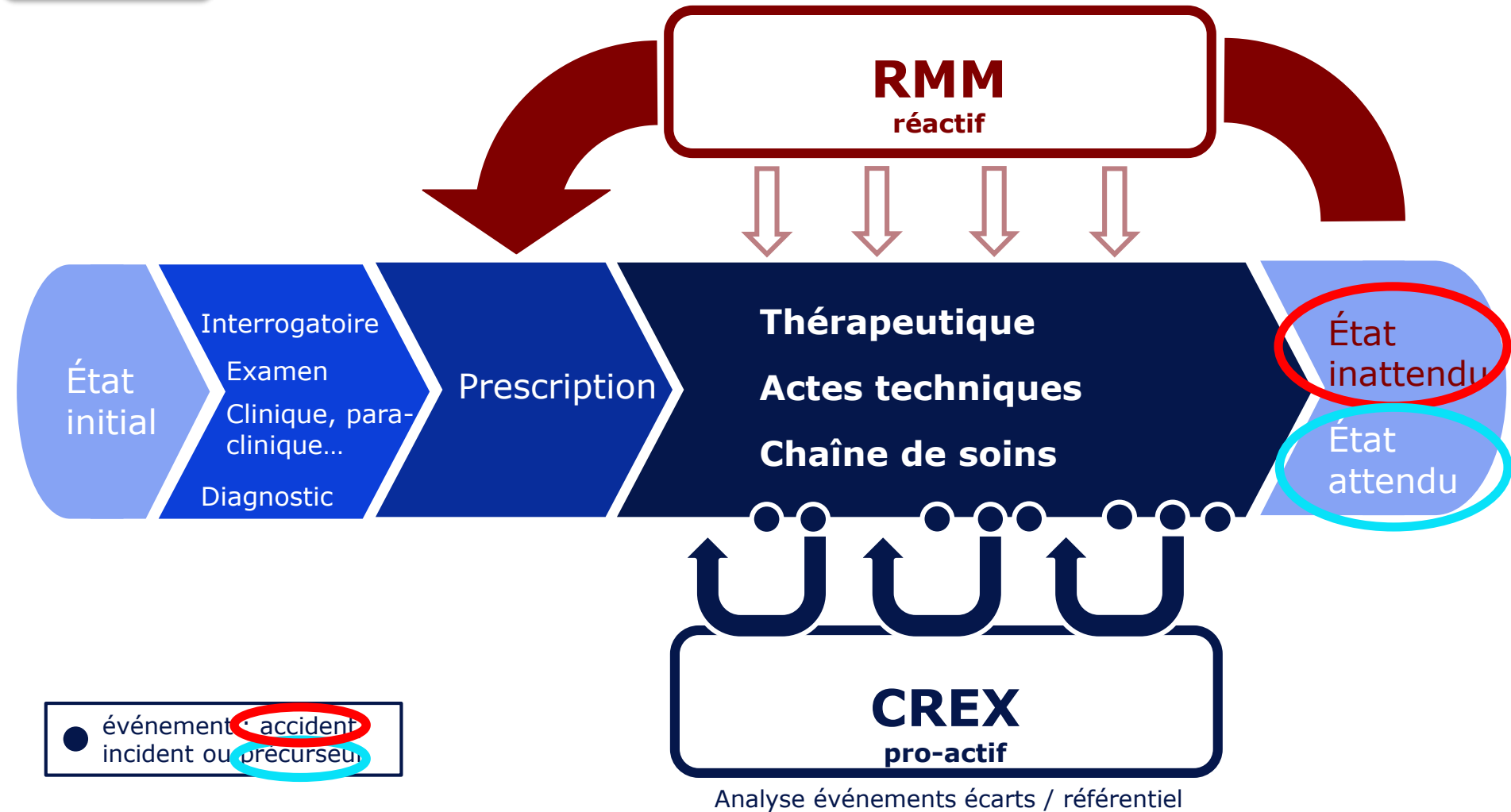
1 approche systémique  
2 méthodes complémentaires

## RMM & CREX:

- Démarche formalisée
- Chronogramme
- Analyse collective
- Actions d'amélioration
- REX

## CREX dans l'aviation:

- Instance décisionnelle
- Événements précurseurs
- Parti-pris de « petits pas »  
par unité de soins  
1 EI / mois  
1 action / mois  
(10 actions / an)



- RMM et CREX sont des séances d'analyse systémique.
- A l'origine leur différence réside dans le choix d'EI selon leur gravité.
- Les deux peuvent analyser les mêmes types d'EIAS, avec les mêmes solutions/outils/difficultés.
- Les CREX « instances décisionnelles » supervisent des améliorations globales à l'échelle d'un établissement.