

Journée Régionale sur l'utilisation des Produits de Santé en EHPAD

BLOIS 19 juin 2019



Le retour d'expérience et la prise en compte des Facteurs Humains

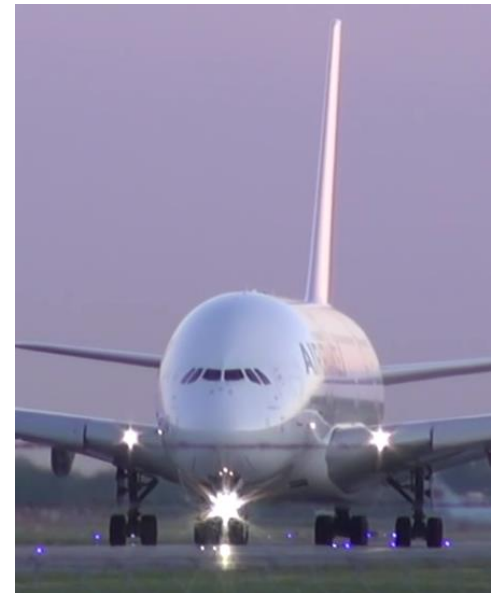
Alain CONTENT



Qui sommes-nous?

AFM42...

- Société privée issue du groupe Air France
- Diffuse le savoir faire acquis dans le milieu aérien
 - **Transfert méthodologique**
 - ✓ vers d'autres compagnies
 - ✓ vers l'industrie et les services
(SNCF, Airbus, Accor, France Telecom, Santé,...)
 - **Recherche et développement**
 - ✓ détection des risques systémiques
 - ✓ changements de paradigme et de culture
 - ✓ compétence



La sécurité aérienne de 1960 à 2016



600 décès

108 millions de passagers



600 décès

3,8 milliards de passagers

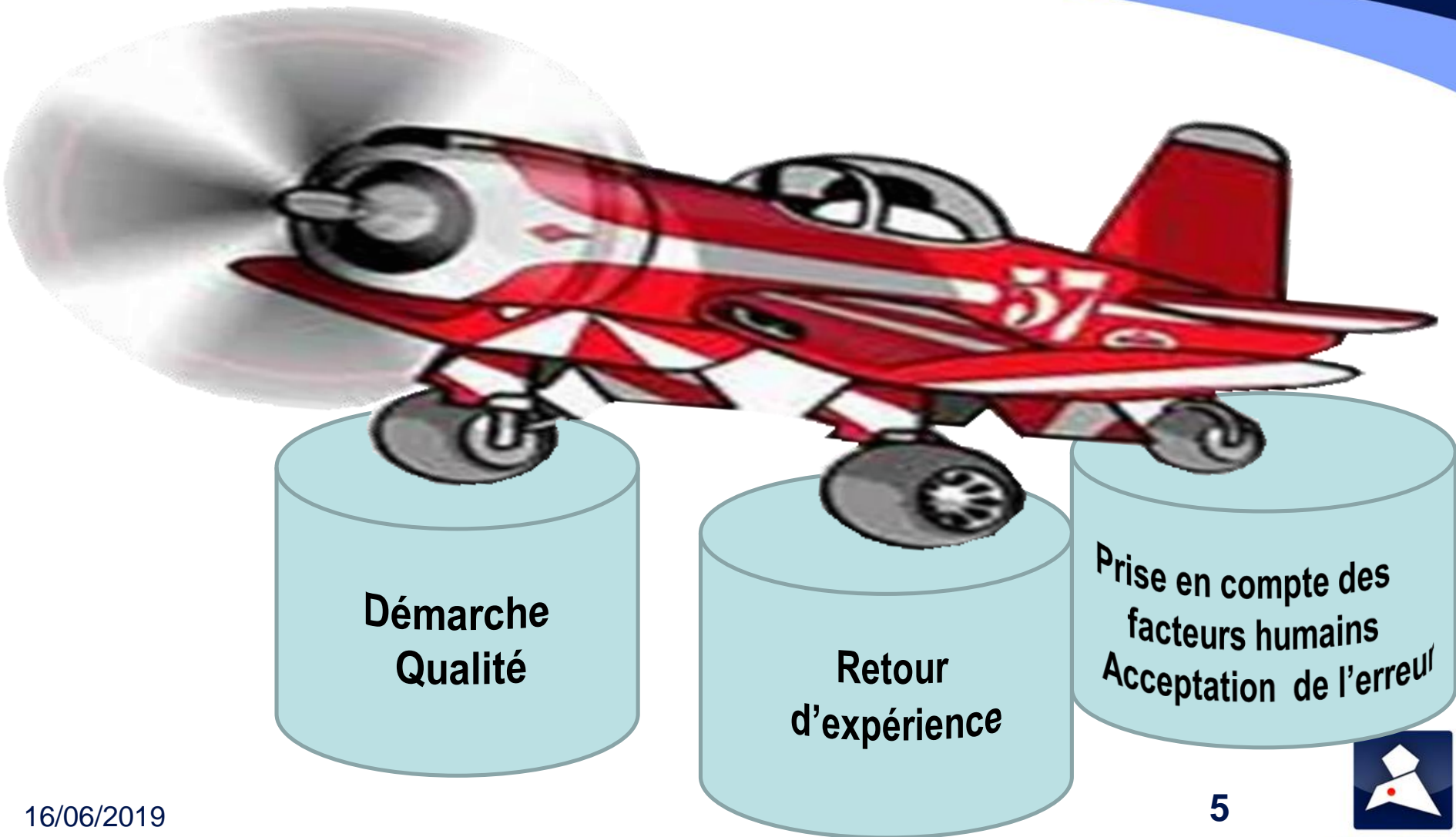
× 35

2017 une année marqueur



0 décès sur avion à réaction
5 décès sur avion à hélices
4,1 milliards de passagers

Les trois piliers de la construction de la sécurité





Le retour d'expérience (REX)

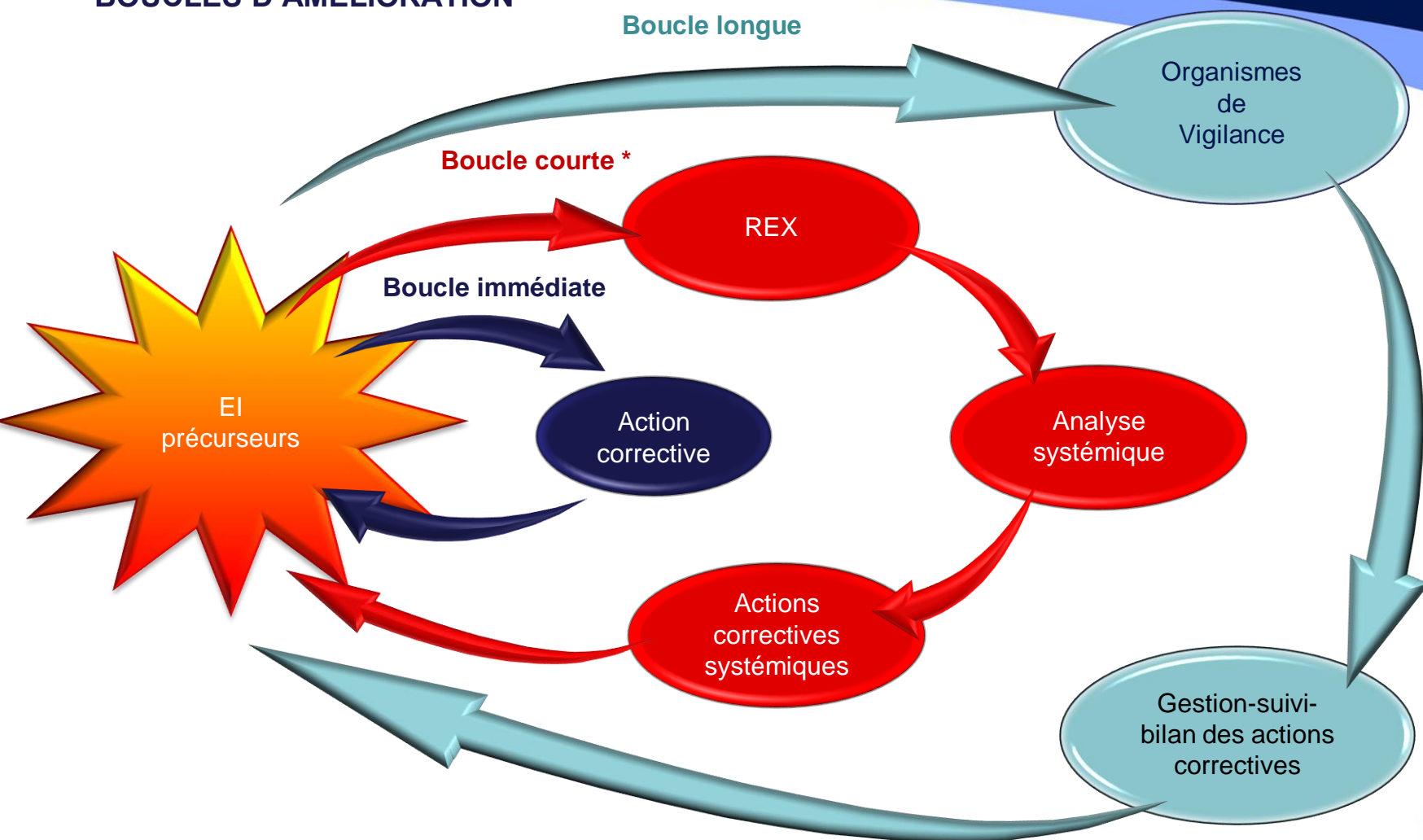
Quel enjeu dans la Santé ?

- Les données épidémiologiques (**20 000 à 30 000 décès** potentiellement associés à des EIAS chaque année en France) indiquent que la sécurité des soins **reste un problème majeur de santé publique.**
- L'évaluation du PNSP 2013-2017 indique que la France est « au milieu du gué » : elle a construit un cadre fort (textes réglementaires, outils et méthodes) **qui reste mal connu et peu intégré dans la pratique de la majorité des professionnels de santé.**

Extraits de l' évaluation par le **Haut Conseil de la Santé publique** du PNSP 2013/2017 (Aout 2018

Le retour d'expérience dans la Santé

BOUCLES D'AMELIORATION



- **Boucle courte = CREX**
Comité de Retour d'Expérience

On vous y encourage fortement !

Développer le retour d'expérience (dans tous les secteurs, pas seulement pour les EIG, en adaptant les méthodes pour la ville et le médico-social, inclure le récit des patients, veiller aux conditions de meilleure récupération et d'atténuation des évènements).

Conforter le circuit de déclaration des EIG à l'ARS (revoir le périmètre des EIG, privilégier les « circuits courts » de gestion des EIG, mettre en cohérence les circuits de déclaration avec les vigilances sanitaires).

Extraits de l'évaluation par le **Haut Conseil de la Santé publique** du PNSP 2013/2017
(Aout 2018)



AFM42

Le retour d'expérience

3 éléments essentiels



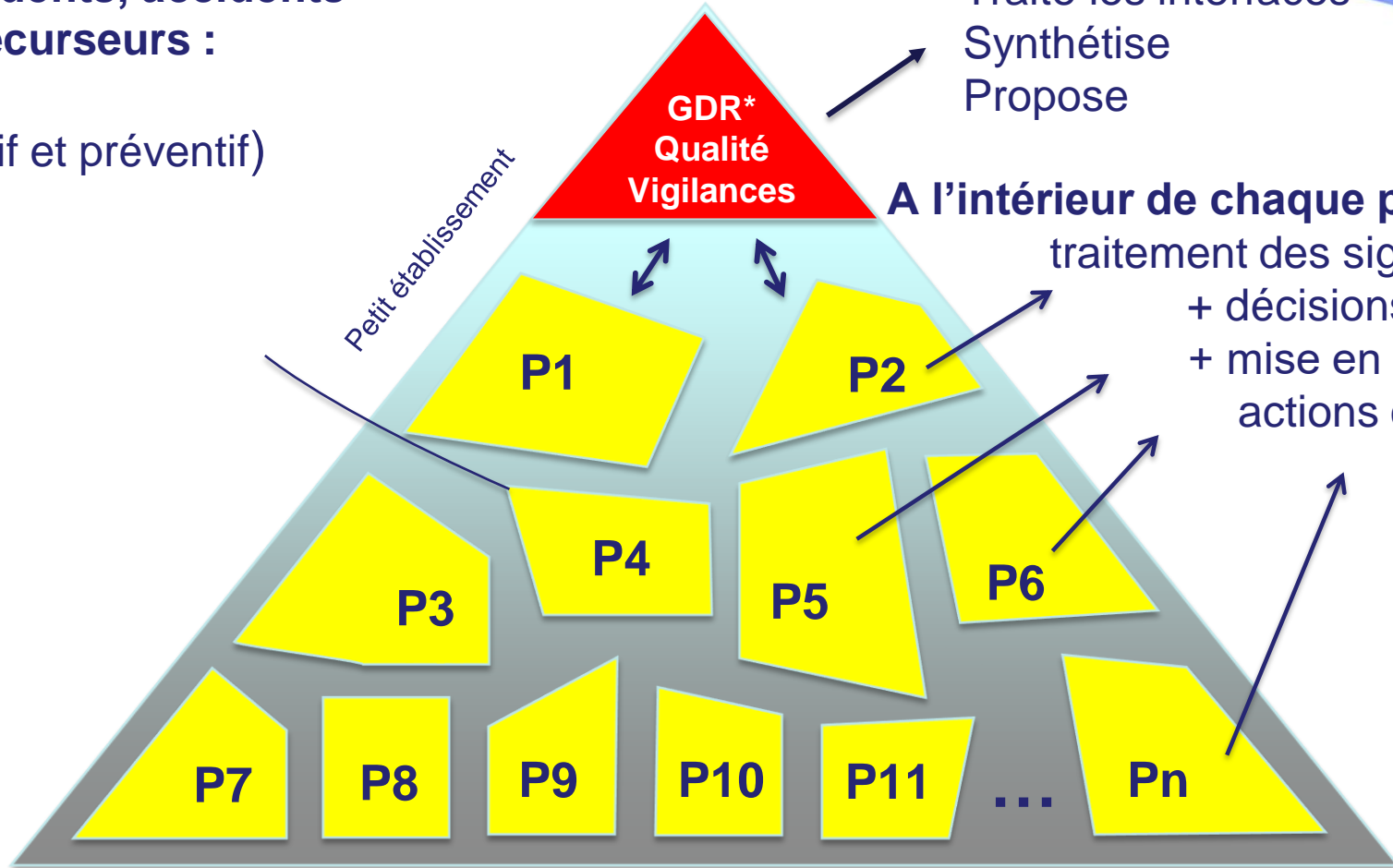
La nécessaire décentralisation de la gestion des risques

1/3

Organisation permettant l'analyse d'incidents, accidents et précurseurs :

(réactif et préventif)

Coordonne
Traite les interfaces
Synthétise
Propose



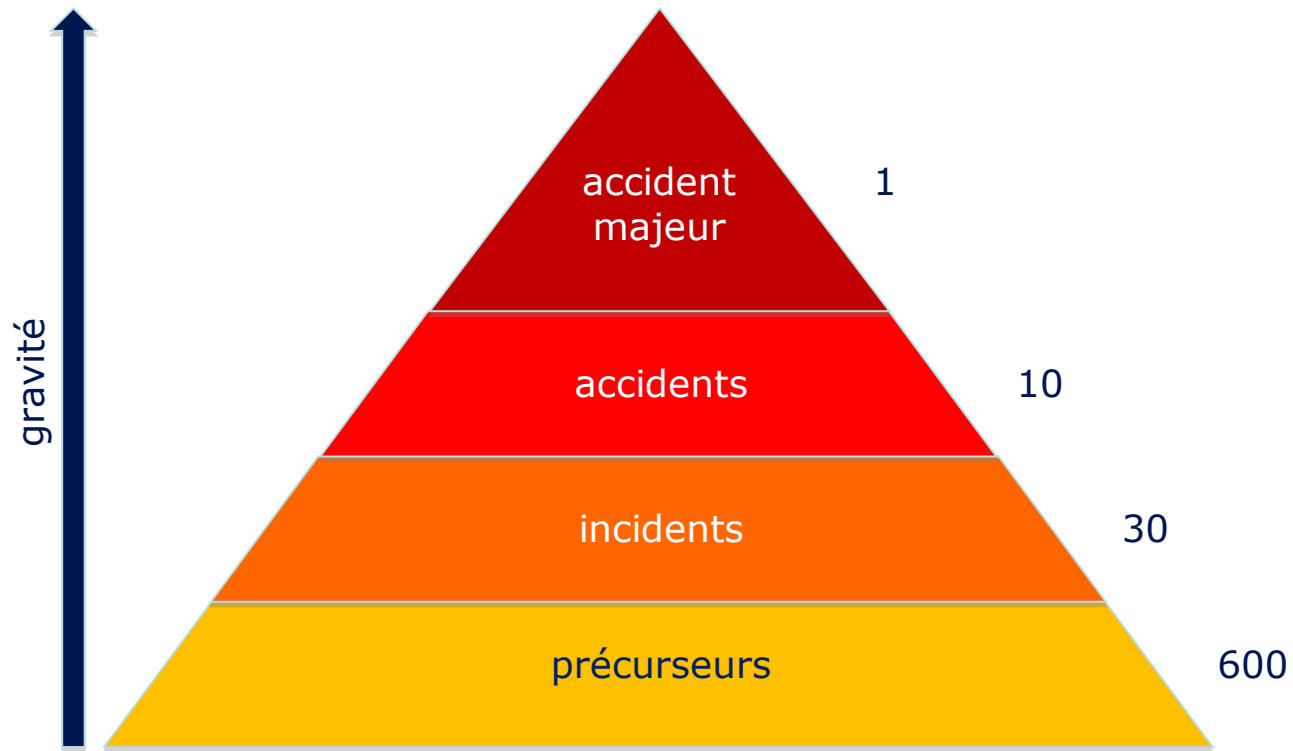
* Gestion des Risques

16/06/2019

11



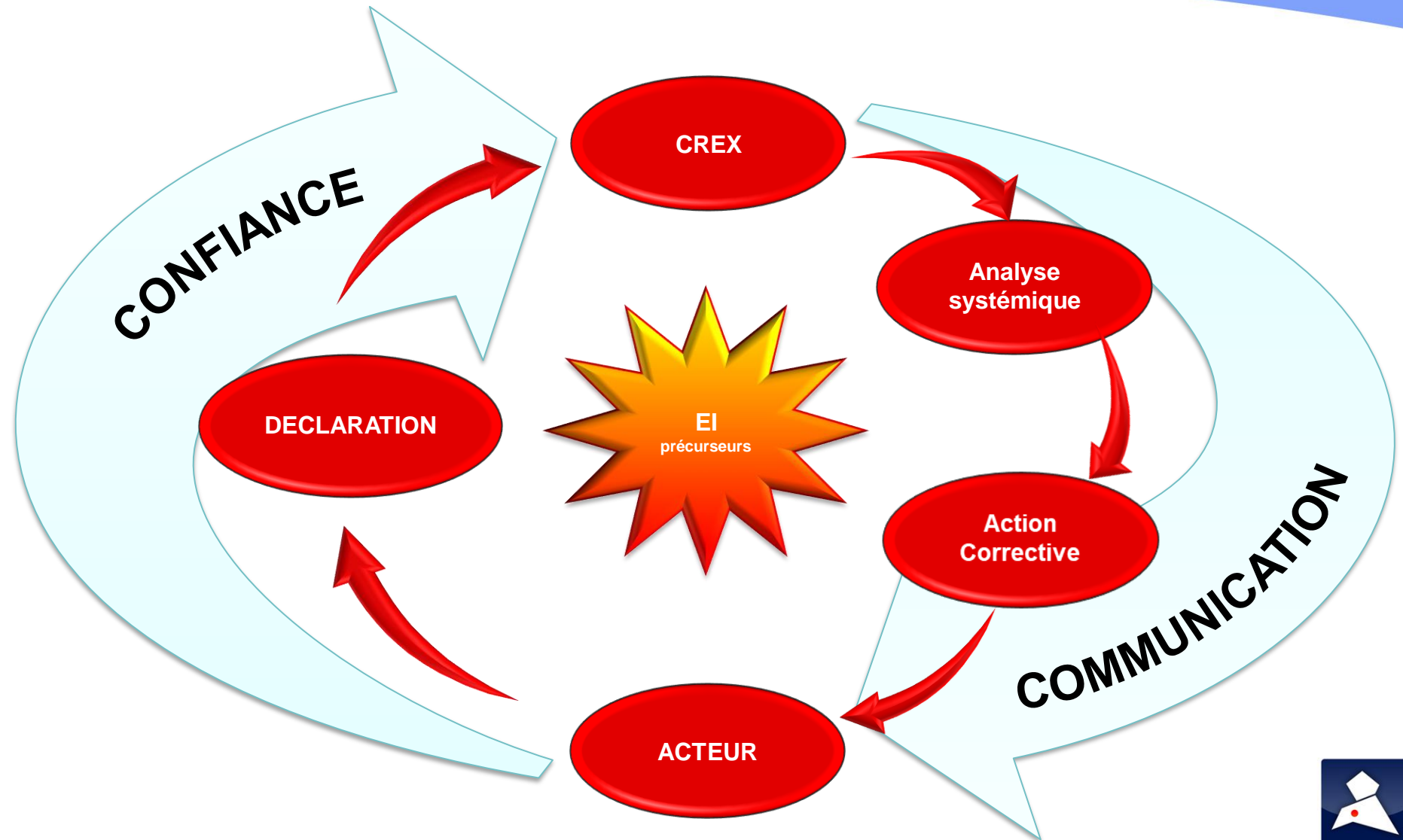
AFM42



Pyramide de Bird (1969) – Heinrich (1931)



La confiance et la communication 3/3





AFM42

Le retour d'expérience

Une méthode d'analyse



L'analyse ORION, une méthode pour le terrain

1- Collecte des données liées à l'événement

Référentiels
Documents
Règles de l'art
Ecoute des acteurs et/ou témoins

2- Elaboration du Scénario

. Sélection des faits
. Chronologie
. Contexte

3- Identification des écarts

REFERENTIEL
PROCEDURE
REGLE DE L'ART
Ce peut être aussi :
. Actions Inappropriées
. Etats défallants
. Ecart aux attendus
. Faits méritant d'être investigués

4- Recherche des causes

. Les facteurs contributifs
. Les facteurs influents

Par domaine :

TECHNIQUE
FACTEUR HUMAIN
ENVIRONNEMENT
ORGANISATION

6- Elaboration du rapport : mise en forme du tableau

5- Proposition d'actions correctives



Le rapport d'analyse ORION en synthèse

EVENEMENT :

DATE HEURE	ANALYSTE :					METIER
	FAITS	ECARTS	FACTEURS CONTRIBUTIFS	FACTEURS INFLUENTS	ACTIONS CORRECTIVES	

FAITS
Le film de l'événement



**UN ACTEUR
UNE ACTION
Par ligne**

ECARTS par rapport à :

REFERENTIEL défini au sein de l'établissement
PROCEDURE ou consigne écrite permettant de répondre à un événement identifié
REGLE DE L'ART généralisée et acceptée par une majorité d'intervenants

Ce peut être aussi :

- . Actions inappropriées
- . Etats défailants
- . Ecart aux attendus
- . Faits méritant d'être investigués

FACTEURS CONTRIBUTIFS
(ou « causes directes ») :

relations de cause à effet entre les faits et les actions inappropriées.
Ils sont directement reliés à l'événement.

FACTEURS INFLUENTS
(ou « causes indirectes »)

. Les relations de cause à effet entre les faits, facteurs contributifs de l'événement, sont souvent éclairées par les conditions au cours desquelles ils apparaissent.

Ils sont appelés « facteurs influents » (ou « causes indirectes »)

ACTIONS CORRECTIVES
Toujours en rapport avec les facteurs contributifs et influents
Ne pas se censurer et recueillir ce qu'exprime le terrain

METIER
Un par action corrective
Le métier du périmètre du CREX le plus intéressé à ce que cette action corrective soit réalisée

PILOTE DE L'ANALYSE : Véronique Durand

JOUR HEURE	FAITS	ECARTS	FACTEURS CONTRIBUTIFS	FACTEURS INFLUENTS	ACTIONS CORRECTIVES	METIER ou ENTITE
J - 6 mois	Médecin traitant prescrit un médicament à la résidente A					
J - 6 mois	Médecin mets prescription dans le dossier de la résidente					
J 0 / 06H30	IDE prépare ses piluliers avec le logiciel de préparation					
J 0 / 10H00	IDE Commence sa tournée					
J 0 / 10H30	IDE rentre dans la chambre de la résidente A avec son chariot et sort les médicaments du pilulier et les pose sur le chariot		F1 : IDE rentre dans la chambre avec son chariot - Pratique de l'établissement F2 : Non prise en compte du risque d'infection (BP d'hygiène) - EHPAD F3 : IDE n'effectue la procédure d'identito-vigilance	Sur confiance Routine	AC1 : Réécrire la procédure d'administration avec la préparation des médicaments à administrer dans le couloir. AC2 : Acheter des chariots sécurisés AC3 : Mettre en place des récipients identifiés "Patient" pour l'admini.... AC4 : Faire une formation "FH"	AC1 : IDE AC2 : Cadre IDE AC3 : Cadre IDE AC4 : Cadre
J 0 / 10H30	IDE est interrompue par la famille de la résidente B (chambre voisine) à propos de la résidente B		F1 : Famille interrompt l'IDE en cours d'administration - Elle a une question à lui poser F2 : Familles non sensibilisées à l'interruption des soignants en activité	Famille de résident présente	AC5 : Sensibiliser les familles par les canaux de communication aux familles AC6 : Acheter des gilets de couleur avec indication de "Soins en cours" et écrire la procédure d'utilisation	AC5 : Cadre AC6 : Cadre
J 0 / 10H31	Famille de la résidente B informe l'IDE à propos d'une situation sans urgence particulière		idem ligne précédente		AC5 AC6	
J 0 / 10H31	IDE va dans la chambre de la résidente B avec son chariot avec les médicaments de la résidente A sur le chariot		F1 : IDE répond immédiatement à la sollicitation de la famille - Elle pense qu'elle maîtrise la situation. - N'a pas été sensibilisée aux risques d'interruption de tâche	Habitude de l'Interruption de tâche sans gestion	AC7 : Former les équipes à la gestion de l'interruption de tâche	AC7 : Cadre
J 0 / 10H31	IDE s'occupe de la résidente B à qui elle devait administrer des médicaments		idem ligne précédente			
J 0 / 10H32	IDE donne les médicaments qui se trouvent sur le chariot à la résidente B		F1:IDE donne les médicaments de la résidente A à la résidente B F2: IDE ne respecte pas le protocole d'administration		AC4 AC7	
J 0 / 10H34	IDE retourne dans la chambre de la résidente A et s'aperçoit de son erreur					
J 0 / 10H35	IDE prévient sa cadre					
J 0 / 10H36	La cadre prévient le médecin traitant de la résidente					
J 0 / 10H40	Médecin traitant demande un transfert en urgence					
J 0 / 11H00	IDE et Cadre informe la famille de la résidente B de son envoi en urgence					

Actions correctives proposées

N°	<u>Actions correctives proposées</u>	Responsable	Délai
1	AC1 : Récrire la procédure d' administration avec la préparation des médicaments à administrer dans le couloir.		
2	AC2 : Acheter des chariots sécurisés		
3	AC3 : Mettre en place des récipients identifiés "Patient" pour l'administration		
4	AC4 : Faire une formation "Facteurs Humains"		
5	AC5: Sensibiliser aux risques IT les familles par les canaux de communication aux familles		
6	AC6 : Acheter des gilets de couleur avec indication de "Soins en cours" et écrire la procédure d' utilisation		
7	AC7 : Former les équipes à la gestion de Interruption de tache		
8			
9			



AFM42

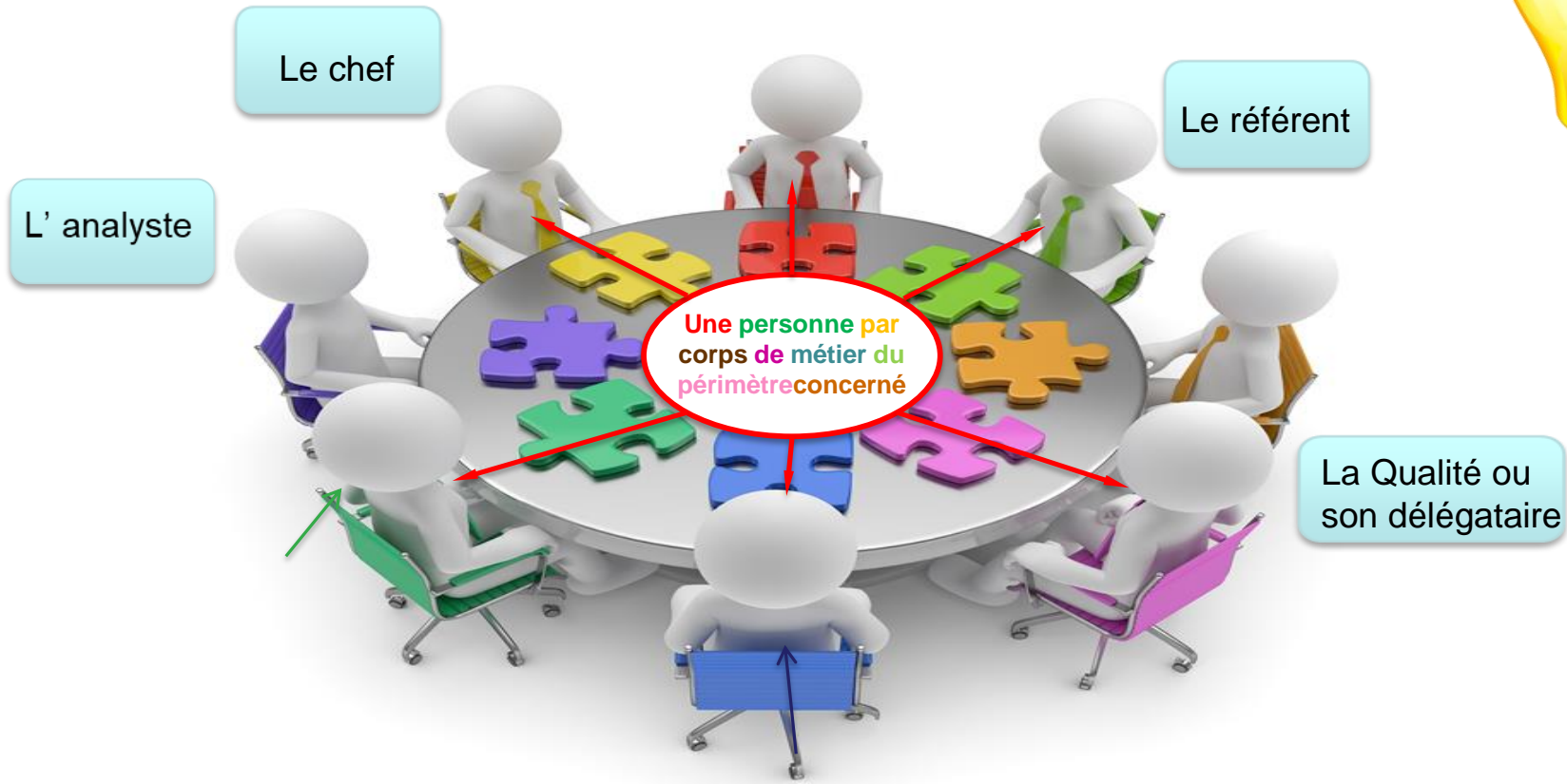
Le retour d'expérience

**Une organisation pour
décider**



Partage de l'erreur – Retour d'expérience

Le CREX3 décisions :



Choisit un évènement, désigne un analyste, choisit une action corrective

N°	<u>Actions correctives proposées</u>	Responsable	Délai
1	AC1 : Récrire la procédure d' administration avec la préparation des médicaments à administrer dans le couloir.		
2	AC2 : Acheter des chariots sécurisés		
3	AC3 : Mettre en place des récipients identifiés "Patient" pour l'administration		
4	AC4 : Faire une formation "Facteurs Humains"		
5	AC5: Sensibiliser aux risques IT les familles par les canaux de communication aux familles		
6	AC6 : Acheter des gilets de couleur avec indication de "Soins en cours" et écrire la procédure d' utilisation		
7	AC7 : Former les équipes à la gestion de Interruption de tache		
8	AC8 : Sensibiliser les familles aux risques IT par les canaux de communication aux familles et former les équipes sur la gestion des IT (Facteurs Humains)	Cécile CADRE	20-oct-19
9	AC9 Faire un module de sensibilisation des équipes sur la procédure d'identito-vigilance	Maud IDE	15-juil-19

De 1 à 7 les actions correctives proposées par l' analyste

De 8 à 9 les actions décidées par le CREX

Communiquer ... encore

CREX MAGAZINE

N° 12
JAN 2018

COMPTEUR ANNUEL DES DECLARATIONS

00989

Ce mois ci:

177



MERCI !



AGENDA

Les deux prochains CREX
15 février
20 mars

C'EST ARRIVE PRES DE CHEZ VOUS
CREX qui s'est passé !



FAITS

CONSEQUENCES

CONCLUSION ANALYSE

LE CREX DECIDE

AGIR c'est PREVENIR !
Les actions CREX en cours...



Le saviez-vous ?

Cinq sessions de formation **AFM42** sont programmées cette année dans notre établissement !
Si vous êtes intéressés par la formation à l'analyse **ORION** contactez votre encadrement





AFM42

La prise en compte des facteurs humains



La prise en compte des Facteurs Humains



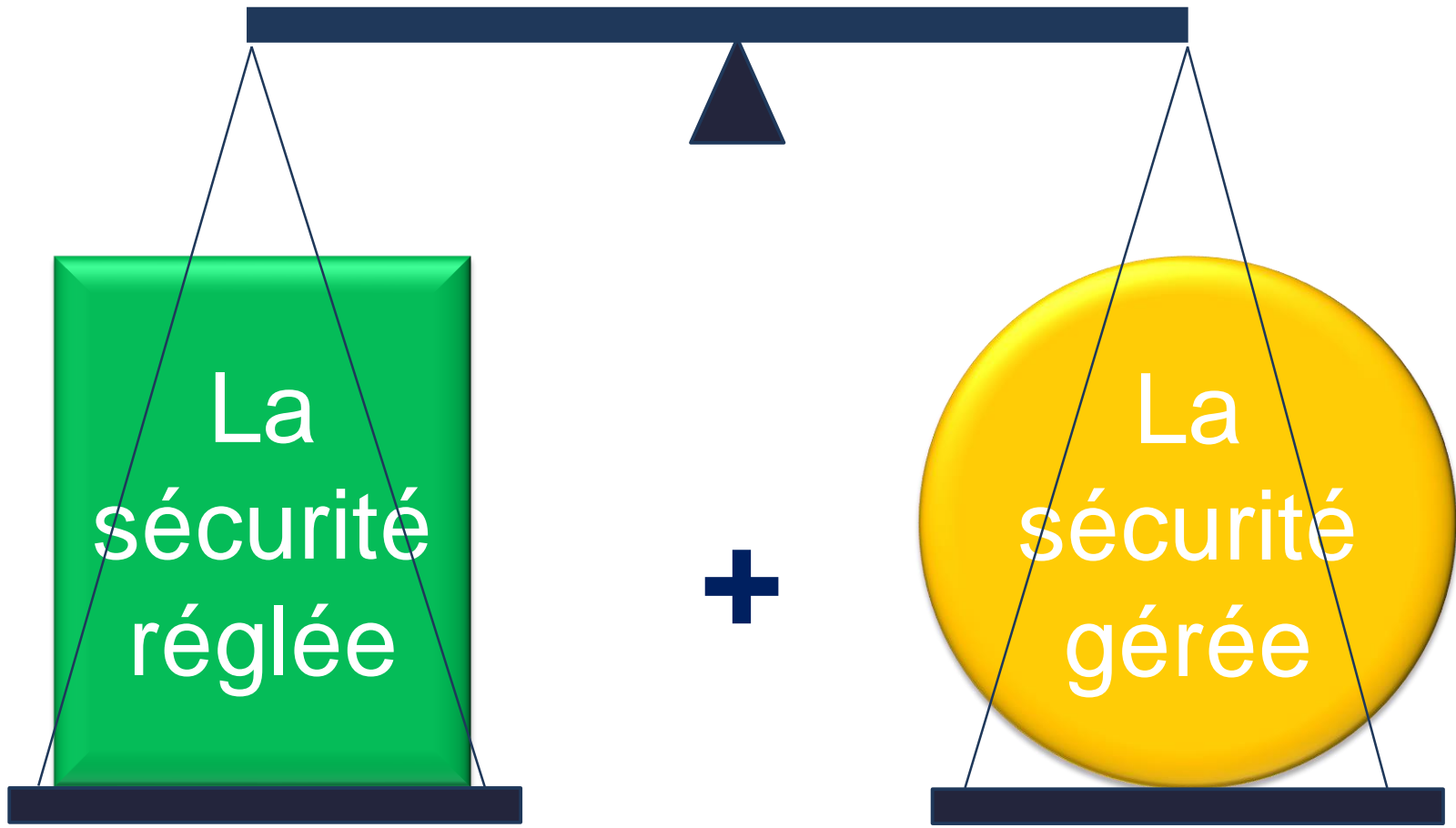
FACTEUR HUMAIN



4 min 44 secondes

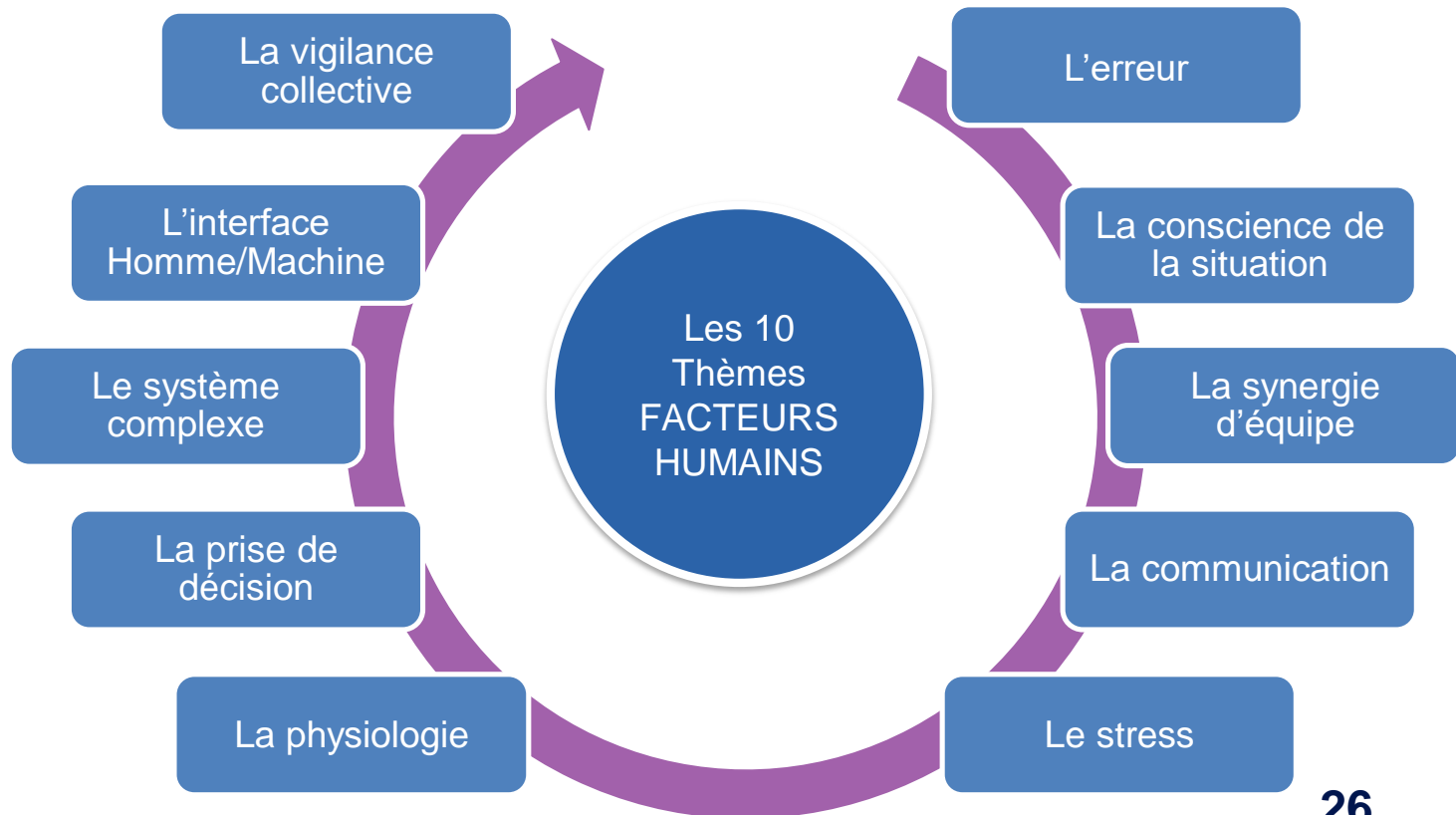


Le juste équilibre



La prise en compte des Facteurs Humains

- **Travaux universitaires** (*fin années 70 avec la NASA*)
- **Identification de 10 thèmes enseignés progressivement à tous les acteurs de première ligne de l'aéronautique** (*à partir des années 80*)



La prise en compte des Facteurs Humains

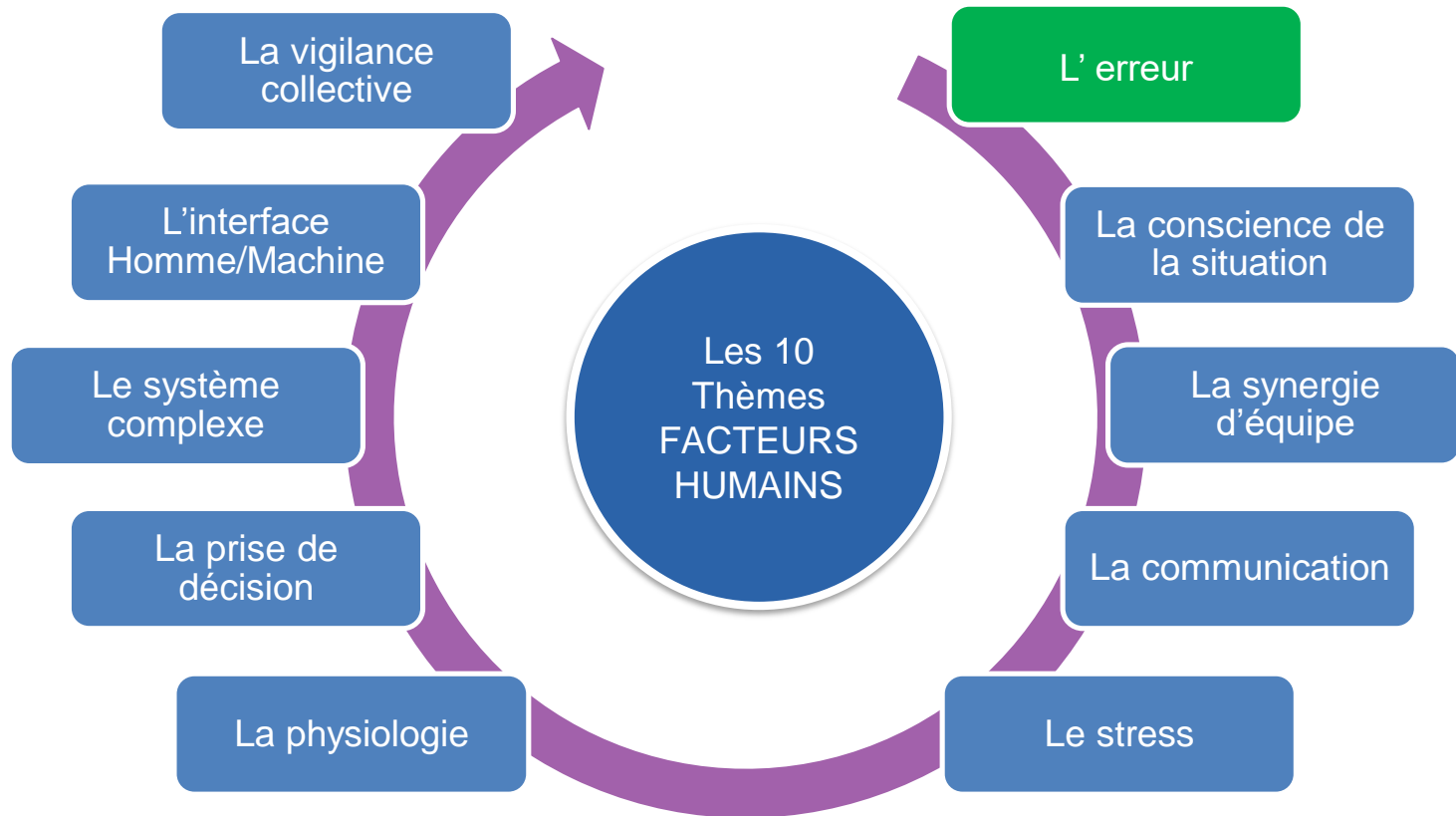
Permet d' actionner deux leviers :

- En amont de l'erreur, **construire un environnement générant moins d'erreurs** en apprenant aux acteurs à adapter attitudes et comportements
- En aval de l'erreur **utiliser les outils qui permettent de la détecter et de la récupérer** (*Human Error, James Reason, 1990*)

Mais aussi, en déculpabilisant, de libérer la parole des acteurs.....pour déclarer



L'acceptation de l'erreur



L'inévitable et nécessaire erreur



- **80% des causes premières d'accident liées à des erreurs humaines**
- **Les mécanismes cognitifs du cerveau humain privilégient la rapidité de réaction**
- **« La performance humaine et l'erreur sont les deux faces d'une même pièce de monnaie »**
(James Reason, 1990)
- **Les erreurs sont utiles pour les mécanismes d'apprentissage et l'organisation de l'activité**



Partage des erreurs dans l'aérien... et la santé

Securité des Vols
NOTRE PRIORITÉ

Info n°3/2011



Les opérations de sollicités de tous ces interruptions de leurs permutations Le personnel au incessante de pro

ASR 128847 : ER

RÉSUMÉ des FAI
A la PPV nous dé
A l'avion à la m
définitive soit 57,3
Nous calculons s
dialogues sol, les
Départ avec 23m
Peu de temps ap
nous l'attribuons
En y regardant l
un mini dégage

MESURES IMM
Vérification con
Vérification sur
BILAN : pas de
L'insertion de
L'affinage du
refuelling en r
Nous deman
A noter qu'ur
mn de carbur

ANALYSE
Reste néann
poste).
Nous avions
Nous avions
Les CL ont
Nous avons

SÉCURITÉ DES VOLS **Saf**

Destinataires : Pilotes BOEING



ASIANA 214, San Fran

Par grand beau temps, l'avion est en approche haut sur le plan, le glide est HS. Quelques minutes percute la digue et s'écrase sur la piste 28L.



1 - À 5 Nm (pont de San Matteo), AP ON, train sorti, mode SPEED VS-1000 ft/min, 2200 ft / 175 kt ;
152 kt et altitude 3000 ft nouvelle PRG
2 - 1600 ft / 170 kt, 3000 ft
- La cible ALT étar
- L'équipage repr
- Le mode A/T pas
3 - 1100 ft / 155 kt, 3000 ft
reste sur ON, m
4 - 500 ft, 1,4 Nm, l
- L'équipage tire s
- 350 ft / 130 kt tr
- 300 ft / 120 kt qu
5 - 11 s avant impac
- 8 s avant impac

CREX magazine **PUI**

PUI: Pharmacie à Usage Intérieur

C'est arrivé près de chez nous ...
(zoom sur l'événement du mois)

LES FAITS Une bouteille de Kalinox a été distribuée à un service mais n'a pas été tracée dans le logiciel dédié aux fluides médicaux : STELIO

LES CONSEQUENCES La comptable n'a pas retrouvé, lors de la facturation des fluides, l'UF utilisateur de cette bouteille.

LES CONCLUSIONS DE L'ENQUÊTE Il n'a pas été possible de savoir quand, ni quel PPH s'est chargé de la délivrance (pas de code nominatif sur STELIO). Il semble cependant que la méconnaissance de l'outil STELIO soit à l'origine de l'erreur.

LE CREX DECIDE L'action corrective envisagée par le CREX : Dans un premier temps, la procédure va être validée et intégrée dans QUALIOS. Une fois la procédure lue par tous les PPH non formée à la délivrance des bouteilles, un PPH expérimenté se chargera de les former en pratique. En parallèle, une demande sera faite auprès de STELIO afin de voir s'il est possible d'obtenir des codes de connexion pour chaque utilisateur (responsables de la mise en œuvre: D.DIRAND, F.CONSTANS, JP PARIS)

Agenda
Prochain Crex PUI : 31 Janvier 2017

Dicton du mois :
En 2017, déclare, à en perdre la tête !!

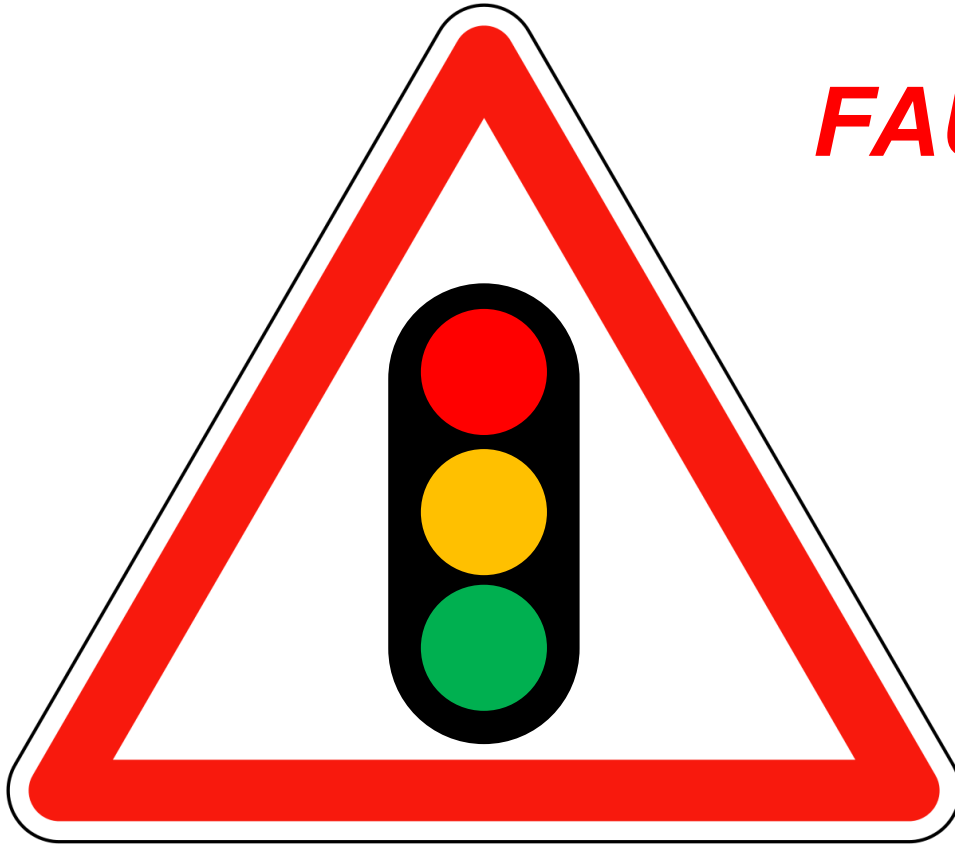
Chiffres clés :
Ce mois-ci : 5 déclarations d'événements indésirables : 3 déclarations Médicaments
Compteur annuel des déclarations

Bonnes résolutions
La trêve hivernale est passée. Il est temps de se remettre à déclarer !! Avec les bonnes résolutions: « l'arrête le signotage et je me mets au travail », ajoutez-en une à tenir : Je déclare QUILIEREMENT !!

Dans le monde

Avec deux questions en tête:
1. Comment ça s'est passé?
2. Qu'aurais je fait à leur place?

De la notion de culture juste...



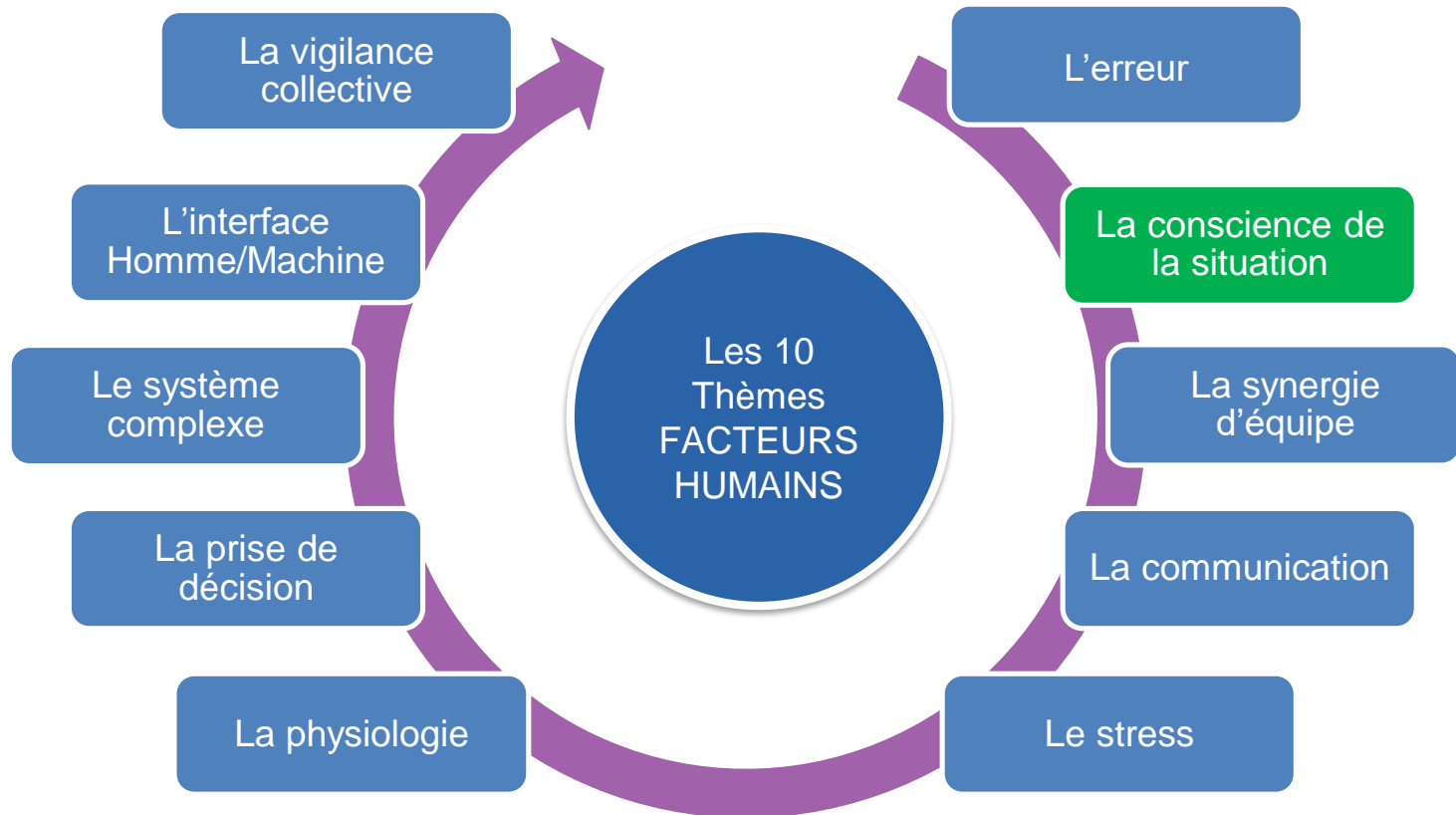
FAUTE ?

VIOLATION ?

ERREUR ?

Avant de sanctionner il faut analyser.....

La conscience de la situation



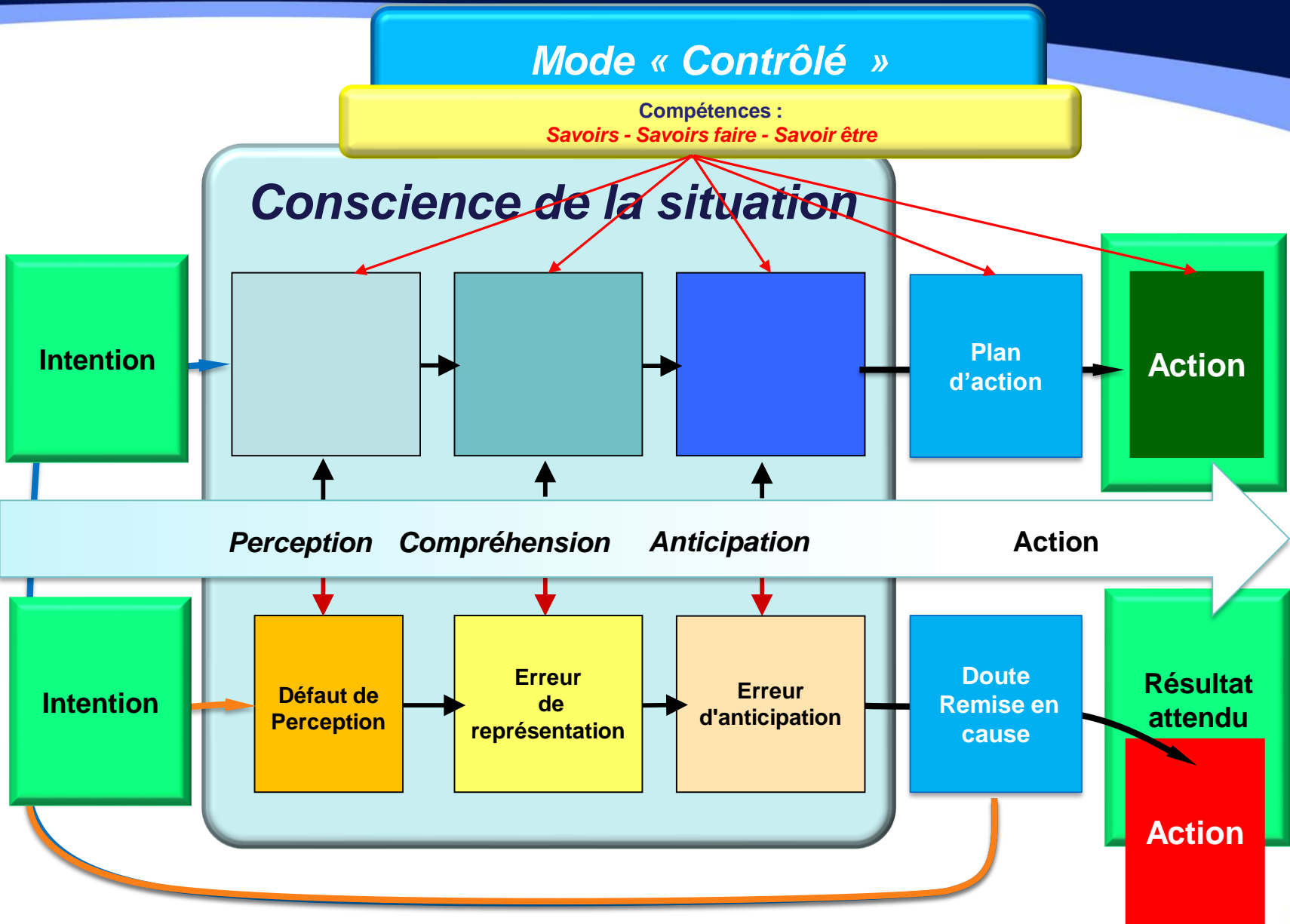
Notre cerveau sélectionne pour nous !



DT 19h50

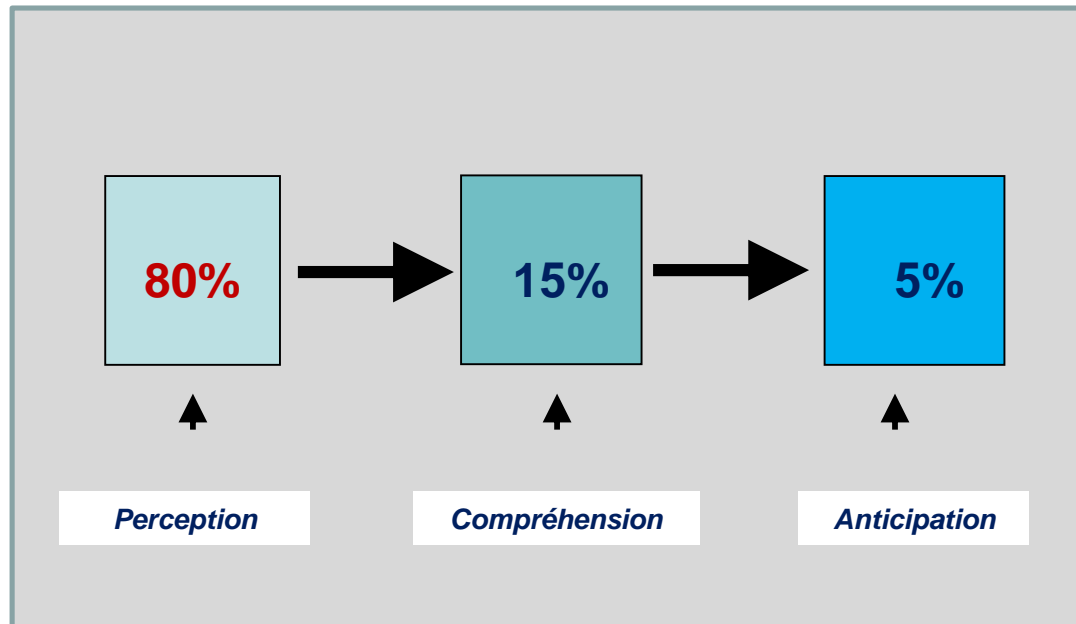
33

Processus conduisant à l'action (2 modes)



Origine des erreurs de décision

Conscience de la situation



*Jones & Endsley : "Sources of situation awareness errors in aviation"
Aviation Space Medical 1996*

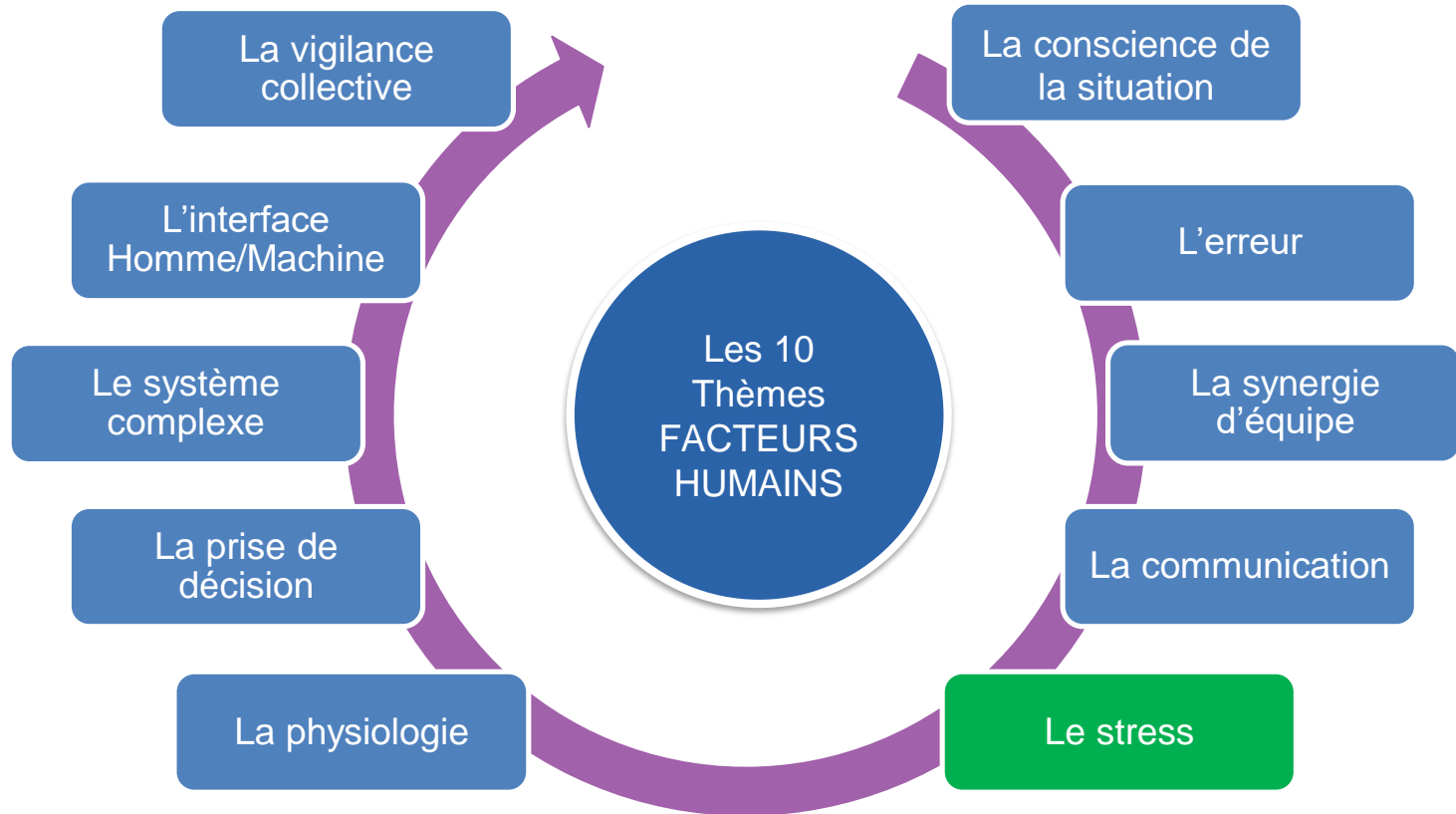
Conscience de la situation : conclusion

- **Des mécanismes cognitifs automatiques indissociables de toute activité humaine intelligente**
- **Une gestion optimisée des ressources mentales disponibles**
- **Une grande rapidité de compréhension et d'exécution**

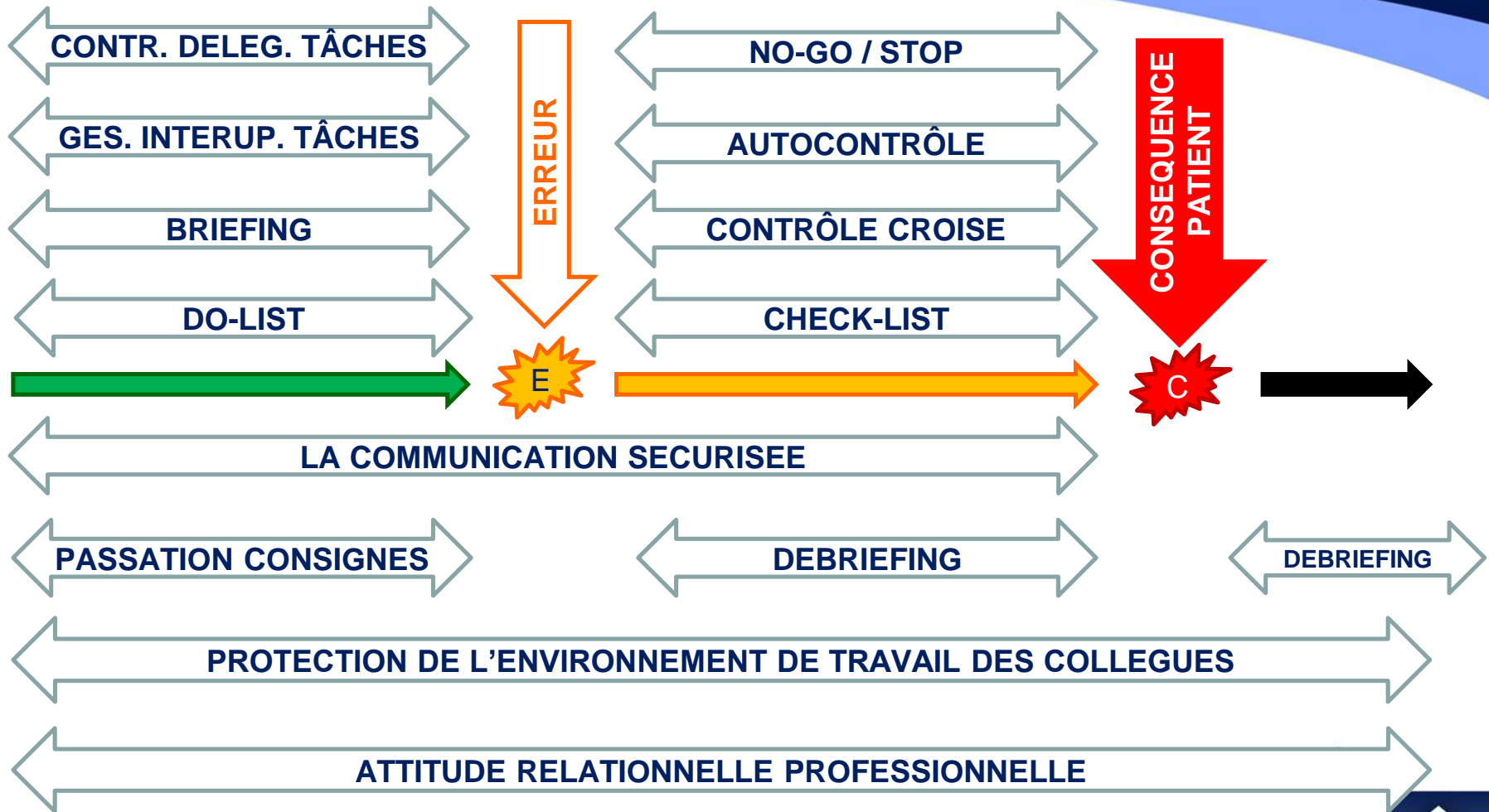
**Mais attention :
importante exposition aux risques d'erreur**



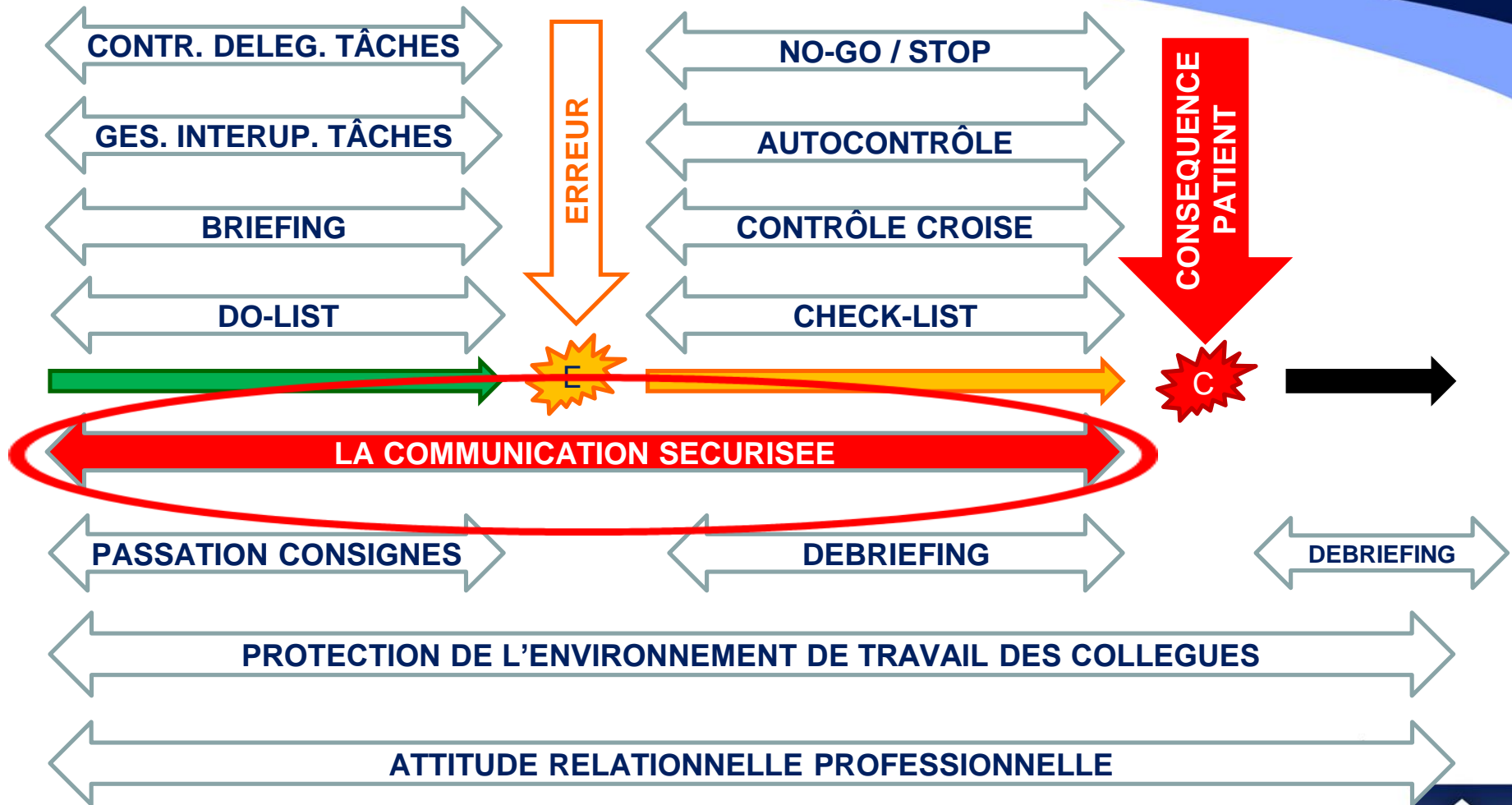
Le stress



Où les BPS nous protègent-elles ?



La communication sécurisée



La communication sécurisée

- **Objectif de la pratique**

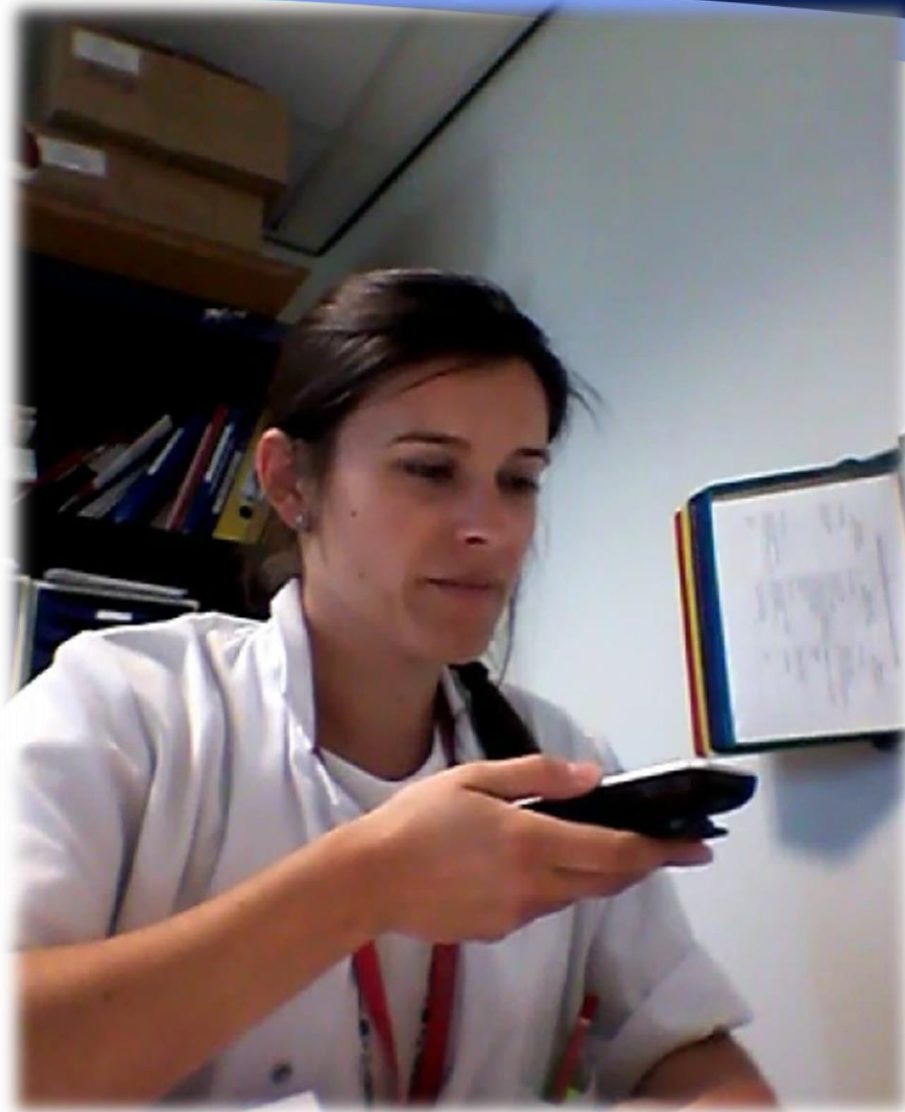
- S'assurer de la réception et de la compréhension du message
- Sécuriser le transfert de l'information

- **Utilisation**

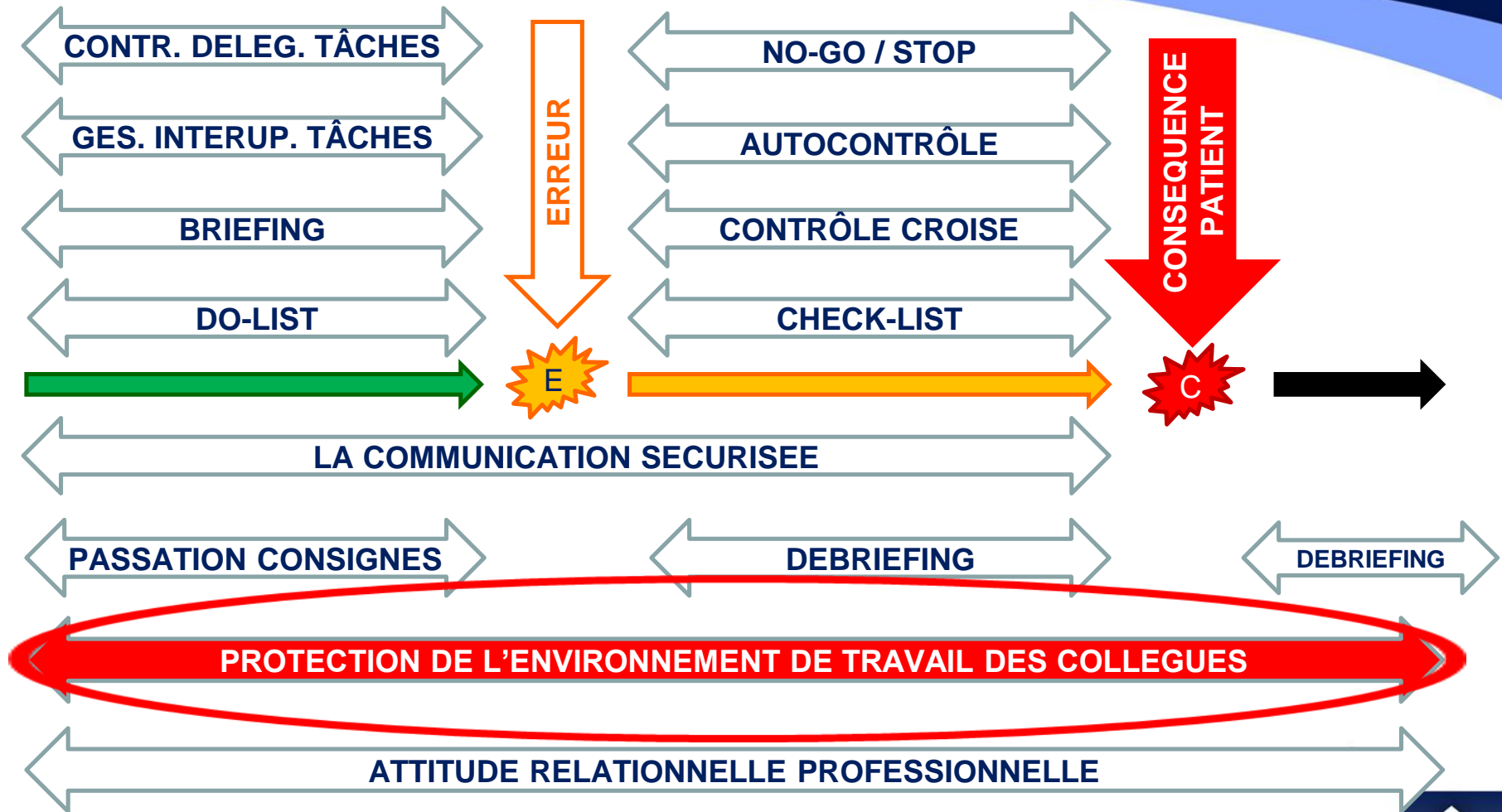
- A chaque transmission d'une information critique ou potentiellement critique
- Formulation précise et sans ambiguïté du message
- Accusé réception systématique **par répétition des mots clés**
- Répétition ou reformulation du message à chaque fois qu'un doute subsiste sur sa compréhension



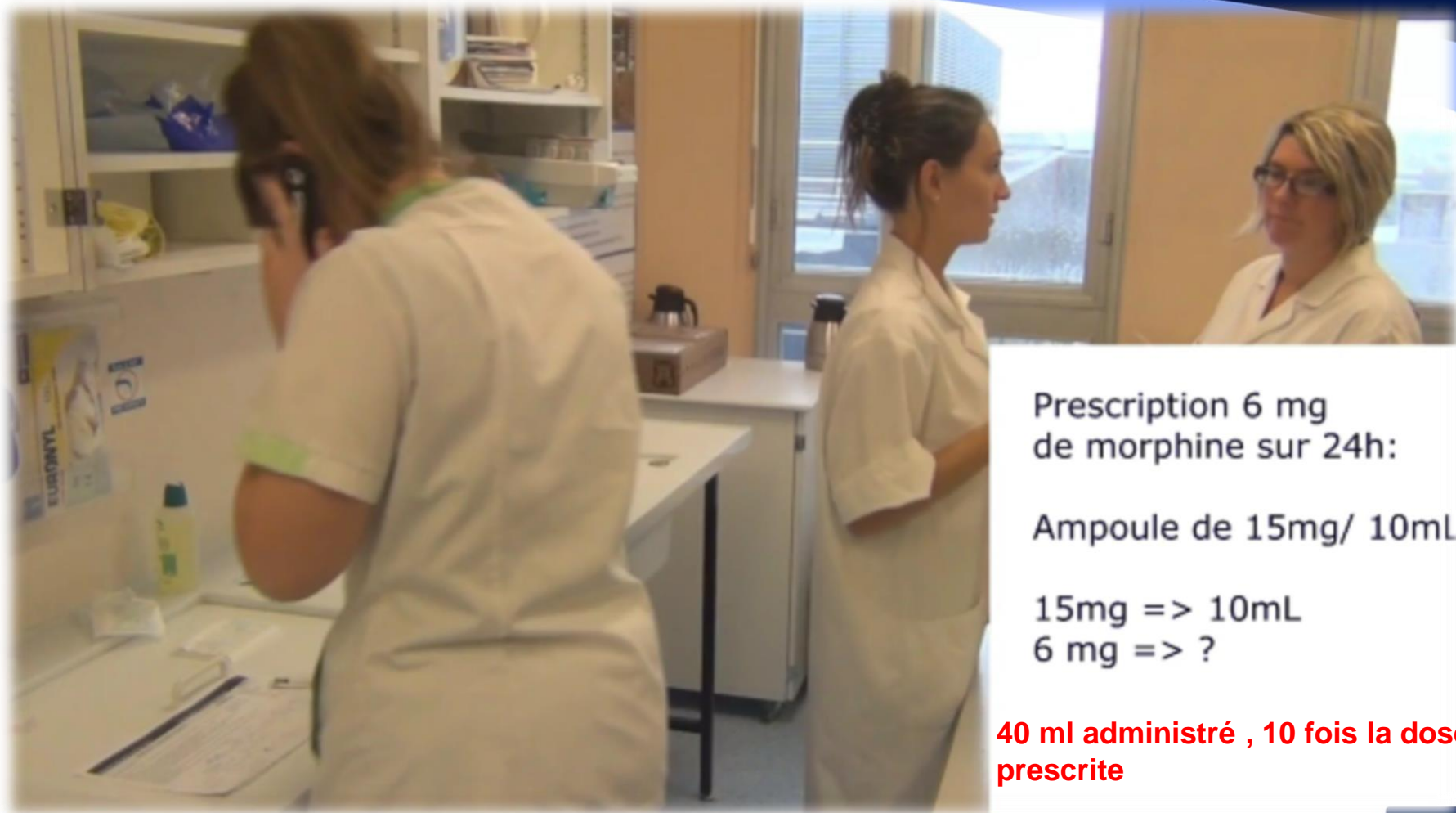
Communication sécurisée



La protection de l'environnement de travail des collègues



Protection de l'environnement de travail des collègues



Prescription 6 mg
de morphine sur 24h:

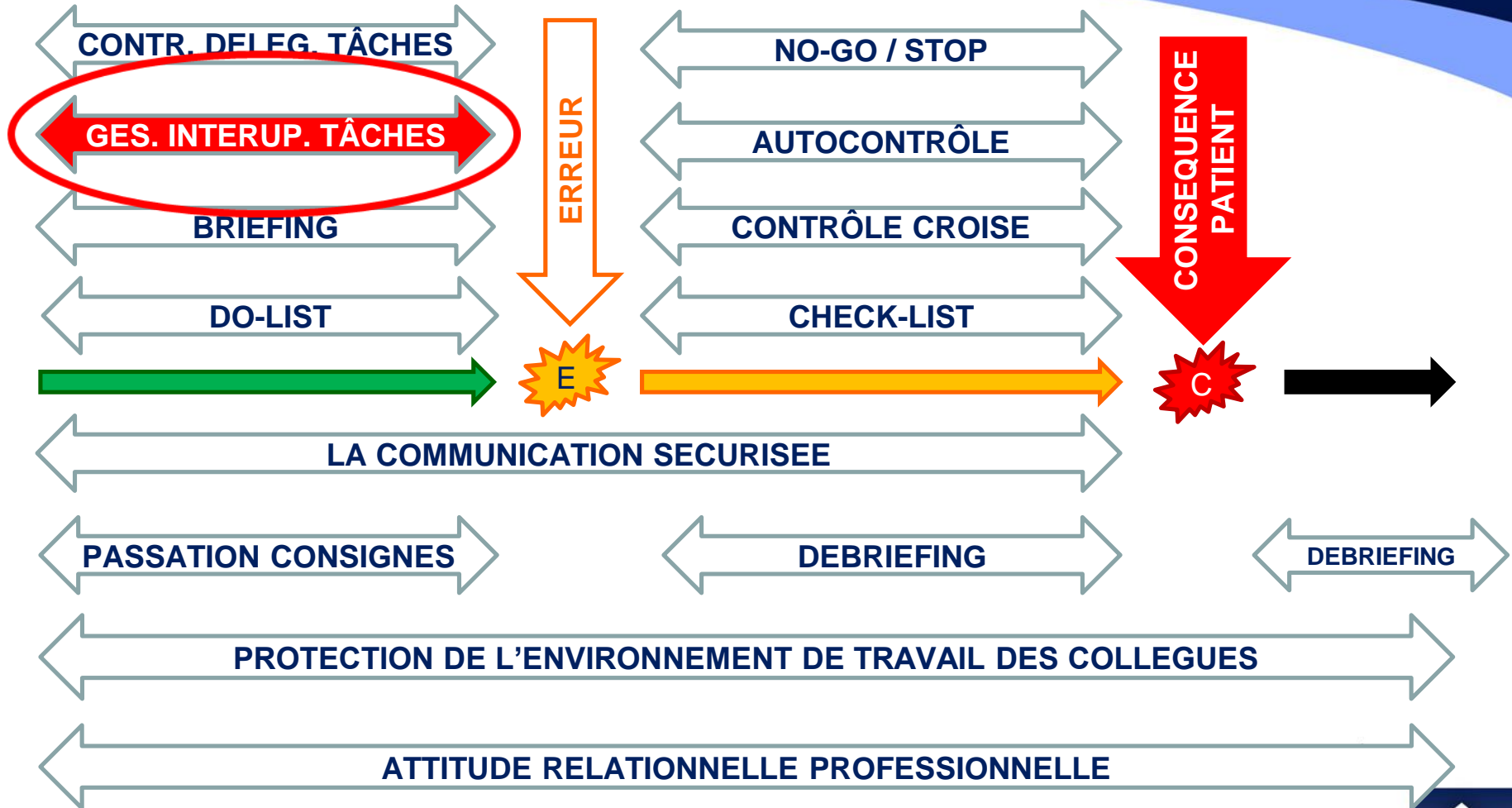
Ampoule de 15mg/ 10mL

15mg => 10mL

6 mg => ?

40 ml administré , 10 fois la dose prescrite

La gestion de l'interruption de tâche



La gestion de l'interruption de tâche

- **Objectif de la pratique**

- Se protéger des conséquences des interruptions de tâches

mais aussi...

- Protéger les autres des conséquences des interruptions de tâches

- **Utilisation**

Partout tout le temps !

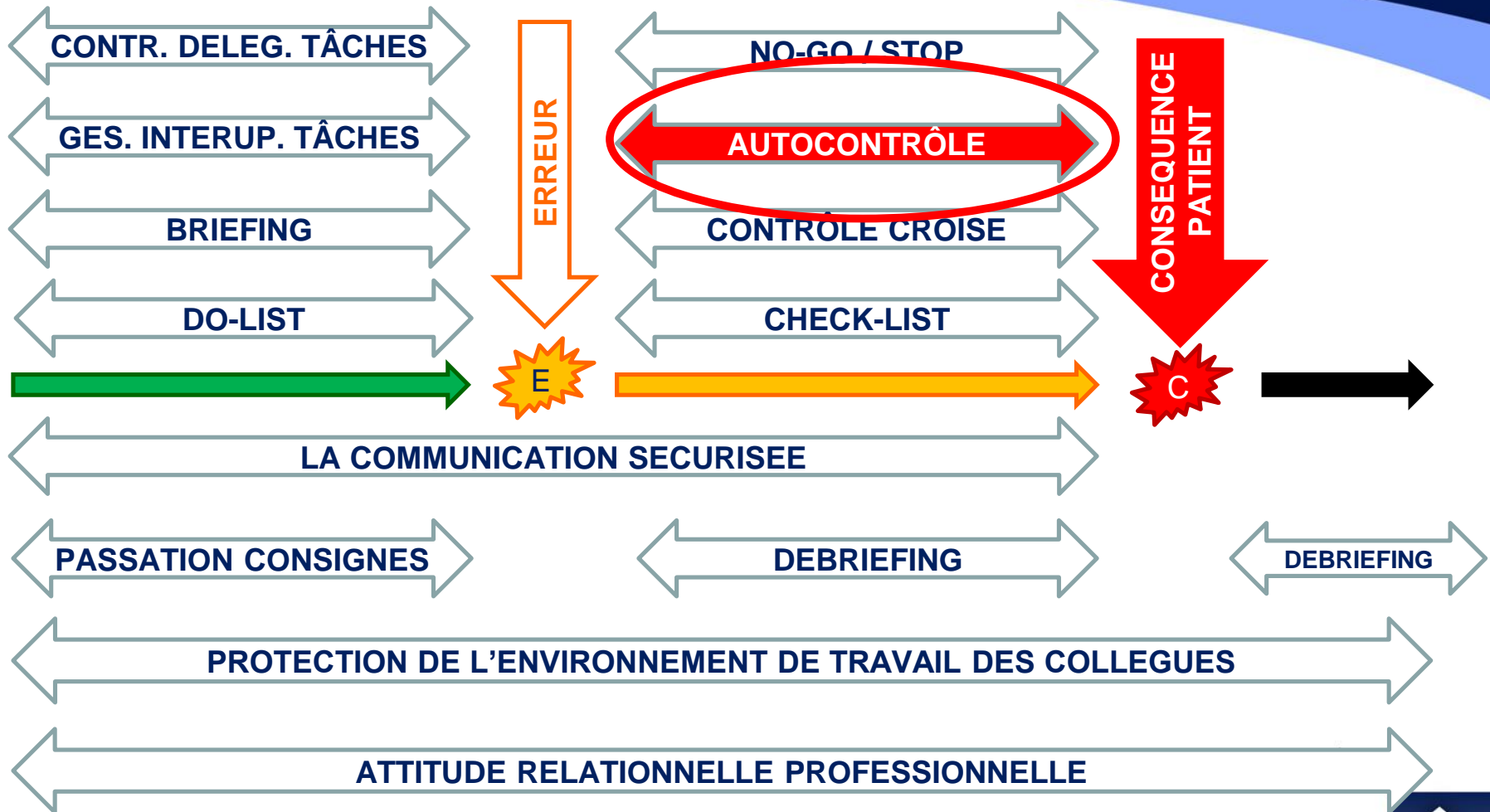


La gestion de l'interruption de tâche

Alors on l'adopte ?



L' Autocontrôle



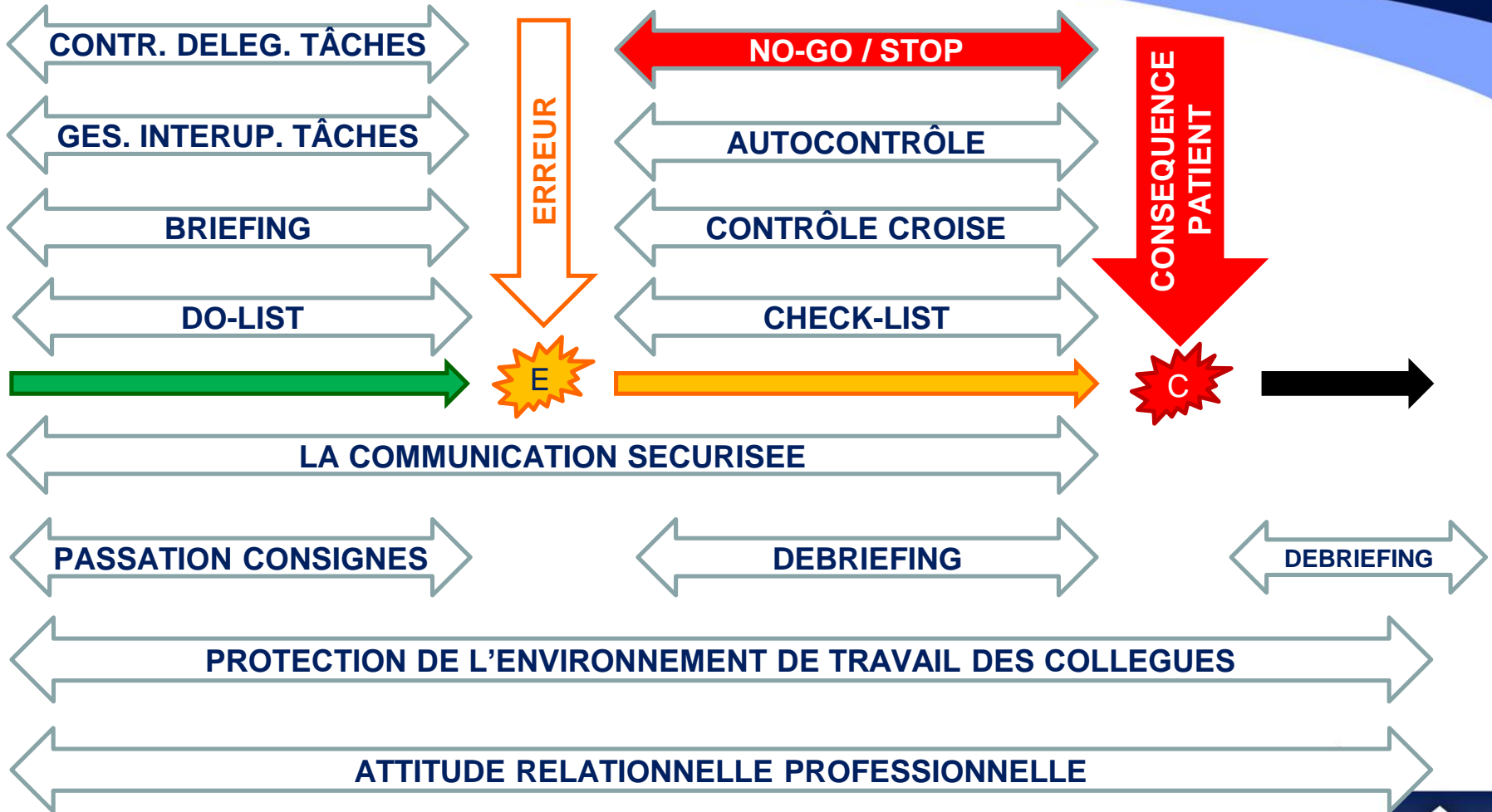
Etude « Point and Call »



Pilot identifies (the point) and announces (the call) the next taxiway sign

=> Réduction de 85% des erreurs non détectées...

Le « NO-GO » »



La valorisation du doute

➤ Oser le doute

« *J'ai un doute* »

« *C'est bizarre* »

« *Ça m'étonne* »

« *Je l'sens pas* »

« *J'comprends pas* »

« *Vous êtes sûr ?* »

« *I am uncomfortable* »

« *Listen Captain* »



Pour conclure

Améliorer la Sécurité cela ne s' improvise pas

- **Il faut un environnement de travail préparé**
 - **Confiance , Communication , Inciter à la déclaration**
- **Il faut comprendre comment nous fonctionnons**
 - **Prise en compte des facteurs humains**
- **Il faut utiliser des outils.....régulièrement**
 - **Méthode d'analyse, CREX , Bonnes Pratiques de Sécurité**



