



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

L'arbre des causes

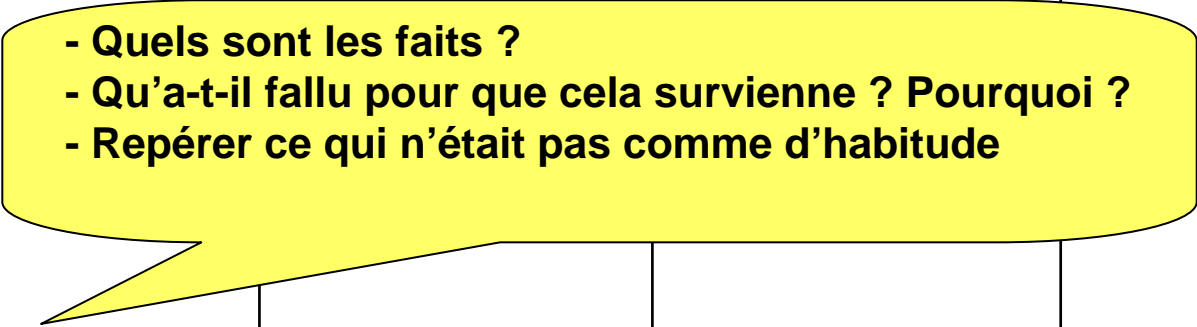

**Une méthode d'analyse
des évènements indésirables
liés aux soins**

Dr P. Roussel, SEVAM-HAS

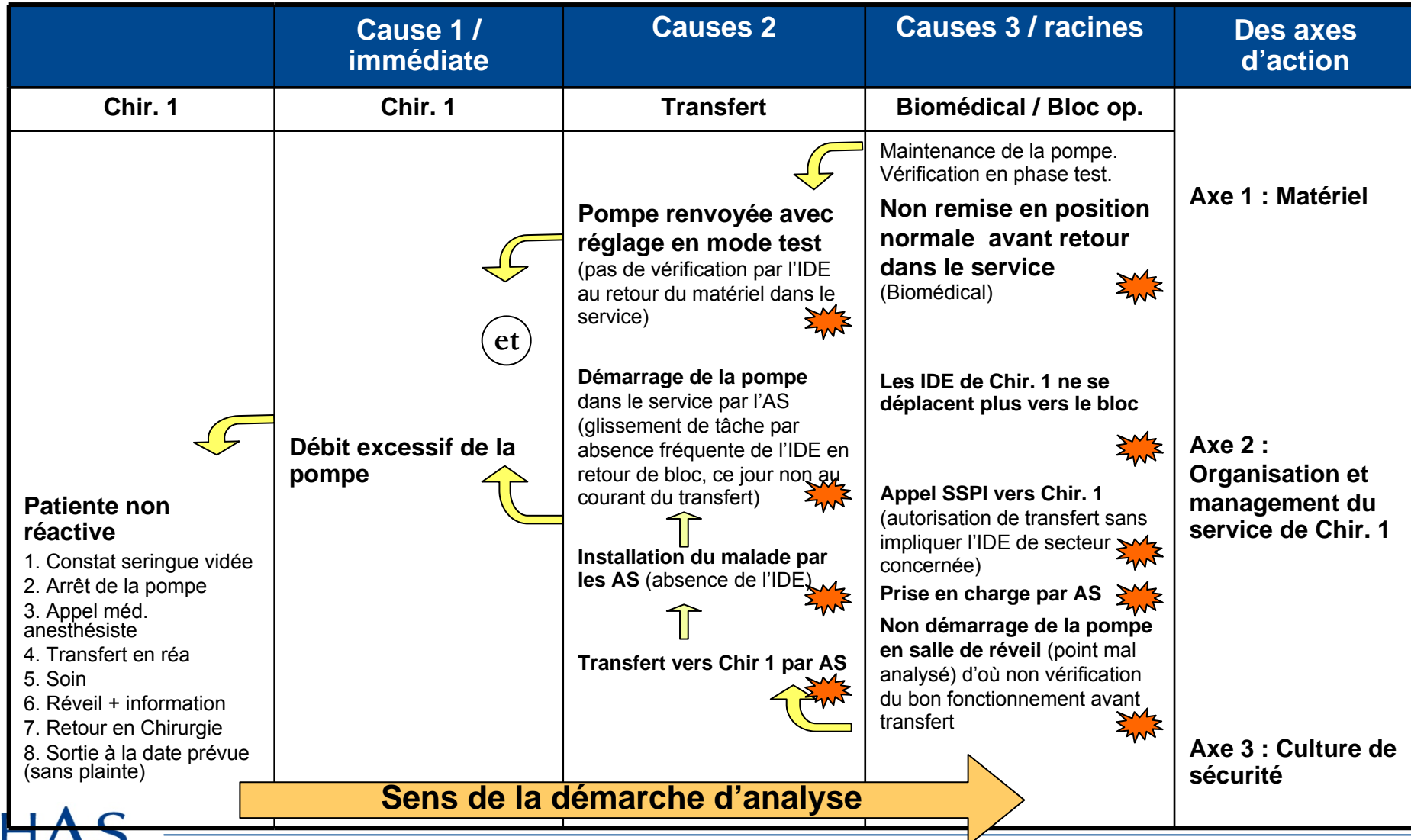
1. Une étude de cas : les données recueillies

- L'IDE entrant dans la chambre d'un malade sous perfusion morphinique après intervention chirurgicale constate un état comateux.
- Le lien avec un surdosage morphinique lié à un débit excessif de la pompe est aussitôt fait.
- Le malade est transféré en réanimation où il est traité.
- Il est informé de l'accident à son réveil (conformément à l'obligation réglementaire) et sort de l'établissement à la date prévue.
- La directrice des soins n'en reste pas là et procède à une enquête détaillée.
- Plusieurs axes sont identifiés concernant :
 1. le matériel de perfusion (débit excessif),
 2. une panne de matériel,
 3. les modalités du transfert de la patiente de l'unité de SPI vers le service d'hospitalisation,
 4. un service d'hospitalisation en mutation (avec notamment l'arrivée récente d'un nouveau chirurgien entraînant un surcroît d'activité sans véritable remise en question préalable de fonctionnement habituel).

1. Etude de cas : le traitement des données par arbre des causes

	Cause d'ordre 1 / cause immédiate	Causes d'ordre 2 / intermédiaires	Causes d'ordre x / causes racines	Des axes d'action
Evènement	 <ul style="list-style-type: none">- Quels sont les faits ?- Qu'a-t-il fallu pour que cela survienne ? Pourquoi ?- Repérer ce qui n'était pas comme d'habitude			
				

1. Etude de cas : le traitement des données par arbre des causes



1. Etude de cas : La construction du plan d'action

Solutions proposées	Evaluation des solutions proposées		Décision finale
	Intérêts	Limites	
Matériel <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la procédure de maintenance des PCA • Informer le personnel concerné 			
Tâches <ul style="list-style-type: none"> • Rappeler le rôle spécifique de l'IDE (autorisation de transfert, transfert, installation du patient, soins) • Revoir l'ensemble de ces pratiques (pool de nuit, chir. 1, salle de réveil) 			
Organisation et management <ul style="list-style-type: none"> • Revoir l'organisation du service de chir. 1 (qui fait quoi, ratios de personnels, évolution des exigences, etc.) 			
Culture de sécurité			
Etc.			

2. La démarche d'analyse : Mise en œuvre par gestion de projet

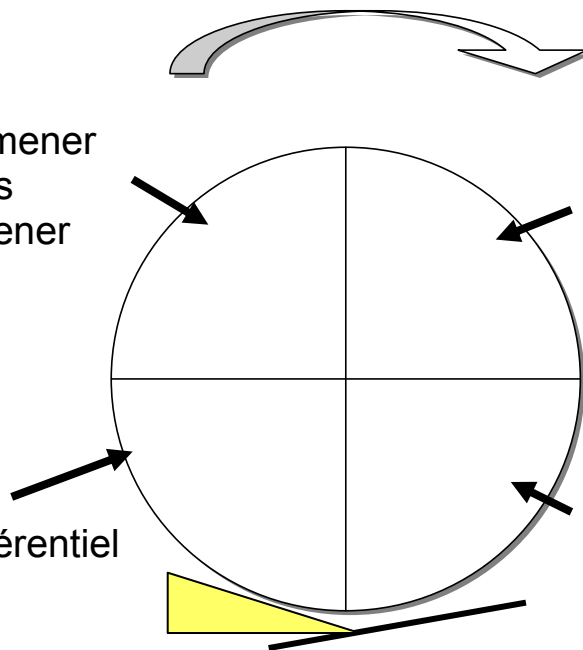
De l'évaluation initiale à celle des résultats ...

4. Réagir

Mesurer les résultats
Organiser les actions à mener
Elaborer le plan d'actions
Prioriser les actions à mener

3. Evaluer

par comparaison à un référentiel
par les processus
par les problèmes
par les indicateurs & comparaisons



1. Prévoir

Décider de la mise en œuvre
Choisir le thème (critères)
Informar

2. Mettre en œuvre

Choisir la méthode
Identifier le référentiel
Organiser le groupe de travail
Former selon besoins

par exemple dans le cadre d'une RMM (HAS, Juin 2009)

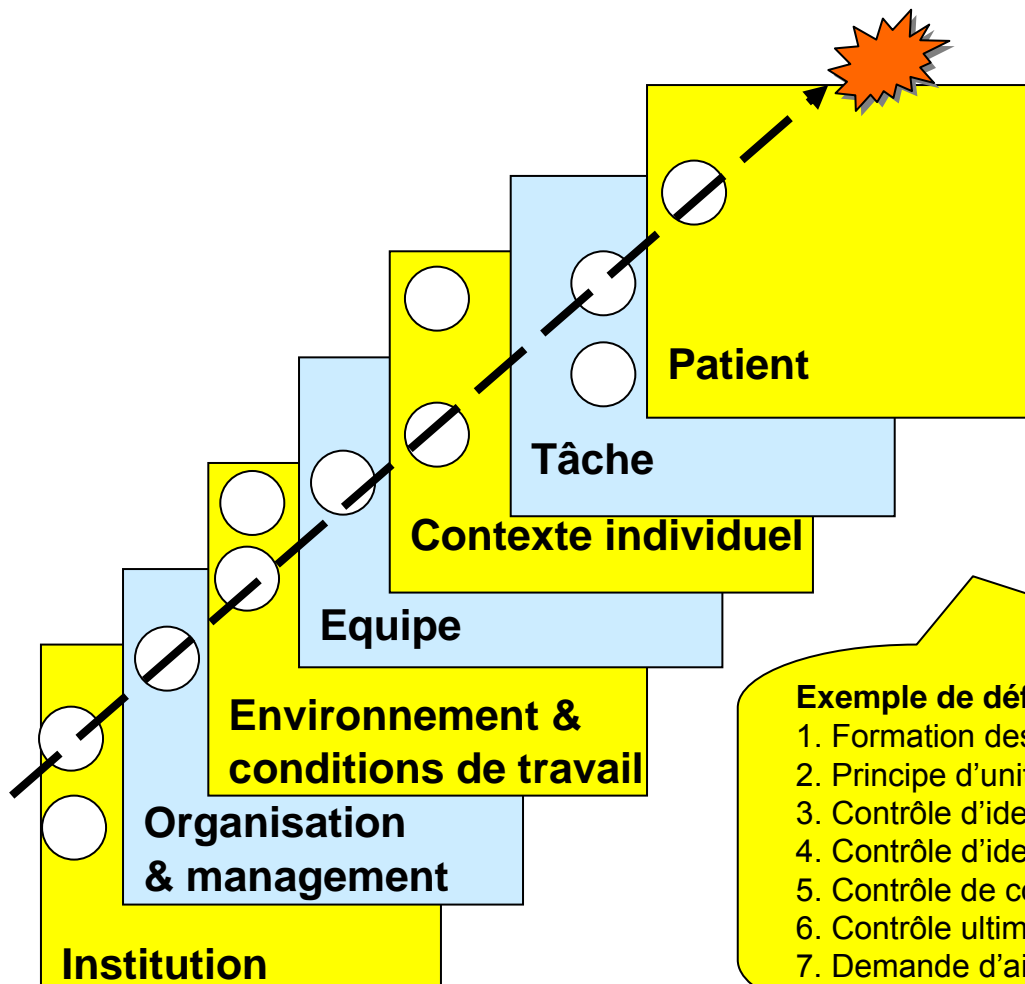
2. La démarche : Modalités d'analyse d'un évènement indésirable

1. Faire l'enquête **au bon moment** (au mieux de façon collective)
2. Identifier **l'ensemble des acteurs concernés**
3. **Collecter les faits objectifs précis** (sur une base chronologique)
4. **Décomposer la situation dans ses divers éléments** (tâches, personnes, milieu, matériel, etc.)
5. **Rechercher en priorité les variations** (5 fois « pourquoi »)
6. **Structurer les données** (par processus ou arbre des causes) et **repérer les barrières de sécurité manquantes ou violées**
7. **Traiter les résultats de l'analyse** (méthode ALARM)
8. **Analyser également ce qui a été fait après constat de l'évènement**
9. **Identifier les propositions d'actions** correctives et préventives, ainsi que les **modalités de suivi des résultats**
10. **Définir le plan d'action** avec les responsables concernés
11. **Veiller à la restitution collective des résultats**
12. **Garder la mémoire**

2. La démarche : Un adossement à des concepts (défense en profondeur, barrières de sécurité)

Des barrières de sécurité absentes ou contournées

Accident



Exemple de défense en profondeur en sécurité transfusionnelle

1. Formation des nouveaux entrants
2. Principe d'unité d'action, de lieu et d'acteur
3. Contrôle d'identité lors de tout prélèvement
4. Contrôle d'identité du patient lors du tout soin
5. Contrôle de concordance d'identité entre documents et PSL
6. Contrôle ultime de compatibilité patient-PSL en présence du patient
7. Demande d'aide en cas de doute

2. La démarche : Le traitement des données issues de l'analyse

Les données issues de l'arbre des causes peuvent alimenter une grille de type ALARM (Cf. exposé précédent de J.Ragni)

Temps 1 Analyse de l'évènement indésirable (méthode ALARM proprement dite)		Temps 2 Identification des actions correctives et préventives	Temps 3 Identification des éléments de suivi
Typologie des facteurs	Facteurs identifiés par l'analyse		
1. Liés au patient			
2. Liés aux tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none"> . Non vérification du bouton « mode test » en sortie de maintenance . Non vérification de la pompe avant utilisation . Des actes ne relevant pas des compétences d'une AS 		
3. Liés au contexte individuel (personnel)			
4. Liés à l'environnement et aux conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> . Une surcharge de travail au sein du service de chirurgie . Un parc de machines non harmonisé 		
5. Liés à l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> . L'IDE non informée du retour du patient dans le service 		
6. Liés à l'organisation	<ul style="list-style-type: none"> . L'arrivée d'un nouveau chirurgien sans prise en compte de l'impact sur l'organisation du travail . Un glissement de tâches (transfert du patient, installation et branchement de la pompe effectués par l'AS) (le transfert de patient par l'AS étant toléré par le cadre soignant sans information de la direction des soins ?) . Un parc de pompes variées d'utilisation demandant une formation 		
7. Liés au contexte institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> . Une absence de politique d'harmonisation du parc des pompes . Des contraintes financières ayant un impact sur les effectifs d'IDE 		

Le lien avec le plan d'action (maintenir la dynamique)

2. La démarche de gestion des risques *a posteriori*

Les enjeux / la dimension collective / l'organisation apprenante

1. Enjeu diagnostique

- Mise en évidence des causes réelles d'une défaillance (causes racines)
- (choix stratégiques contradictoires, défauts concernant l'organisation, la communication, la formation, l'évaluation, l'information, l'encadrement du personnel, etc.)

2. Enjeu de détection des risques

- Identification des situations dangereuses, latentes et patentés (au sein de l'organisation ou des pratiques individuelles)

3. Enjeu curatif

- Traitement des causes ayant provoqué l'accident, dans la mesure où elles peuvent participer à la survenue d'autres accidents
- Mise en place des « barrières de défense » (ou barrières de sécurité)

4. Enjeu pédagogique

- Echange d'informations
- Participation concrète de chacun à l'analyse
- Prise de conscience partagée de la multi-causalité et du déterminisme de l'accident
- Déculpabilisation par l'approche systémique

5. Enjeu humain

- Prévenir la recherche du bouc émissaire
- Aider la « seconde victime » (le ou les professionnels directement impliqués dans l'évènement)