

MÉTHODE D'ANALYSE CREX

Journée ACPHOS

C. Content

13 Juin 2017

Définition retours d'expériences

- «modalité de **travail en équipe** qui permet l'introduction **d'actions pertinentes** dans les programmes d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- L'organisation de retours d'expérience permet une **analyse collective, rétrospective et systémique** de cas marqués par la survenue d'un **EIG ou d'un EPR** ».

Principe général

Comprendre
pourquoi et
comment l'EI
est arrivé

Quelles
mesures
correctives
pour...

Limiter le risque
de reproduction

Réagir plus
rapidement

Limiter les
dommages

Vérifier
l'efficacité des
mesures
+
Partager la
connaissance

Comprendre pour apprendre et
sécuriser
pas pour désigner un / des
coupable(s)

Agir pour améliorer la qualité, la sécurité des pratiques ou
la performance d'un système

Qu'est-ce qu'un Comité de Retour d'Expérience - CREX ?

- Démarche organisée et systématique de recueil et d'exploitation des signaux que donne un système
- Un groupe pluridisciplinaire :
 - analyse de façon régulière les EIG ou les EPR survenus dans un domaine particulier,
 - Met en place des actions d'amélioration et suit leur déploiement et résultats
- Finalité : apprendre de ce qui se passe et de ce qui s'est passé (erreurs évitées ou non, incidents et accidents) pour améliorer la qualité et la sécurité de l'activité.

CREX (*Comité de Retour d'EXpérience*)

> Qu'est-ce qu'un CREX ?

- Issu de l'aviation, c'est une démarche d'analyse des événements indésirables utilisant une méthode (dite ORION®) pour prévenir et anticiper les risques afin d'améliorer la prise en charge et la sécurité des patients.

> Comment ça fonctionne ?

- Lors d'une réunion périodique (1h15 maxi), l'analyse d'un seul événement est réalisée (parmi tous ceux déclarés dans l'intervalle de deux réunions CREX), afin de mettre en place une action permettant d'éviter que l'événement ne se répète.

> Sur quoi repose les CREX?

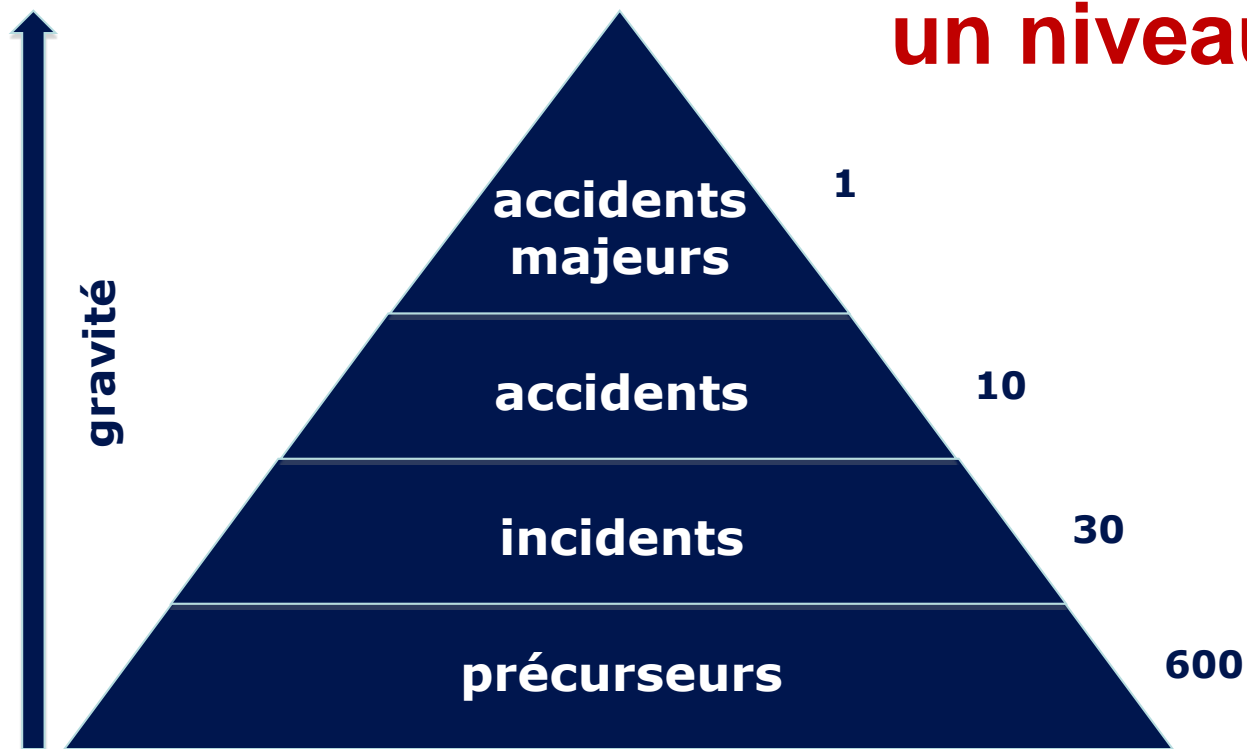
- Les CREX reposent sur la déclaration des événements indésirables. Il est donc important de déclarer afin d'aider les autres à ne pas reproduire la même erreur et afin d'éviter ainsi des conséquences graves une autre fois.

*Cette démarche de signalement spontané des événements indésirables s'inscrit donc dans, ce que l'on appelle, la « **Culture positive de l'erreur** »*

 *Cette démarche de signalement spontané des événements indésirables s'inscrit donc dans, ce que l'on appelle, la « **Culture positive de l'erreur** »*

Pourquoi s'intéresser aux EPR ?

**Le traitement exclusif des sources
d'EIG ne permet pas d'assurer
un niveau de sécurité
satisfaisant**



Pré-requis : déclaration des EI !

- Culture de sécurité développée ou en cours de dev.
- Sensibilisation de TOUS les acteurs à la déclaration et aux retours d'expériences
- Possibilité de s'appuyer sur des référents
- Supports et circuits de déclaration simples et connus
- Optimiser les retours d'information (↑ ↓)
- Engagement et support de la direction, de la CME et des cadres
- Déclaration valorisée et protection des déclarants ([charte](#) et management cohérents)

Pré-requis : déclaration des EI !

- Avant tout un état d'esprit
- Une démarche commune à faire comprendre et partager par l'ensemble des professionnels
- Nécessite :
 - l'adhésion et engagement de la direction et de l'encadrement tant dans les pratiques que les procédures,
 - **une communication soutenue et durable** sur sa finalité, le sens et les modalités de la démarche

REX - étapes de mise en place 1/4

Lancement

- Sensibilisation de l'ensemble des acteurs à :
 - la culture de sécurité,
 - l'intérêt de la déclaration des EIG et / ou des EPR,
 - la finalité et l'importance des retours d'expérience
- Instauration d'un climat de confiance :
 - charte d'incitation à la déclaration
 - communication sur l'importance de la démarche d'analyse systémique qui évite la désignation d'un coupable,
 - généralisation de pratiques managériales cohérentes avec la démarche...

REX - étapes de mise en place 2/4

- Formation à la démarche d'un « noyau dur » d'acteurs qui animeront les séances et recueilleront les informations complémentaires nécessaires aux analyses

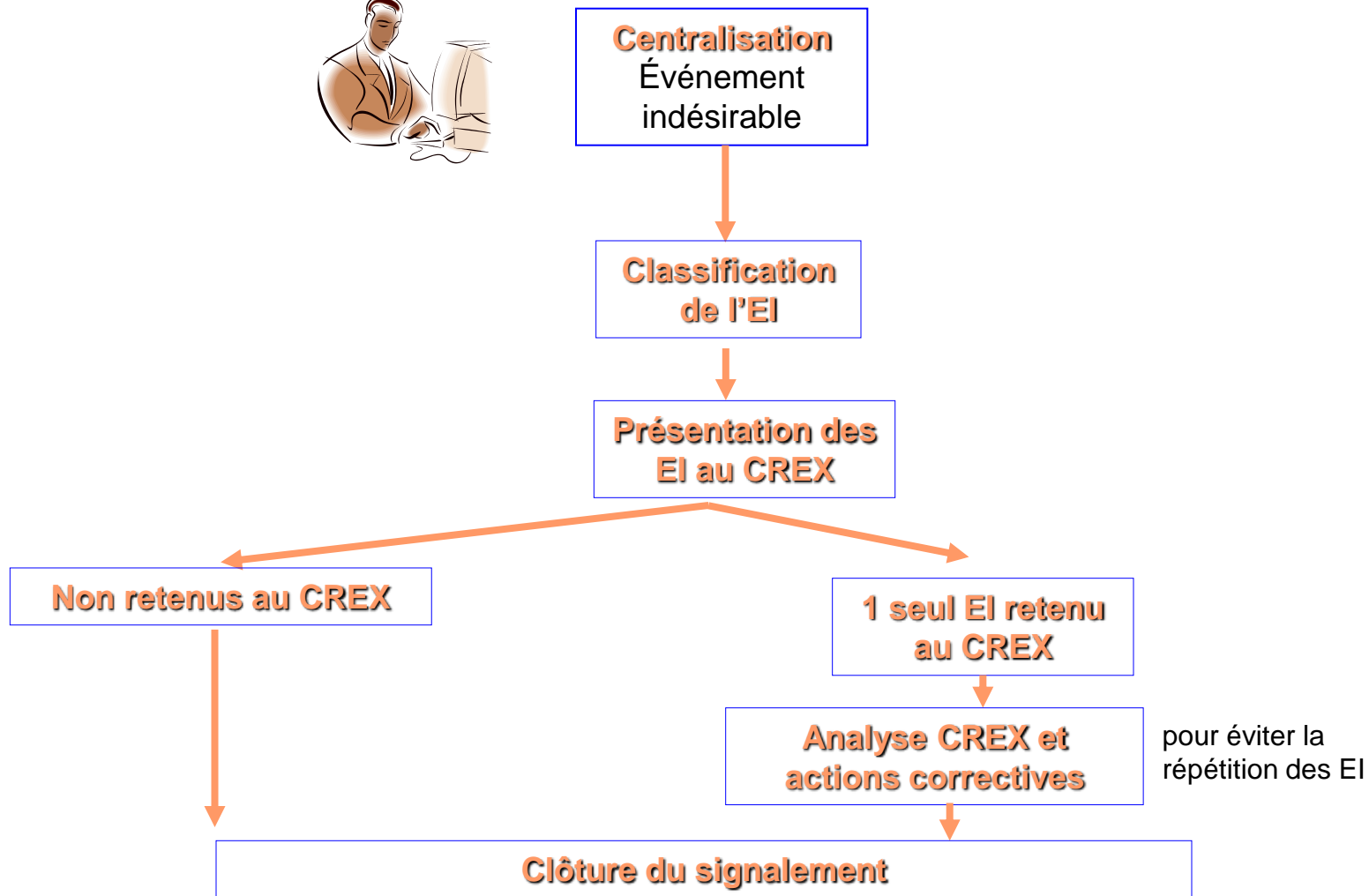
REX - étapes de mise en place 3/4

Lancement

- Formalisation des CREX :
 - planification des séances,
 - identification et convocation des participants,
 - mise en place :
 - des supports pour les analyses (comptes rendus types, tableaux de bord de suivi et d'évaluation des actions...),
 - des modalités et supports de traçabilité et de reporting interne et externe (vers l'ARS)
 - Procédure descriptive des retours d'expériences

REX - étapes de mise en place 3/4

Lancement



En pratique

- Présence de chacune des fonctions concernées
 - Médecin Référent,
 - Cadre Référent,
 - Analyste,
 - Secrétaire,
 - **Représentant par corps de métier**
 - Membre de la Cellule Qualité,
 - Et si besoin, un invité ou un expert.
- Fréquence idéalement mensuelle, le plus souvent trimestrielle
- Durée idéale : de 1h15 à 1h30

Étapes de déroulement d'une séance de retours d'expériences

- 1 - Présentation des EI déroulés durant la période (mois / trimestre) et choix d'un EI à analyser prochaine séance
- 2- Présentation de l'évènement choisi la dernière fois pour analyse
- 3- Analyse de l'évènement, choix et planification des actions correctives et de la communication
- 4- Suivi des actions correctives décidées lors des précédentes séances

Ordre du jour d'un CREX

Mise en oeuvre

DÉROULEMENT

DURÉE

1	Rappel de l'objectif du CREX (Déroulement, respect du temps, anonymat, pas de jugements, culture positive de l'erreur...)	
2	Ecoute des événements recensés sur la période écoulée (issus d'un Export des déclarations réalisées dans ENNOV)	
3	Choix collégial d'un événement à analyser pour le CREX suivant	15 mn
4	Choix collégial du pilote de l'analyse de l'événement choisi (parmi le panel du pool d'analystes formés à ORION®)	
5	Ecoute de l'analyse ORION® de l'événement choisi lors du précédent CREX	30 mn
6	Choix de l'action d'amélioration pour cet événement	
7	Suivi des actions pour la totalité des événements de CREX précédents	15 mn
8	Choix des actions de communication	15 mn

Déroulement des 4 premiers CREX



CREX N°1

- > Présentation de la démarche CREX auprès de l'équipe CREX (Procédure, outils, Charte d'engagement, Charte d'incitation au signalement).
- > Choix d'un événement (E1) pour le CREX N°2.
- > Désignation d'un analyste (A1).



CREX N°2

- > Choix de l'événement (E2) pour le CREX N°3.
- > Désignation de l'analyste (A2).
- > Retour sur l'événement (E1) :
 - Ecoute de l'analyse (E1),
 - Décision des Actions (C1),
 - Choix de la Communication (Com E1).



CREX N°3

- > Choix de l'événement (E3) pour le CREX N°4
- > Désignation de l'analyste (A3)
- > Retour sur l'événement (E2) :
 - Ecoute de l'analyse (E2),
 - Décision des Actions (C2),
 - Choix de la Com E2.
- > Suivi des actions C1 et Com E1.



CREX N°4

- > Choix de l'événement (E4) pour le CREX N°5.
- > Désignation de l'analyste (A4).
- > Retour sur l'événement (E3) :
 - Ecoute de l'analyse (E3),
 - Décisions des Actions (C3),
 - Choix de la Com E3.
- > Suivi des actions C2 - C1 et Com E1 - Com E2.

Facteurs clés de réussite 1/3

- Programmation de l'agenda suffisamment anticipée
- Pluridisciplinarité des participants
- Des pilotes formés, motivés et **QSP**
- Choix d'évènements pertinents
- Maintien du nombre de déclarations
- Valorisation de la déclaration et de la participation au CREX

Facteurs clés de réussite 2/3

- Recueil de données conduit avec tact et pédagogie
- Implication des déclarants dans l'analyse des causes
- Analyses systémiques factuelles
- Absence de jugement, de culpabilisation
- Durées de réunion raisonnables
- Responsable de séance qui sait manager le groupe
- Choix d'actions d'amélioration réalistes

Facteurs clés de réussite 3/3

- Comptes rendus de réunion diffusés rapidement et à toutes les personnes concernées
- Aptitude à appliquer les actions correctives et à évaluer leur efficacité
- Communication POSITIVE autour des actions
- Implication des managers (direction de l'établissement + cadres de proximités médicaux et para médicaux)
- Régularité séances

ANALYSE DES CAUSES

Principe général d'analyse des causes

Analyser factuellement un événement pour comprendre

- Pourquoi & comment il s'est produit
- Quels sont les facteurs contributifs
- Quelles sont les actions correctives adaptées
- Comment améliorer le système dans son ensemble
- Comment communiquer sur ces actions, les déployer, les suivre et en évaluer l'efficacité
- Exemples de méthodes d'analyse : ORION[®] / ALARM / ANSM / arbre des causes...

Les étapes d'une analyse ORION®

- Collecter les données
- Reconstituer la chronologie de l'évènement
- Identifier les écarts
- Rechercher les facteurs contributifs et les facteurs influents
- Proposer des actions à mettre en œuvre
- Caractériser l'erreur
- Rédiger le rapport d'analyse

1. Collecter les données

- Objectif : rassembler toutes les informations sur l'évènement, son contexte et sa gestion sur les plans :
 - Technique
 - Organisationnel
 - Humain
 - Environnement

Quelles données, qui les collecte, quand ?

- Collecter **toutes les données** susceptibles de permettre de reconstruire le scénario de l'évènement et son contexte
- Une donnée est une indication **exacte** de ce qui s'est passé
- C'est **le pilote chargé de l'analyse** qui doit recueillir les données
- Il est important que **le pilote ne soit pas à la fois juge et partie** donc indépendant de l'évènement
- **Ni trop tôt, ni trop tard**

- **Un but** : rassembler les faits dans leur totalité, auprès de tous les acteurs impliqués, en recueillant les visions partielles de chacun
- **Une attitude** : la pilote de l'analyse doit rester neutre dans ses formulations
- **Une préparation de la collecte à partir de :**
 - Documents liés à l'évènement ; référentiels, dossiers, plannings...
 - Une liste de personnes à rencontrer (y compris celles impliquées dans les phases de préparation et de planification des activités concernées)
- **Trois manières de collecter les données :**
 - Entretiens individuels
 - Débriefings collectifs
 - Déclarations écrites

Comment collecter les données ?

Quelle méthode pour recueillir les données ?

- **Une collecte en deux temps :**
 - 1^{er} temps : des questions exploratoires ouvertes pour laisser la personne s'exprimer spontanément sur ce qu'elle a vécu
 - 2^{ème} temps : des questions plus précises pour compléter les manques du récit spontané.
- **Un recueil de suggestions d'actions correctives :**

Suggestions pour éviter que l'erreur ne se reproduise ou pour améliorer certaines faiblesses de la situation
- **Une validation systématique des données recueillies par les personnes écoutées**

2. Reconstituer la chronologie de l'évènement

Reconstituer le « film » de l'évènement en ordonnant les données collectées selon leur apparition dans le temps (faits et contexte associés à dates et heures)

Trier pour déterminer les faits

- Faire le tri (reformuler si besoin) pour sélectionner les faits et uniquement les faits
- Un fait est une donnée réelle de l'expérience, un état ou une action qui existe à un moment donné et doit pouvoir être défini par une phrase simple sous la forme active : un sujet, un verbe, un complément.
- Ordonner les faits selon leur apparition dans le temps, en indiquant pour chacun d'eux le jour, la date, l'heure

Validation de l'étape

- A la fin de cette étape il est utile de présenter cette chronologie aux différentes personnes impliquées, de façon à obtenir un consensus qui valide les faits recueillis.
- Cette pratique permet de préciser les données recueillies et de s'assurer de la validité et de la cohérence d scénario.

Cette validation constitue la garantie d'une base solide
pour continuer l'analyse

Un exemple d'analyse ORION®

Une erreur d'administration détectée par le patient en HDJ

Oncologie :

Patient sous Alimta + Carbo : après une réaction allergique à la carboplatine le médecin décide de poursuivre le traitement avec l'Alimta seul

FAITS

Consultation de suivi de M R avec l'oncologue :
devant les signes d'allergie décision d'arrêter la
carboplatine

L'information n'est pas retranscrit dans le carnet de
bord du patient car le patient ne l'a pas avec lui

L'oncologue trace l'information dans le dossier papier
du patient

Pas de consultation de suivie comme prévue avec
l'oncologue

Validation anticipée de la chimio par l'oncologue en
prévision de ses congés

Edition et signature du plan de soin papier

Pas d'arrêt de la carboplatine

A l'arrivée du patient : NFS interprété par l'oncologue
2 qui donne le OK Chimio

L'oncologue 2 : fait passer le plan de soin signé par
l'oncologue 1

Validation de la prescription par le Pharmacien dans
Chimio : pas d'info sur l'allergie

Préparation d'une poche l'une après l'autre

Administration de l'Alimta

Préparation de l'administration de la carboplatine

Arrêt par le patient de l'administration

Prise ne compte de l'info par l'IDE qui vérifie le dossier
papier

Restitution de la poche non-administrée

3. Identifier les écarts

Repérer parmi les faits les écarts aux attendus, les états défectueux et les actions inappropriées

Quels écarts ?

- La collecte des données va permettre au pilote de l'analyse de déceler des **écarts** par rapport :
 - Au référentiel défini au sein de l'établissement
 - À une procédure ou à une consigne écrite permettant de répondre à un évènement identifié
 - À une « règle de l'art » généralisée et acceptée par une majorité d'intervenants

Cette identification nécessite donc de connaître les référentiels et peut demander des recherches de données complémentaires à celles initialement collectées

Plus généralement, à côté de la chronologie des faits, le pilote de l'analyse fera ressortir les écarts aux attendus, les écarts défailants et les actions inappropriés

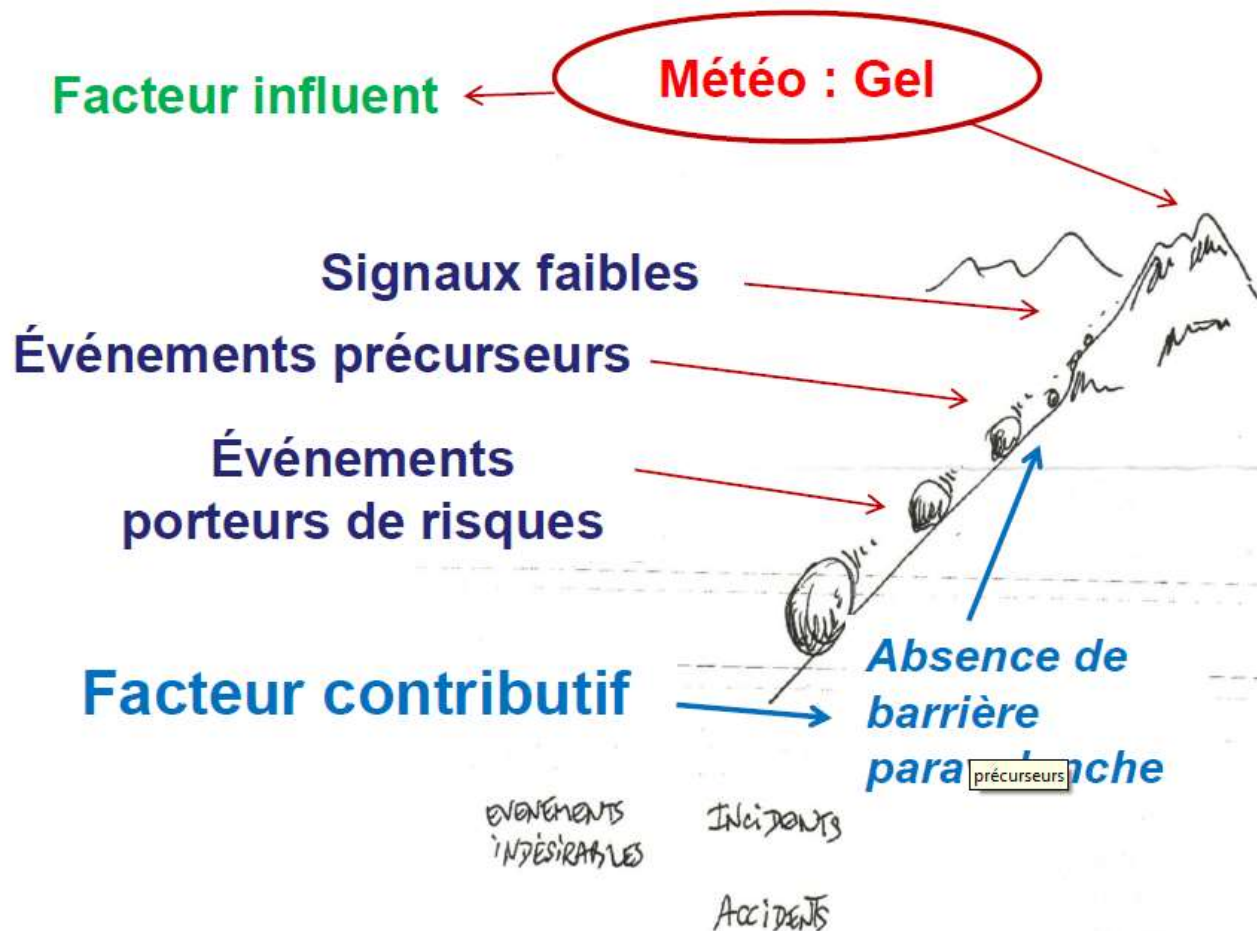
FAITS	ECARTS
Consultation de suivi de M R avec l'oncologue : devant les signes d'allergie décision d'arrêter la carboplatine	OK
L'information n'est pas retranscrit dans le carnet de bord du patient car le patient ne l'a pas avec lui	Non OK
L'oncologue trace l'information dans le dossier papier du patient	OK
Pas de consultation de suivie comme prévue avec l'oncologue	Non OK
Validation anticipée de la chimio par l'oncologue en prévision de ses congés	Non OK
Edition et signature du plan de soin papier	Non OK
Pas d'arrêt de la carboplatine	Non OK
A l'arrivée du patient : NFS interprété par l'oncologue 2 qui donne le OK Chimio	OK
L'oncologue 2 : fait passer le plan de soin signé par l'oncologue 1	NON ok
Validation de la prescription par le Pharmacien dans Chimio : pas d'info sur l'allergie	NON OK
Préparation d'une poche l'une après l'autre	OK
Administration de l'Alimta	OK
Préparation de l'administration de la carboplatine	OK
Arrêt par le patient de l'administration	OK
Prise ne compte de l'info par l'IDE qui vérifie le dossier papier	
Restitution de la poche non-administrée	

4. Rechercher les facteurs contributifs et les facteurs influents

Objectif :

Trouver « les causes » en explicitant les relations de cause à effet entre les faits, c'est-à-dire en déterminant les facteurs contributifs et influents qui peuvent expliquer :

- Les écarts aux attendus
- Les états défailants
- Les actions inappropriées



Les facteurs contributifs et influents d'un événement sont les mêmes quelque soit la nature de l'événement (accident ou porteur de risques)

Rechercher les facteurs contributifs

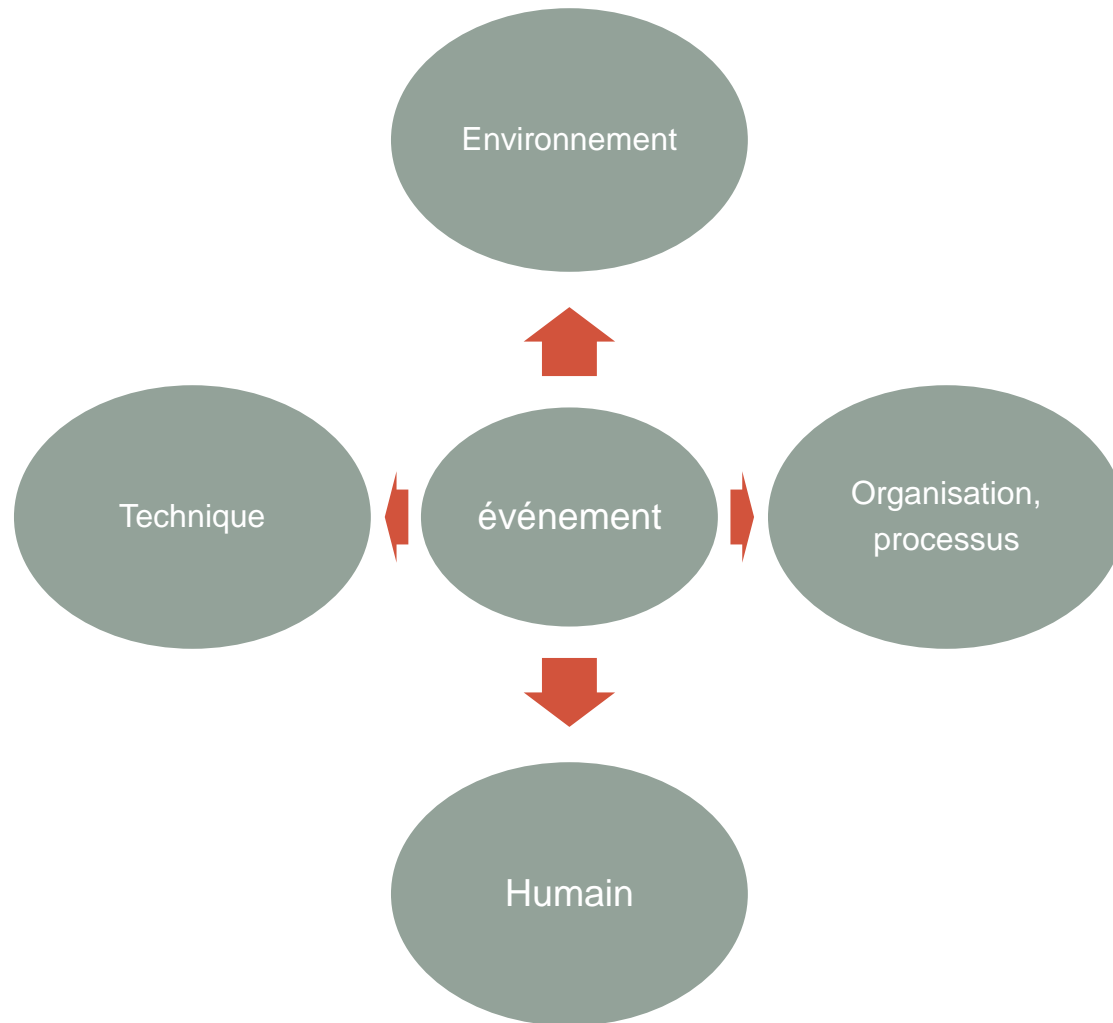
- Afin de comprendre l'enchaînement des faits, il faut reconstituer les relations de cause à effets entre ces derniers.
- La reconstitution du mécanisme de l'évènement nécessite de partir des faits aboutissant à l'évènement et de se poser les questions suivantes :
 - Qu'a-t-il fallu pour que ce fait se produise ?
 - Était-ce suffisant ?
- Les facteurs contributifs sont les relations de cause à effet entre les faits qui expliquent les écarts aux attendus, les états défailants et les actions inappropriées
- Cette reconstitution se fait par itération

Rechercher les facteurs influents

- Les relations de cause à effet entre les faits, facteurs contributifs de l'évènement, sont souvent éclairés par les conditions au cours desquelles ils apparaissent.
- Ils sont appelés « facteurs influents » :
 - Ils constituent des fragilités du système global que l'on risque de retrouver de façon générique dans d'autres évènements
 - Ils aident à comprendre voire compléter certains facteurs contributifs.

Ex : travaux, réorganisation, nouveau logiciel, sous effectif, vendredi soir, niveau de communication...

Quatre grandes familles de facteurs à explorer



Prépondérance du facteur humain

- Le facteur humain est à prendre en compte tout au long de la recherche des facteurs contributifs et influents :
 - Conscience de la situation,
 - Stress
 - Erreur
 - Physiologique
 - Prise de décision
 - Communication opérationnelle
 - Synergie d'équipe
 - Système complexe
 - Interface homme machine
 - Vigilance collective

FAITS	ECARTS	FACTEURS CONTRIBUTIFS	FACTEURS INFLUENTS
Consultation de suivi de M R avec l'oncologue : devant les signes d'allergie décision d'arrêter la carboplatine	OK		
L'information n'est pas retranscrit dans le carnet de bord du patient car le patient ne l'a pas avec lui	Non OK	Le oubli du patient	
L'oncologue trace l'information dans le dossier papier du patient	OK		
Pas de consultation de suivie comme prévue avec l'oncologue	Non OK	Dérogation a protocole	Surcharge de travail
Validation anticipée de la chimio par l'oncologue en prévision de ses congés	Non OK	Dérogation a protocole départ en vacances	Sous effectif d'oncologue
Edition et signature du plan de soin papier	Non OK	Dérogation a protocole départ en vacances	
Pas d'arrêt de la carboplatine	Non OK	Dossier non disponible au secrétariat en raison de l'anticipation	
A l'arrivée du patient : NFS interprété par l'oncologue 2 qui donne le OK Chimio	OK		
L'oncologue 2 : fait passer le plan de soin signé par l'oncologue 1	NON ok		
Validation de la prescription par le Pharmacien dans Chimio : pas d'info sur l'allergie	NON OK		
Préparation d'une poche l'une après l'autre	OK		
Administration de l'Alimta	OK		
Préparation de l'administration de la carboplatine	OK		
Arrêt par le patient de l'administration	OK		
Prise ne compte de l'info par l'IDE qui vérifie le dossier papier			
Restitution de la poche non-administrée			

6. Proposer les actions à mettre en œuvre

Objectif : trouver des actions permettant d'éviter le renouvellement des états défectueux, des actions inappropriées et des écarts aux attendus constatés afin de les proposer au groupe

Sa description

L'entité chargée de sa mise en œuvre

Déterminer les actions envisageables

- Proposer des actions permettant d'éliminer les facteurs contributifs et les facteurs influents et non les symptômes repérés en cours d'analyse.
- Faire des proposition d'actions pour chacun des facteurs contributifs et des facteurs influents (brainstorming éventuel du groupe d'analyse)
- Pour chaque action, analyser son contexte d'application pour s'assurer qu'elle n'engendre pas de nouveaux risques
- L'action qui avait permis de « sortir de l'évènement » et de revenir à une situation normale stabilisée peut être une des actions envisageable

Préparer la décision concernant les actions à mettre en œuvre

- S'assurer de la pertinence des actions corrective :
 - Gain / coût
 - Pérennité
 - Acceptabilité en interne
 - Acceptabilité en « externe »
 - Portée
 - Durée de mise en œuvre
- Proposer la spécialité / le métier / l'instance responsable de la prise en charge de l'action corrective

FAITS	ECARTS	FACTEURS CONTRIBUTIFS	FACTEURS INFLUENTS	ACTIONS CORRECTIVES
Consultation de suivi de M R avec l'oncologue : devant les signes d'allergie décision d'arrêter la carboplatine	OK			
L'information n'est pas retranscrit dans le carnet de bord du patient car le patient ne l'a pas avec lui	Non OK	Le oubli du patient		Dématérialisation du dossier patient
L'oncologue trace l'information dans le dossier papier du patient	OK			
Pas de consultation de suivie comme prévue avec l'oncologue	Non OK	Dérogation a protocole	Sucharge de travail	Consultation IDE pour les inter-cures
Validation anticipée de la chimio par l'oncologue en prévision de ses congés	Non OK	Dérogation a protocole départ en vacances	Sous effectif d'oncologue	Verrou informatique
Edition et signature du plan de soin papier	Non OK	Dérogation a protocole départ en vacances		Verrou informatique
Pas d'arrêt de la carboplatine	Non OK	Dossier non disponible au secrétariat en raison de l'anticipation		Dossier patient informatisé
A l'arrivée du patient : NFS interprété par l'oncologue 2 qui donne le OK Chimio	OK			
L'oncologue 2 : fait passer le plan de soin signé par l'oncologue 1	NON ok			
Validation de la prescription par le Pharmacien dans Chimio : pas d'info sur l'allergie	NON OK			Traçabilité des allergie dans Chimio : élément bloquant la prescription
Préparation d'une poche l'une après l'autre	OK			
Administration de l'Alimta	OK			
Préparation de l'administration de la carboplatine	OK			
Arrêt par le patient de l'administration	OK			
Prise ne compte de l'info par l'IDE qui vérifie le dossier papier				
Restitution de la poche non-administrée				

Objectif :

Retracer le résultat des principales étapes de la méthode dans un rapport clair et lisible pour une personne externe au processus d'analyse

7. Rédiger le rapport d'analyse

Contenu du rapport d'analyse

- Identification de l'évènement
- Chronologie des faits
- Description des facteurs contributifs
- Repérage des facteurs influents
- Actions proposées

Les conditions de réussite d'une analyse

- La désignation du pilote d'analyse : il est le garant de la démarche et compétent sur le sujet. Il est préférable qu'il ne soit pas lié à l'évènement.
- La confiance entre pilote et les acteurs sollicités conditionne la qualité des données
- La conduite de l'analyse dans des délais proches de la détection de l'évènement.
- L'insertion de l'analyse dans une démarche globale
- La mise en œuvre et le contrôle de la mise en œuvre des actions correctives
- La communication