

Gestion du risque en santé

Un contexte



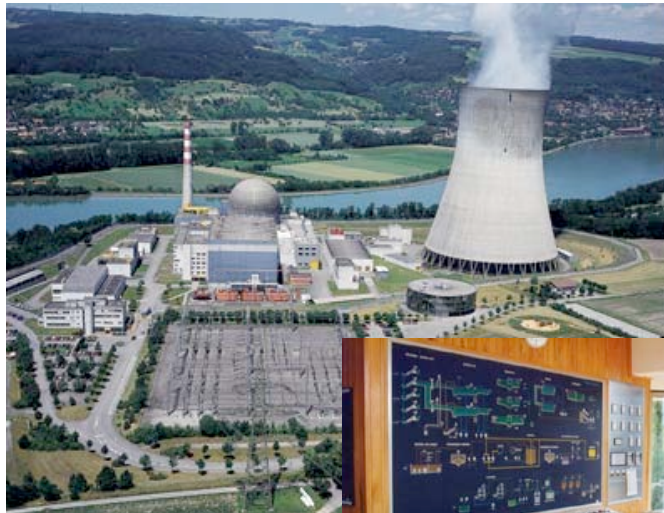


Un besoin infini mais un impossible risque zéro

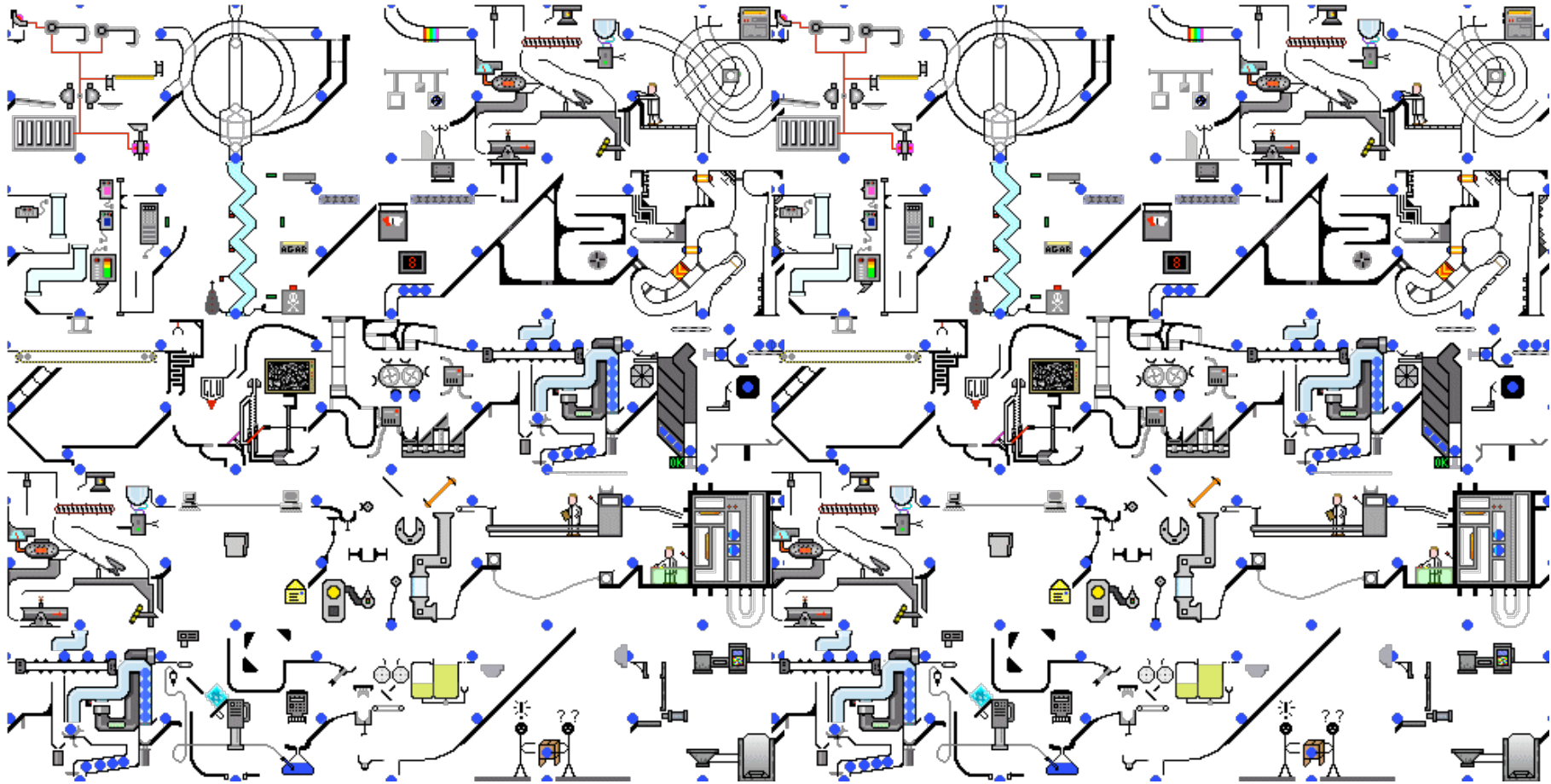
- Un infini souci de santé et sécurité
- Une mise à distance de la maladie et de la mort
- Toute atteinte prématurée (ou menace) provoque l'indignation sociale
- Une activité militaire en France et en OPEX soumis aux mêmes exigences de sécurité que la médecine civile
- Une montée en puissance à l'HAS

Plus on réduit le risque et plus ce qu'il en reste paraît insupportable à la population (Alexis de Tocqueville)

Les systèmes de soins ?



Et à cela ?



un système complexe !

ou compliqué ?



complexe
≠
big bazard



Le système et le risque

- L'hôpital : un système hétérogène vis à vis du risque et de la sécurité

Audit des organisations médicales

[2] SCA / Safety conflict arbitration Amalberti, 2000, 2001

■ Sécurité au niveau de la direction

- Objectif central : NO 'BIG ONE', survie économique
- Solution préférée: Démontrer l'existence d'une politique
- Principe de précaution et Gestion de crises comme premières priorités
- survivabilité



Conflits potentiels

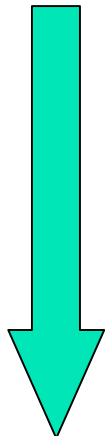
■ Sécurité sur la ligne de production

- Objectif central: qualité et performance
- Solution préférée: Réduire les défaillances
- Moyens : Analyses des risques, retour d'expériences, réglementation



■ Sécurité à l' échelon des acteurs

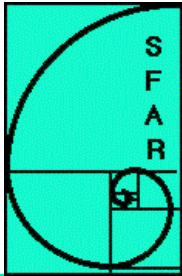
- Objectif central: Carrière, bien être personnel
- Critères de succès : Pas de blessure, pas de maladie, pas de problèmes professionnels
- Solution préférée: Gestion routinière
- Approche émotionnelle du risque



Sécurité émergente



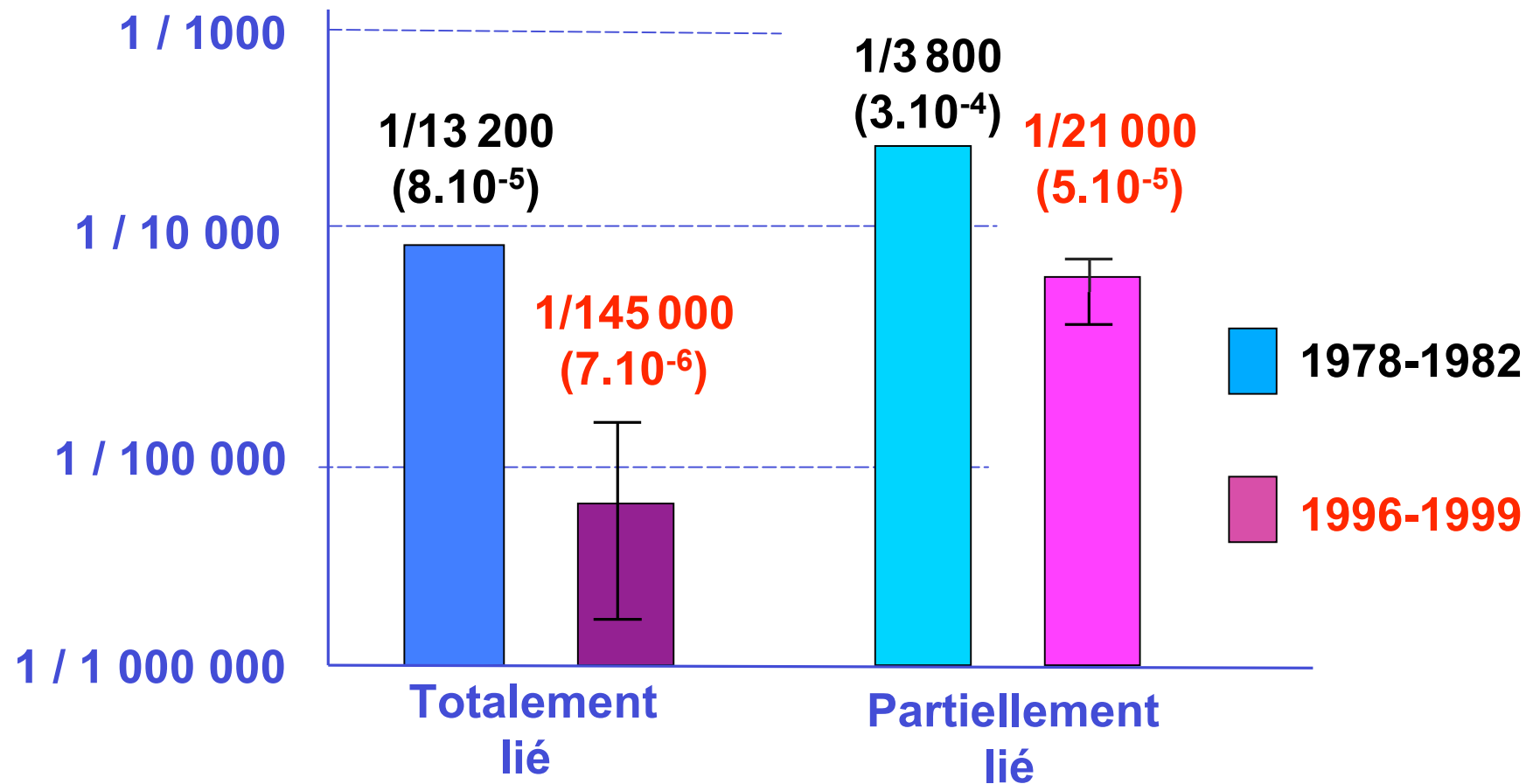
Où en est-on ?

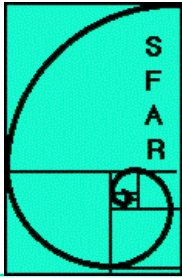


Enquête SFAR-INSERM



Taux de mortalité en rapport avec l'anesthésie

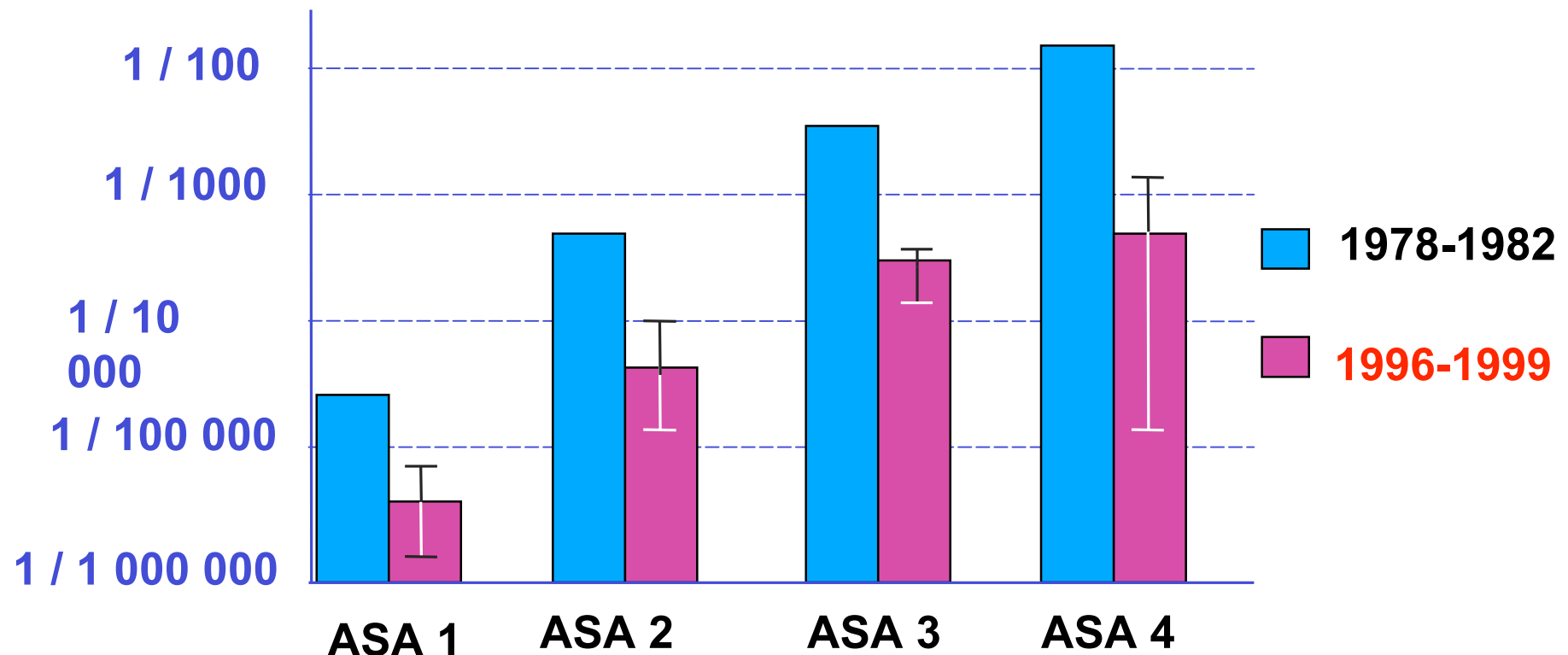




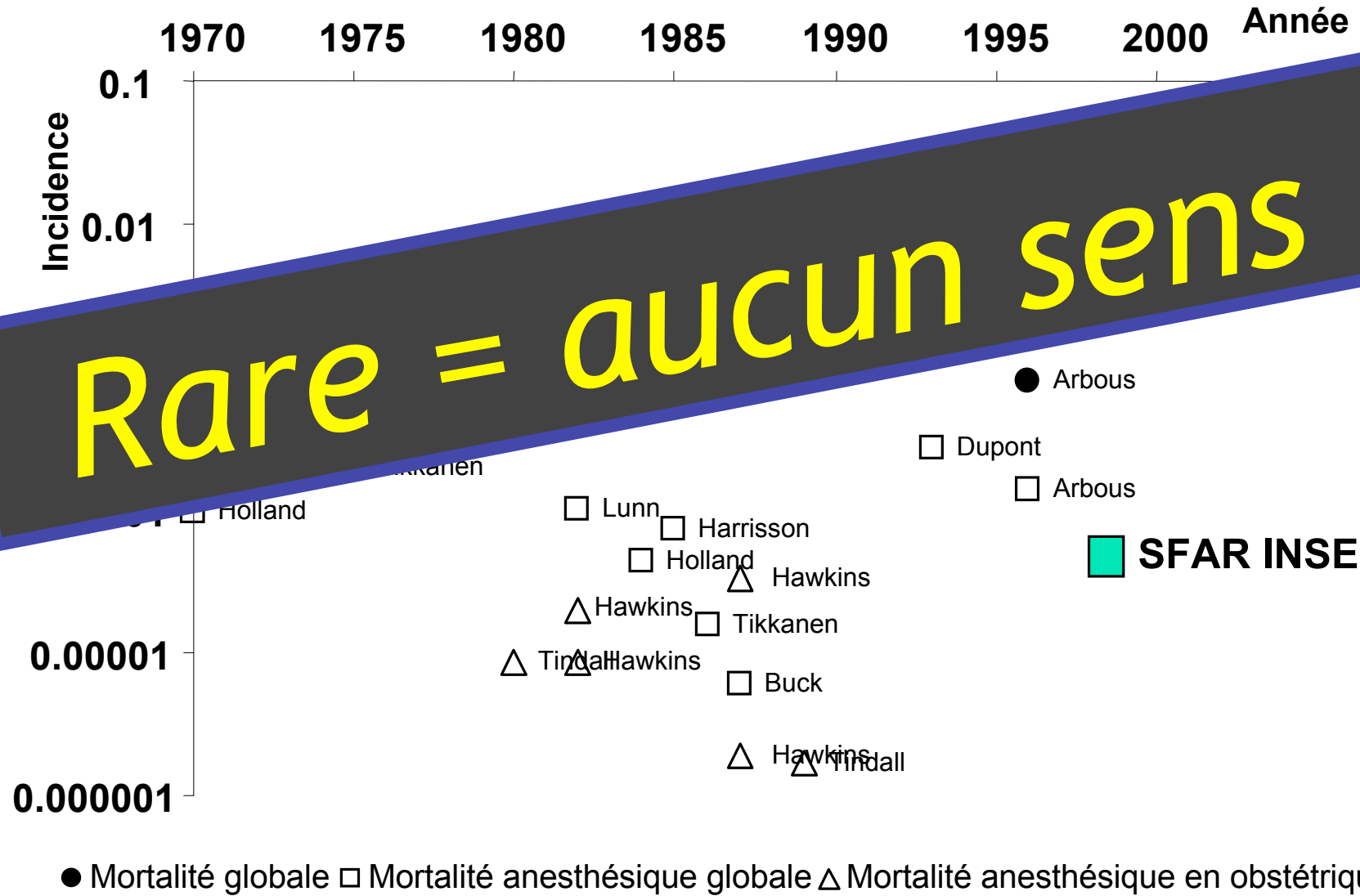
Enquête SFAR-INSERM



Taux de mortalité selon la gravité des patients (classe ASA), après regroupement des cas totalement et partiellement liés à l'anesthésie



Incidence de la mortalité opératoire et anesthésiques



L'incidence vue par l'opérateur

à

10^{-2} tu le vivras

10^{-3} tu le verras

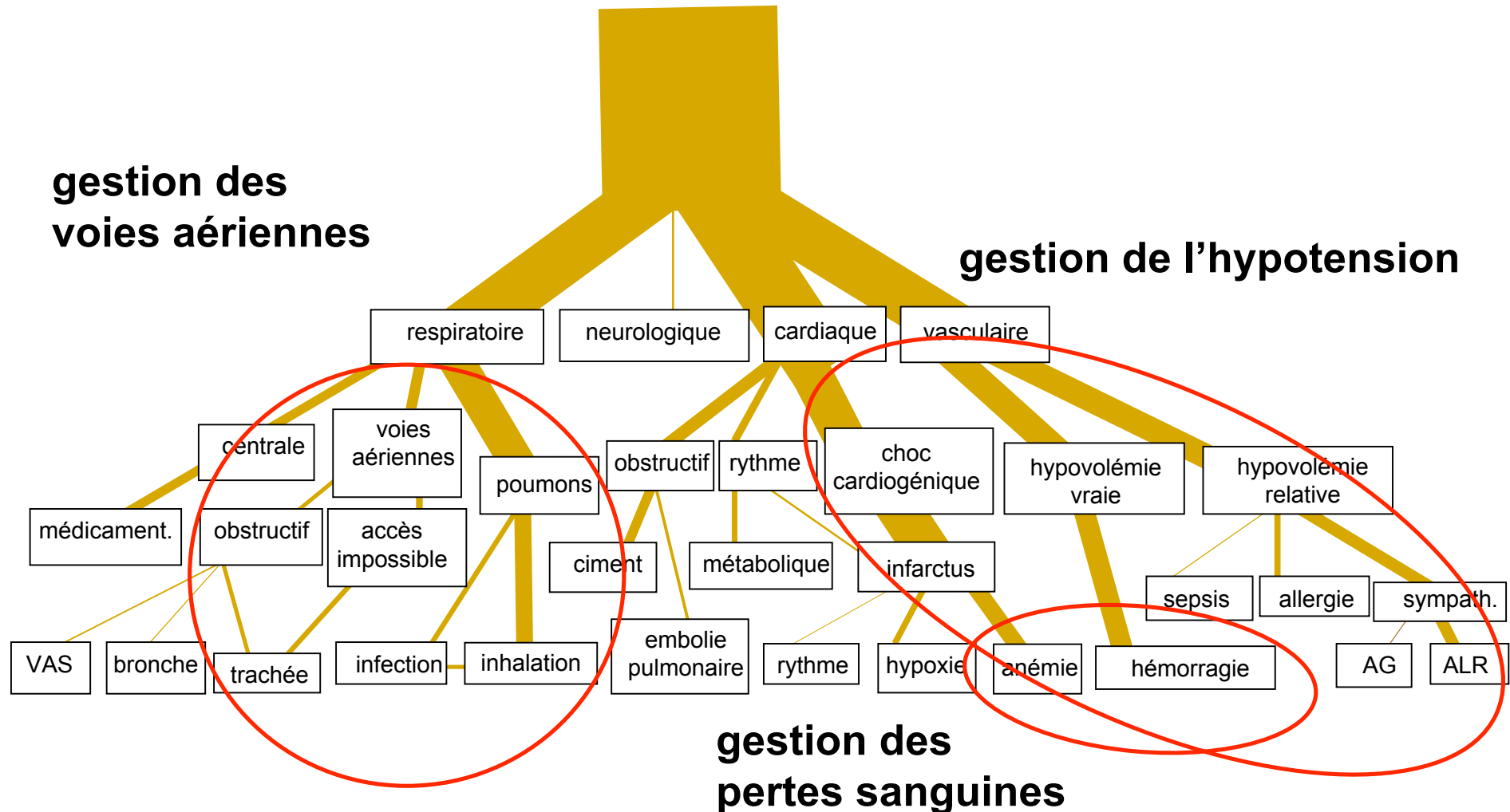
10^{-4} tu en entendras parler

10^{-5} tu le liras peut-être ?

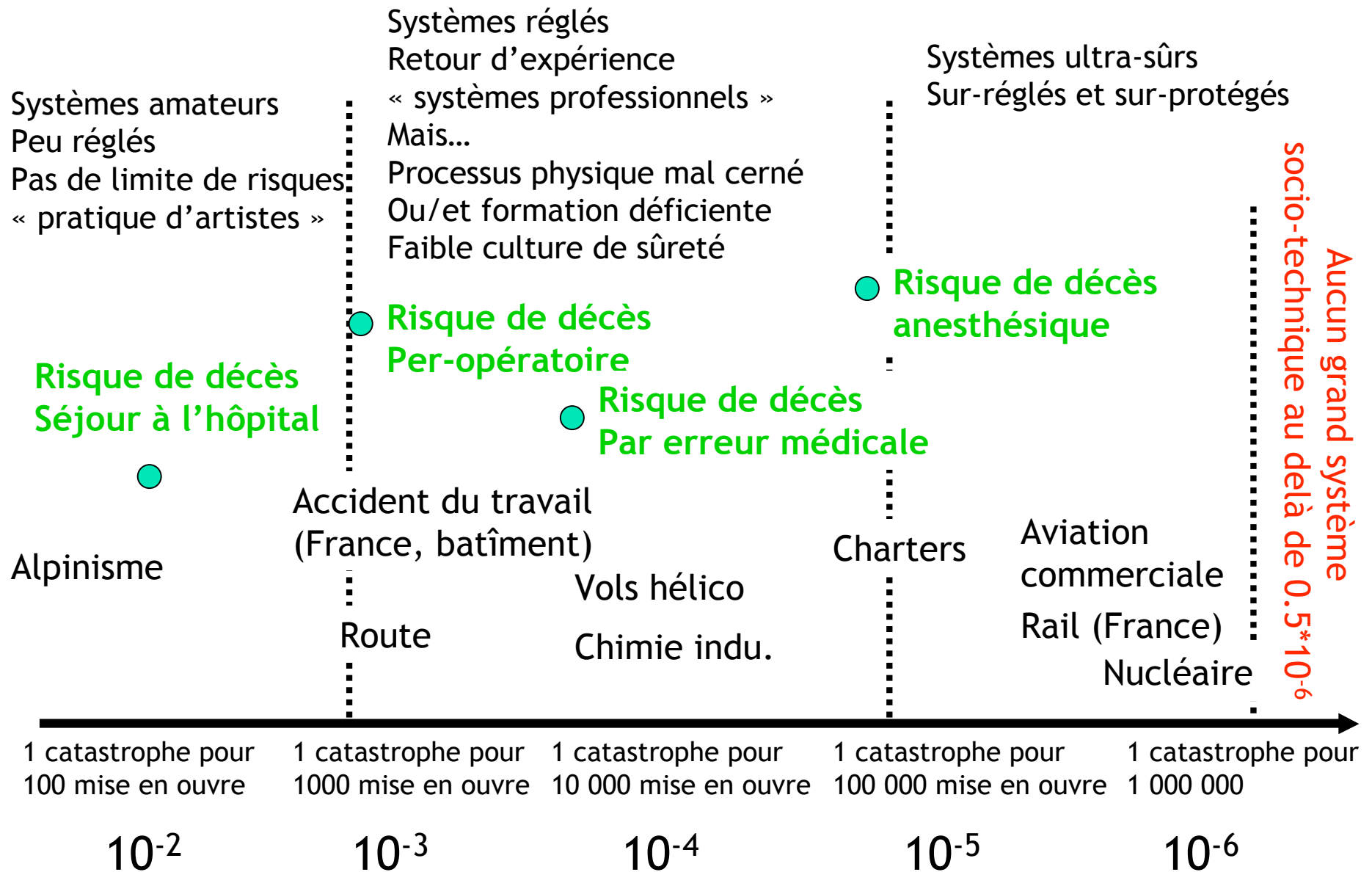
Arbre des mécanismes

Imputabilité = 2-3

**Décès
arrêt cardiaque**



Le risque en fonction de l'activité

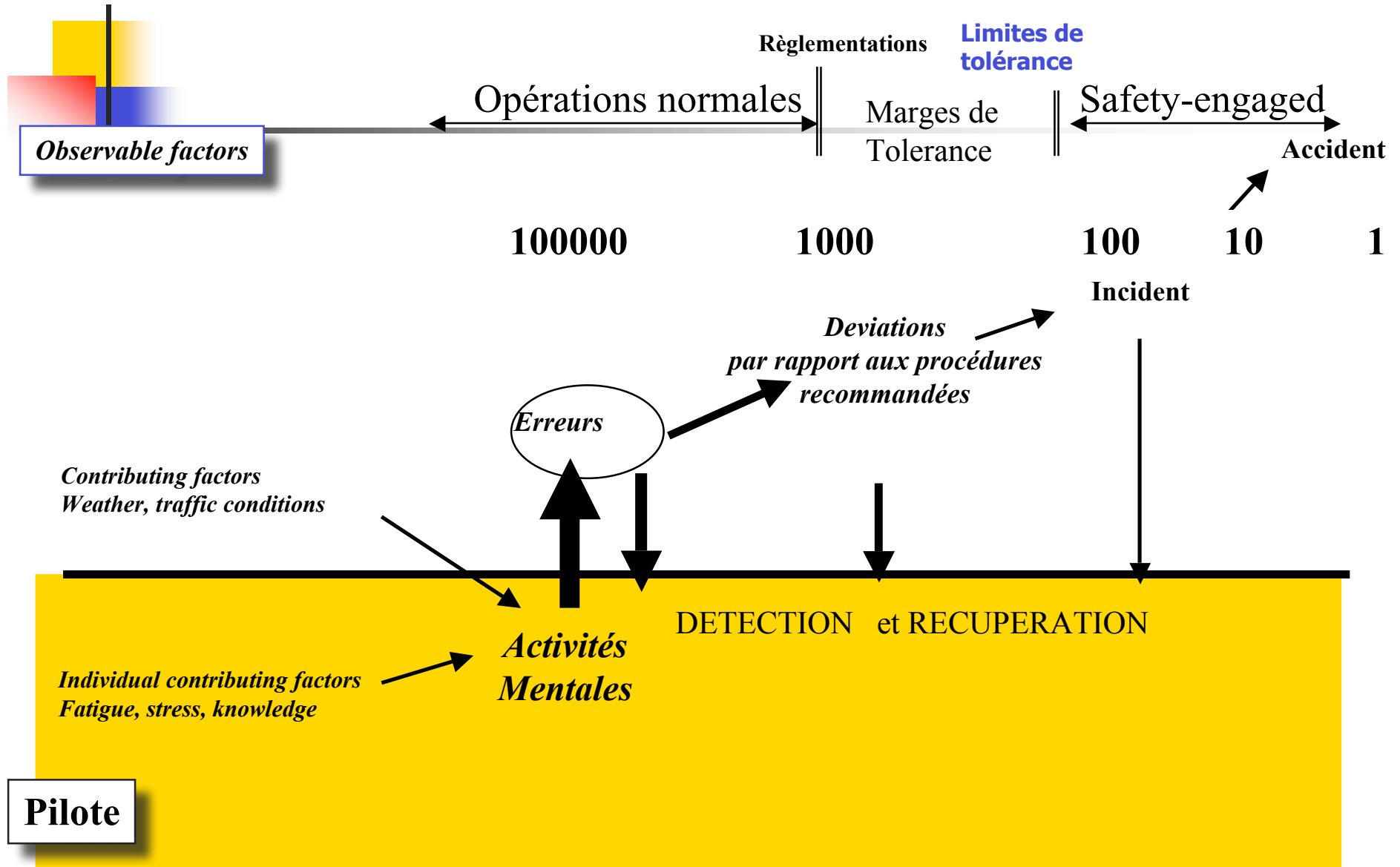




Erreurs

Plus de 90 % des accidents sont liés à des erreurs humaines

Quelle définition pour l'erreur...



Erreurs et conséquences de l'erreur

Le risque n'est pas lié à l'erreur, il est lié au contexte de situation



Les erreurs dans les activités humaines

Reason J. *L'erreur humaine*. Paris: Presses universitaires de France, PUF, traduction par Jean-Michel Hoc de Reason, J., *Human error*, 1990, Cambridge University press,
Amalberti, R., Hourlier, S. Human error reduction strategies, In (Ed) P. Carayon: *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Healthcare and Patient Safety*, Hillsdale , New Jersey: LEA, 2006:

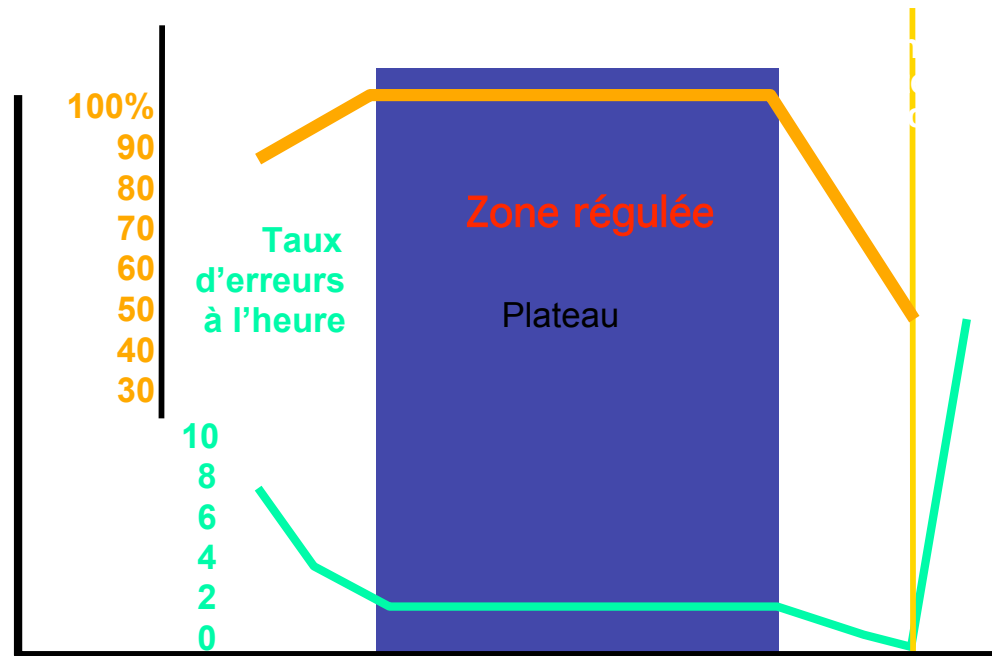
- **Trois types involontaires + les violations**
 - **Involontaires**
 - **ROUTINES (70 à 80 %)**
 - **ERREURS DE CONNAISSANCES**
 - Règles (mauvaise sélection, 15 à 20%)
 - Modèles de connaissances (manque de) (moins de 5%)
 - **Volontaires**
 - **VIOLATIONS (aussi fréquentes que toutes les erreurs involontaires)**
- **Fréquentes: 2 à 10 par heure**
- **Auto-récupération très élevée: moyenne 70 à 80%, don't 90% pour les seules erreurs de routines**
 - **DETECTION SUR RESULTAT BIZARRE**
 - **DETECTION SUR TRACES**
 - **CONTRÔLE SYSTEMATIQUE**

La notion de système régulé

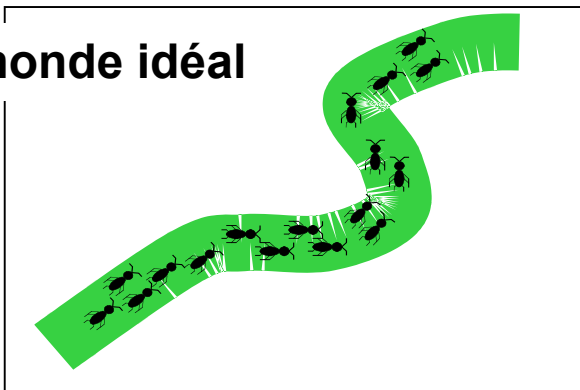
Des erreurs

Et des récupérations

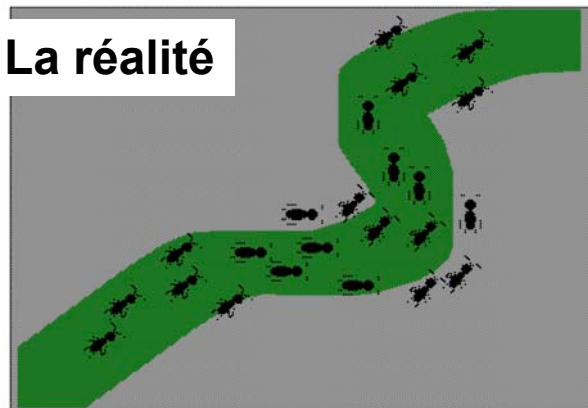
Taux de récupération
des erreurs



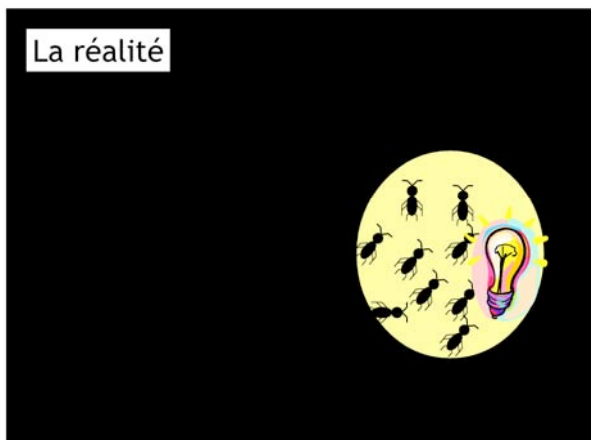
Le monde idéal



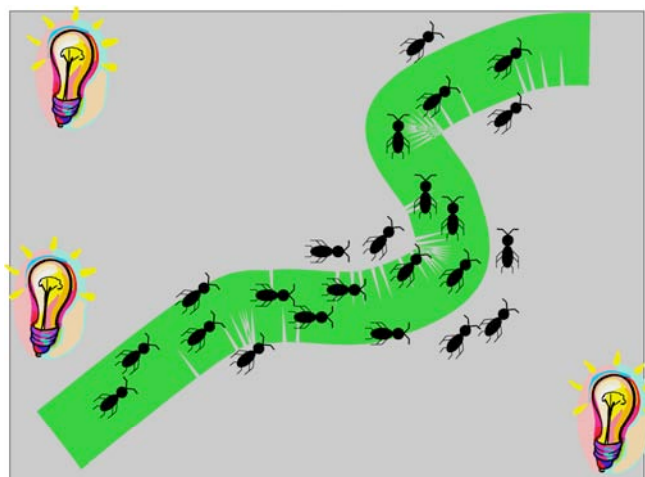
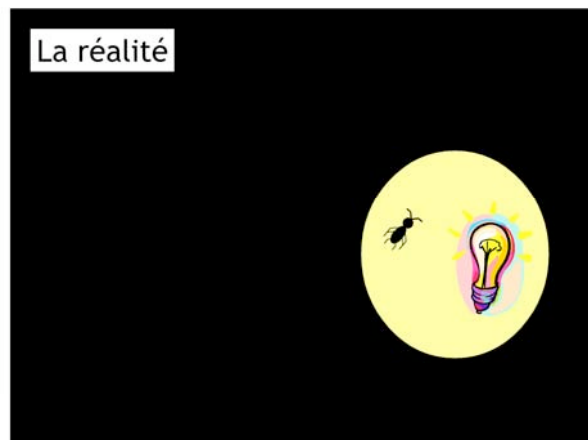
La réalité



La réalité



La réalité





Retour d'expérience

- Aucune sécurité n'existe sans un retour d'expérience, sans retour d'information



Un retour d'expérience *(basé sur la déclaration)* peu efficace pour 'lire' le risque

- Sous déclaration massive (10 à 15% au mieux des évènements déclarés, y compris dans les vigilances)
- Instabilité de la définition de l'erreur, et de ce fait des bases de données
- Protection du déclarant encore en débat

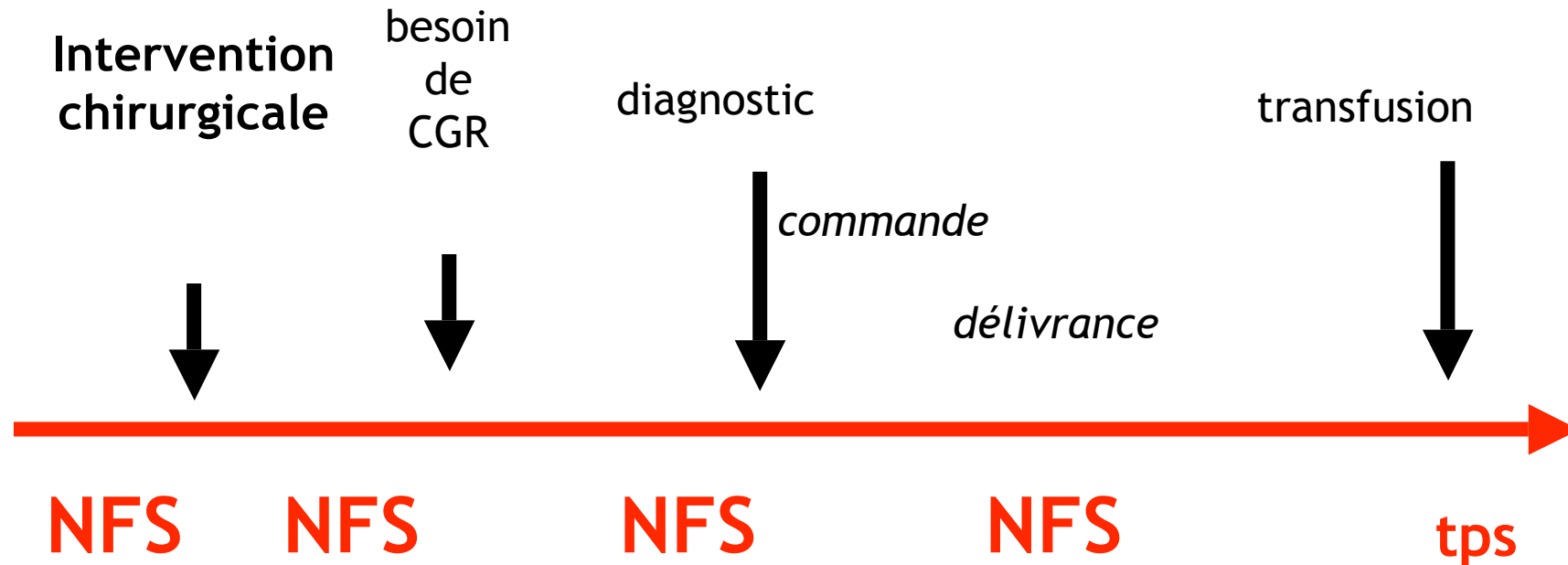
- Un seul vrai intérêt : mobiliser les personnels, et construire une culture de sécurité commune
- Pour l'analyse des risques, il faut faire autre chose...



Solutions alternatives

- “Walkround” de la direction
- Analyses approfondies (RCA)
- Utilisation des traces automatiques
 - Un exemple : le taux d’HB

Le retard transfusionnel



Surveillance des plaquettes
et HBPM

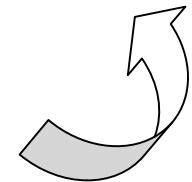
Les « boites noires » existent déjà !

Hôpital P



N° AMADEUS	Prénom	Naissance	SEX E	DATE & HEURE	SERVICE	Hb	PLAQ
588037878	Laetitia	19-août-81	F	13 juin 2005 15:05:25	ORTHO	12.7	372000
588073097	Daniel	14-oct-67	M	26 novembre 2005 07:08:04	ORTHO	14.4	232000
588025857	Max	10-oct-82	M	21 avril 2005 07:43:43	ORTHO	14.4	255000
588011028	Michel	22-mai-48	M	15 février 2005 18:27:37	ORTHO	13.7	302000
588011218	Michel	22-mai-48	M	17 février 2005 08:43:07	ORTHO	7.1	227000

Reprise et saisie des dossiers du CTSA



58801121 8	Michel	22-mai-48	M	17 février 2005 15:12:01	ORTHO			2 cgr
-----------------------------	--------	-----------	---	--------------------------	-------	--	--	-------

Hôpital P

Age

Minimum
Hb

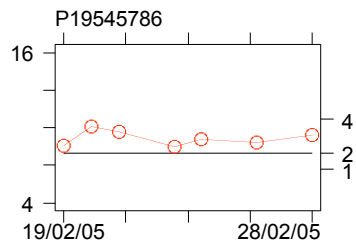
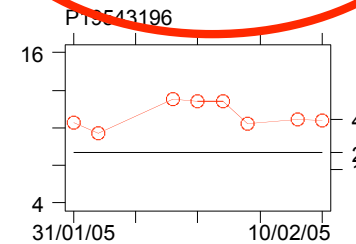
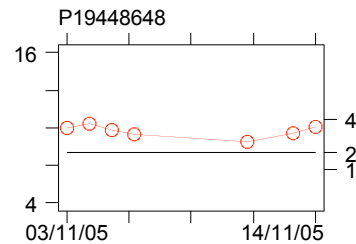
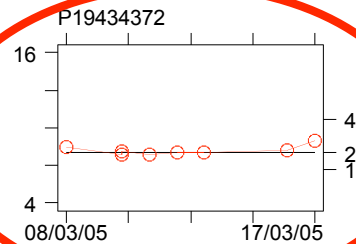
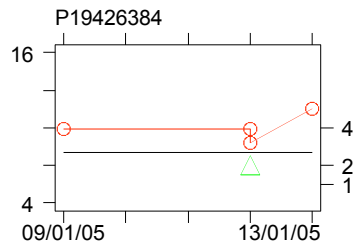
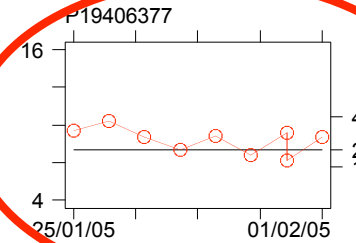
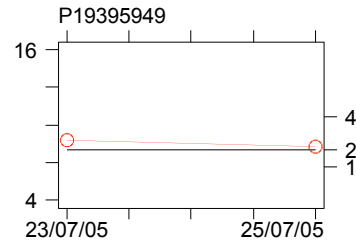
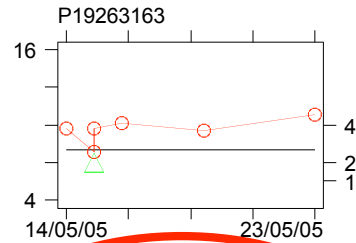
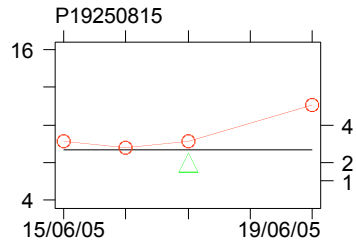
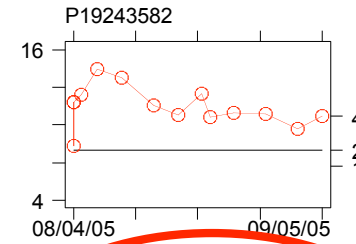
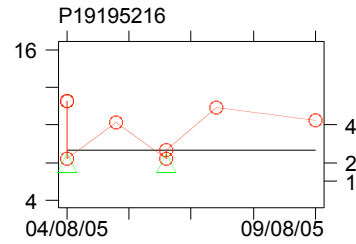
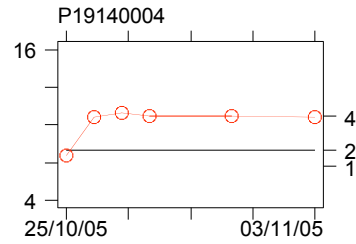
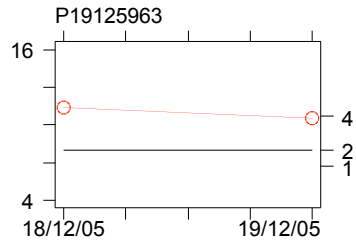
	[15-50]]50-60]]60-70]]70-80]]80-90]]90-+]
]12-+]	135	36	24	9	18	2
]11-12]	43	21	19	20	17	1
]10-11]	29	22	21	23	31	7
]9-10]	29	19	18	26	29	9
]8-9]	28	19	16	18	22	11
]7-8]	23	15	11	11	18	9
]6-7]	22	1	4	3	0	7
]0-6]	3	2	1	0	0	2

Hb

nbcgr

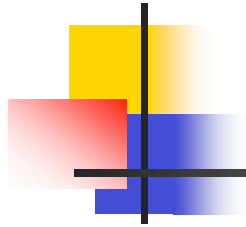
Hb

nbcgr



date_exam
Graphs by NIP

Patients hospitalisés en orthopédie ayant une Hb < 9 g/dl, âge :]90, et plus] ans



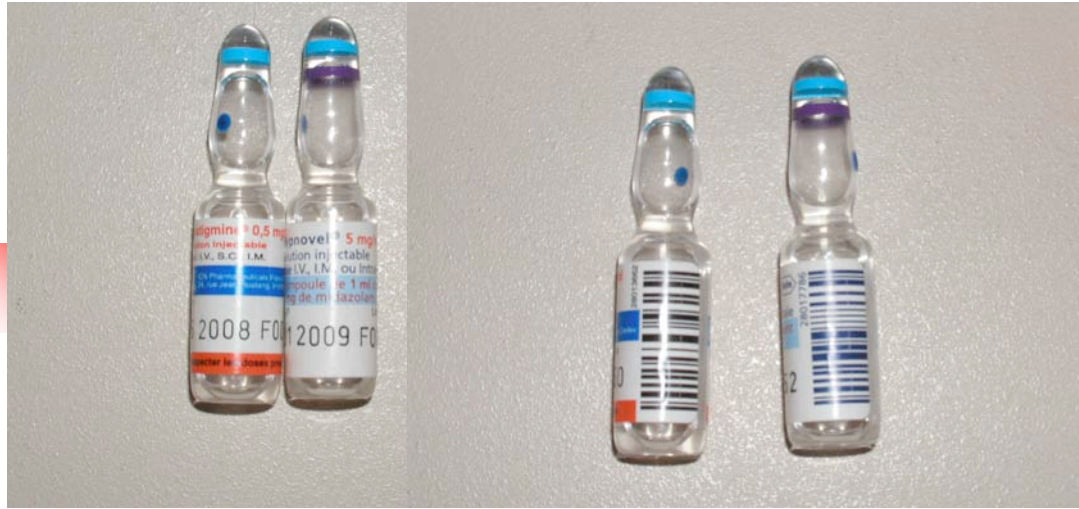
- Modéliser et comprendre les éléments d'instabilité du système
 - Migrations et dynamique du système

Un monde instable, propice aux erreurs

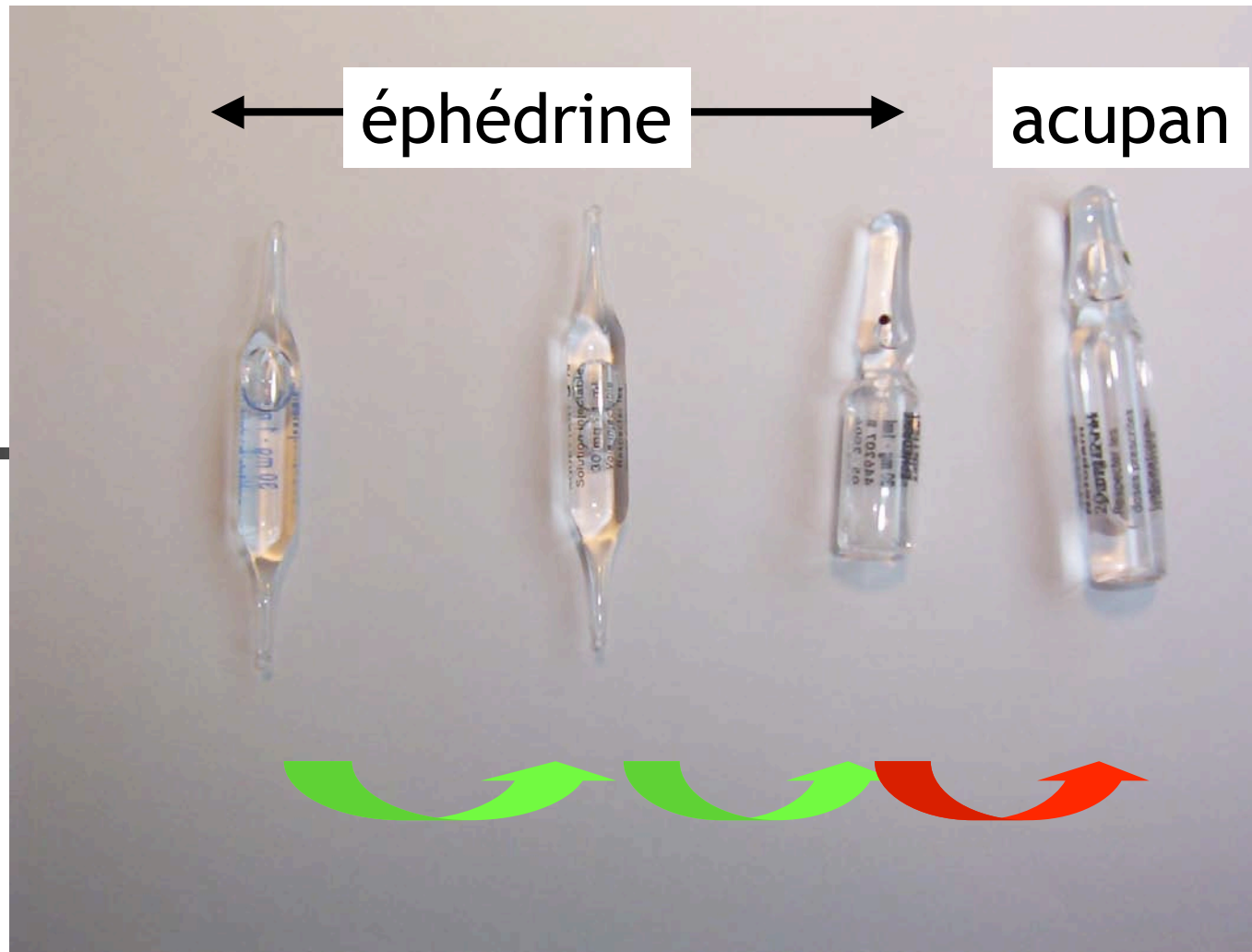
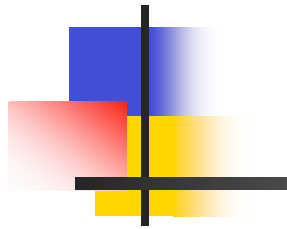


Un «monde» propice aux erreurs !





Un monde instable !





Indisciplines et violations : que faire?

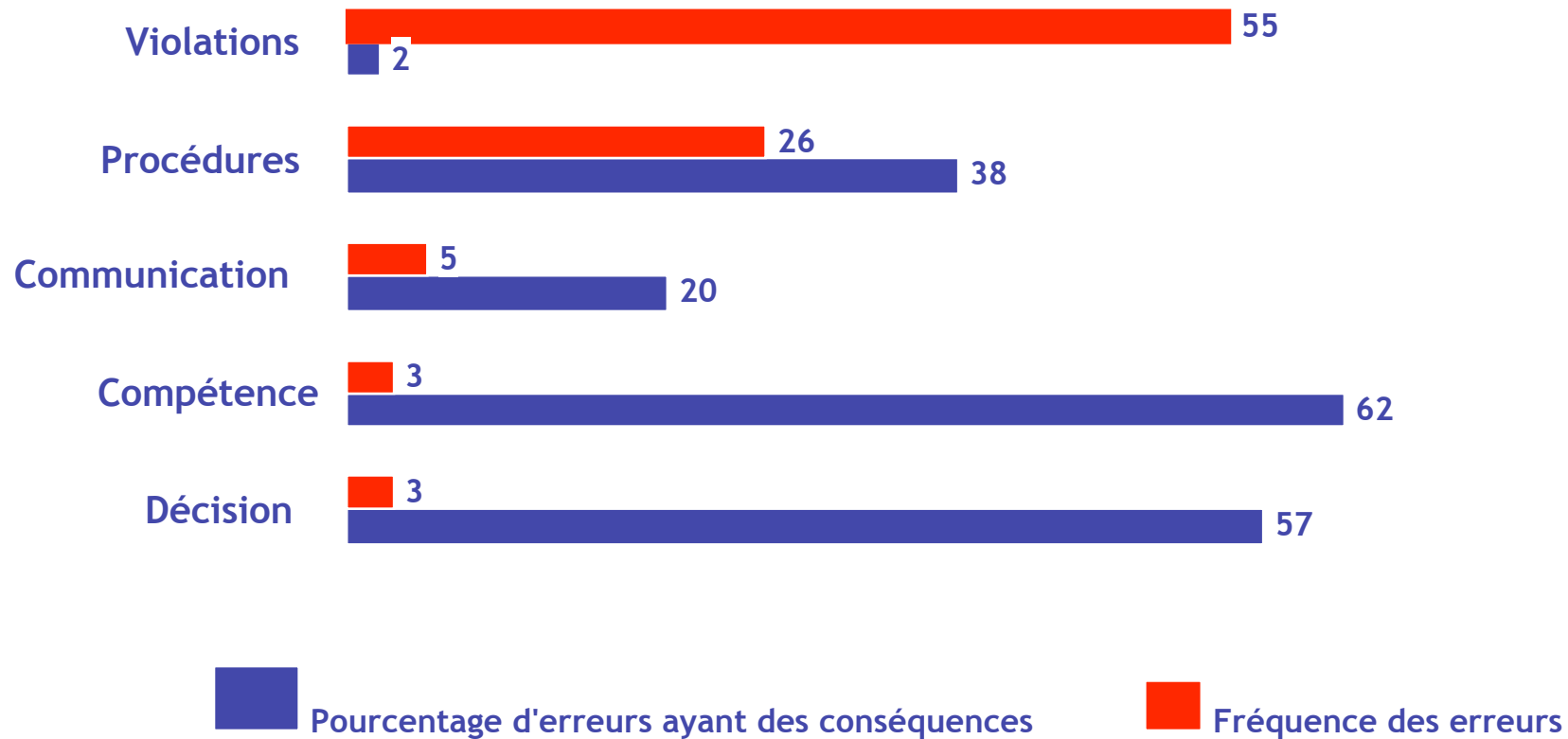
Amalberti, R., Vincent, C., Auroy, Y., de Saint Maurice, G., Framework models of migrations and violations: a consumer guide, *Quality and Safety in Healthcare*, 2006, SI 23:12-16

Auroy, Y, De Saint Maurice, G., Vincent, C. Amalberti, R. Medical rule compliance and its whereabouts: an experimental approach, *Annals Intern. Med. Soumis*

Aslanides, M. Valot, C., Nyssen, A.S., Amalberti, R. Evolution of error and violation description in french air force accident reports: impacts of human factors education, *Human Factors and Aerospace safety*

Observations en aviation civile

(LOSA, Line-Oriented Safety Audit, ICAO, 2003, 5000 vols



Matériel et méthode

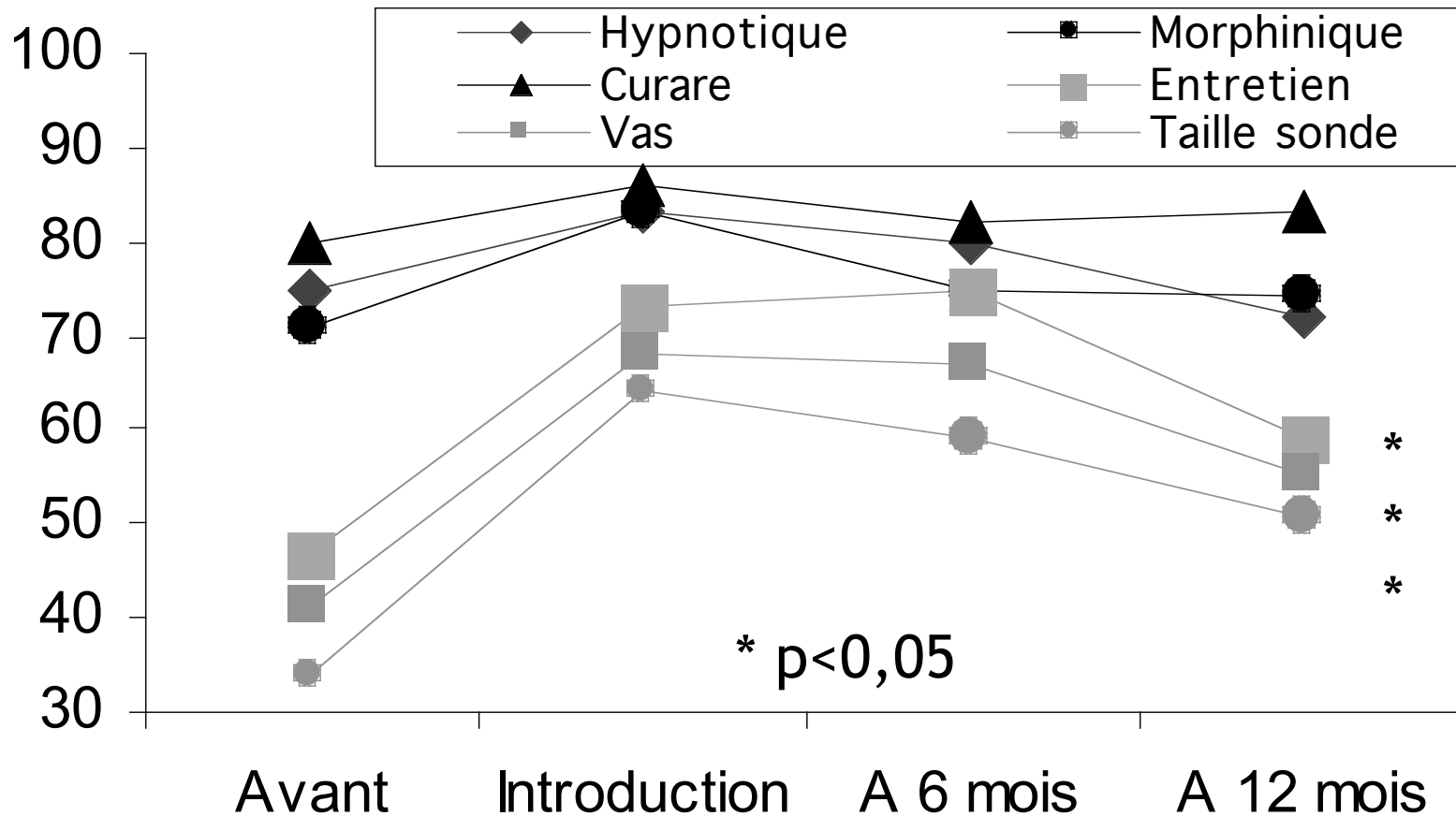
- Objectif: mesurer la variation des pratiques après l'introduction d'une règle au sein d'une équipe d'anesthésie.
- Étude de cohorte, prospective, de type avant-après.
- Les acteurs étudiés sont les médecins anesthésistes.
- Règle introduite par le chef de service: « *inscrire le protocole d'anesthésie dans le dossier lors de la visite pré-anesthésique* »
- Les variables liées à la règle sont l'inscription dans le dossier
 - du type d'anesthésie,
 - de l'hypnotique,
 - du morphinique,
 - du curare,
 - de l'hypnotique d'entretien,
 - du contrôle des voies aériennes et de la taille de sonde en cas d'anesthésie générale.



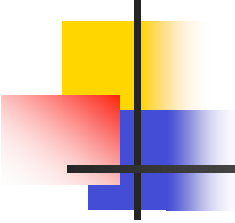
Matériel et méthodes

- Source des données:
 - analyse des dossiers d'anesthésie
 - données du système d'information
 - entretiens avec les acteurs à la fin de l'étude
- Recueil des pratiques des acteurs durant 4 périodes:
 - avant l'introduction de la règle,
 - juste après,
 - à 6 mois
 - puis 12 mois après l'introduction.
- Respect de l'insu vis à vis des acteurs étudiés

Exemple en anesthésie

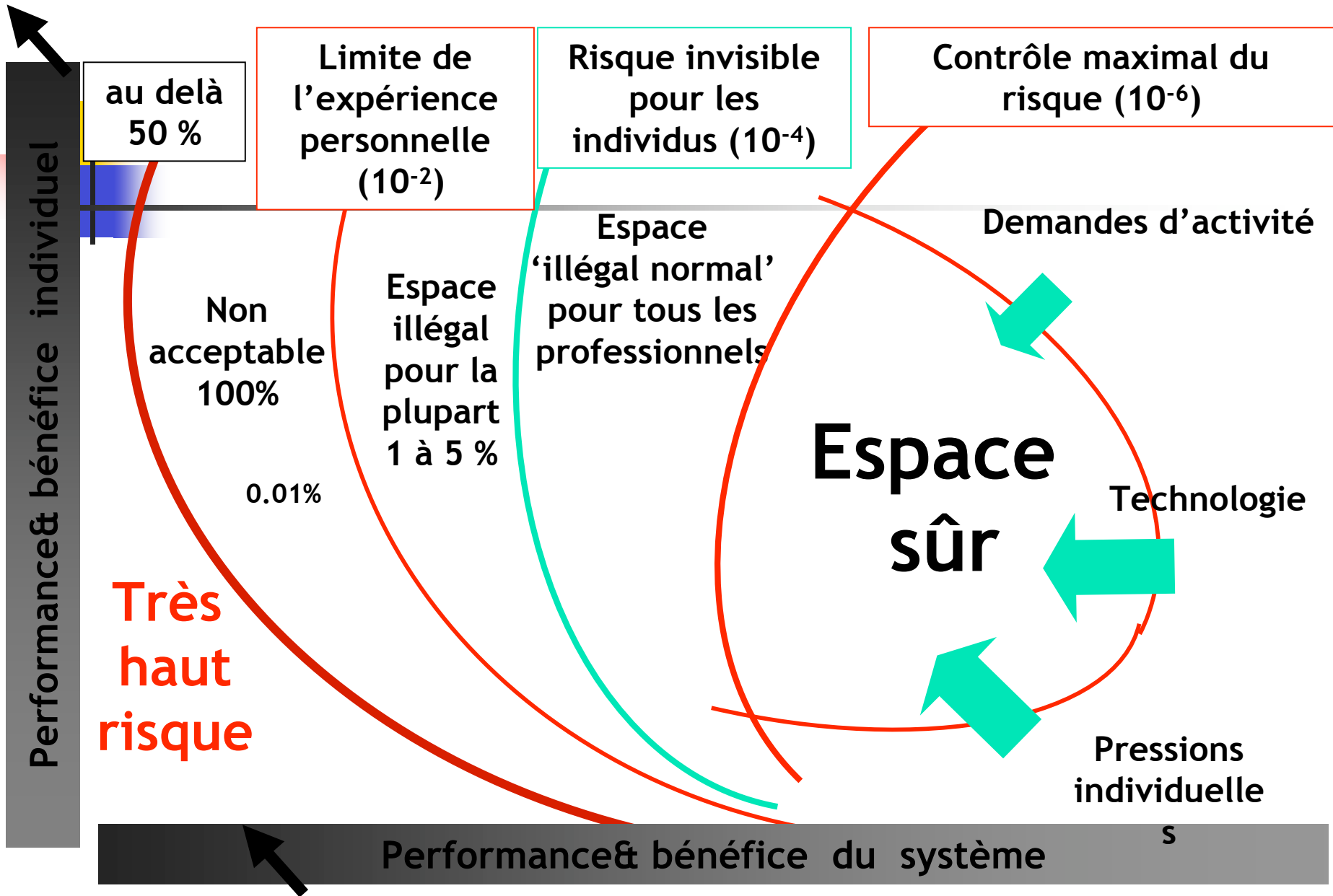


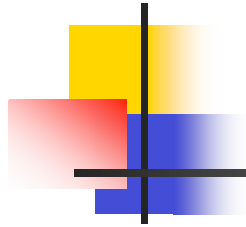
n=907 dossiers étudiés



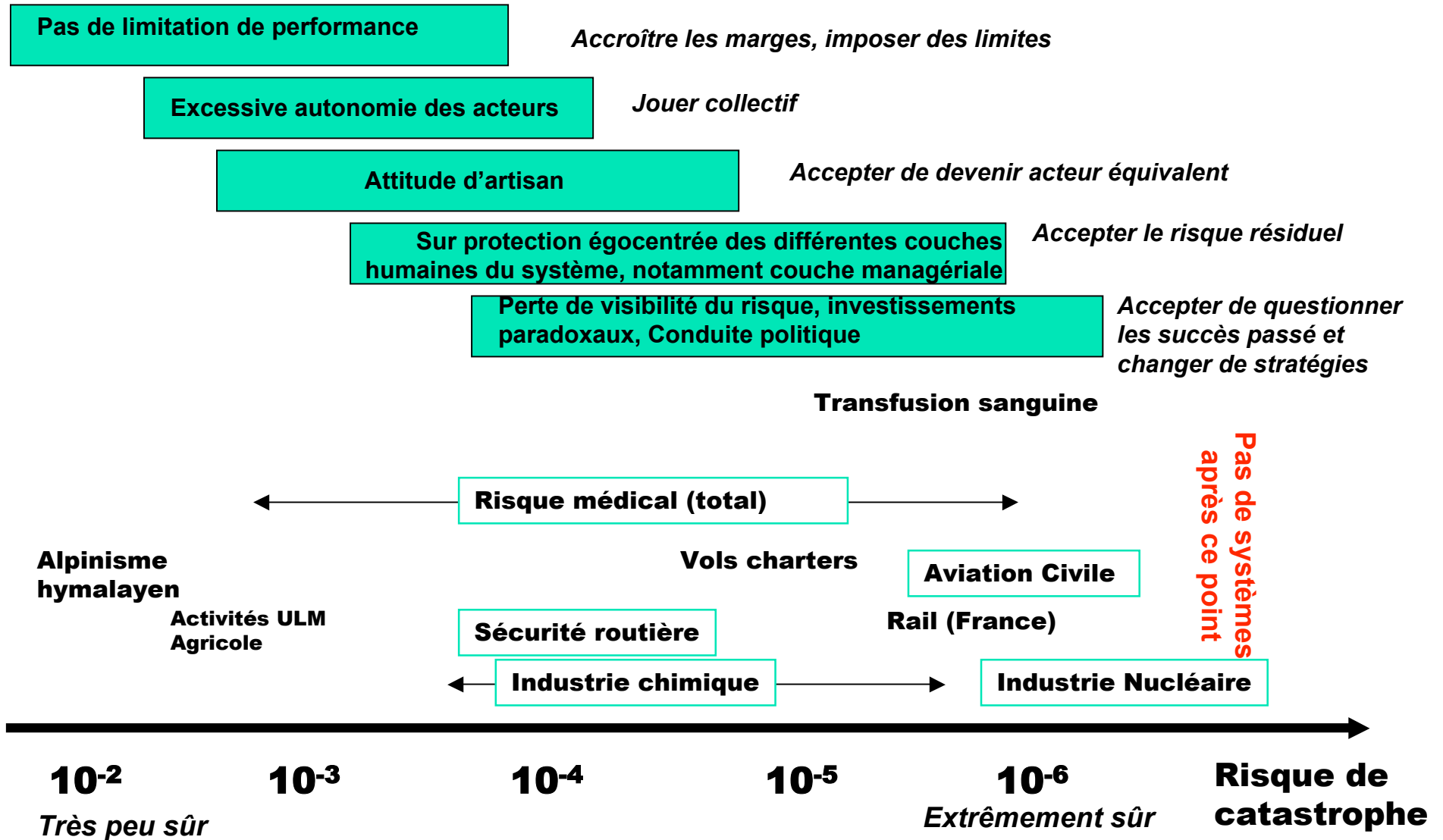
Pourquoi le départ de la migration ?

- **Besoin de performance incompatible avec dans le domaine restreint d'action**
 - trop de règles ou règles inadéquates?
 - évolution du contexte, nouveaux besoins
- **Cas exceptionnels**
- **Volonté de camaraderie, maintien de la cohérence du groupe**
- **Règles instables, remises en questions, ou changeantes**





- Modéliser les facteurs de direction et identifier les causes de résistances locales (au lit du patient)





Les quatre S de l'amélioration du terrain au quotidien

- Standardisation et simplification des pratiques
 - Protocoles, ergonomie, consensus, evidenced-based medicine
- Structuration des organisations horizontales et verticales
 - Consignes, répartition du travail
 - Gestion des relations entre acteurs, compétences non techniques
- Supervision
 - Une information claire sur ce qui fait erreur
 - Pilotage des dérives
 - Retour d'expérience
 - Supervision
- Staff renforcé et partage de la connaissance
 - Traçabilité et bases de données accessibles , dossier de soin
 - Formation, et culture de sécurité