

# Cas clinique

survenue d'un accident,



analyse méthodologique type «gestion des risques »

# Gestion des risques : définition

- « Processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble d'une organisation, qui permet l'identification, l'analyse, le contrôle et l'évaluation des risques et des situations à risques qui ont causé ou auraient pu causer des dommages à une personne ou des biens ».

- Actions :

- **Prévention** : supprimer l'erreur, empêcher qu'elle n'arrive

- **Récupération (correction)** : détecter l'erreur et la corriger avant que l'accident n'arrive

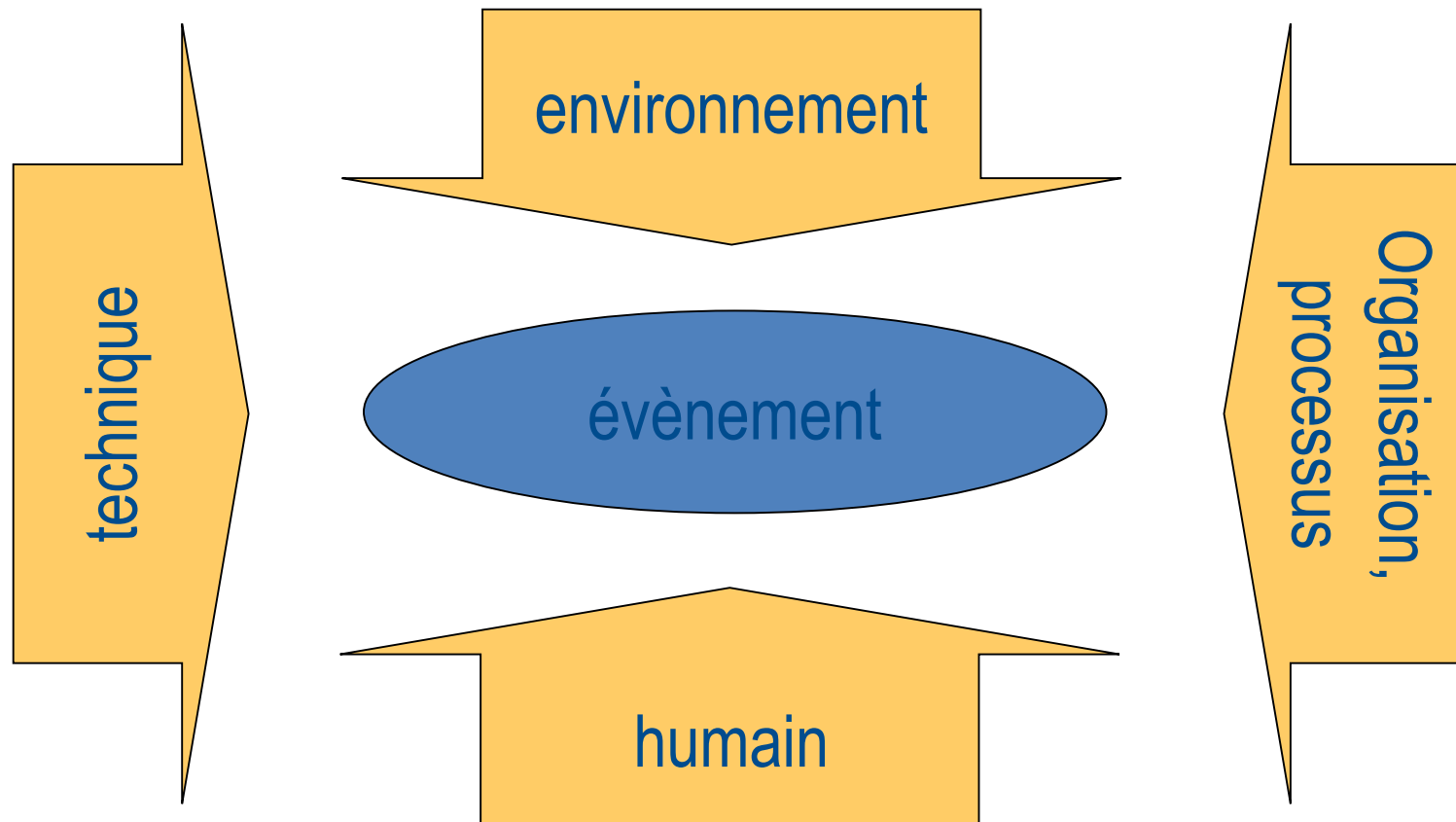
- **Atténuation** : diminuer les conséquences des erreurs

**Prévention + Récupération + Atténuation ≠ garantie totale de sécurité**

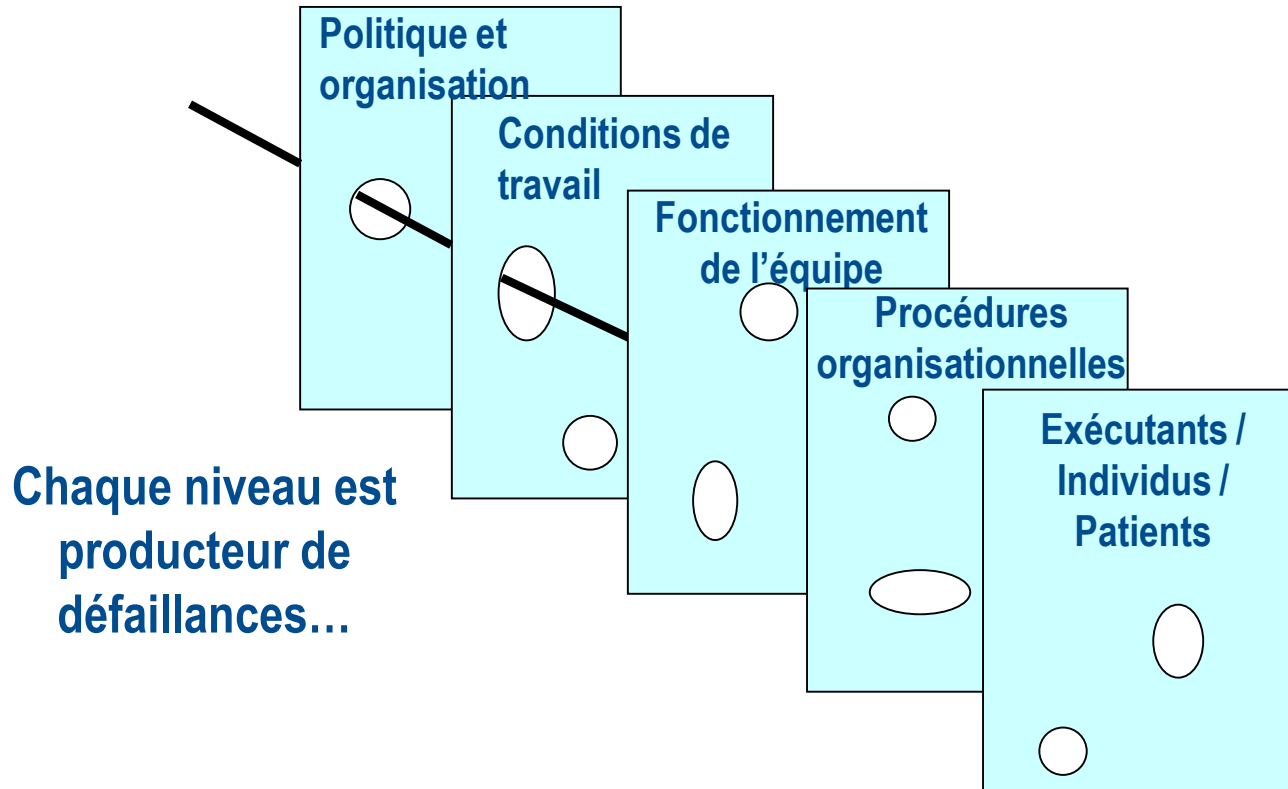
mais permet d'obtenir une **fiabilité acceptable** d'une organisation

# Survenue d'un accident

## 4 grandes familles de facteurs à explorer



# Survenue d'un accident

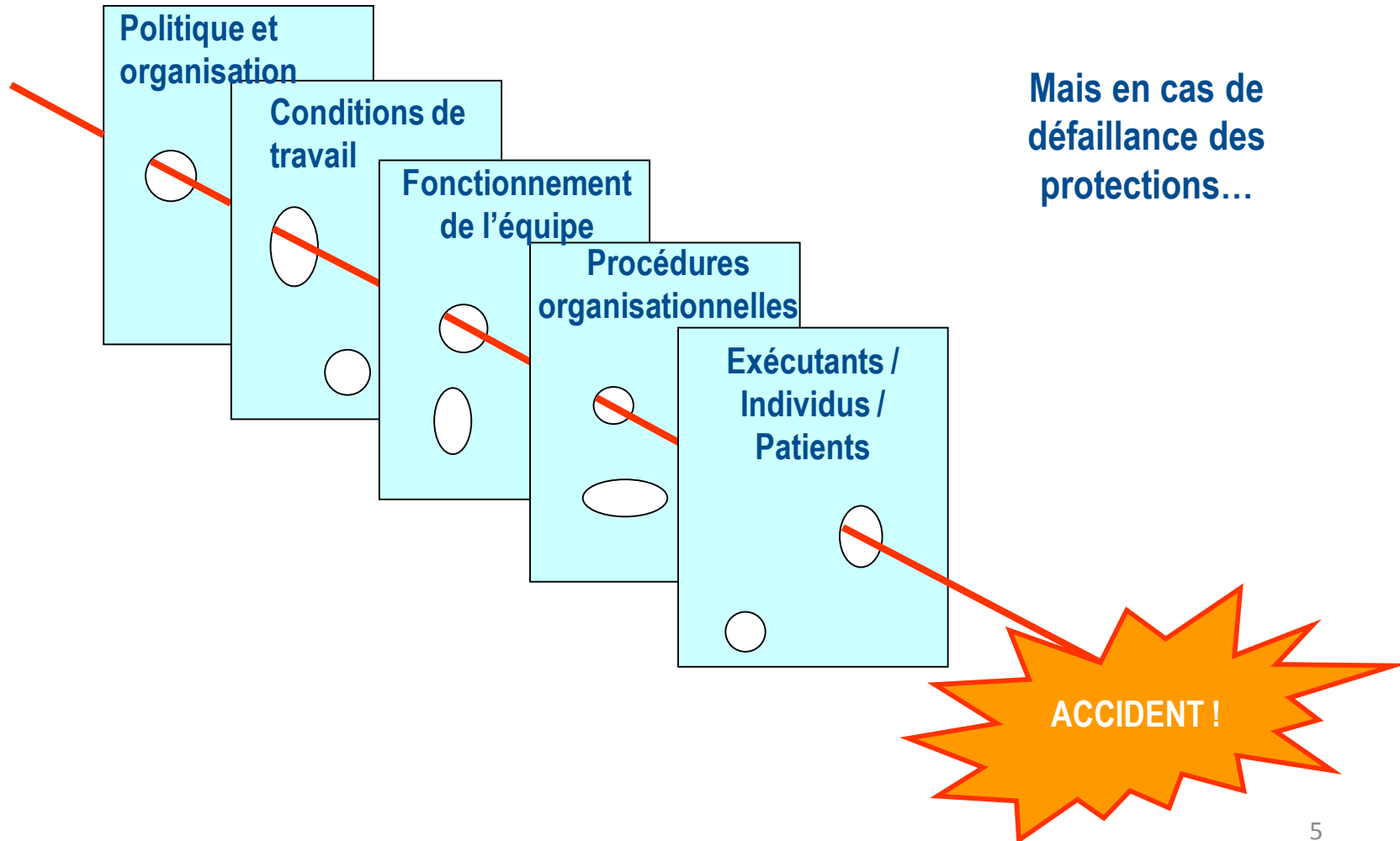


*d'après J.Reason*

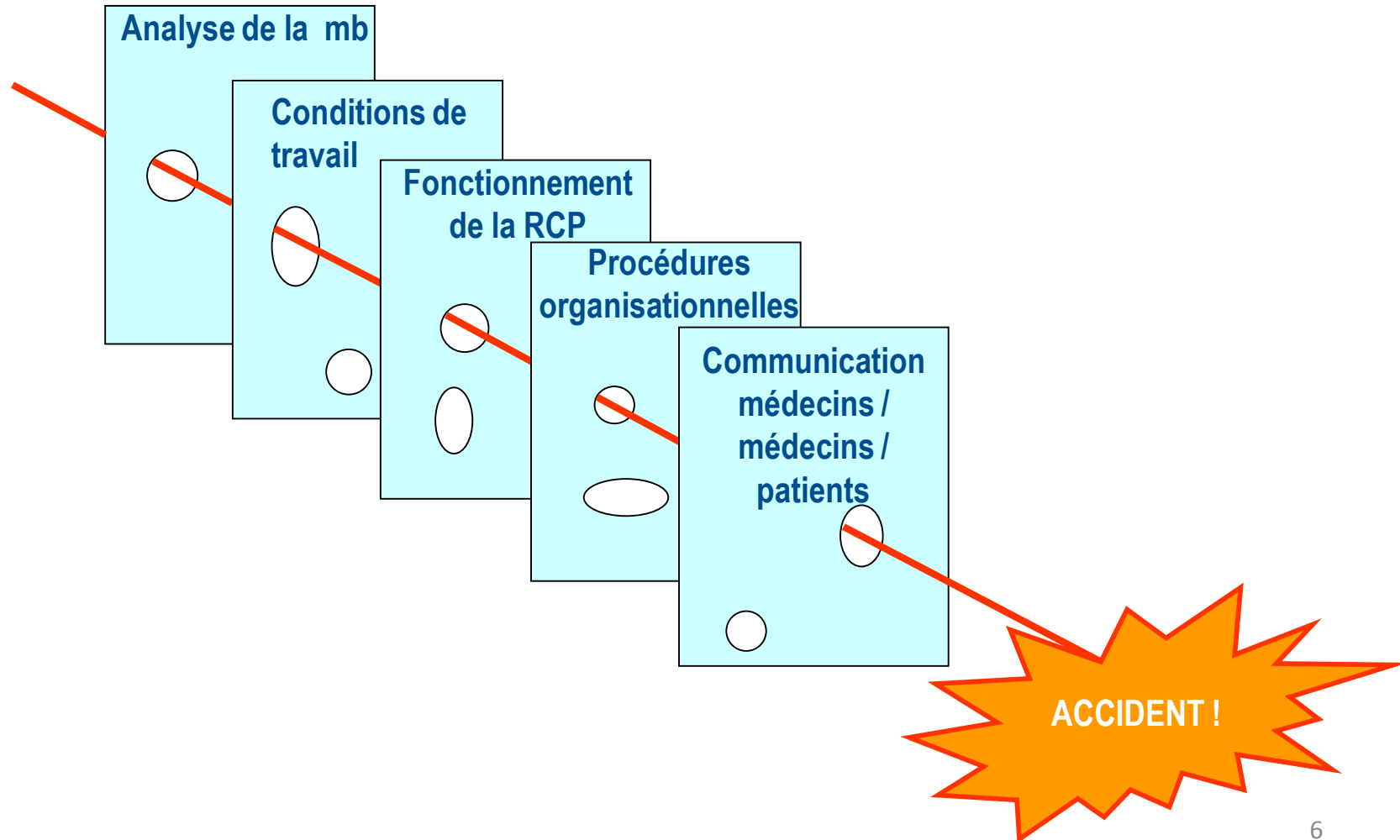
**... et de protections !**

# Survenue d'un accident

« Suite ou combinaison d'événements aboutissant à un accident »



# Survenue d'un accident (cas clinique)



**Gestion des risques à priori = *Gestion des risques potentiels***

**Gestion des risques avérés = *Gestion des risques à postériori***



## **Les étapes**

Étape I : Collecter les données

Étape II : Reconstituer la chronologie de l'événement

Étape III : Identifier les écarts

Étape IV : Rechercher les causes et les facteurs influents

Étape V : Proposer les actions à mettre en œuvre

Étape VI : Rédiger le rapport d'analyse

# Cas clinique : guide d'analyse

Qu'est-il arrivé ?

Pourquoi cela est-il arrivé ? (*recherches des causes immédiates*)

- y a-t-il eu une erreur humaine à l'origine ?
- une meilleure supervision aurait-elle été nécessaire ? ...

Pourquoi cela est-il arrivé ? (*recherche de causes profondes*)

- l'organisation des tâches et des activités, et les responsabilités étaient-elles clairement et explicitement définies ?
- la communication entre professionnels et entre les professionnels et le patient ou son entourage ont-elles été suffisantes ?
- y a-t-il eu un défaut de culture qualité ou sécurité ?

Défenses prévues et prévention :

- est-il nécessaire de revoir le système ?
- des leçons ont-elles été tirées pour éviter que l'événement ne se répète ?

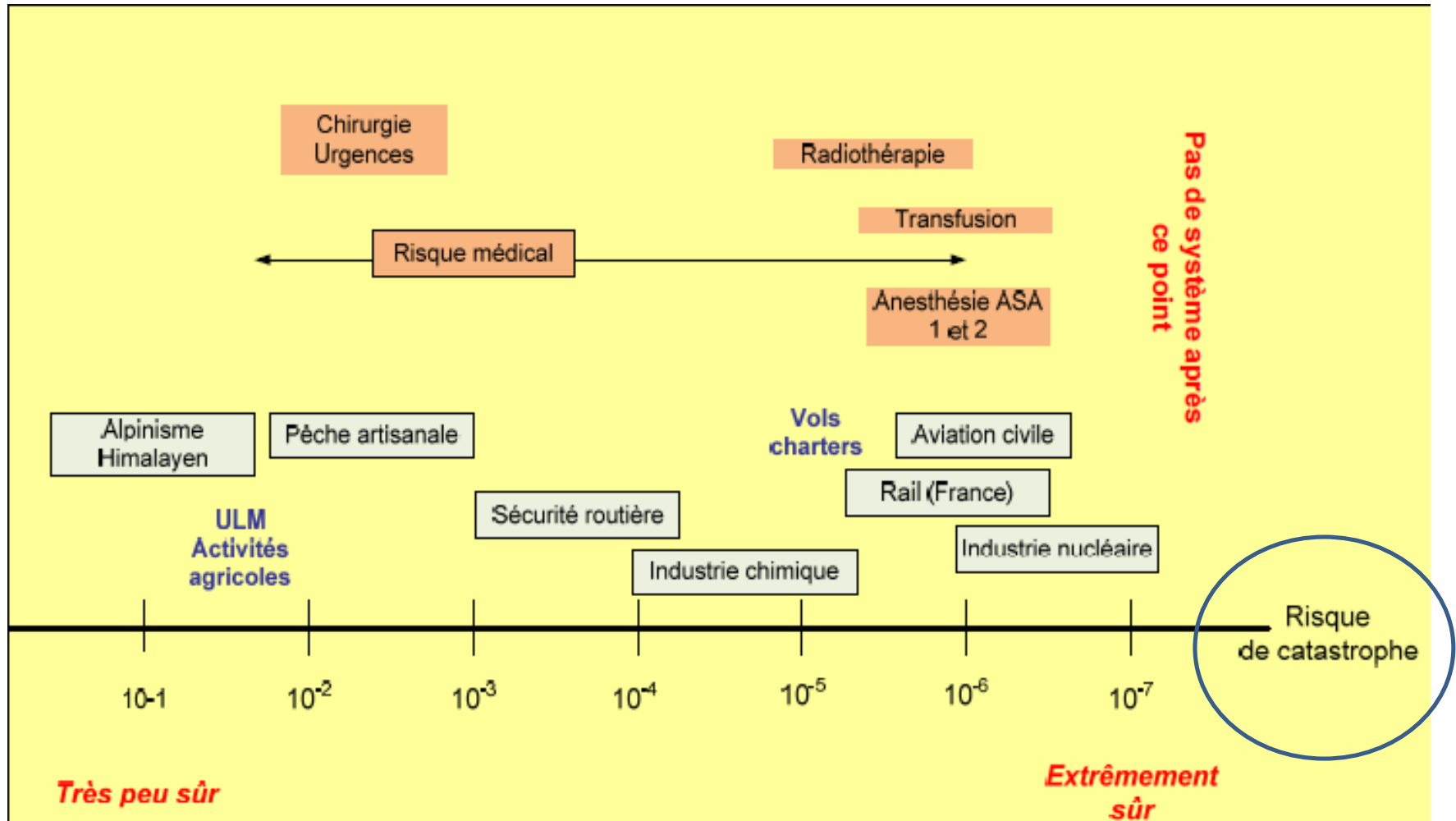


# Cas clinique : guide d'analyse (causes profondes)

- Pas de pathologiste à la RCP, pas de discussion concernant les résultats divergents entre résultats microbiopsie et tumorectomie.
- Radiothérapie réalisée sans attendre la relecture des lames.
- Patiente insuffisamment informée sur le doute quant à la lésion.
- RCP imparfaites dans leur timing et dans la composition.
- Pas de contact direct initial entre anapath 1 et 3 pour alerter.
- Prises de décision conformes mais manque de coordination entre les médecins....

# La santé : un système sûr ?

(Selon R. Amalberti)



# Cas clinique : conclusion

Pas de risque = pas de médecine

mais...

Prise de risque non subie,  
Rapport bénéfice / risque évalué,  
Maîtrise des moyens mis en œuvre  
Patient = acteur décisionnaire = information ++



Risque acceptable

*Christian MOREL*

*Les décisions absurdes (II) Comment les éviter*

*Gallimard*