

Communications du Réseau

Volume 1 – Numéro 2

28 novembre 2008

IDENTIFICATION DES CAUSES POSSIBLES DE SURVENANCE D'UN ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE; L'UTILISATION DU DIAGRAMME D'ISHIKAWA

Pourquoi les patients font-ils des chutes ? Pourquoi un médicament pourrait être donné au mauvais patient ? Pourquoi un plateau non stérile pourrait se retrouver dans le bloc ?

Avant qu'un tel événement ne survienne, on peut chercher à identifier toutes les causes possibles qui entraineraient sa survenance et essayer d'agir en prévention. Le digramme d'Ishikawa peut être utilisé pour identifier les causes d'un événement indésirable. Il permet de déterminer et de catégoriser les causes possibles (et les sous-causes) pouvant expliquer ainsi la survenance de l'événement indésirable (EI) que l'on appelle dans le diagramme « effet ».

Dans certains cas, l'événement indésirable s'est réalisé et on veut savoir pourquoi cela est arrivé. Si la cause n'est pas évidente, on peut utiliser cette analyse pour aider à l'identifier et agir pour que cela ne se reproduise plus.

Comment élabore-t-on un diagramme d'Ishikawa?

L'élaboration du diagramme d'Ishikawa se fait selon une procédure en plusieurs étapes.

Préalablement à toute démarche, il est indispensable de connaître l'effet, c'est-à-dire l'événement indésirable que l'on souhaite analyser. Si, celui-ci n'est pas exactement déterminé, les causes en conséquence ne seront pas définies de façon opportune et ne pourront donc pas répondre à la résolution d'un quelconque problème.

Une fois déterminé, l'effet identifié doit être inscrit dans un rectangle au bout d'une flèche horizontale tracée pour représenter la colonne vertébrale, que l'on appelle aussi « arrête de poisson ».



Par la suite, pour déterminer les causes possibles, une équipe composée de professionnels de la santé est réunie pour participer à un remue-méninge. Il s'agit d'une réunion de travail au cours de laquelle tous les membres déterminent les causes possibles de survenance de l'effet. Ainsi, l'équipe participe pour produire un maximum d'idées en un minimum de temps. Aucune idée ne doit être évincée sur un a priori. Cet outil n'a pas vocation à rechercher des coupables, mais les causes organisationnelles de dysfonctionnement.

Les causes ainsi définies peuvent donc être classées en catégories standard. En matière de système de soins, on retrouve généralement les quatre catégories suivantes (les « 4 M ») :

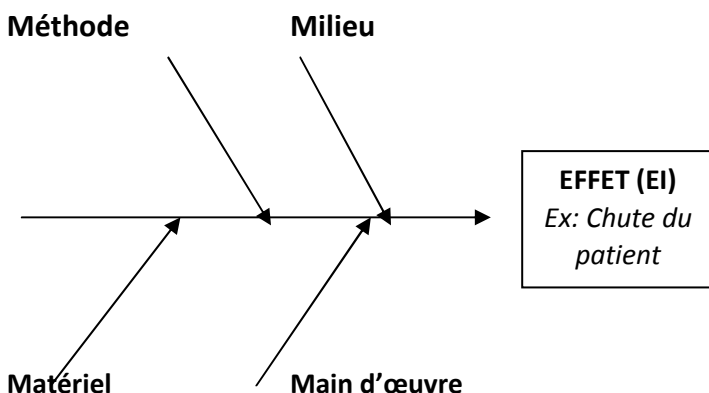
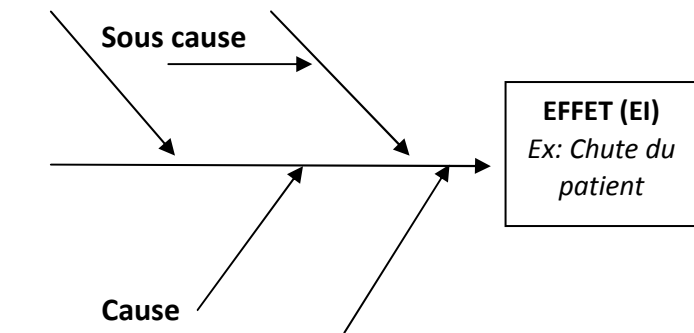
- **Matériels**
- **Main d'œuvre** (ressources humaines)
- **Méthode** (mode opératoire, développement et recherche de pratiques, politique)
- **Milieu** (environnement physique composé de la lumière, la chaleur, le bruit, la poussière, localisation, etc., mais aussi le contexte humain défini par l'ambiance de travail, les contacts entre services, etc.)

Il peut y en avoir plus ou moins en raison du cas à traiter. On peut éventuellement rajouter la catégorie Matière.

Les causes principales qui seront révélées, feront l'objet d'une catégorisation et seront représentées par de grandes flèches obliques apposées sur l'arrête. Si les causes principales sont trop nombreuses, elles peuvent être réparties dans des sous-familles.

Ainsi, le raisonnement peut être affiné en posant la question « pourquoi ? » aux causes principales, permettant ainsi de dégager des sous-causes que l'on appose transversalement sur les axes des causes principales.

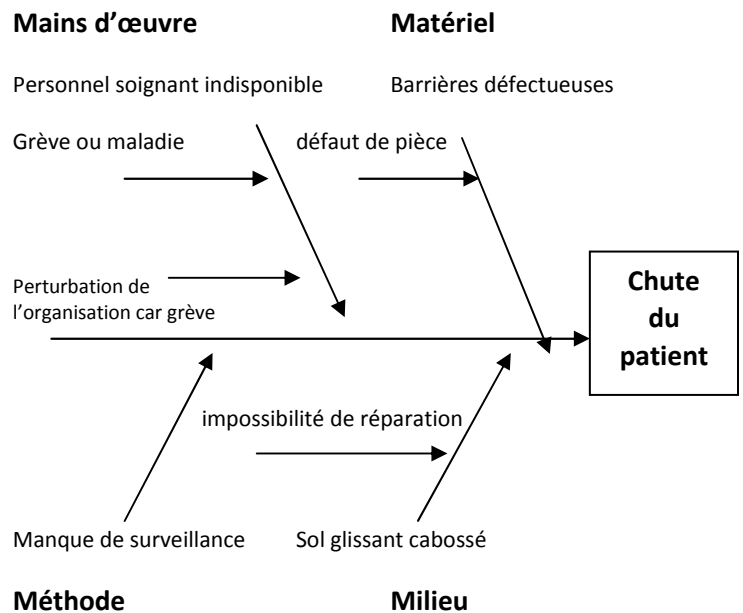
Exemples de diagramme d'Ishikawa d'arrête de poisson après détermination des causes et des sous-causes :



EXEMPLE D'APPLICATION DU DIAGRAMME D'ISHIKAWA

La question que l'on se pose est la suivante : qu'est-ce qui pourrait expliquer la chute du patient?

L'illustration suivante nous donne donc un exemple concret des causes principales qui ont pu être dégagées dans le cadre du remue-méninge lors de la réunion d'équipe et des sous-causes qui ont été dans un second temps détaillées.



Lorsque plusieurs causes possibles sont définies comme étant responsables de la survenance de l'effet (la chute du patient), il appartient à chaque établissement de soins ou service de prioriser le traitement de certaines au détriment d'autres. En effet, en raison de choix politiques, économiques ou humains, la cause « Méthode » de cet exemple pourrait faire l'objet d'un traitement prioritaire.

L'INTÉRÊT ET LES LIMITES D'UN TEL OUTIL

Les avantages de cet outil sont multiples.

Dans un premier temps, il s'agit d'une réflexion collective à laquelle toute l'équipe est associée. Bien que certains ont le sentiment de peu avancer, de perdre du temps, il déclenche cependant, un processus d'engagement à la réflexion, faisant bouger les différents membres de l'équipe.

Dans un second temps, faire participer tous les membres sous-entend que toutes les causes vont être soulevées. C'est donc déterminer un diagnostic bien posé qui permet de passer outre les contraintes individuelles objectives et subjectives permettant ainsi d'agir plus efficacement sur la résolution. L'outil est utile aussi pour mettre fin aux situations périlleuses ou fantasmatisques.

Cependant, nous pouvons aussi relever des limites. En effet, la qualité évolue dans des systèmes qui deviennent de plus en plus complexes et il semble que le diagramme d'Ishikawa ne répond pas aussi efficacement à la résolution d'effet dans de telles situations. En effet, à trop développer des causes et des sous-causes, il peut survenir un manque de clarté et donc dispersion.

Auteurs

Nathalie de Marcellis-Warin, PhD, Professeure École Polytechnique de Montréal et Chercheure CIRANO – Groupe Risque

Laurence Largenté, Professionnelle de recherche CIRANO – Groupe Risque et Doctorante, Université de Montréal

Bibliographie

1. Norme ISO 9000, Organisation Mondiale d'Harmonisation, www.iso.org.
2. Rashad, Massoud. Karen, Askov. Jolee, Reinke. Lynne, Miller Franco. Thada, Bornstein. Elisa, Knebel. Catherine, MacAulay. (2002). *Un paradigme Moderne de l'Amélioration de la Qualité des soins de santé*. Projet d'assurance de qualité (décembre).
3. Vanura. Marmet. Donjon. (2002). *Modèle de gestion des risques en établissements de santé : Organisation, méthode et outils*. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Cap Gemini / Ernst & Young. (Novembre).
4. Fabien, Martinez. (2001). *Les principes généraux de la qualité*, ADSP numéro 35. (juin)
5. Dr John, Ovretveit. (2001). *Quels sont les avantages et les limites des divers outils de la qualité et de la sécurité employés dans le secteur sanitaire*. Organisation mondiale de la santé, bureau régional d'Europe
6. Risque et qualité, vol III numéro 1, avril 2006
7. ANAES. (2002) Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé, (juillet)