

ACPPHOS J40 – Gestion des risques

Analyse des risques a priori par la
méthode AMDEC

Application en pharmacie hospitalière



Sécurisation de la
préparation manuelle
des semainiers
centralisée à la P.U.I.



Dr BAUBRI
Catherine



PLAN DE LA PRESENTATION

- Méthode AMDEC.....qu'es aquo ?
 - Définition
 - Principe et déroulement
 - Intérêt et limites de la méthode
 - Exemples d'application en pharmacie
- Analyse des risques de la préparation manuelle des semainiers des EHPAD

Analyse de risques...pour quoi faire

chercher des solutions.....**de manière structurée**



Mais aussi

Avoir une vision globale de l'ensemble d'un processus

Remettre en question le fonctionnement, sans attendre un incident

Support à la détermination de l'acceptabilité

Définir des priorités d'action et estimer l'impact de mesures correctives

AMDEC...qu'es aquo

- Définition

AMDEC = Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité (FMECA en anglais = *failure mode effect and criticality analysis*)

Méthode conçue spécifiquement pour identifier les modes de défaillance d'un produit ou d'un processus. La criticité est un paramètre essentiel pour compléter la portée de l'analyse de risques et obtenir ainsi un véritable instrument d'aide à la décision.

Mode de défaillance : forme observable du dysfonctionnement d'un produit ou d'une opération du système étudié

Elle fait partie des méthodes recommandées par la HAS
(Guide HAS 2012. *La sécurité des patients - Mettre en œuvre la gestion des risques - Des concepts à la pratique*)

AMDEC...qu'es aquo

En tous les cas pas ça !



AMDEC...qu'es aquo

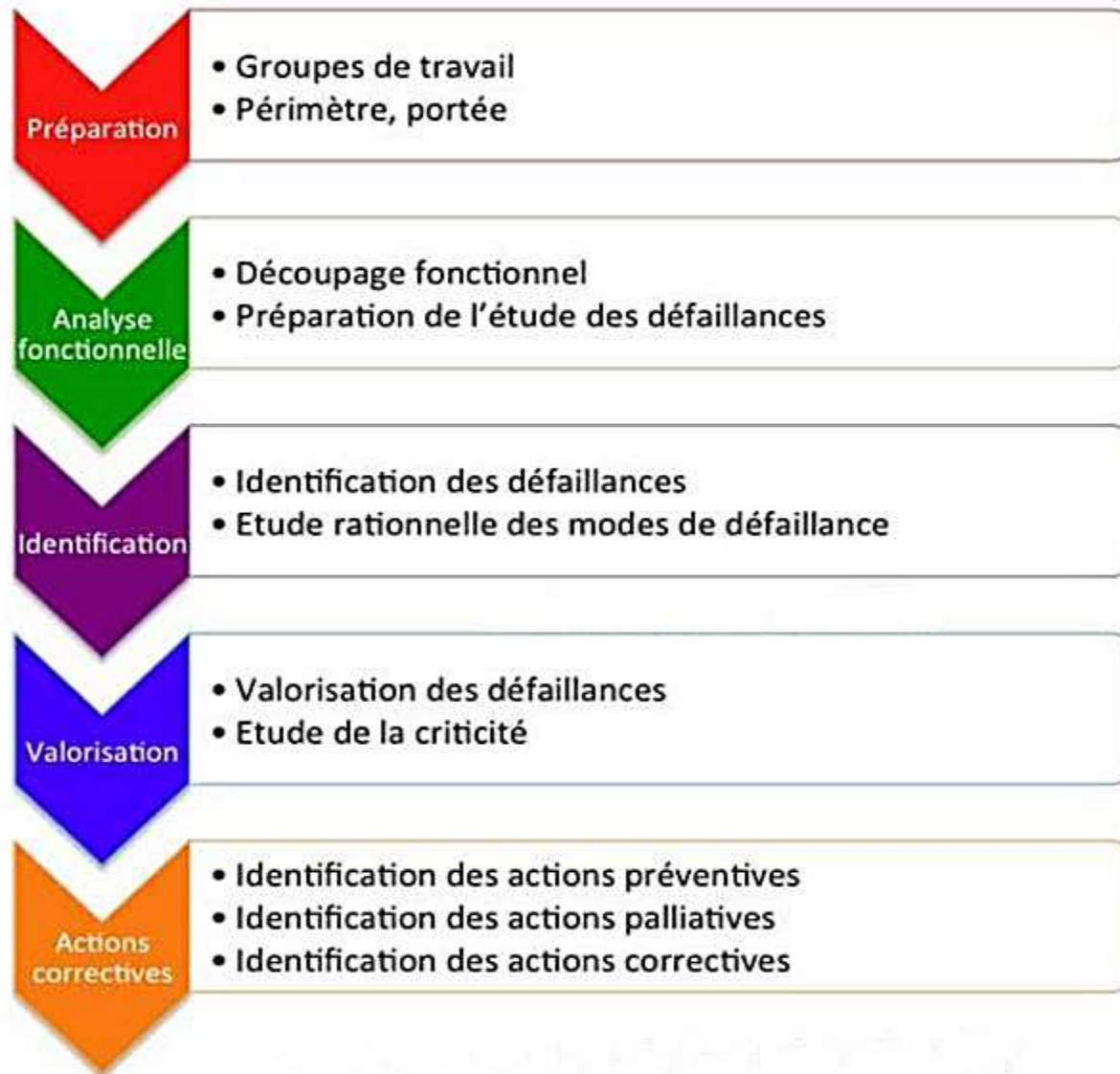
- Principe et déroulement

Cette méthodologie d'analyse **a priori** vise à lister puis organiser les modes de défaillances prévisibles et leurs conséquences lors de la conception d'un produit ou de la mise en œuvre d'un processus.

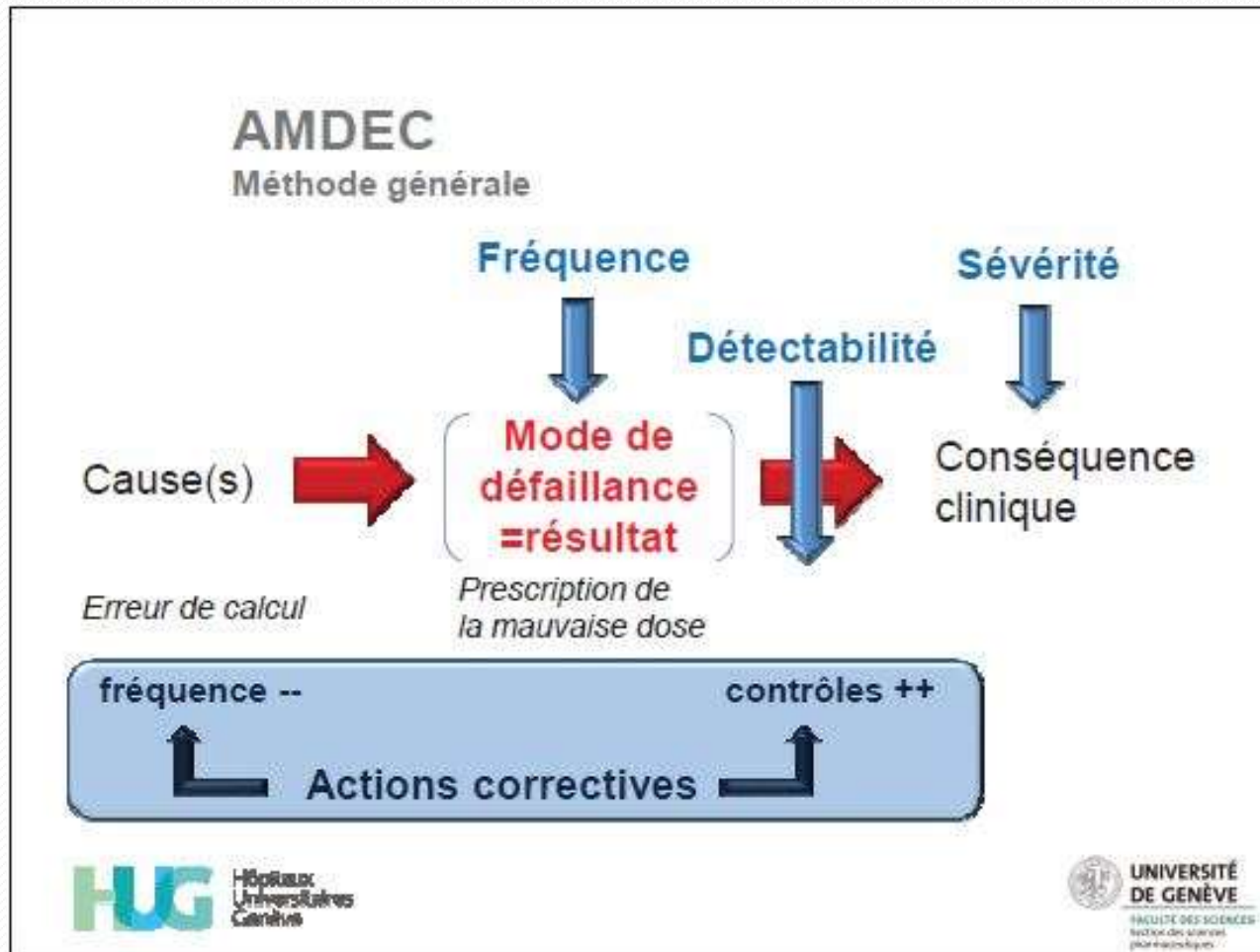
Elle exige rigueur et précision pour être efficace, et se déroule par étapes.

- Définition du périmètre de l'analyse, et description du processus, constitution des d'un groupe de travail interdisciplinaire
- Evaluation qualitative des modes de défaillances : « qu'est ce qui pourrait mal se passer ? »
- Evaluation quantitative par la détermination des criticités : chaque défaillance se voit attribuer une criticité selon la gravité, la fréquence et la probabilité de non détection – Cotation consensuelle
- Définition d'un plan d'actions = mesures correctives ou préventives préconisées pour réduire la criticité des modes de défaillances les plus critiques
- Evaluation de la criticité résiduelle (évaluation de l'impact potentiel des propositions d'amélioration)

AMDEC...qu'es aquo



AMDEC...qu'es aquo



AMDEC...qu'es aquo

Intérêts

Quantitatif (vs AMDE) car le calcul de la criticité permet d' « objectiver » des questionnements qui restent malgré tout subjectifs pour beaucoup

Simplicité de mise en œuvre

Partage de visions en pluridisciplinarité autour du processus permet d'envisager plus de situations à risques

Limites

Subjectivité de l'évaluation, on ne peut pas prétendre à l'exhaustivité, eu égard au mode même de travail

Groupe assez large, consensus pas toujours facile

Pas possible d'évaluer la combinaison de plusieurs modes de défaillance

Demande un investissement important en temps

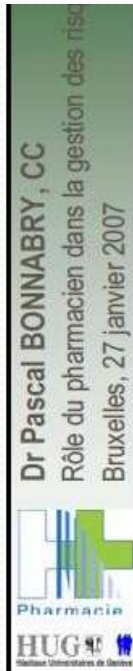
L'analyse n'est pas une fin en soi, mais le début d'un processus d'évolution, un support pour l'amélioration continue

AMDEC...qu'es aquo

- **AMDEC et pharmacie hospitalière**

C'est une méthode assez bien adaptée malgré ses limites, car s'adressant à des processus complexes....comme peut l'être la prise en charge médicamenteuse

Par ou commencer ?

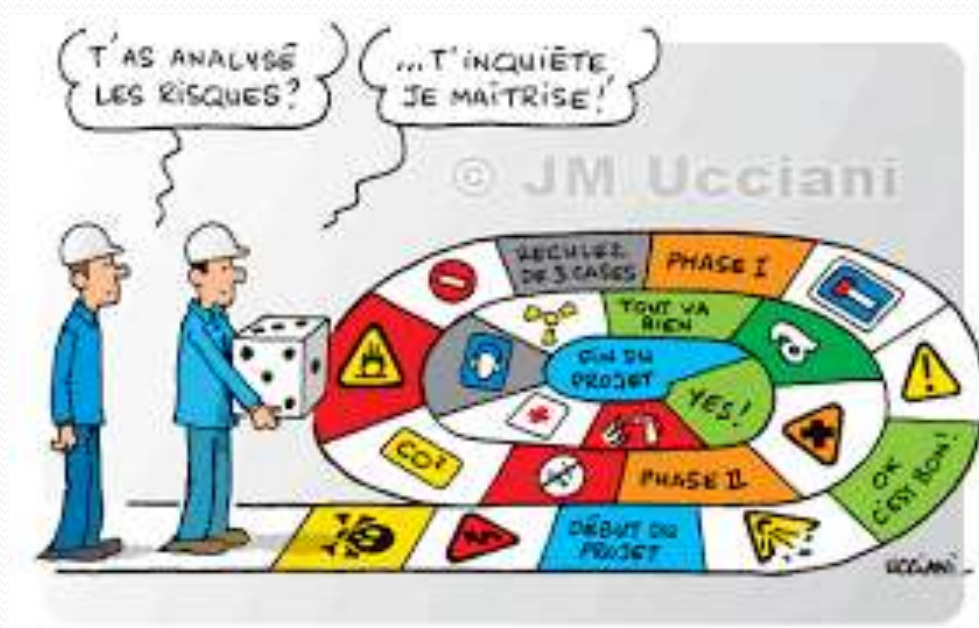


- **Par le début du processus**
 - prescription
- **Par les processus à haut risque**
 - chimiothérapies
- **Par les lieux à haut risque**
 - soins intensifs, pédiatrie, anesthésiologie, ...
- **Par les molécules à haut risque**
 - potassium, héparine, insuline, morphine, ...
- **Par les voies d'administration à haut risque**
 - intrathécal, intraveineux

EXEMPLE D'AMDEC

Sécurisation de la préparation manuelle des semainiers centralisée à la P.U.I.

Cette AMDEC a été réalisée en 2016 dans le cadre d'un DU analyse et gestion des risques en santé



Contexte

- Le Centre Hospitalier de St Jean d'Angély est composé de deux secteurs, l'un sanitaire, l'autre médico-social
 - 126 lits de MCO
 - 75 lits de SSR
 - 223 résidents en EHPAD (3 sites)
- L'établissement est en direction commune avec le CH de Saintes depuis 2010 et adhèrent au GHT Saintonge depuis Juillet 2016



Organisation de la DHIN

Les EHPAD sont en DHIN manuelle centralisée à la PUI depuis 2006

- **Moyens humains**

- 1,5 ETP PPH et 0,25 ETP pharmacien sont financés par l'EHPAD.
- Concrètement : environ 35h PPH / semaine sont consacrées à l'approvisionnement en médicaments des EHPAD et 10h de temps pharmacien

- **Locaux**

- 1 espace est aménagé au sein de la PUI où se trouve le poste cueillette et où les PPH préparent les semainiers

Organisation de la DHIN

- **Prescription**

- Environ 15 prescripteurs de ville
- Prescription non informatisée
- les ordonnances sont faxées au fil de l'eau par les IDE
- La validation pharmaceutique est faite journalièrement, (environ 1500 en 2015)



Organisation de la DHIN



• Préparation

- Environ 600 000 mono doses * sont préparées par an.
- Référencement prioritaire en conditionnement unitaire, pourtant près de 20% des mono doses nécessiteraient un reconditionnement.
- En 2015, un peu plus de 8% des mono doses sont des fractions de comprimé (manque de dosages adaptés existant)

mono doses * = formes orales sèches entières et fractions de comprimés (ANAP, 2012)

Problématique

- **Constat intra hospitalier sur les EI**

- En 2015 : 50% des EI déclarés concernant la PECM le sont sur l'étape dispensation et principalement sur la préparation des semainiers
- En dehors du recueil des EI, des informations sur le même type d'erreurs se retrouvent sur les cahiers de transmission EHPAD/PUI

- **Autres facteurs :**

- Le déploiement de la DHIN est envisagé sur le SSR
- Les directeurs d'EHPAD sont sollicités pour financer des mesures de sécurisation de la PECM dans le cadre des conventions tripartites.
- Projet d'automatisation de la dispensation déjà présenté et non accepté au niveau de l'établissement.

Pourquoi une analyse des risques a priori ?

- **Impossibilité de le faire au démarrage de l'activité en 2005**

« quand il faut y aller, il faut y aller, on ne s'arrête pas pour évaluer les risques ».....dixit un grand penseur (James Dean)

- **Donc pour évoluer** nous devons prendre le temps d'analyser notre processus, en connaître le niveau de criticité et pouvoir définir des actions d'amélioration

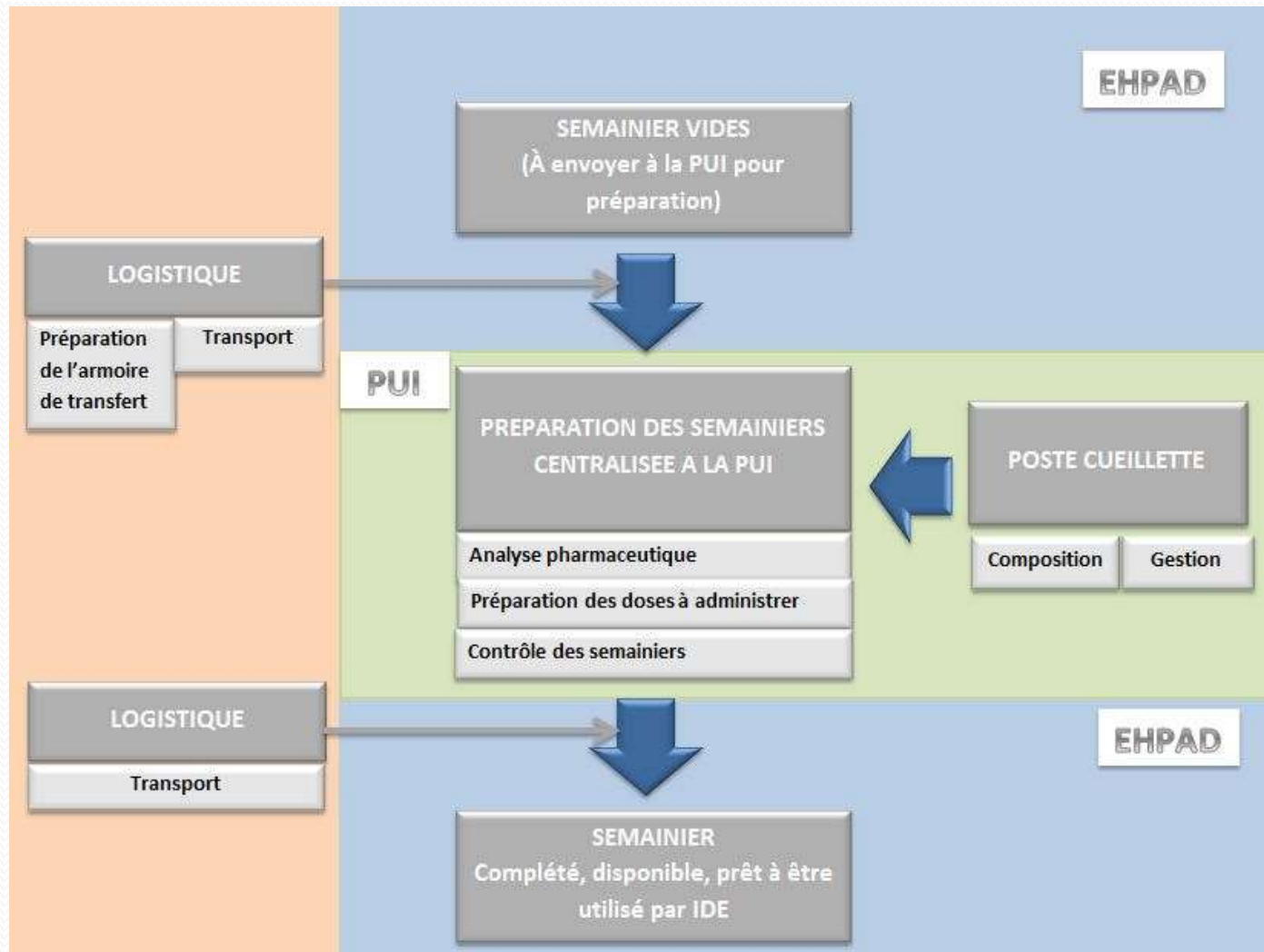
« Si j'avais 1 h pour résoudre un problème, je passerai 40 mn à l'analyser, 15 mn pour en faire la revue critique et 5 mn pour le résoudre »...Albert Einstein

Méthodologie

- **Groupe de travail : 9 membres**
 - Constitué très vite, totalement pluridisciplinaire (PPH, IDE, pharmacien et médecin, cadres de santé, technicien qualité)
- **Planning**
 - Travail préparatoire : définition du processus et bibliographie (débuté en Mars 2016)
 - 4 réunions programmées, environ 1 par mois entre le 27 Avril et le 29 Aout



Processus



Echelles de cotation

- Les échelles de gravité, fréquence et détectabilité ont été déterminées à partir des échelles proposées par l'HAS et précisées au niveau du groupe

Echelles de cotation					
Fréquence		Gravité		Détectabilité	
1	Très improbable	1	mineur	1	très élevée
2	peu probable	2	significatif	2	élevée
3	possible	3	majeur	3	modérée
4	probable	4	critique	4	basse
5	très probable	5	catastrophique	5	inexistante

Criticité

- Criticité = F x G x D, étendue de 1 à 125
- Seuils de criticité

Criteres	G	F	D
cotations	1	1	5
	2	2	4
	3	3	3
	4	4	2
	5	5	1

Détermination du seuil de criticité bas

Priorité	IC	Niveau d'action
Niveau 1	> 32	Risques intolérables
Niveau 2		Risques tolérables sous surveillance
Niveau 3	< 18	Risques acceptables en l'état

IC		Détectabilité				
		1	2	3	4	5
Criticité	1	1	2	3	4	5
	2	2	4	6	8	10
	3	3	6	9	12	15
	4	4	8	12	16	20
	5	5	10	15	20	25
	6	6	12	18	24	30
	8	8	16	24	32	40
	9	9	18	27	36	45
	10	10	20	30	40	50
	12	12	24	36	48	60
	15	15	30	45	60	75
	16	16	32	48	64	80
	20	20	40	60	80	100
25	25	50	75	100	125	

Analyse AMDEC

- Grille de recueil ([CARTOGRAPHIE AGR 16 .xls](#))

Description du processus		Identification et analyse des défaillances			Cotation				
Etapes	Sous processus	Défaillances	Causes des défaillances	effets des défaillances	NM	G	F	D	IC
POSTE CUEILLETTE	Composition du stock	absence en cours de préparation des médicaments nécessaires	organisationnelle: dotation insuffisante du poste cueillette,	interruption de tache en cours de préparation pour réapprovisionnement	3	2	1	1	8
	Réapprovisionnement	Médicament dans bac inadéquat	organisationnelle : cases du poste cueillette mal étiquetées, bac non disponible	erreur de médicament dans le pilulier	4	3	3	3	27
		Médicament dans bac inadéquat	humaine : médicaments mis dans la mauvaise case lors du réapprovisionnement		3	3	3	3	27

Nombre de défaillances	39
Nombre de défaillances niveau 1	7
Nombre de défaillances niveau 2	19
Nombre de défaillances niveau 3	13
ICI total	899
ICI moyen	21,93

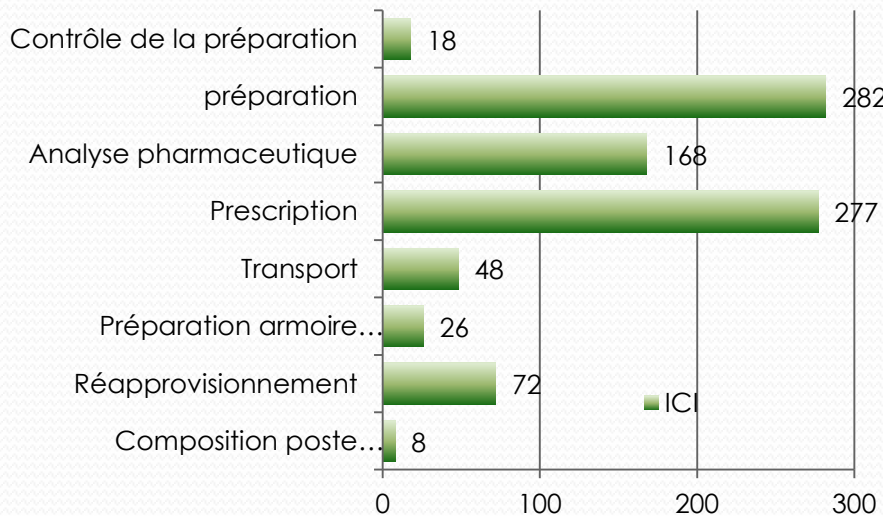
Résultats globaux

NM = niveau de maitrise
 G = gravité
 F = fréquence
 D = détectabilité
 ICI = indice de criticité initiale

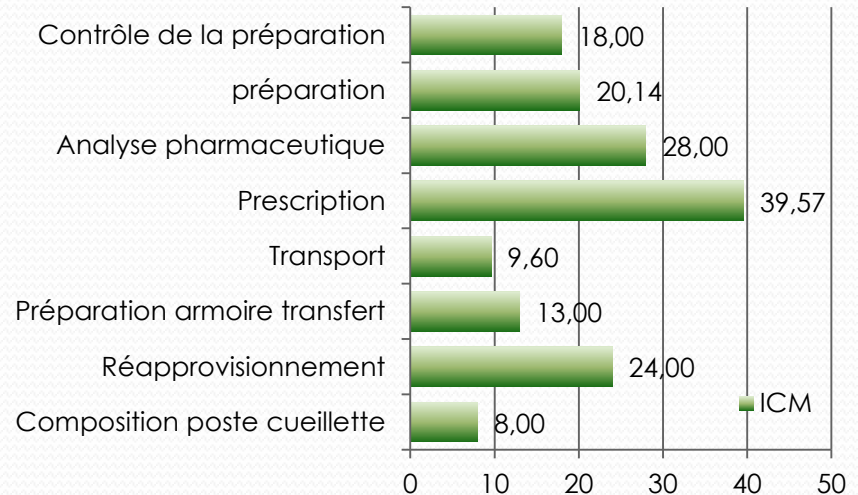
Analyse AMDEC

- Répartition des ICI par sous processus

Indice de criticité totale



Indice de criticité moyenne



- 4 sous processus ont un ICM >18, dont 3 dans l'étape préparation, seule étape où on retrouve des ICI > 32

Analyse AMDEC

- Défaillances de niveau critique > 32



Nombre de défaillances niveau 1	7
prescription	4
analyse pharmaceutique	1
préparation	2
Criticité totale des défaillances N1	315
ICI moyen des défaillances N1	45

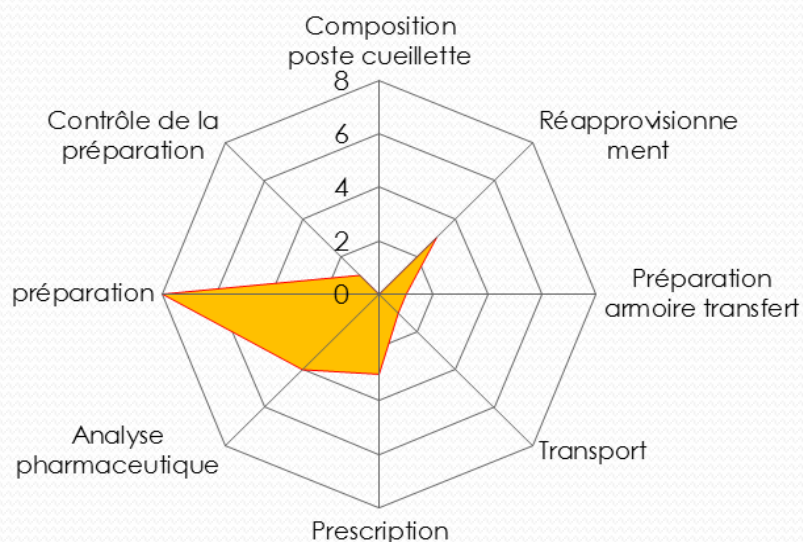
- ICI allant de 32 à 64
- Prescriptions non conformes ou absentes, médicaments non identifiables...etc.

Défaillances	Identification et analyse des défaillances			Cotation				
	Causes des défaillances	effets des défaillances		N				IC
Médicament manquant sur la prescription	Humain : prescription orale, absence de support écrit et prise en compte par infirmière dans dossier résident	<i>médicament manquant ou posologie incorrecte dans le pilulier préparé</i>		3	4	4	4	64

Analyse AMDEC

- Défaillances de niveau critique >18 et < 32

Répartition par sous processus



Nombre de défaillances niveau 2	19
logistique	2
gestion du poste cueillette	3
préparation	16
Criticité totale des défaillances N2	486
ICI moyen des défaillances N2	25,60

Prédominance sur l'étape préparation, et en particulier sur le sous processus préparation, mais une criticité moyenne plus importante sur le réapprovisionnement du poste cueillette et l'analyse pharmaceutique

Prescription non conforme : nom du résident incomplet, incorrect	humain : prénom inconnu ou mal connu, erreurs de patient	préparation du traitement de mr X dans pupulier de mr Y'	2	3	5	2	30
Médicament prescrit indisponible	médicament ne figurant pas au livret thérapeutique, ou temporairement en rupture de stock	emeur possible de substitution, retard de prise en charge pour les médicaments non substitués ou non substituables	2	3	5	2	30

Plan d'action

- **Détermination des actions d'amélioration**

- Les actions envisagées et proposées lors des réunions ont été reportées sur tableau AMDEC

Sous processus	Défaillances	Niv	G	F	D	IC	Plan d'actions
							Actions à mettre en place
Composition du stock	absence en cours de préparation des médicaments nécessaires	3	2	4	1	8	AA2-3 : Mise en place d'une dotation, édition des étiquettes par Pharma, réétiquetage du poste cueillette
	Médicament dans bac inadéquat	4	3	3	3	27	
Réapprovisionnement	Médicament dans bac inadéquat	3	3	3	3	27	AA4 : Mettre en place un inventaire du poste cueillette. Intégrer le poste cueillette à la gestion des périmés AA1 : Créer mode opératoire de gestion du poste cueillette
	Médicament périmé dans poste cueillette	4	3	2	3	18	
	Absence des piluliers à la PUI	3	2	4	1	8	
Préparation de l'armoire de transfert	Rangement incorrect des piluliers, jours mélangés, patients intervertis	3	3	3	2	18	AA6 = Mettre en place formation des agents arrivant dans les EHPAD

Plan d'action

- **Priorisation des actions d'amélioration**

- Les actions proposées ont été cotées par le niveau des efforts à fournir pour mettre en œuvre ces actions (échelle ci-dessous)

Echelle d'effort	
	Organisation + ou - Financier
1	effort faible, mise en œuvre à moyens humains constants Investissement < 1000 €
2	effort modéré, mise en œuvre à moyens humains constants sur durée limitée Investissement > 1000 €
3	effort important, mise en œuvre impossible à moyens humains constants Investissement > 10000 €



- Elles ont ensuite été réparties par « grands objectifs » sous forme d'un plan d'action

Plan d'action

Objectif(s)	Action(s) d'amélioration = AA	N°	Niveau d'effort	Responsable	Début prévu	Echéance prévue	État d'avancement
<u>Formaliser et organiser la gestion du poste cueillette</u> pour avoir une composition adéquate au moment de la préparation des semainiers (qualité, quantité, périmés) et un rangement correct des médicaments .	Créer mode opératoire de gestion du poste cueillette	1	2	Cadre PUI	sept-16	Fin 2016	
	Mise en place d'une dotation sur Pharma	2	1	Pharmacien	juil-16	août-16	En cours
	Réétiquetage du poste cueillette	3	1	PPH	sept-16	sept-16	
	Mettre en place un inventaire du poste cueillette. Intégrer le poste cueillette à la gestion des périmés	4	2	Cadre PUI			
<u>Sécuriser la logistique</u> pour éviter les mélanges de piluliers (jours, résidents) - Hygiène correcte des semainiers et chariots de transfert	Réévaluer le mode opératoire de préparation des armoires de transfert, inclure la partie logistique. Réinformer sur le MOP "hygiène"	5	2	Cadre PUI	Fin 2016	1er trimestre 2017	
	Mettre en place information des nouveaux agents concernés par la partie logistique du circuit de dispensation du médicament dans les EHPAD sur le mode opératoire MOP...	6	2	Cadres de santé EHPAD			
<u>Disposer d'une prescription de bonne qualité</u>	Mettre à disposition livret du médicament et Geriamed (spécifique des personnes âgées)	7	1	Médecin coordonnateur Pharmacien	2015		En cours
	Favoriser l'accès par les médecins généralistes au dossier résident	8	2	Cadres de santé EHPAD			
	Favoriser la relation médecin/IDE au profit du résident (plages horaires ?)	9	2	Médecin Coordonnateur - Cadre de santé EHPAD	2017		
	Réinformer les prescripteurs et les IDE sur les bonnes pratiques de prescription avec un Focus sur les prescriptions orales	10	2	Médecin Coordonnateur - Direction de soins			
	Mettre en place une revue de prescription (Coordonnateur - IDE - Pharmacien)	11	3	Médecin Coordonnateur	2017		
	Recruter un médecin prescripteur sur le poste vacant	12	3	Direction EHPAD			
	Mise en place d'une informatisation de la prescription et du dossier résident dans les EHPAD.	13	3	Direction EHPAD			

Plan d'action

<u>Faciliter l'analyse pharmaceutique</u>	Diminution des prescriptions	14	2	Médecin coordonnateur Pharmacien	2010	Continu	En cours
	Mettre à disposition dossier résident dans les EHPAD (informatisation)	13	3	Direction EHPAD			
	Disposer de prescriptions conformes et de qualité (informatisation de la prescription)	13	3	Direction EHPAD			
<u>Améliorer l'analyse pharmaceutique</u>	Organiser le temps pharmaceutique disponible pour faire une analyse a priori	15	3	Pharmaciens	Début 2016		En cours
	Permettre le contrôle pré ou post préparation des documents récapitulatifs des prescriptions par augmentation du temps PPH consacré à la préparation	16	2	Cadre PUI			
	Consolider le temps "conciliation" et travail en collaboration avec le médecin coordonnateur par une augmentation du temps pharmaceutique disponible	17	3	Direction EHPAD	Fin 2016		En cours
	Mise en place d'une informatisation de la prescription et du dossier résident dans les EHPAD	13	3	Direction EHPAD			
<u>Faciliter et Sécuriser la préparation des doses à administrer</u>	Réévaluer la procédure de préparation DHIN, la compléter et l'actualiser	18	2	Cadre PUI	juin-16	déc-17	En cours
Favoriser la vigilance et la concentration nécessaire pour la préparation	Revoir le local qui accueille le poste cueillette afin de l'isoler de manière plus efficace des perturbations	19	2	Cadre PUI			
Avoir tous les traitements nécessaires en conditionnement unitaire	favoriser l'achat prioritaire en conditionnement unitaire	20	1	Pharmaciens			Achevé
Disposer de toutes les informations nécessaires au moment de la préparation	Mise en place d'un système de reconditionnement ou sur conditionnement	21	3	Pharmaciens -Cadre PUI- DSSIMT			
	Accès au dossier résident et aux prescriptions par informatique	13	3	Direction EHPAD			
	Mettre en place un automate de dispensation des formes orales sèches	22	3	Pharmaciens			
<u>Améliorer l'efficacité du contrôle post préparation des semainiers</u>	Mettre en place contrôle post préparation PUI totalement exhaustif : tous les jours, tous les patients	23	3	Pharmaciens -Cadre PUI			En cours
	Travailler sur la traçabilité d'administration des médicaments dans les EHPAD avec les IDE	24	3	Pharmaciens -Cadre PUI- DSSIMT			En cours

Analyse de la criticité résiduelle

- Chaque défaillance a été reprise et de nouveau la criticité a été cotée, en estimant le gain apporté par l'application des actions d'amélioration, on obtient une criticité dite résiduelle ICR
- Ce travail a été effectué en 2 phases :
 - ICR 1 : mise en application des actions de niveau 3
 - ICR 2 : mise en application des actions de niveau 1 et 2

Analyse de la criticité résiduelle

Description du processus		Défaillances	Cotation					Maîtrise du risque	Cotation					Maîtrise du risque		
Etapas	Sous processus		N	U	F	D	IC		Plan d'actions						ICR2	
									Actions à mettre en place							Actions alternatives
		Horaires de livraison non respecté	4	2	3	1	6	AA5 : Réévaluer le mode opératoire de préparation des armoires de transfert, inclure la partie logistique	NM	G	F	D	ICR1			
		Chariot de transfert non sécurisé par sangles dans le camion	4	2	3	1	6									
		Prescription non conforme : date, durée de prescription	2	3	5	3	45	AA13 : Mise en place d'une informatisation de la prescription et du dossier résident dans les EHPAD. AA15 : Organiser le temps pharmaceutique disponible pour faire une analyse a priori. AA12 : Recruter un médecin prescripteur sur poste vacant.	3	3	3		27	AA10 : Réinformer les prescripteurs et les IDE sur les bonnes pratiques de prescription avec un Focus sur les prescriptions orales	36	
		Prescription non conforme : nom du résident incomplet, incorrect	2	3	5	2	30		3	2	2		12		24	
		Prescription non conforme ou incomplète : manque voie administration, forme, dosage... du médicament	2	3	5	3	45		3	2	2		12	AA7 : Réinformer les prescripteurs de la disponibilité du livret du médicament et Geriamed (spécifique des personnes âgées)	36	
		Prescriptions redondantes	2	3	5	3	45		3	2	2		12	AA8 : Favoriser l'accès par les médecins généralistes au dossier résident	24	
		Erreur de médicament prescrit	3	3	2	4	24		3	2	4		24		24	
		Prescription illisible, erreur de lecture	4	3	1	2	24		3	1	2		6		24	
		Médicament manquant sur la prescription	3	4	4	4	64		4	3	3		36		16	
	Analyse pharmaceutique	Médicament prescrit indisponible	2	3	5	2	30		AA11 : Mettre en place une revue de prescription (Coordonnateur - IDE - Pharmacien)	3	3	2		10	AA7 : Réinformer les prescripteurs de la disponibilité du livret du médicament et Geriamed (spécifique des personnes âgées)	24
		Manque d'informations sur le résident	3	3	5	2	30		AA13 : Mise en place d'une informatisation de la prescription et du dossier résident dans les EHPAD	3	2	2		12		30

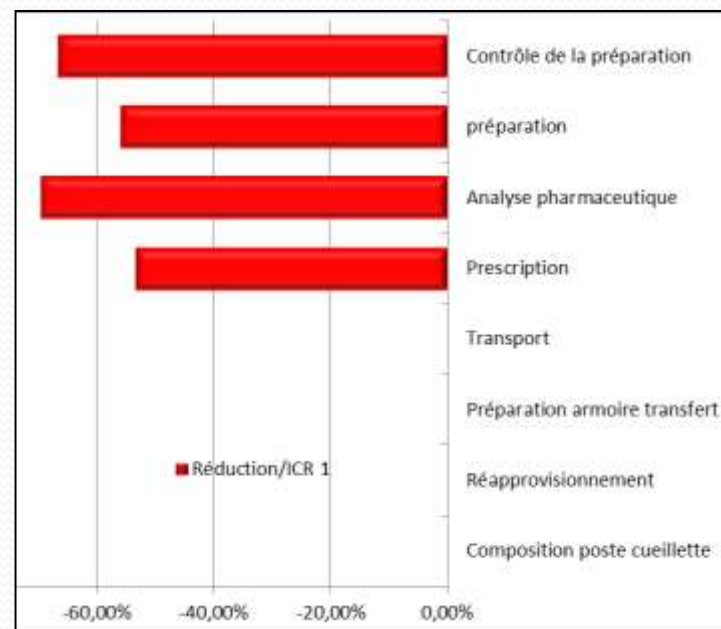
ICR1 = mise en œuvre des actions de niveau 3

ICR2 = mise en œuvre des actions de niveau 1 et 2

Analyse de la criticité résiduelle

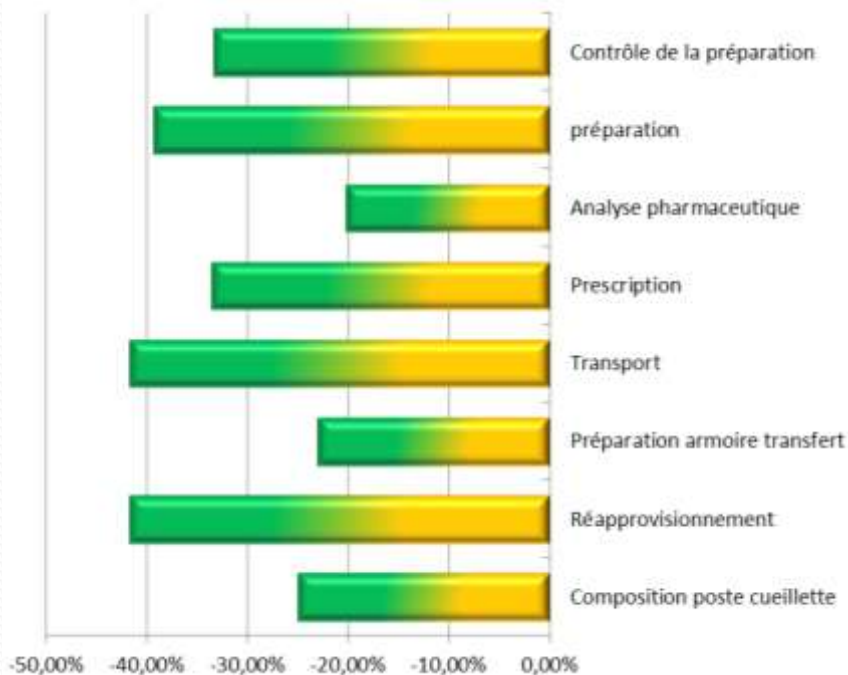
Actions de niveau 3 : ICR 1

	Mettre en place une revue de prescription (Coordonnateur - IDE - Pharmacien)	11
<u>Disposer d'une prescription de bonne qual</u>	Recruter un médecin prescripteur sur le poste vacant	12
	Mise en place d'une informatisation de la prescription et du dossier résident dans les	13
<u>Faciliter l'analyse pharmaceutique</u>	Mettre à disposition dossier résident dans les EHPAD (informatisation)	13
	Disposer de prescriptions conformes et de qualité (informatisation de la prescription)	13
<u>Améliorer l'analyse pharmaceutique</u>	Organiser le temps pharmaceutique disponible pour faire une analyse a priori	15
	Consolider le temps "conciliation" et travail en collaboration avec le médecin coordonnateur par une augmentation du temps pharmaceutique	17
	Mise en place d'une informatisation de la prescription et du dossier résident dans les	13
<u>Avoir tous les traitements nécessaires en conditionnement unitaire</u> <u>Disposer de toutes les informations nécessaires au moment de la préparation</u>	Mise en place d'un système de reconditionnement ou sur conditionnement	21
	Accès au dossier résident et aux prescriptions par informatique	13
	Mettre en place un automate de dispensation des formes orales sèches	22
<u>Améliorer l'efficacité du contrôle post préparation des semainiers</u>	Mettre en place contrôle post préparation PUI totalement exhaustif : tous les jours, tous les	23
	Travailler sur la traçabilité d'administration des médicaments dans les EHPAD avec les IDE	24



Analyse de la criticité résiduelle

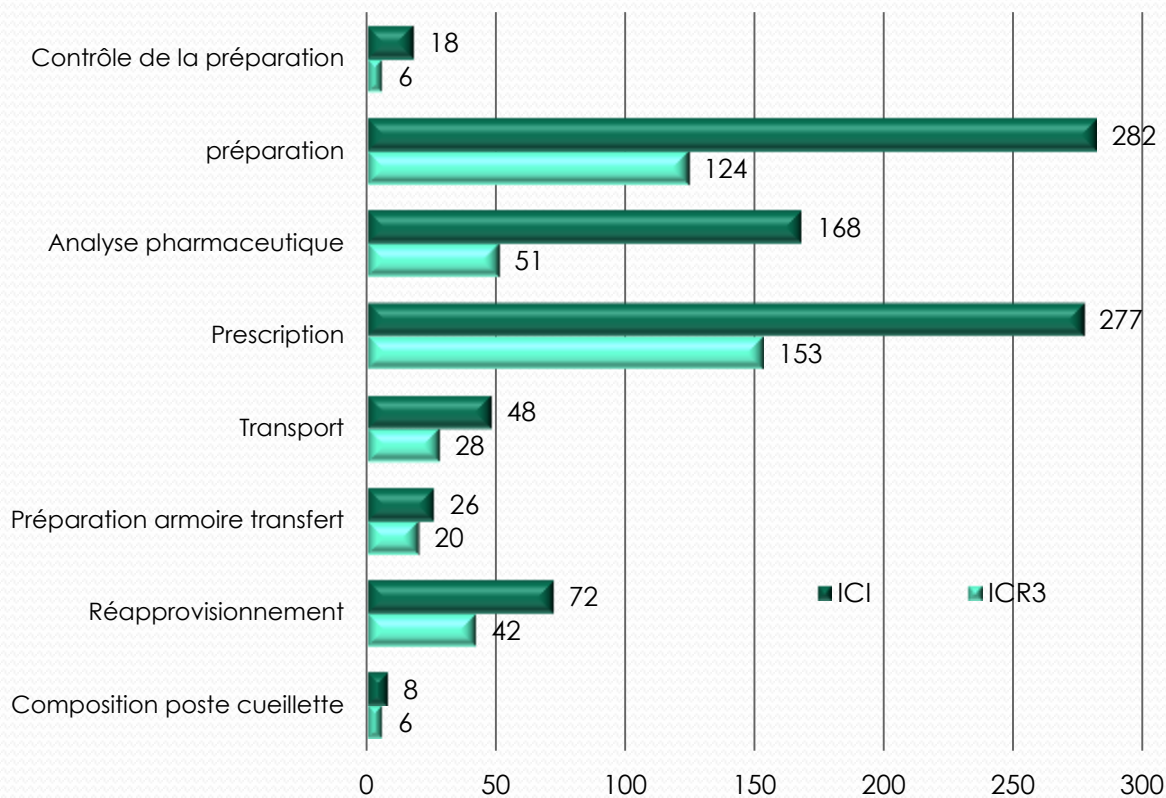
Actions de niveau 1 et 2 : ICR 2



<u>Formaliser et organiser la gestion du poste cueillette</u> pour avoir une composition adéquate au moment de la préparation des semainiers (qualité, quantité, périmés) et un rangement correct des médicaments .	Créer mode opératoire de gestion du poste	1	2
	Mise en place d'une dotation sur Pharma	2	1
	Réétiquetage du poste cueillette	3	1
	Mettre en place un inventaire du poste cueillette. Intégrer le poste cueillette à la gestion des	4	2
<u>Sécuriser la logistique</u> pour éviter les mélanges de piluliers (jours, résidents) - Hygiène correcte des semainiers et chariots de transfert .	Réévaluer le mode opératoire de préparation des armoires de transfert, inclure la partie logistique. Réinformer sur le MOP "hygiène"	5	2
	Mettre en place information des nouveaux agents concernés par la partie logistique du circuit de dispensation du médicament dans les EHPAD sur le mode opératoire MOP...	6	2
	Mettre à disposition livret du médicament et Geriamed (spécifique des personnes âgées)	7	1
<u>Disposer d'une prescription de bonne qual</u>	Favoriser l'accès par les médecins généralistes au dossier résident	8	2
	Favoriser la relation médecin/IDE au profit du résident (plages horaires ?)	9	2
	Réinformer les prescripteurs et les IDE sur les bonnes pratiques de prescription avec un Focus sur les prescriptions orales	10	2
	<u>Faciliter l'analyse pharmaceutique</u>	Diminution des prescriptions	14
<u>Améliorer l'analyse pharmaceutique</u>	Permettre le contrôle pré ou post préparation des documents récapitulatifs des prescriptions par augmentation du temps PPH consacré à la	16	2
	<u>Faciliter et Sécuriser la préparation des doses à administrer</u>	Réévaluer la procédure de préparation DHIN, la compléter et l'actualiser	18
Favoriser la vigilance et la concentration nécessaire pour la préparation	Revoir le local qui accueille le poste cueillette afin de l'isoler de manière plus efficace des	19	2
	Avoir tous les traitements nécessaires en conditionnement unitaire	favoriser l'achat prioritaire en conditionnement unitaire	20

Analyse de la criticité résiduelle

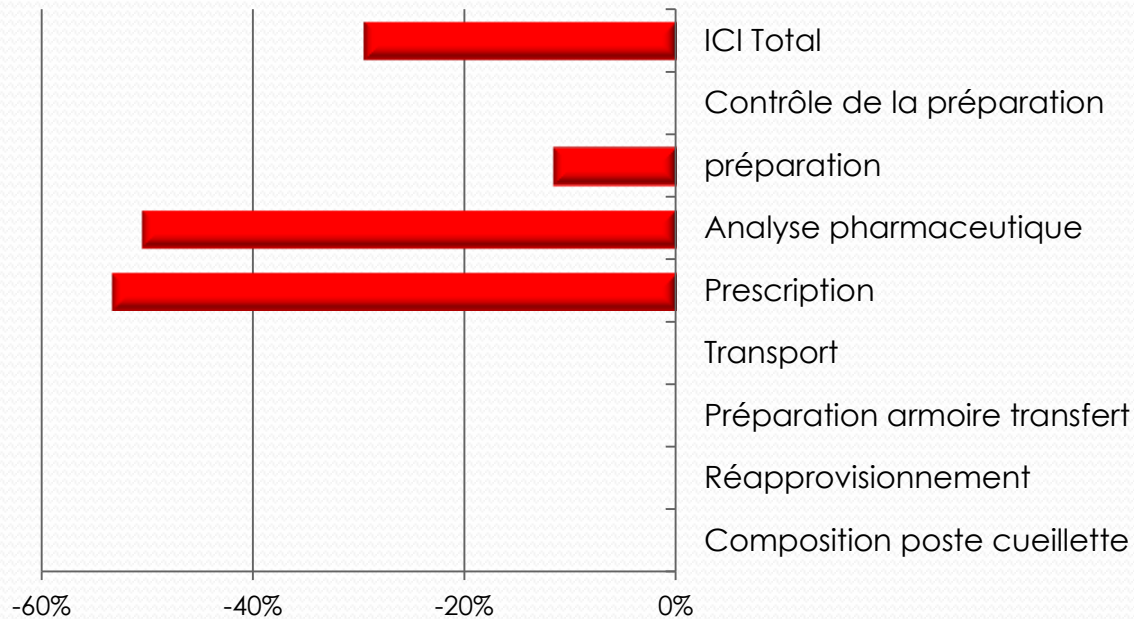
ICR 3 : tout est mis en œuvre....soyons fous !



Résultat espéré... il ne resterait aucune criticité de niveau 1 = inacceptable

Analyse de la criticité résiduelle

Focus sur AA13 : informatisation de la prescription



Avec cette mesure, notre criticité totale peut potentiellement diminuer de 30%



Conclusion

Pas de grandes surprises dans la recherche des défaillances
mais des discussions animées lors des cotations. Les échelles de cotations ont été réévaluées entre les 2 premières réunions.



Une implication importante des membres du groupe dans la recherche des actions d'amélioration autres que celles nécessitant de gros efforts financiers pour la mise en œuvre

Un constat encourageant : tout le monde souhaite poursuivre le travail.

Conclusion

- Nous souhaitons déterminer des actions nous permettant d'améliorer la situation sans obligatoirement mettre en œuvre des moyens importants. Cet objectif semble rempli, et une partie de ces actions est déjà en œuvre ou en cours de réalisation
- Je pensais pouvoir me baser sur cette analyse pour consolider et argumenter notre projet d'automatisation de la dispensation. C'est effectivement un apport important dans les discussions que nous avons déjà pu avoir avec la directionmais !

Conclusion

L'analyse est certes finie, mais le travail se poursuit pour ce qui concerne les actions qui peuvent être mises en œuvre sans « effort » important



Et pour ce qui concerne les points qui ne relèvent pas que d'une simple bonne volonté (investissements humains ou matériels).....l'analyse conforte évidemment l'intérêt d'évoluer dans ce sens, elle donne des arguments objectivés mais ne donne en aucun cas les moyens

Un exercice pratique pour conclure



Après avoir analysé les
risques :
continuez vous sur cette
route ?

