

Comment gérer les évènements indésirables ou porteurs de risque ?

Analyse Approfondie des Causes
des Evénements Indésirables
Associés aux Soins



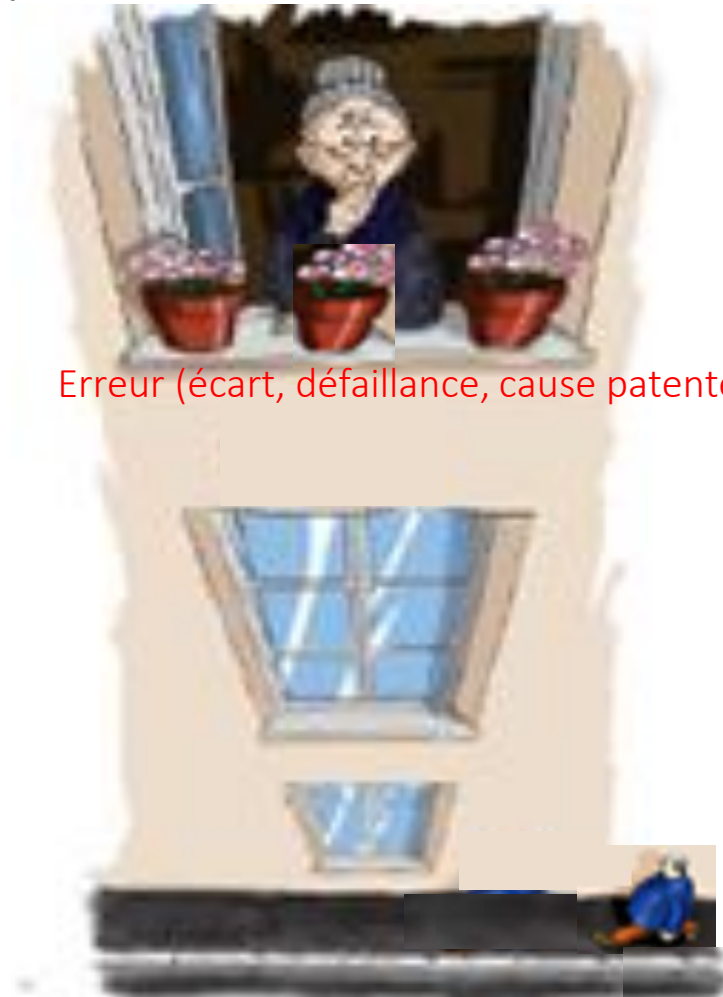
Formation MANAGEMENT
Mardi 10/3/22

Avez-vous un **Ei** ou un **EiG** à partager?



EI = événement non souhaité qui peut affecter la santé d'une personne.

Une erreur peut provoquer un EI qui peut impacter directement le patient ou sa prise en charge.



Erreur (écart, défaillance, cause patente)

EI → évènement
porteur de risque (EPR)

Evènement qui aurait pu avoir des conséquences pour un patient, mais qui n'en a pas eu.



EI → évènements indésirables graves (EIG)

Evénement susceptible d'avoir des conséquences graves sur la santé des personnes



Les évènements indésirables graves (EIG)

- **Qui tue**

- **Qui handicape**

- **Qui prolonge la durée d'hospitalisation**

ENEIS 2009

Les EIG qui surviennent pendant l'hospitalisation sont **plus fréquents en chirurgie** qu'en médecine (9,2 EIG contre 4,7 EIG pour 1000 JH)

Fréquence des EIG par discipline

Nombre d'EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation

6,2 EIG
pour 1000 jours
d'hospitalisation.

Plus du 1/3 évitable

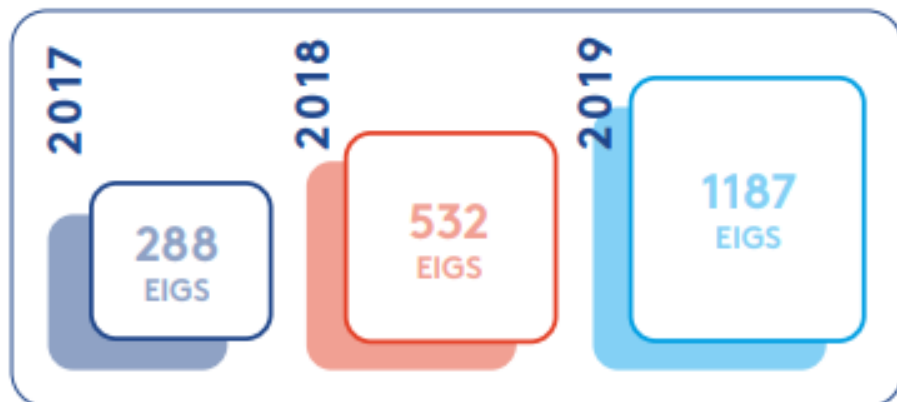
Champ • Établissements de santé publics et privés de France métropolitaine ayant des capacités d'hospitalisation complète en médecine ou en chirurgie.

Sources • Enquête ENEIS 2009, DREES, exploitation CCECQA.

QUE NOUS APPRENNENT LES **EIGS** **DÉCLARÉS POUR L'ANNÉE 2019 ?**

EIGS : événements indésirables graves associés aux soins

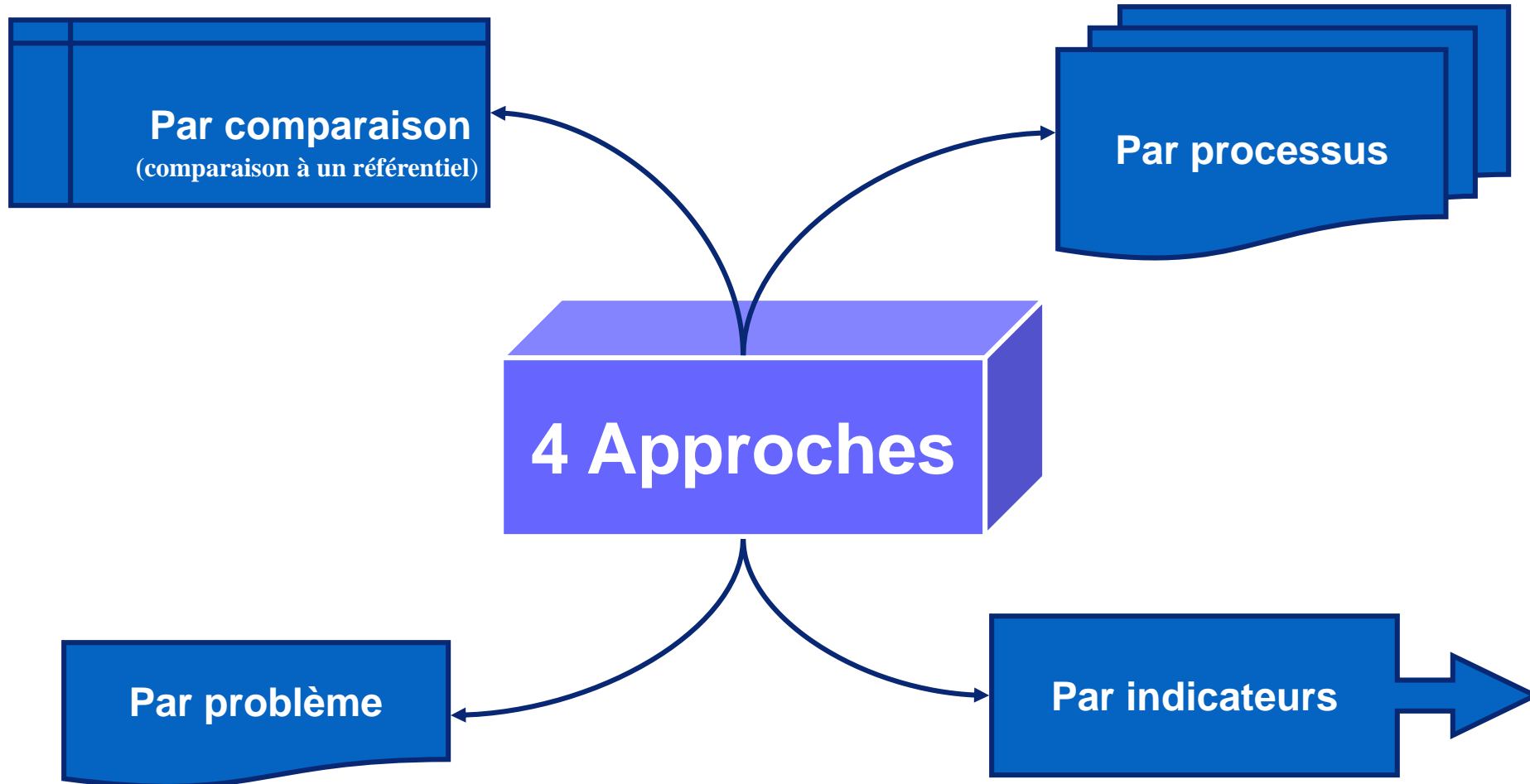
2007 EIGS enregistrés à la HAS



53% des EIGS
auraient pu
être évités
en 2019

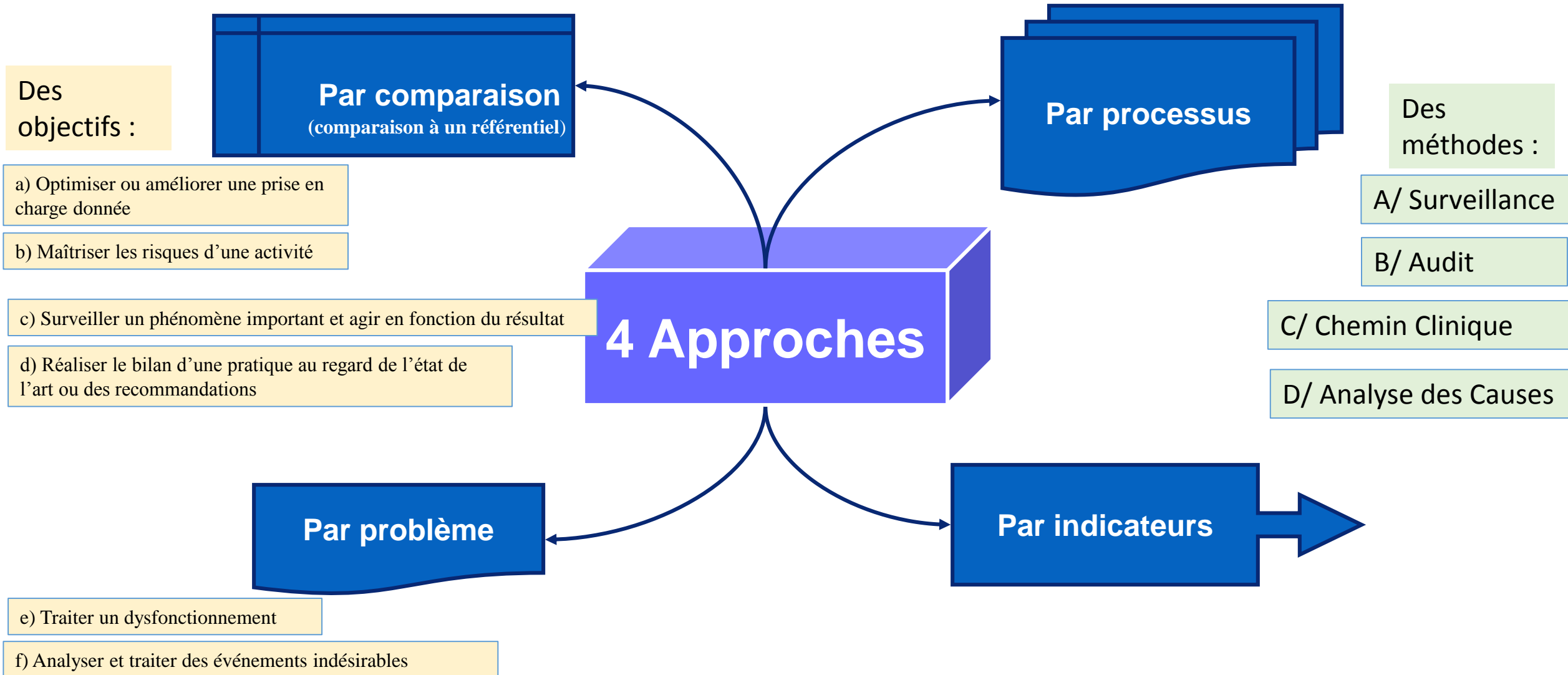
Gestion des EIAS → pour améliorer la qualité : **L'EPP**

**Questions, problématiques, dysfonctionnements, opportunité
→ choix de la méthode**



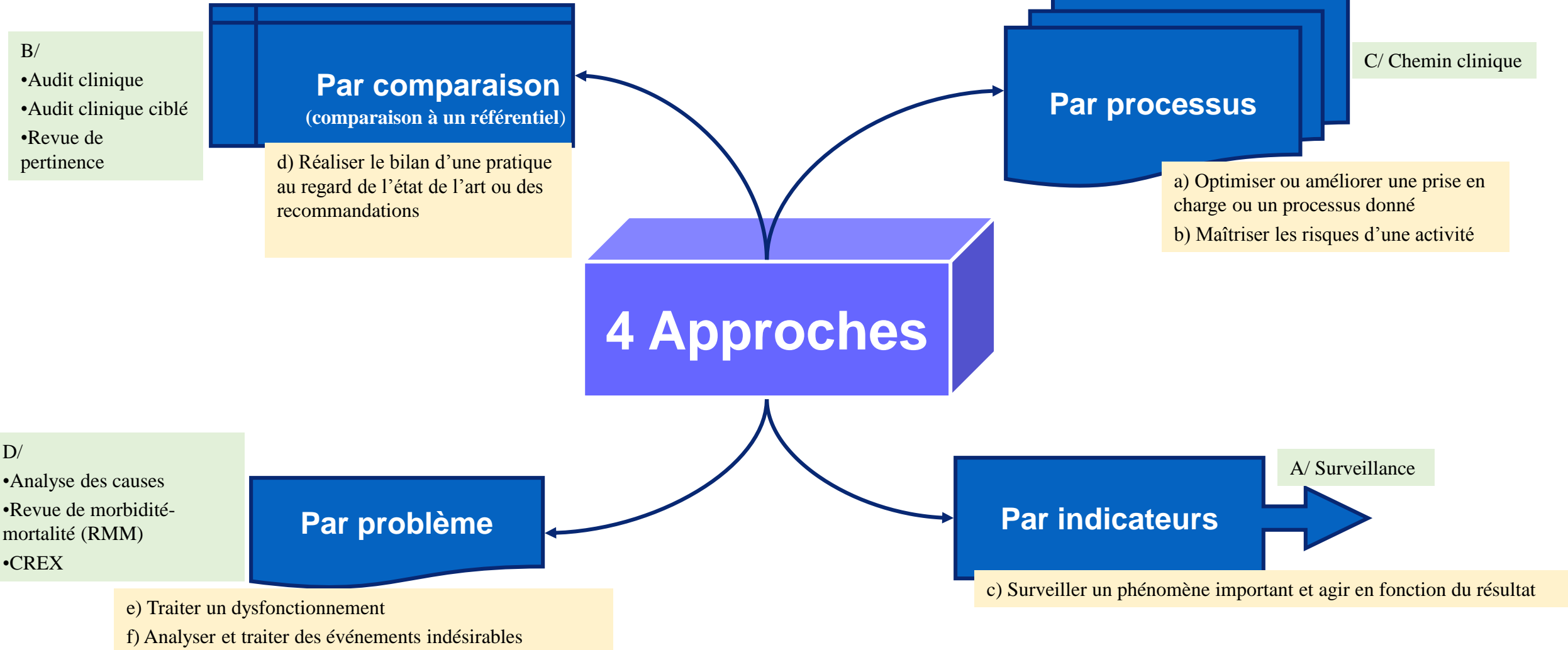
Gestion des EIAS → pour améliorer la qualité : **L'EPP**

→ choix de l'approche et de la méthode en fonction des objectifs ?



Gestion des EIAS → pour améliorer la qualité : **L'EPP**

→ choix de l'approche et de la méthode en fonction des objectifs ?



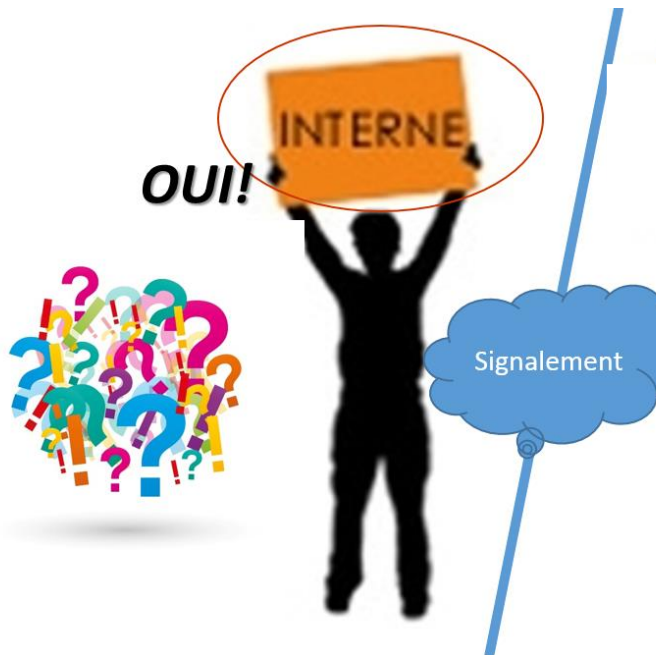
Approche par problème

- Identifier, analyser et traiter des événements indésirables

Management du risque associé aux soins :

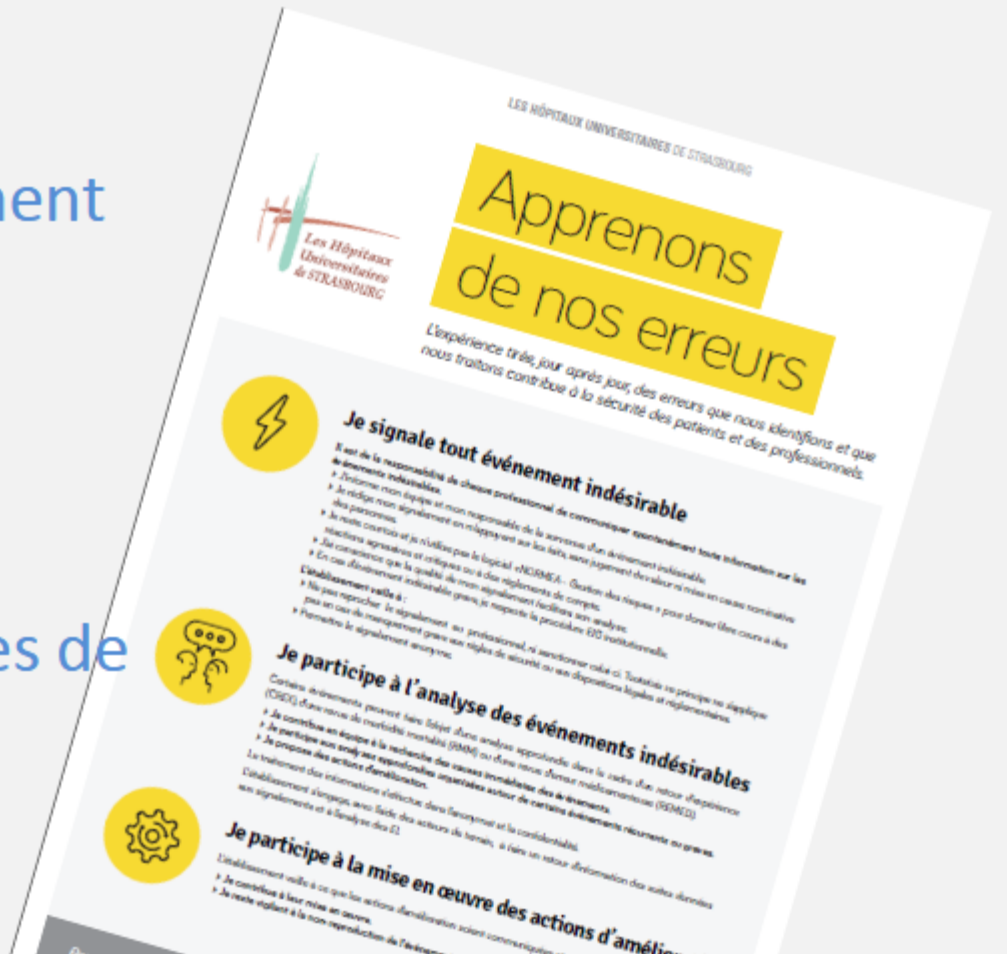
Encourager le signalement

- Erreurs
- Evènement porteur de risque
- Evènements indésirables
- Evènements indésirables graves



Une approche non punitive

- culture de management
- Ne pas reprocher le signalement au professionnel, ni le sanctionner.
- Toutefois ce principe ne s'applique pas en cas de manquement grave aux règles de sécurité ou aux dispositions légales et réglementaires.
- Permettre le signalement



Le signalement interne

- Tous les professionnels de santé sont incités à déclarer les incidents ou accidents qui sont arrivés, même (et surtout) ceux qui n'ont pas entraîné de conséquences pour le patient.
- Il s'agit d'une participation au système de vigilance de l'établissement

L'obligation individuelle et collective

- Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 crée l'article L1413-14
- « Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente »

Signalement interne

- Simplement par **un mail** au gestionnaire du signalement désigné dans l'établissement ou à la cellule qualité.

ou

- Par l'intermédiaire d'une fiche déclaration.

Ex :Fiche de déclaration
des EI

ou

- Par appel téléphonique à l'EOH



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE POINTE-A-PITRE/ ABYMES

Fiche de signalement des événements indésirables

FO/GEN/0011/03/2006

Fiche à transmettre à la DQCV* – Fax n°1604 et par courrier dans les plus brefs délais.

Attention : La fiche de signalement des événements indésirables ne remplace pas les documents de signalement obligatoires et réglementaires (fiches CERFA...) ou spécifiques.

N°d'enregistrement :		Date et heure de rédaction : Le : / / à : h.....				
Cadre réservé à la DQCV						
1. Déclarant : - Service : - Fonction : - Nom : - Prénom : - Tél. : - Fax :	2. Personne(s) impliquée(s) : Noms, date de naissance, sexe <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Visiteur <input type="checkbox"/> Personnel	3. Produit(s) et/ou matériel(s) impliqué(s) :				
4. Date, heure et lieu de l'évènement : Date: / / Heure: h..... Lieu (unité, zone, couloir,...):						
5. Nature et description de l'évènement (décrivez brièvement les faits) :						
6. Gravité estimée : <input type="checkbox"/> Vitale (mise en péril de la sécurité des personnes, des biens et de la qualité des soins) <input type="checkbox"/> Critique (nécessite une correction pour maintenir la sécurité des personnes, des biens et la qualité des soins) <input type="checkbox"/> Non critique (pas de mise en péril mais peut perturber le fonctionnement)						
7. Conséquence(s) immédiate(s) apparente(s) : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Arrêt de travail <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Prolongation de l'hospitalisation <input type="checkbox"/> Autres : <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Transfert</td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> en réanimation <input type="checkbox"/> dans un autre service : <input type="checkbox"/> dans un autre hôpital : </td> <td style="border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Plaintes prévisibles </td> </tr> </table>				Transfert	<input type="checkbox"/> en réanimation <input type="checkbox"/> dans un autre service : <input type="checkbox"/> dans un autre hôpital :	<input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Plaintes prévisibles
Transfert	<input type="checkbox"/> en réanimation <input type="checkbox"/> dans un autre service : <input type="checkbox"/> dans un autre hôpital :	<input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Plaintes prévisibles				
8. Personnes et /ou services informés de cet évènement :						
9. Mesures immédiates prises (Précisez) :						
10. Quelle(s) action(s) correctives proposez-vous ?						

Guide d'utilisation au verso

En cas de difficulté pour compléter cette fiche, contactez rapidement le coordonnateur des vigilances sanitaires et de la gestion des risques au **0590 89 16 06** ou le secrétariat DQCV au **0590 89 16 00**.

« Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente. » Article L. 1413-14 de la loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique modifiant la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

Quoi signaler?

oui

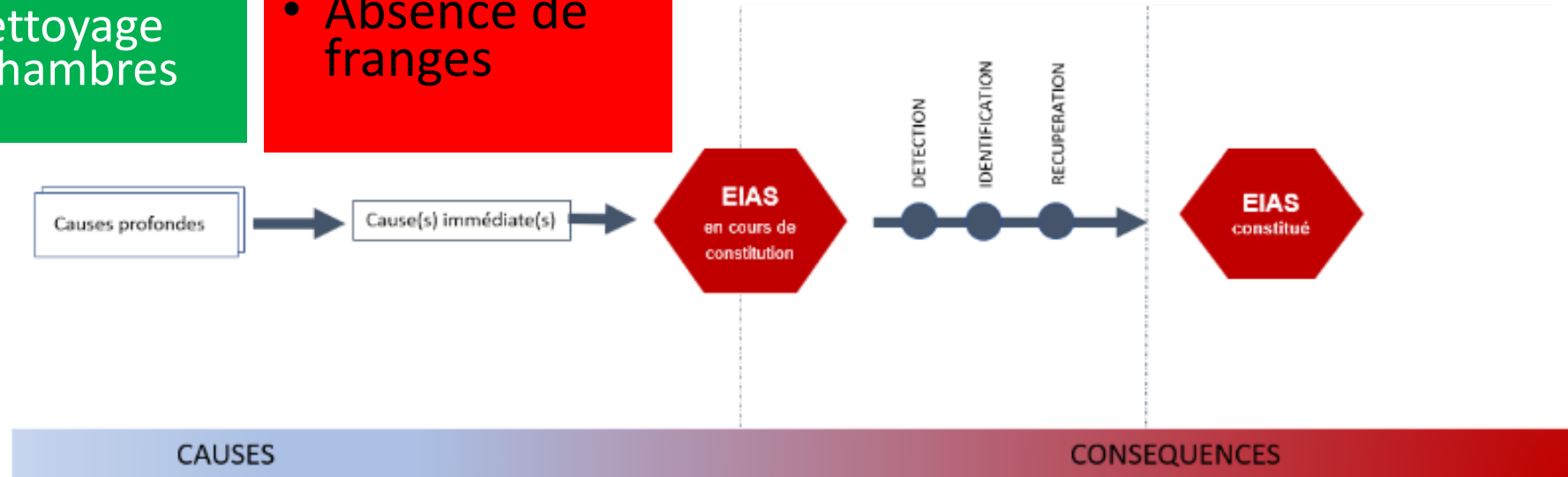
Les conséquences

- Le défaut de prise en charge
- Défaut d'administration d'un médicament
- Impossibilité de bionettoyage des chambres

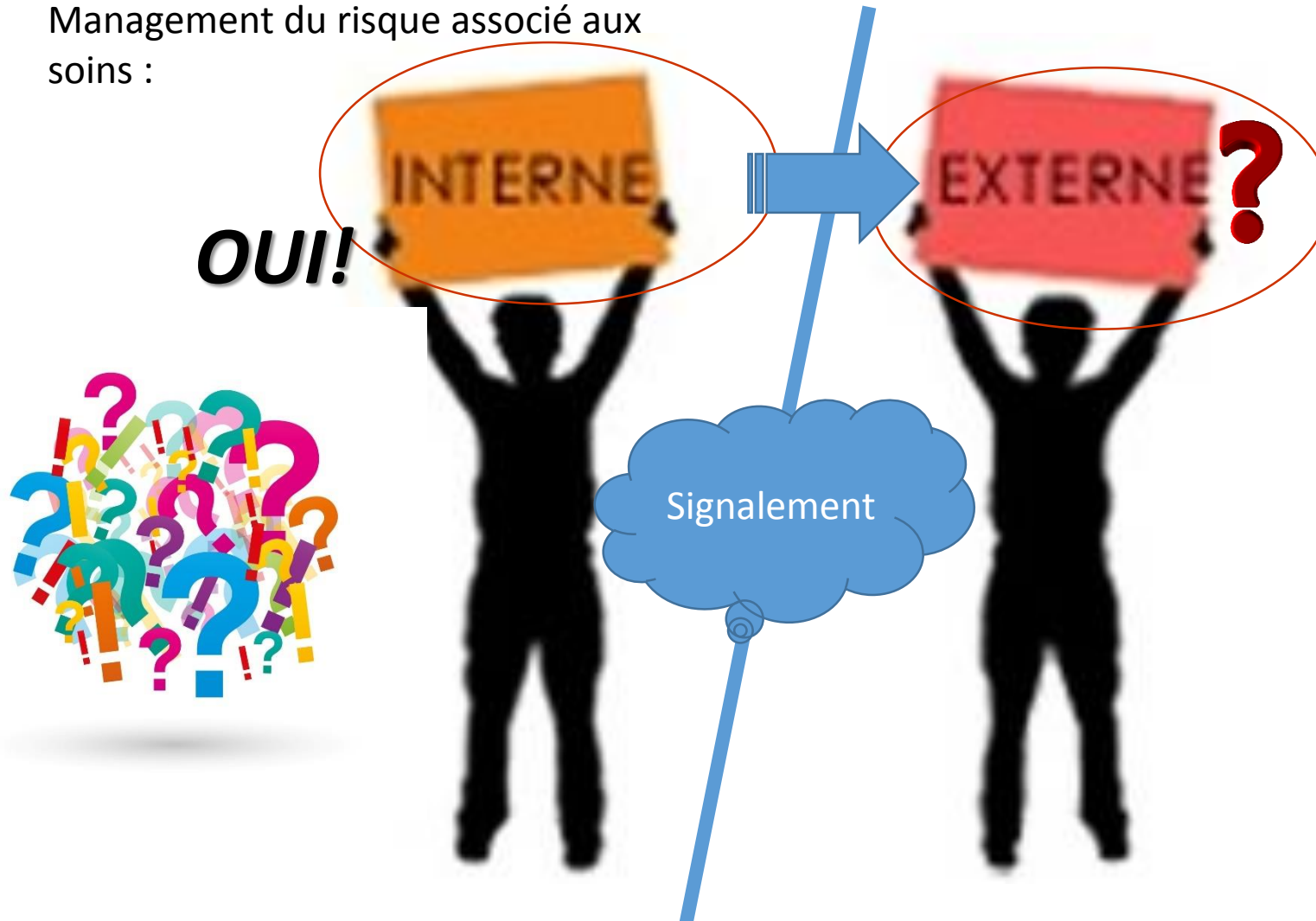
non

pas les causes

- Manque d'un dispositif médical ou autre matériel
- Absence d'un médicament
- Absence de franges



Management du risque associé aux soins :

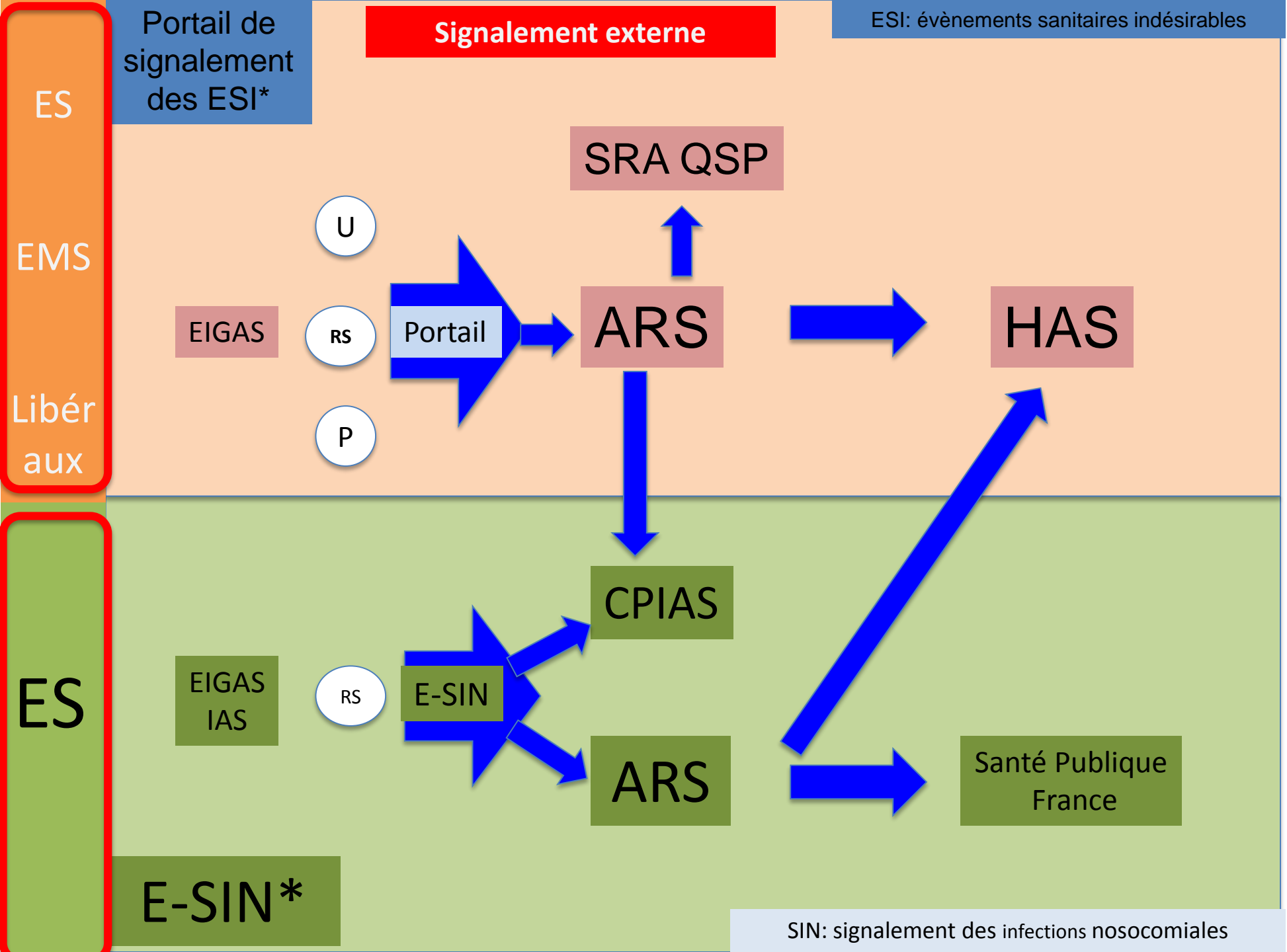


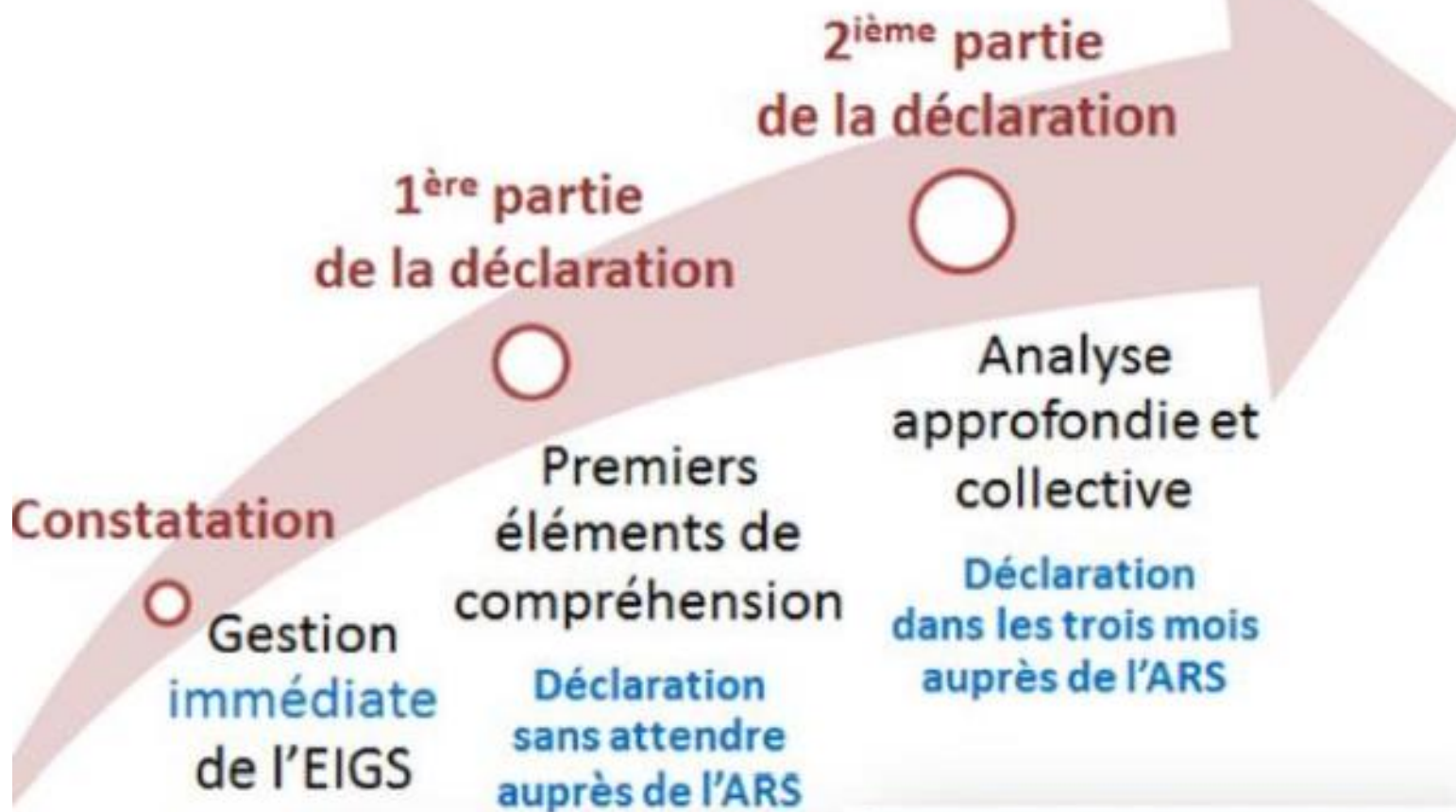
Le responsable du signalement !

- ✓ Soit Un événement indésirable **grave** associé à des soins
- ✓ Soit **profil de résistance** aux anti-infectieux, de l'agent pathogène en cause
- ✓ Soit de la **localisation** l'infection
- ✓ Soit **cas groupés** d'infection
- ✓ Soit infection à **déclaration obligatoire**

Circuit du

SIGNALLEMENT





HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	MODELE DE DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE GRAVE ASSOCIÉ À DES SOINS Volet 1 : Déclaration	Version 25/06/17
---------------------------------------	--	------------------

Attention : la déclaration est à effectuer obligatoirement sur le portail de signalement signalement.has.fr

1. nature de l'événement et les circonstances de sa survenue
2. premières mesures prises
3. l'information du patient

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	MODELE DE DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE GRAVE ASSOCIÉ À DES SOINS Volet 2 : Analyse des causes	Version 25/07/17
---------------------------------------	---	------------------

Attention : la déclaration est à effectuer obligatoirement sur le portail de signalement 3 mois au plus tard après la première partie signalement.has.fr

la fiche présente toutes les informations qui seront demandées lors de la déclaration qui sera faite

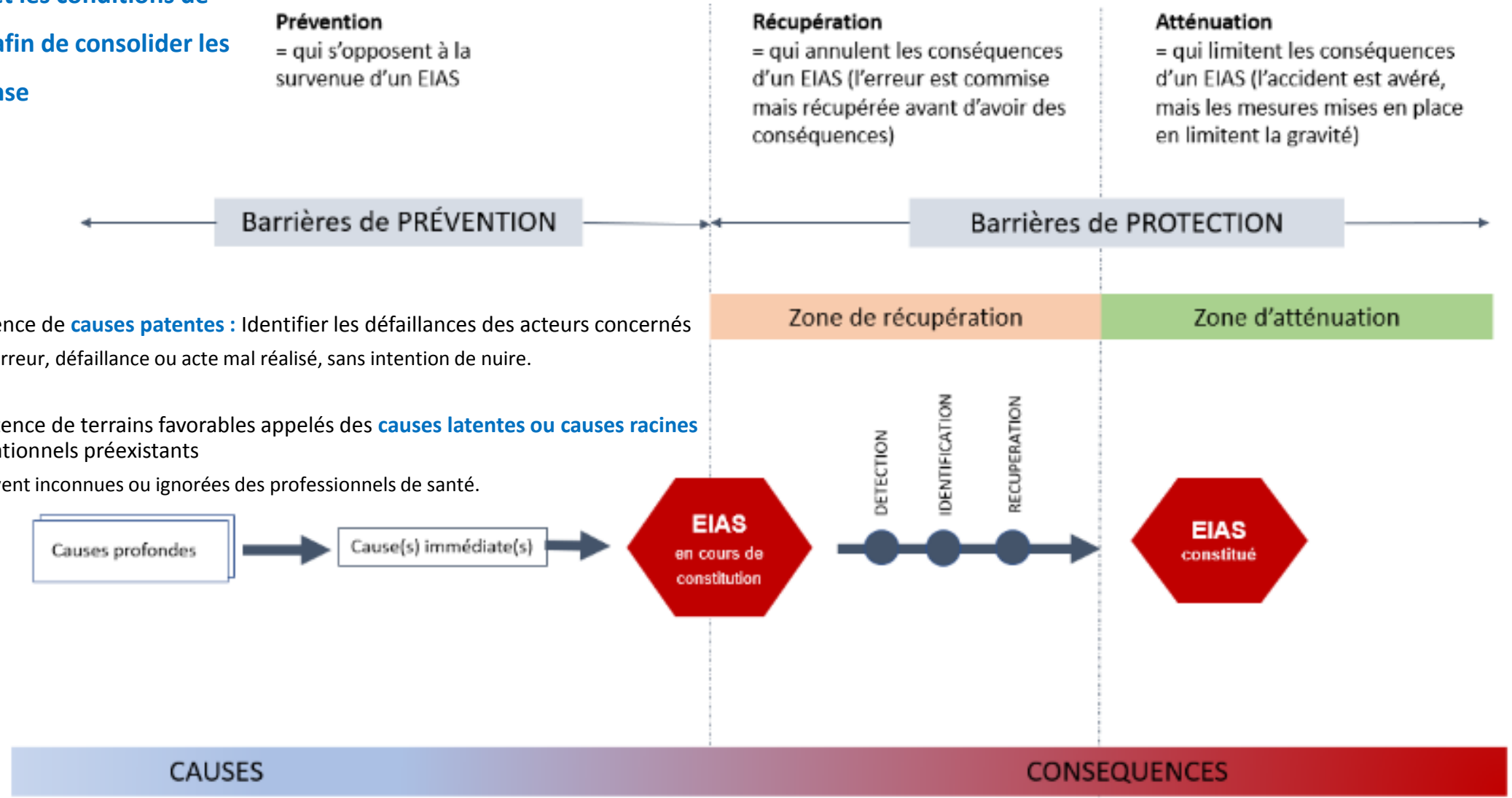
1. descriptif de la gestion de l'événement
2. Les éléments issus de l'analyse approfondie des causes
3. plan d'actions correctrices

Gestion des EIAS → pour améliorer la qualité :

➤ **Etudier le contexte et les conditions de survenue d'un EI afin de consolider les barrières de défense**



- rechercher l'existence de **causes patentes** : Identifier les défaillances des acteurs concernés
 - Omission, erreur, défaillance ou acte mal réalisé, sans intention de nuire.
- Rechercher l'existence de terrains favorables appelés des **causes latentes ou causes racines** : facteurs organisationnels préexistants
 - le plus souvent inconnues ou ignorées des professionnels de santé.





Analyse
Approfondie des
Causes

- ➔ à partir de la chronologie établie des faits,
- identifier des écarts dans le service,
 - des causes profondes dans le service,
 - et des actions correctives à suivre dans le service.

Temps
nécessaire :
1h30

Dans le tableau ci-dessous, vous ne pouvez saisir des données que dans les cases



2- Analyse de l'évènement choisi

Procéder à l'analyse des faits - Déterminer les facteurs causes des écarts - Proposer des actions correctives - Choisir maximum 3 actions correctives à mettre en œuvre

Evènement choisi :		endophtalmie post op cataracte										
DATE DE L'ANALYSE :		N'oubliez pas de renseigner la date dans le tableau d'analyse !										
PILOTE DE L'ANALYSE :		N'oubliez pas d'identifier le pilote dans le tableau d'analyse !										
				FACTEURS CONTRIBUTIFS ET INFLUENTS								
DATE	HEURE	FAITS	ECARTS	ORGANISATION	TECHNIQUES	FACTEURS HUMAINS			ENVIRONNEMENT		ACTIONS CORRECTIVES proposées	
				(responsabilité, fiches de poste, protocoles et référentiels, formation, Facteurs liés à l'organisation et au management)	(disponibilité des installations, matériels ou équipements... Facteurs liés aux tâches (Pertinence et modalités))	(condition de travail, fonctionnement de l'équipe, interface homme/système... Facteurs liés aux patients (interface homme/système))		(condition de travail) Facteurs liés à l'équipe (fonctionnement de l'équipe)		(affluence, absence, pannes...) Contexte institutionnel		
26/01/2019	14h00	Patient 65 ans, vu en consultation de chirurgie, date d'intervention retenue information donnée sur la technique chirurgicale au bloc opératoire										
		consultation de chirurgie : recherche des ATCD et des médicaments en cours, l'antibioprophylaxie n'est pas abordée										
28/01/2019	10h00	consultation d'anesthésie l'antibioprophylaxie n'est pas abordée										
07/02/2019	15h00	le patient réalise sa douche préopératoire la veille au soir sans se laver les cheveux										
08/02/2019	5h00	douche préop du matin à domicile identique à										

Intérêt de l'approche par problème (AAC pour RMM ou CREX) versus autres approches (par comparaison, par processus, par indicateurs...)

Moins chronophage :

pour aller rapidement aux actions prioritaires
à mettre en place
→ (capital en ces périodes très contraintes en ressources humaines).

Plus impliquant :

pour les acteurs
pour mieux investiguer les causes humaines et systémiques.

Plus pertinent :

pour aller au-delà

- des simples écarts aux bonnes pratiques (audit),
- de l'identification classique d'un besoin de formation ou de meilleure traçabilité.

déroulé d'un groupe RMM sur 2021

AAC 1 (janvier 21)	AAC 2 (avril 21)	AAC 3 (juin 21)	AAC 4 (oct 21)
<p>Choix événement (E1)</p> <ul style="list-style-type: none">• Désignation analyste (A1)	<p>Choix événement (E2)</p> <ul style="list-style-type: none">• Désignation analyste (A2) <p>L'analyste A1 présente AAC1 Le groupe RMM choisit</p> <ul style="list-style-type: none">• Actions correctives C1 et• plan comE1.	<p>Choix événement (E3)</p> <ul style="list-style-type: none">• Désignation analyste (A3) <p>L'analyste A2 présente AAC2 Le groupe RMM choisit</p> <ul style="list-style-type: none">• Actions correctives C2 et• plan comE2. <p>Point sur E1:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suivi C1 et• com associée E1	<p>Choix événement (E4)</p> <ul style="list-style-type: none">• Désignation analyste (A4) <p>L'analyste A3 présente AAC3 Le groupe RMM choisit</p> <ul style="list-style-type: none">• Actions correctives C3 et• plan comE3. <p>Point sur E2</p> <ul style="list-style-type: none">• suivi C2,• com associée E2 <p>Point sur E1:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suivi C1,• com associée E1

- Développe une culture de service
- Favorise l'implication des soignants
- Améliore la cohésion de l'équipe

Et on continue sur 2022.....

- **Méthode d'EPP** : valorisable pour la certification de l'Etablissement de Santé

Objectif 2.4

Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

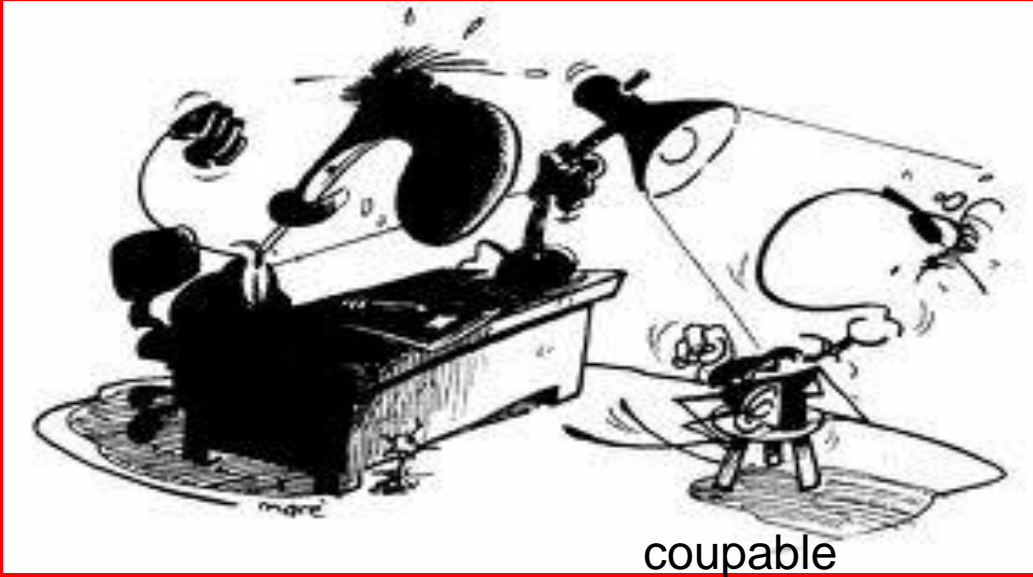
Critère 2.4-04 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins

La gestion des événements indésirables associés aux soins (EIAS, plaintes, erreurs cliniques, thérapeutiques ou pharmaceutiques...) est traitée comme une opportunité d'analyse des pratiques et de mise en œuvre d'une dynamique collective de gestion des risques. Dans un service, les professionnels sont informés des erreurs survenues, discutent des moyens possibles pour prévenir et récupérer les erreurs et reçoivent un retour d'information sur les actions mises en place. Les équipes s'améliorent en tirant des leçons des réussites et des erreurs, de la gestion des imprévus (savoirs formels et informels, compétences techniques et non techniques), et elles évaluent leurs performances collectives. La gouvernance promeut l'accréditation des médecins ou des équipes médicales pour développer ces bonnes pratiques.

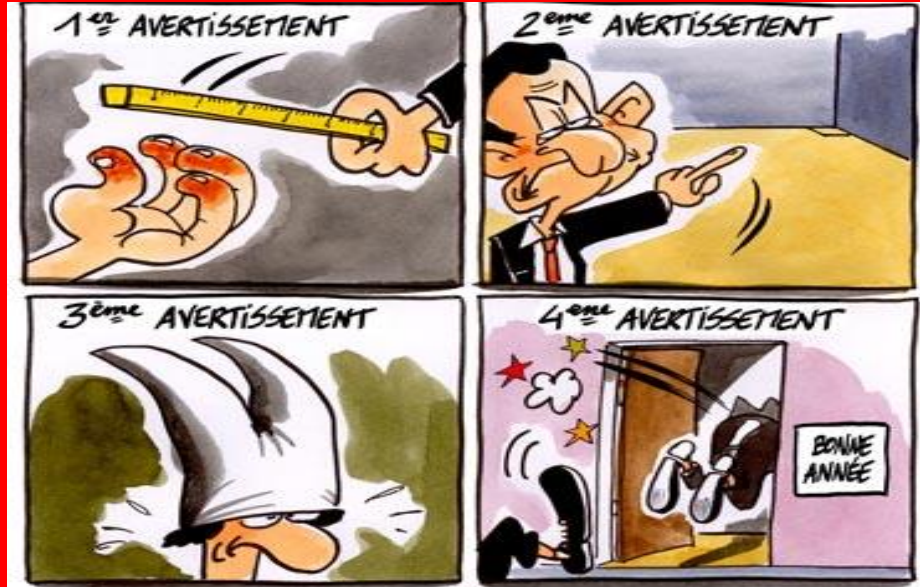
Tout l'établissement **Impératif**

But de l'analyse des causes → rôle du manager

Sortir de la culture de la faute



coupable



punition

Entrer dans la culture de l'erreur

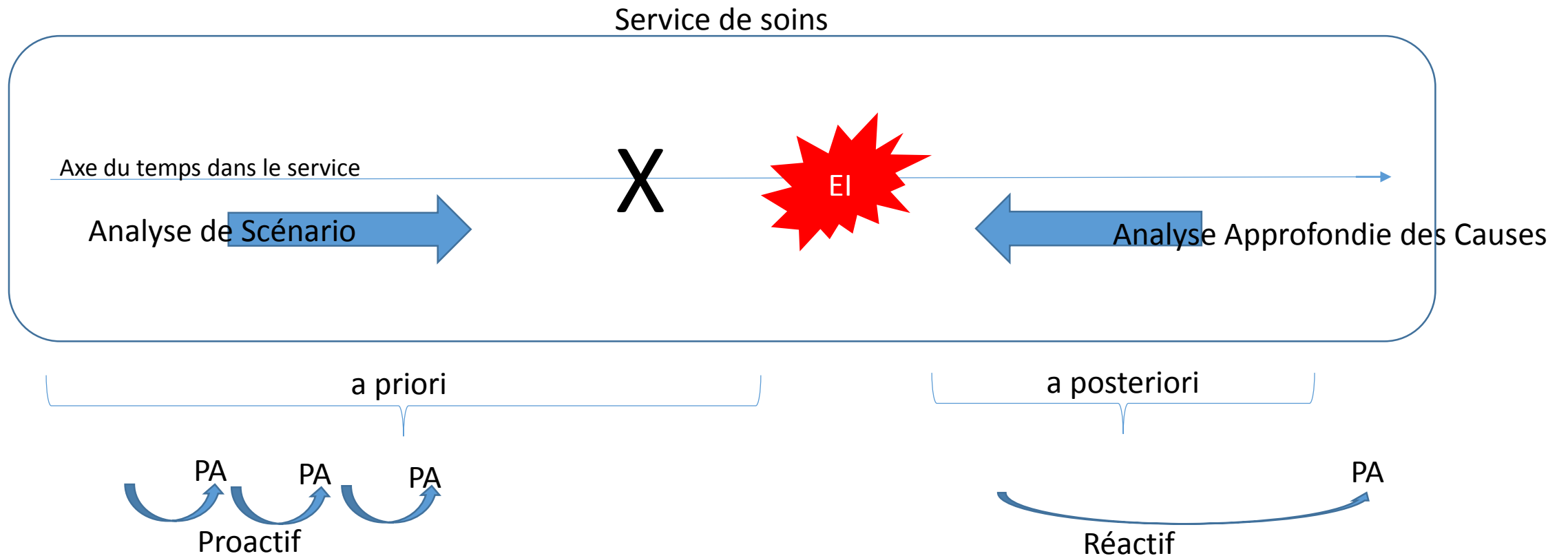


Quelle leçon on peut tirer de cet évènement?

APPRENDRE DE NOS ERREURS

Management du risque associé aux soins :

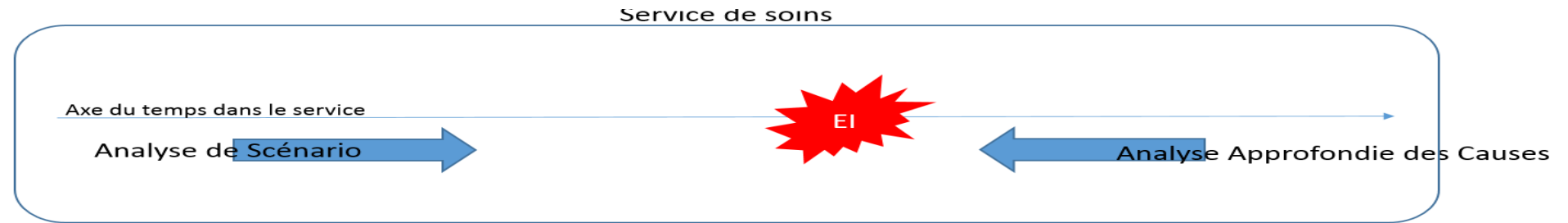
a priori / a posteriori





- à partir de la chronologie établie des faits **survenus dans le service** ,
- Analyse Approfondie des Causes
- identifier des écarts **dans le service**,
 - des causes profondes **dans le service**,
 - et des actions correctives à suivre **dans le service**.

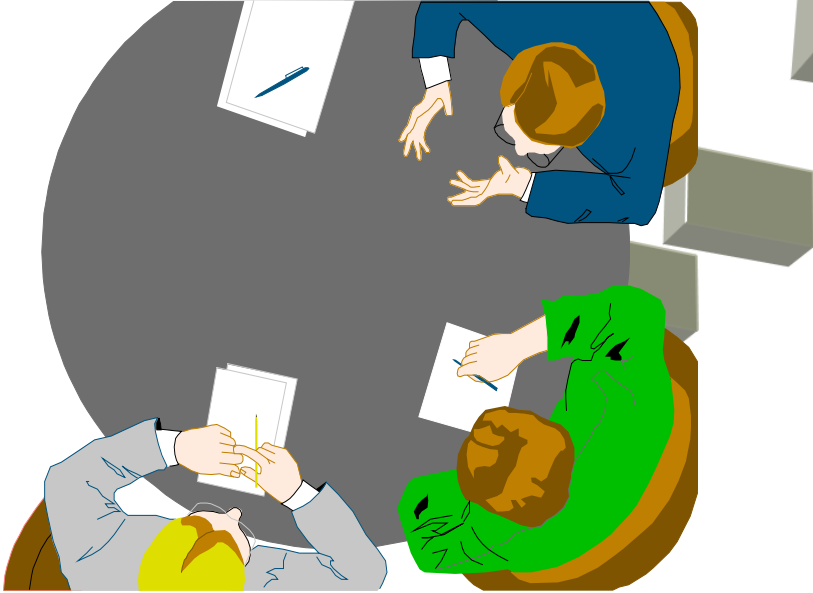
Temps nécessaire :
1h30 à 2h



- Analyse de scénario → à partir d'une courte histoire de faits **survenus ailleurs**,
- identifier des écarts et causes **survenus ailleurs**,
 - identifier la possibilité de ces écarts et causes **dans le service**,
 - et des actions correctives à mettre **dans le service**.

Temps nécessaire :
45' à 1h

Entretien collectif semi-structuré



Présentation du
scénario (5')

Exemple :

« **Mr X est hospitalisé** dans un service de **Réanimation** dans un **ES Lillois** suite à un **AVP**. Un **cathéter radial** lui est **posé par un IDE**. Quelques jours plus tard des hémocultures sont réalisées en raison d'une **fièvre persistante**, permettant l'identification d'un **SARM**. Le **KT radial** est enlevé et se révèle **contaminé à SARM**. **Malgré** la prescription d'une **antibiothérapie** le patient **décède**.

1. À votre avis que s'est-il passé et pourquoi? (10')
2. Est-ce que ça peut se passer dans notre service? (10')
 - Si oui pourquoi → défaillances
 - Si non pourquoi? → barrières
3. Discussion d'actions d'amélioration (15')
 - Identifiées ailleurs
 - À mettre en œuvre dans notre service

En 40' → on a un plan d'actions d'amélioration pour le service

Points forts de la méthode

- Questionnement collectif → *favorise la même perception du risque sur le thème*
- Plus engageant que la REX
- Meilleure appropriation des recommandations et des changements de pratique
- Moins douloureux que l'AAC d'un EI survenu dans le service

Limites de l'analyse de scénario

- Relevé pas toujours exhaustif des vulnérabilités
 - S'en rendre compte
 - Compléter éventuellement par une autre méthode d'EPP
 - Ex: un audit de pratiques déclarées (si nécessaire)
- Il n'y a pas toujours des scénarios adaptés à la thématique qu'on veut traiter dans le service



Les mots de la fin



- Cette méthode ne demande pas beaucoup de formation pour les « acteurs »
- L'analyse de scénario est complémentaire aux autres actions de formation, d'évaluation...
- L'analyse de scénario est un « outil pédagogique » très apprécié des agents

