
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

**L'analyse des
événements
indésirables
associés aux soins
(EIAS)**
Mode d'emploi

Descriptif de la publication

Titre	L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) Mode d'emploi
Méthode de travail	Pour élaborer ce guide, un comité de pilotage HAS-FORAP (COPIL) a été mis en place. L'élaboration des documents par le service EvOQSS a été appuyée par une chargée de mission HAS et par le service documentation de la HAS. La première réunion du COPIL a eu lieu le 19 juin 2019. Au total, 8 réunions se sont déroulées sur 2019-2021. Le service engagement des usagers de la HAS a été sollicité pour coconstruire l'outil d'aide à l'entretien patient et réaliser un document d'information au patient. La relecture du guide et des outils a été réalisée. Les relecteurs (cf. Participants page 77) appartiennent à l'ensemble des secteurs (ville, sanitaire et médico-social). Ils ont fait part de leurs avis et commentaires. Les relecteurs ont donné leur degré d'accord sur le document proposé. La médiane obtenue a été de 8 sur une échelle de 1 « pas du tout d'accord avec l'outil proposé » à 9 « tout à fait d'accord avec l'outil proposé ». Les commentaires et avis ont été analysés et une nouvelle version des documents a été produite.
Objectif(s)	– Apporter aux professionnels un guide méthodologique simple et didactique – Améliorer la qualité des analyses d'EIAS – Développer la culture sécurité des professionnels du soin et de l'accompagnement – Proposer une approche fondée sur une analyse objective, une culture juste et positive de l'EI (apprendre de ses erreurs)
Cibles concernées	Pour tous les professionnels du soin et de l'accompagnement qui souhaitent s'investir sur le sujet, être à l'initiative d'analyses d'EIAS, savoir analyser un EIAS, s'impliquer davantage dans la gestion des risques <i>a posteriori</i> de leur environnement professionnel. L'analyse des EIAS doit être réalisée par tous les professionnels, spécialistes comme non-spécialistes de la gestion des risques. Les spécialistes de la gestion des risques sont des facilitateurs, ils apportent leur aide méthodologique.
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS) et Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (FORAP)
Pilotage du projet	– Cheffe de projet HAS : Catherine AUGER – Chargée de mission HAS : Sandra GENEVOIS Comité de pilotage : – Pour la FORAP : Henri BONFAIT (STARAQS), Stéphanie GENTILE (PASQUAL), Brigitte LECOMTE (QUALIRIS), Noémie TERRIEN (QUALIREL SANTÉ) et Emmanuel SEHIER (REQUA) – Pour la HAS : Catherine AUGER, Bruno BALLY, Claire MORGAND, Philippe CHEVALIER et Laetitia MAY-MICHELANGELI
Auteurs	Haute Autorité de santé (HAS) et Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (FORAP)
Recherche documentaire	– Emmanuelle BLONDET, documentaliste – Renée CARDOSO, assistante documentaliste
Validation	Version du 12 juillet 2021 validée par le Collège de la FORAP le 15/07/2021 et par le Collège de la HAS le 23/09/2021 Mise en ligne le

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – septembre 2021

Sommaire

Introduction	7
1. La reconstitution de la chronologie de l'évènement	10
2. La recherche des causes de l'évènement	13
3. L'analyse des barrières de sécurité	18
4. Le plan d'action et le suivi	26
5. Les 10 questions les plus fréquentes sur l'analyse des EIAS	29
Conclusion	32
Outils	33
Outil n° 1 :	Grille ALARM-E
Outil n° 2 :	L'arbre des causes
Outil n° 3 :	Tempo
Outil n° 4 :	Suivi action
Outil n° 5 :	Grille d'auto-évaluation
Outil n° 6 :	Exemple de grille d'entretien avec le patient
Outil n° 7 :	Information du patient
Pour aller plus loin	48
Fiche n° 1 :	Le retour d'expérience
Fiche n° 2 :	Quel intérêt de regrouper les EIAS en situations à risque ?
Fiche n° 3 :	La culture de sécurité
Fiche n° 4 :	Comment identifier un fait ?
Fiche n° 5 :	L'erreur humaine et les apports de Reason
Fiche n° 6 :	Les causes immédiates et les causes profondes/facteurs contributifs
Fiche n° 7 :	Les facteurs humains et l'équipe (HRO)
Fiche n° 8 :	Les aspects juridiques
Fiche n° 9 :	Communiquer et partager
Table des annexes	61
Annexe 1.	ANALYSE DE CAS – Exemple d'un EIGS 62
Annexe 2.	ANALYSE DE CAS – Secteur sanitaire 65
Annexe 3.	ANALYSE DE CAS – Secteur ville 69
Annexe 4.	ANALYSE DE CAS – Secteur médico-social 73

Références bibliographiques	76
Participants	77
Acronymes et synonymes	78

Notes importantes aux lecteurs

– Dans ce document, le terme :

- « **patient** » désigne le bénéficiaire des soins ou de l'accompagnement (usager/résident) ;
- « **soignant** » désigne les professionnels de santé et les professionnels en charge de l'accompagnement ;
- « **causes profondes** » est synonyme de facteurs contributifs, causes racines, causes latentes ;
- « **analyse approfondie des causes** » est synonyme d'analyse systémique, analyse des causes et des barrières ;
- « **retour d'expérience** » est utilisé et peut être abrégé par REX ou RETEX ;
- « **méthodes de retour d'expérience** » fait référence aux méthodes utilisées dans le cadre d'organisation de type revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs liées aux médicaments (REMED) ;
- « **évènement porteur de risque** » est synonyme de *near miss*, presque évènement, etc. ;
- « **outils pour structurer l'analyse des évènements** » fait référence aux outils que sont la grille ALARM, l'arbre des causes, la TAPS *taxonomy*, la grille Cadya, Tempo, les 5 pourquoi, etc.

– Le symbole renvoie à des fiches « pour aller plus loin » et des outils accessibles en fin de document.

Par ailleurs, afin de respecter la confidentialité des données médicales et des personnes, tous les exemples de ce guide sont des exemples tirés de la vie réelle et modifiés, ou créés à partir de l'expérience (situations fictives ou pseudo-cas).

Introduction

Contexte

Depuis 1990, plusieurs études internationales (1, 2) ont fait apparaître que le nombre d'évènements indésirables survenant lors de la prise en charge des patients était élevé. En France, deux enquêtes, réalisées l'une en 2004 (ENEIS 1) et l'autre en 2010 (ENEIS 2), ont corroboré cette réalité (3, 4).

Cette fréquence élevée est liée à la nature de plus en plus complexe de l'activité de soins et d'accompagnement qui doit, à la fois, utiliser des technologies de pointe, un maillage organisationnel important, de multiples compétences humaines et s'adapter à la singularité des patients. Même si une partie de ce risque peut être acceptable au regard de la performance recherchée, des évènements indésirables inattendus surviennent dans certaines situations et doivent être analysés.

Tous les secteurs de délivrance des soins (en ville, en médico-social ou sanitaire) peuvent être confrontés aux évènements indésirables associés aux soins (EIAS). Même si les données de la littérature concernant le secteur hospitalier sont les plus nombreuses (secteur le plus étudié), des données épidémiologiques sur la médecine de ville publiées en 2014 (ESPRIT 2013) (5) montrent que les EIAS y sont souvent de nature différente, surviennent tous les jours et sont souvent évitables (fréquence globale de 26 EIAS pour 1 000 actes dont 22 considérés évitables) (6).

Enfin, il existe également des évènements indésirables associés aux soins en établissement et service social ou médico-social (ESSMS) (7). Dans ce secteur, peu d'éléments de littérature scientifique sont disponibles. En revanche, de nombreux retours d'expérience (littérature grise) rapportent des évènements liés aux soins techniques, des chutes, des risques infectieux et épidémiques, des erreurs de médicaments, des problèmes d'identitovigilance, d'organisation et de coordination des soins, mais encore des suicides, de la maltraitance, des violences. Cependant, la question souvent posée dans le secteur du médico-social est « où le soin commence-t-il ? ».

Définition d'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS)

Un évènement indésirable associé aux soins répond à plusieurs critères (8). Ainsi, il s'agit :

- d'un évènement défavorable survenant chez un patient ;
- associé aux actes de soins et d'accompagnement ;
- qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour le patient ;
- qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin ;
- qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance du patient, c'est un évènement inattendu.

Par ailleurs, en fonction du niveau de gravité de l'EIAS, on parlera aussi :

- d'un évènement porteur de risque (EPR) lorsque l'EIAS n'a pas eu de conséquence ou lorsque les conséquences ont pu être évitées ou limitées (EIAS dit récupéré) (synonymes : *near miss*, *near hit*, *close call*, échappée belle, presque-accident, presque-évènement, etc.) ;
- d'un évènement indésirable grave associé aux soins¹ (EIGS) lorsque les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

1 Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000033479591

L'analyse des EIAS doit être réalisée quel que soit le niveau de gravité de l'EIAS. Elle est essentielle pour repérer et comprendre ces événements, en tirer des enseignements pour l'avenir et éviter qu'ils ne se reproduisent. Cette analyse s'inscrit dans une démarche dite de retour d'expérience (REX, [Le retour d'expérience](#)).

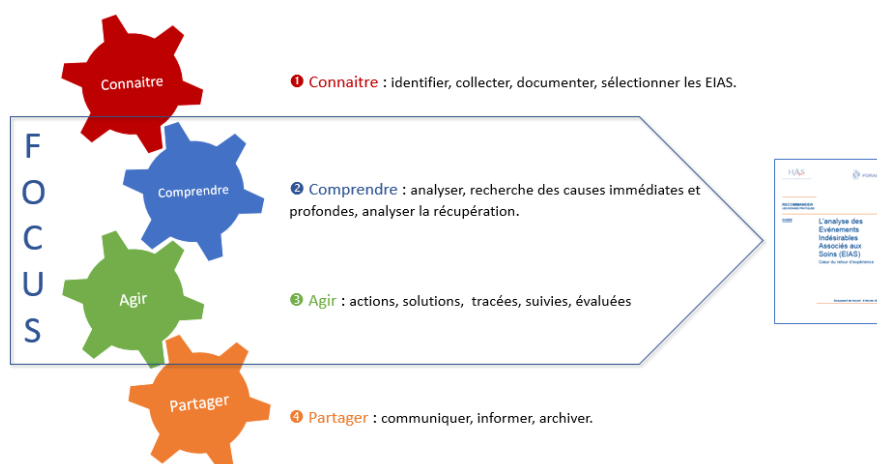
L'objectif du REX est de tirer des enseignements de l'expérience, des événements survenus, de les partager et de mettre en œuvre les actions adéquates pour mieux maîtriser l'avenir (connaître/comprendre/agir/partager). La littérature a vu émerger différentes approches de REX. On peut citer les revues de mortalité et de morbidité (RMM) dès 1910 aux USA. En France, les premières incitations à la maîtrise des risques sont développées en 1996, les comités de retour d'expérience (CREX) développés par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) en 2005 dans les secteurs de la radiothérapie puis les revues des erreurs médicamenteuses (REMEDI) développées par la Société française de pharmacie clinique (SFPC), etc.

Cette pluralité ne doit pas constituer un frein **puisque toutes ces méthodes partagent les mêmes fondements d'analyse approfondie des causes avec recherche des facteurs qui ont contribué à la constitution et la survenue de l'évènement** (9).

Cependant, les retours d'expérience associés aux rapports sur les EIGS notamment (10, 11) mettent en évidence que **l'étape d'analyse des EIAS n'est pas assez bien réalisée**.

Ce document s'attache ainsi à décrire et préciser le déroulement de l'analyse des EIAS, il se focalise sur les étapes 2) comprendre et 3) agir du REX (cf. schéma ci-contre).

En effet, **de la qualité de la déclaration et de l'analyse de l'EIAS dépendent la qualité du REX et donc la robustesse et l'utilité des enseignements tirés**.



Pour rappel

La partie « 1) connaître » consiste à identifier, collecter, documenter et sélectionner les EIAS. C'est notamment lors de cette étape que l'on peut :

- observer la qualité de la déclaration, se demander si elle va permettre une analyse approfondie ;
- évaluer la gravité de l'EIAS (par exemple sur une échelle de 1 à 5, de l'EPR à l'EIGS) ;
- évaluer la fréquence de survenue (par exemple sur une échelle de 1 à 5) ;
- évaluer si l'EIAS peut être catégorisé/regroupé au sein d'une situation à risque (SAR [Quel intérêt de regrouper les EIAS en SAR ?](#)).

En quelque sorte, cela va permettre de définir les modalités d'analyse de l'évènement : périmètre, méthode, délai...

La partie « 4) partager » correspond au fait de communiquer sur ce qui a été identifié lors de l'analyse des EIAS, sur les actions qui vont être mises en place ainsi que sur leur suivi.

Ces deux parties ne seront pas abordées dans ce guide qui se focalise sur la description du déroulement de l'analyse des EIAS.

Objectifs du guide

Par l'intermédiaire de ce document, il s'agit de :

1. **apporter aux professionnels** du soin et de l'accompagnement **un guide méthodologique simple et didactique** pour réaliser l'analyse d'événements indésirables associés aux soins, quel que soit le secteur dans lequel ils exercent (sanitaire, médico-social, secteur de ville) ;
2. **améliorer la qualité des analyses d'EIAS** car celle-ci conditionne la pertinence des actions mises en place afin d'éviter la récurrence de l'événement. La moitié des analyses reçues dans le cadre du dispositif de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins est inexploitable (qualité d'analyse insuffisante : 49 % des rapports HAS [EIGS 2019](#), 54 % [en 2018](#)) ;
3. **développer la culture de sécurité des professionnels** qui est une condition primordiale pour améliorer et sécuriser la prise en charge des patients. L'évolution de la culture de sécurité au sein d'une organisation, quelle qu'elle soit, est un long processus. C'est un véritable projet de changement visant à mettre en place des valeurs et des pratiques pérennes pour maîtriser les risques majeurs. Au travers du développement d'une culture de sécurité en santé, il s'agit de faire de la sécurité du patient une priorité de tous les professionnels, quels que soient leur fonction, leur niveau hiérarchique et leur lieu d'exercice ;
4. **proposer une approche fondée sur une analyse objective, une culture juste et positive de l'EI (apprendre de ses erreurs)** rappelant que l'analyse des EIAS permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et ne consiste pas à rechercher une quelconque responsabilité individuelle et/ou à culpabiliser le(s) professionnel(s). Il s'agit de « rechercher les causes et non qui est en cause », de comprendre ce qu'il s'est passé sans blâmer le(s) professionnels(s) impliqué(s) dans l'événement indésirable.

Le(s) professionnel(s) impliqué(s) dans l'événement indésirable (« seconde(s) victime(s) ») mérite(nt) une attitude de non-jugement.

Prérequis avant de se lancer dans une analyse d'EIAS

Devant la survenue d'un événement indésirable, avant de se lancer dans une analyse, il est nécessaire de :

- s'assurer que les actions immédiates ou de sauvegarde face à cet événement indésirable ont bien été prises ;
- s'assurer que le patient a été informé (annonce du dommage associé aux soins) ;
- s'assurer de la gestion des professionnels « secondes victimes » avec accompagnement si besoin ;
- vérifier qu'il s'agit bien d'un EIAS en se référant à la définition ci-dessus ;
- avoir mis en place un système de recueil des EIAS et de déclaration.

1. La reconstitution de la chronologie de l'évènement

Objectif : comprendre ce qu'il s'est passé.

■ Pourquoi faut-il le faire ?

Le recueil chronologique des faits ayant conduit à l'évènement est primordial et va servir de base de travail pour l'analyse de l'évènement dans sa totalité.

Il s'agit de reconstituer de la manière la plus précise possible ce qu'il s'est passé ([📄 Comment identifier un fait ?](#)), d'organiser et d'ordonner les faits. Pour cela, la chronologie de l'évènement doit être décrite de manière complète, précise, anonymisée, de façon neutre et sans interprétation.

Par ailleurs, il faut penser à prendre en compte l'épisode de soin dans sa globalité ainsi que sa gestion et non pas uniquement le moment de la survenue de l'EIAS.

■ Comment le faire ? Existe-t-il des méthodes ?

Le processus de soin est décomposé en étapes chronologiques successives faisant apparaître des faits (cf. tableau de synthèse) et décrivant l'un après l'autre :

- quand le fait s'est produit ;
- qui sont les acteurs concernés (de façon anonyme : médecin 1, infirmier 1, infirmière 2, aide-soignant 1, par exemple) ;
- quelles sont les actions (ou omissions) réalisées par ces acteurs, les manques dans le processus de soin ;
- comment sont réalisées les actions : les moyens utilisés (matériel, supports d'information, informatique, prestations médico-techniques, etc.).

Pour vous aider :

Que s'est-il passé ?				
	Quand ? (date heure)	Qui est intervenu/concerné ? Profession (Attention à l'anonymisation, pas de données nominatives dans cette colonne)	Quelle action ?	Comment ?
1				
2				
3				

Et le patient dans tout ça ?

Les plans d'amélioration de la qualité et sécurité des soins ignorent souvent le point de vue du patient. Il est important que le patient puisse décider de remplir un rôle actif et participer ainsi à sa propre sécurité, être acteur dans la prévention du risque (12).

Tout comme il est primordial que les patients puissent s'adresser sans crainte et sans gêne à leur médecin (HAS – [« Oser parler à son médecin »](#)), l'intégration du point de vue du patient dans l'analyse des EIAS doit être reconnue et encouragée. Ce regard croisé renforce la compréhension de la situation, car chaque acteur ne peut visualiser qu'une partie du processus de prise en charge.

Le patient est acteur de son parcours et il est le seul à en « vivre » toutes les étapes. Son ressenti et son expérience sont des éléments qu'il est opportun de recueillir afin d'enrichir le déroulé des faits établis par les professionnels (13-16).



Le recueil du « témoignage » du patient, réalisé **uniquement avec son accord** (☐ [Information patient](#)) et après [l'annonce du dommage associé aux soins](#) (HAS – [Guide](#)), donne une approche complémentaire pouvant apporter des éléments qui n'ont pas été mis en évidence par les professionnels, notamment dans la chronologie des faits et également corroborer des éléments.

À l'instar de ce qui est pratiqué dans la [méthode du patient traceur](#) (HAS – [Guide](#)), les éléments relatés par le patient sont croisés, lors de la réunion d'analyse, à ceux apportés par les professionnels.

L'idée est de recueillir l'expression du patient (☐ Exemple de grille d'entretien avec le patient) pour avoir le récit contextualisé de l'EIAS qu'il a vécu. À sa manière et avec ses propres mots, il aura peut-être identifié des facteurs contributifs, des actions d'amélioration. C'est un moment où le patient peut exprimer toute information qu'il juge pertinente ou qu'il souhaite porter à la connaissance des professionnels et de l'organisation pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Bien évidemment, cela ne s'improvise pas, et la mise en œuvre du recueil du témoignage du patient doit être déployée progressivement en tenant compte du développement de la culture de sécurité, de la volonté partagée d'avoir le patient comme partenaire des soins. Il est, bien entendu, important de ne pas imposer un fardeau de responsabilité supplémentaire aux personnes qui sont déjà anxieuses et vulnérables en raison d'une blessure ou d'une maladie grave (12).

Pour être réussi, le recueil du témoignage doit rassembler l'adhésion et la conviction de toutes les personnes impliquées.

L'absence de témoignage du patient n'est pas un obstacle à l'analyse de l'EIAS, mais en disposer constitue une plus-value pour l'analyse.

Quels sont les résultats attendus ?

Le résultat attendu est une reconstitution chronologique la plus objective et fidèle possible à la réalité des événements qui ont précédé l'EIAS.

Ce recueil chronologique des faits peut nécessiter des informations complémentaires (entretiens, visites sur place, études de documentation, analyses...). À l'issue de cette étape, une chronologie complète de l'EIAS est établie.

(Cf. exemples en annexes p. 61)

Quels sont les points clés pour l'organisation du recueil ?

- Prévoir une « distance émotionnelle » (pas à chaud) sans toutefois attendre trop longtemps de sorte que les détails permettant de reconstituer la chronologie soient encore présents en mémoire. Dans le cas des EIGS, le délai réglementaire est fixé à 3 mois maximum, au cours duquel le recueil des faits et l'analyse approfondie doivent être réalisés. Cela implique que le recueil des faits soit réalisé avant cette échéance.

En complément de l'analyse, d'autres éléments peuvent être mobilisés comme le débriefing à chaud. Le débriefing avec une équipe (si elle le souhaite), juste après la survenue d'un événement, peut permettre à chacun de s'exprimer et de gérer les émotions suscitées par la survenue de l'événement. Le débriefing à chaud est un facteur facilitant pour l'analyse mais n'est pas en soi un recueil de faits. Il peut permettre de repérer les professionnels ayant besoin d'un soutien.

Les professionnels impliqués dans la survenue ou ayant constaté l'incident sont des victimes collatérales d'un EIAS (secondes victimes). L'organisation doit pouvoir repérer les besoins et proposer, le cas échéant, un accompagnement à ces professionnels (groupe de parole, recours psychologue, groupe d'analyse de pratiques...).

- Prendre le temps de rassembler tous les éléments nécessaires à la compréhension de l'EIAS et les circonstances de survenue :
 - le dossier du patient ;
 - l'emploi du temps des professionnels ;
 - les éventuelles recommandations de pratique clinique ;
 - la fiche d'événement indésirable et volet 1 – ARS le cas échéant dans le cadre d'un EIGS ;
 - les témoignages structurés ;
 - les processus, procédures, protocoles, documents qualité, modes opératoires en rapport avec l'activité et les soins réalisés.

Quels sont les écueils à éviter ?

- S'arrêter à la première interprétation.
- N'avoir qu'un seul point de vue.

2. La recherche des causes de l'évènement

Objectif : savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé.

■ Pourquoi faut-il le faire ?

L'erreur humaine ne suffit pas à expliquer pourquoi les EIAS surviennent. La multiplicité des acteurs qui interviennent autour du patient, leurs interactions, la complexité des mécanismes ayant concouru à l'évènement favorisent cette erreur. Ainsi, en amont de l'erreur, il faut comprendre les dysfonctionnements en œuvre et identifier toutes les causes ([□ Les causes immédiates et les causes profondes](#)) qui ont contribué à la survenue de l'évènement. Celles-ci ne se révèlent que lors d'une analyse approfondie des causes.

Il faut donc distinguer deux types de causes.

1. Les **causes immédiates, ou « comment cela est-il arrivé ? »** : ce sont les causes apparentes, qui paraissent évidentes à l'origine de l'EIAS. Il s'agit souvent d'une erreur humaine commise par un professionnel de santé lors de la réalisation d'un acte de soin au plus près du patient (par exemple : un oubli, un raté dans l'exécution, une mauvaise décision). Leur identification sert de point de départ à l'analyse approfondie des causes.

La ou les causes immédiates sont recherchées sans jugement sur les personnes impliquées.

2. Les **causes profondes, ou « pourquoi cela est arrivé ? »** : ce sont des causes plus profondes, liées à des facteurs organisationnels et/ou techniques, identifiées uniquement grâce à une analyse approfondie des causes.

Les causes profondes sont recherchées selon une démarche structurée et méthodique en rapport avec les causes immédiates identifiées. Les professionnels de soins et d'accompagnement impliqués dans l'évènement participent à l'analyse. Les responsables des vigilances sont impliqués le cas échéant².

La discussion avec le patient est un point clé de la recherche des causes. Ce dernier peut, lors de l'entretien, mettre en évidence une cause profonde. Le récit du patient, lors de l'étape de l'identification chronologie des faits, doit donc être intégré à cette analyse.

Cette approche d'analyse approfondie des causes permet d'aller au-delà de l'erreur humaine ([□ L'erreur humaine et les apports de Reason](#)), d'identifier puis de traiter les causes profondes afin que l'EIAS ne se reproduise pas.

2 Les vigilances réglementaires relèvent d'un décret, à l'exception de la cosmétovigilance qui relève directement d'une loi : l'hémovigilance (D. n° 94-68 du 24/01/94), la pharmacovigilance (D. n° 95-278 du 13/03/95), la matériovigilance (D. n° 96-32 du 15/01/96), la toxicovigilance (D. n° 99-841 du 28/09/99), l'infectiovigilance (D. n° 2001-671 du 26/07/01), la biovigilance (D. n° 2003-1206 du 12/12/03), la réactovigilance (D. n° 2004-108 du 04/02/04), la tatouage-vigilance (D. n° 2008-210 du 03/03/08), l'AMPvigilance (procréation médicalement assistée – D. n° 2008-588 du 19/06/08), la radiovigilance (D. n° 2010-457 du 04/05/10), la cosmétovigilance (article L. 5131-5 de la loi n° 2014-201 du 24 février 2014).

Comment le faire ? Existe-t-il des méthodes ?

La littérature fait état de plusieurs méthodes de retour d'expérience (RMM, CREX, REMED, etc.) et outils pour structurer l'analyse des causes d'un EIAS (la grille ALARM, l'arbre des causes, la TAPS *taxonomy*, les Tempos, la grille Cadya, les 5 pourquoi, etc.). Ces dernières sont plus particulièrement orientées vers la [classification des événements indésirables associés aux soins \(EIAS\) rencontrés hors établissement de santé](#)³ (□ Tempo).

Cette pluralité ne doit pas constituer un frein puisque toutes ces méthodes appuyées d'outils partagent les mêmes fondements : l'analyse approfondie des causes.

Par exemple, une grille ALARM n'est pas une méthode mais l'utilisation de la grille ALARM est une méthode. Ainsi, la grille peut être utilisée dans plusieurs méthodes.

Quels que soient l'outil et/ou la méthode, l'objectif reste toujours le même, à savoir « alimenter le questionnement ».

La méthode ALARM, pour *Association of Litigation And Risk Management* a été développée **spécifiquement pour la santé** en 1999 par un groupe coopératif de recherche anglais, sous la direction de C. Vincent. Elle est la plus utilisée en santé (17).

En 2016, R. Amalberti et C. Vincent ont fait évoluer la méthode ALARM vers une méthode **ALARM-E**, pour *ALARM Extended*, avec [7 changements à opérer](#) (18).

1. Prendre en compte tout l'épisode de soins et non pas juste le moment où survient l'EIAS.
2. Prendre en compte le point de vue des patients et leurs familles.
3. Utiliser la grille ALARM pour chaque écart identifié.
4. Avoir des analyses de qualité. Le nombre ne sert à rien, mieux vaut faire moins d'analyses, mais plus approfondies.
5. Prendre en compte la détection et la récupération (succès ou échec), via l'analyse des barrières (cf. chapitre 3. L'analyse des barrières de sécurité). Leur donner une place aussi importante dans l'analyse que celle donnée à la recherche des causes.
6. Prendre en compte le contexte, rester réaliste et pragmatique, et considérer dans l'analyse le réel de l'activité.
7. Produire une conclusion de l'analyse et proposer des solutions (*5 séries de solutions décrites par C. Vincent et R. Amalberti : réorganiser les conditions de travail, s'interdire temporairement certaines pratiques ou activités, apprendre à mieux détecter et récupérer les erreurs, apprendre à mieux atténuer les conséquences des problèmes et, enfin, savoir innover dans les organisations*).

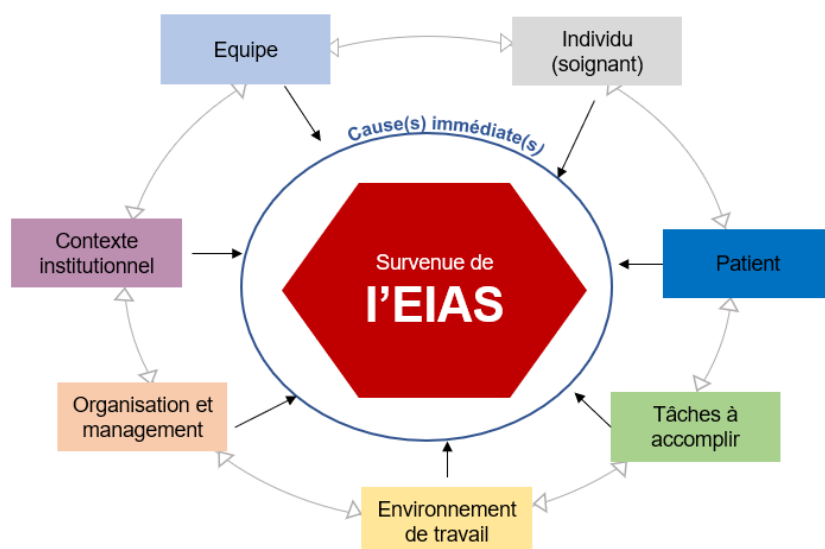
Dans ce guide, il est proposé d'utiliser la grille ALARM avec sa liste de causes profondes à investiguer systématiquement (□ Grille ALARM).

L'utilisation de cette grille permet d'explorer systématiquement l'ensemble des causes profondes d'un événement (N.B. : plusieurs causes immédiates peuvent être analysées), c'est **à la fois une aide « mnémotechnique »** pendant l'analyse et une façon de **classer les causes après l'analyse**.

[La grille ALARM](#) décrit les 7 catégories à explorer (schéma 1), avec pour chaque niveau une liste de causes profondes.

La grille permet de rechercher les causes profondes qui ont contribué à la survenue des causes immédiates identifiées.

Schéma 1 – Étude des causes profondes de la grille ALARM



L'avis d'experts et de pairs est primordial si des causes profondes sont manquantes.

Attention : même si cela est peu fréquent, il peut y avoir plusieurs causes immédiates pour un même évènement. Par exemple, une erreur dans la préparation d'un médicament par une personne X et un collègue Y qui injecte la préparation à la mauvaise vitesse (PSE). Dans ce cas, il convient de réaliser une analyse approfondie sur chacune d'elles. Ou encore un retard de diagnostic la nuit aux urgences dans un contexte de surcharge de travail conduisant à devoir réaliser une réanimation en urgence durant laquelle se produit une confusion entre deux médicaments lors d'une injection.

L'analyse approfondie des causes est conduite uniquement à partir des faits (écarts ou ruptures dans le processus de soin, problèmes de soins) qui ont été identifiés dans le récit de l'évènement.

Pour vous aider :

Identification des causes profondes		
		Cause immédiate identifiée
1	Facteurs liés au patient (ex. : dénutrition, traitement par anticoagulant...)	
2	Facteurs liés aux tâches à accomplir (ex. : absence de protocole d'antibioprophylaxie...)	
3	Facteurs liés à l'individu (professionnel) (ex. : surcharge de travail, formation...)	

Identification des causes profondes		
4	Facteurs liés à l'équipe (ex. : défaut de communication écrite ou orale)	
5	Facteurs liés à l'environnement de travail (ex. : panne de matériel...)	
6	Facteurs liés à l'organisation et au management (ex. : ressources humaines, niveau de décision...)	
7	Facteurs liés au contexte institutionnel (ex. : restructuration, contexte réglementaire...)	

Si plusieurs causes immédiates ont été identifiées, il faut compléter autant de tableaux que de causes immédiates identifiées.

Et le patient dans tout ça ?

La prise en compte du point de vue des patients est décrite comme essentielle dans l'évolution de la méthode ALARM vers la méthode **ALARM-E** (18).

À cette étape également, les éléments recueillis lors du récit du patient peuvent améliorer la reconstitution et la complétude des données et donc présenter un intérêt majeur.

Les patients sont capables d'identifier des causes profondes qu'ils verbaliseront à leur manière. Les professionnels de santé devront quelquefois les « interpréter/traduire » avant de les reporter dans la grille.

Quels sont les résultats attendus ?

À l'issue de cette étape, les causes immédiates et profondes sont identifiées et répertoriées.

(Cf. *exemples en annexes p. 61*)

Quels sont les points clés pour l'organisation ?

Pour une analyse collective, la réunion des acteurs est indispensable. Elle doit être pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle : l'analyse doit être réalisée de façon collective, tous les professionnels impliqués dans l'évènement ou concernés par la prise en charge du patient y sont conviés (mais un professionnel peut décliner l'invitation).

Un climat de bienveillance est indispensable au bon déroulement de cette rencontre et à la qualité de l'analyse.

L'animateur de la réunion s'assure de la prise de parole par chacun et maîtrise la méthode d'analyse approfondie des causes. Il est formé aux enjeux liés aux facteurs humains et organisationnels ([FHO-HRO](#)) et veille au bon déroulement de la réunion. Il n'est pas concerné par l'évènement analysé et, dans l'idéal, n'a pas de pouvoir hiérarchique sur les professionnels présents. Il est extérieur à l'équipe concernée par l'EIAS.

Pour rappel, les [structures régionales d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients \(SRA\)](#) peuvent être sollicitées pour un appui ou une expertise dans le cadre des EIAS. Elles sont mobilisables pour animer ou accompagner la réunion d'analyse, **quel que soit le niveau de gravité de l'EIAS**. Par ailleurs, le [décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016](#) rend possible la saisie des SRA directement par le déclarant dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS.

Quels sont les écueils à éviter ?

- Centrer l'analyse sur la recherche d'un coupable plutôt que sur la compréhension des mécanismes de survenue.
- Porter des jugements.
- Rechercher les causes immédiates avant d'avoir établi la séquence précise des faits.
- Rechercher des facteurs favorisants alors que les causes immédiates n'ont pas été identifiées.
- Utiliser la grille comme une banale liste sans la mise en œuvre d'une collecte de faits précis, structurée sur une base chronologique, sans description chronologique et précise des événements selon les différentes dimensions (tâches, individu, milieu, matériel...), sans questionnement suffisant des problèmes identifiés (« Pourquoi ? », « Qu'a-t-il fallu pour que cela arrive ? », « Est-ce suffisant ? »).
- Ne pas avoir exploré de façon satisfaisante l'ensemble des dimensions.
- Ignorer le récit du patient.
- Faire l'impasse sur l'analyse des barrières.

3. L'analyse des barrières de sécurité

Objectif : identifier ce qui aurait pu permettre d'éviter la survenue de l'EIAS et également ce qui a fonctionné.

■ Pourquoi faut-il le faire et qu'est-ce qu'une barrière de sécurité ?

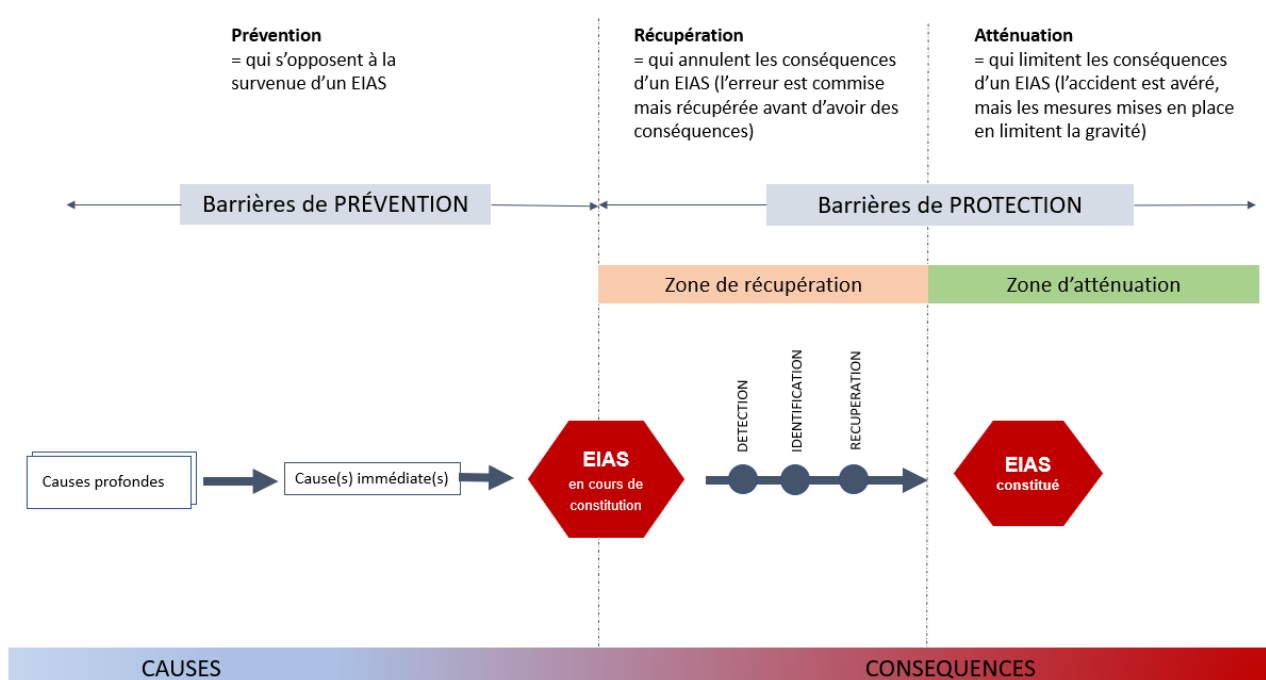
Une fois les causes identifiées, le travail n'est pas terminé. En effet, **l'identification des barrières de sécurité va permettre d'enrichir considérablement l'analyse.**

Les barrières de sécurité correspondent à tous les moyens humains, techniques ou organisationnels qui permettent d'éviter la survenue d'un EIAS, de le rattraper quand il survient ou d'atténuer la gravité de ses conséquences.

De nombreuses **barrières de sécurité** existent déjà dans les processus de soins (protocoles, procédures, bonnes pratiques, règles, matériel de surveillance, alarmes sonores ou visuelles, appel malade, travail en équipe, check-list, information et vigilance du patient, etc.) dont le respect garantit la sécurité des soins. Ainsi, il est intéressant de s'interroger sur l'existence (ou non) et sur l'efficacité des barrières quand un EIAS survient. Cette étude permettra d'affiner le plan d'action en évitant d'ajouter de nouvelles barrières à celles qui existent déjà et d'ajuster les barrières déjà existantes si elles ne fonctionnent pas bien ou ne sont pas adaptées.

Les **barrières de prévention** permettent de diminuer la fréquence de l'EIAS, les **barrières de protection (récupération et atténuation)** permettent de diminuer la gravité de l'EIAS. Un type de barrière à lui seul ne peut contenir tout le risque (cf. Schéma 2).

Schéma 2 – Les barrières de sécurité



Cette approche permet d'éviter une analyse uniquement centrée sur l'existence de mesures de prévention mais prend en compte la gestion de l'évènement quand ce dernier s'est réalisé pour envisager les mesures de protection (récupération/atténuation).

En effet, prévention et protection sont indissociables et ne sont pas redondantes. Elles constituent deux dimensions à prendre en compte pour élaborer une stratégie efficace afin d'améliorer la sécurité des patients.

Souvent les évènements qui se produisent ont peu ou pas de conséquences pour les patients, car ils ont été stoppés avant de devenir des évènements graves. En fait, ces EPR ont été récupérés à leur origine, par les équipes de soins, les patients, le matériel, etc. Ces précurseurs d'EIGS sont très fréquents mais souvent négligés du fait de leur faible gravité. Considérés comme des dysfonctionnements, ils imprègnent la vie quotidienne des soignants, qui finissent par les ignorer ou les corrigent inconsciemment par réflexe professionnel ou par banalisation du risque associé.

Il faut une certaine culture de sécurité pour comprendre l'intérêt paradoxal de ces évènements où, comme le disent certains, « il ne s'est rien passé ! ».

Comment faut-il le faire ? Existe-t-il des méthodes ?

Il s'agit de revenir sur chaque étape de l'EIAS et de réfléchir sur les trois niveaux :

- prévention : qu'est-ce qui était présent mais qui n'a pas (ou mal) fonctionné ou qu'est-ce qui aurait dû être présent dans le processus de soin pour éviter l'EIAS ?
- récupération : qu'est-ce qui était présent mais qui n'a pas (ou mal) fonctionné ou qu'est-ce qui aurait dû être présent dans le processus de soin pour récupérer la situation indésirable et revenir à une situation normale ?
- atténuation : qu'est-ce qui était présent mais qui n'a pas (ou mal) fonctionné ou qu'est-ce qui aurait dû être présent dans le processus de soin pour atténuer la gravité des conséquences survenues ou empêcher la survenue de conséquences encore plus graves ?

Il existe deux modes d'interrogation :

- une interrogation sur l'efficacité des barrières existantes dans le processus de soin ;
- une interrogation sur les barrières inexistantes au regard des bonnes pratiques.

Puis, pour chacune de ces barrières identifiées, le principe consiste à appliquer les interrogations :

- qui ?
- quand ?
- comment ?
- et la barrière a-t-elle été efficace ?

Il est possible que des causes profondes soient déjà identifiées, car une barrière qui n'a pas fonctionné est probablement une cause, mais l'analyse permettra de se questionner différemment et donc de pouvoir identifier d'autres éléments. L'analyse des barrières est complémentaire et très importante. Leur identification permettra d'enrichir considérablement la compréhension globale de l'EIAS.

Pour vous aider :

Identification des barrières de sécurité				
Barrière	Type	Existence ?	Si la barrière était existante	
			Qui ? Quand ? Comment ?	Efficacité ?
	☐ Prévention ☐ Protection ▶ récupération ☐ ▶ atténuation ☐	☐ Existante ☐ Inexistante		
	☐ Prévention ☐ Protection ▶ récupération ☐ ▶ atténuation ☐	☐ Existante ☐ Inexistante		

Si vous avez utilisé l'arbre des causes (☐ L'arbre des causes) pour comprendre l'EIAS et sa chronologie, ce travail peut également permettre de visualiser les étapes de rupture et donc des barrières qui ont cédé ou qui étaient absentes.

L'arbre des causes est un outil de seconde intention. Il peut être très utile pour faciliter la compréhension de l'évènement, dans le cadre d'évènements indésirables survenus à une interface ou d'évènements complexes impliquant plusieurs équipes ou plusieurs organisations par exemple.

Et le patient dans tout ça ?

Là encore, les éléments issus du récit du patient peuvent avoir leur intérêt.

À titre d'exemple, les presque-accidents concernés pourront être ceux dont le patient a connaissance, car ils ont été évités en sa présence, ou parce qu'il a lui-même constitué la barrière de sécurité ayant empêché la réalisation d'un accident. Pour illustrer : un patient alerte le professionnel de santé sur le fait qu'on lui a remis un comprimé qu'il ne connaît pas. Un patient que l'on a informé des suites de son intervention chirurgicale alerte le chirurgien car il a décelé un signe d'inflammation.

Quels sont les résultats attendus ?

Cette réflexion nouvelle est importante car elle déplace l'analyse uniquement centrée sur les causes, en intégrant les notions de prévention et de protection que sont la récupération ou l'atténuation de l'EIAS.

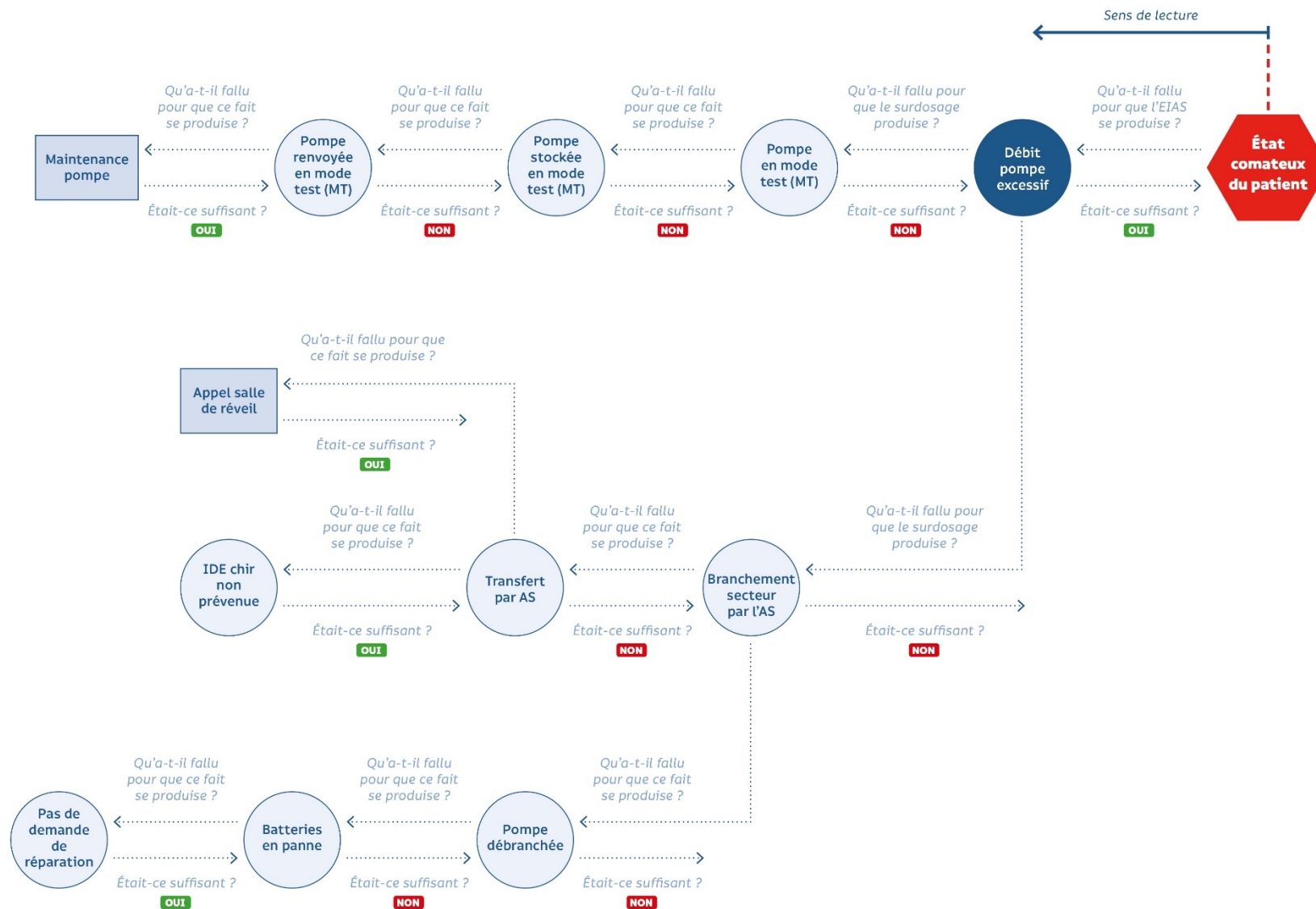
S'agissant d'une réflexion nouvelle, nous détaillons ici un exemple.

Histoire de l'EIAS

Un après-midi dans un service de chirurgie. Le patient X vient de subir une intervention chirurgicale. Son transfert est autorisé par la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) et organisé sans prévenir l'infirmière de chirurgie qui est occupée à un soin dans le service. Le transfert est pris en charge par l'aide-soignant du service de chirurgie qui descend avec une pompe à morphine du service. La pompe est installée par l'infirmière de la SSPI. La pompe ne fonctionnant plus sur batterie, le transfert est effectué sans l'utiliser. Cette panne est connue du service mais aucune demande de réparation n'a été effectuée. Au retour dans la chambre, le patient X est installé dans son lit. L'aide-soignant branche la pompe sur secteur sans vérification de son fonctionnement. Cette pompe a été envoyée récemment en maintenance au service biomédical. Ce dernier a effectué des tests de fonctionnement en mode « test », mais a laissé le commutateur de débit sur le mode « test » lors du retour de l'appareil. La pompe a été stockée dans le service de chirurgie sans vérification de son réglage.

L'infirmière de chirurgie entre dans la chambre du patient X et constate qu'il est dans un état comateux. Le lien avec un surdosage morphinique lié à un débit excessif de la pompe est aussitôt fait. Le patient est transféré en réanimation où il est traité. À son réveil, conformément à l'obligation légale (L. 1142-4 du CSP), il est informé de l'accident. Il sort de l'établissement à la date prévue, sans séquelles.

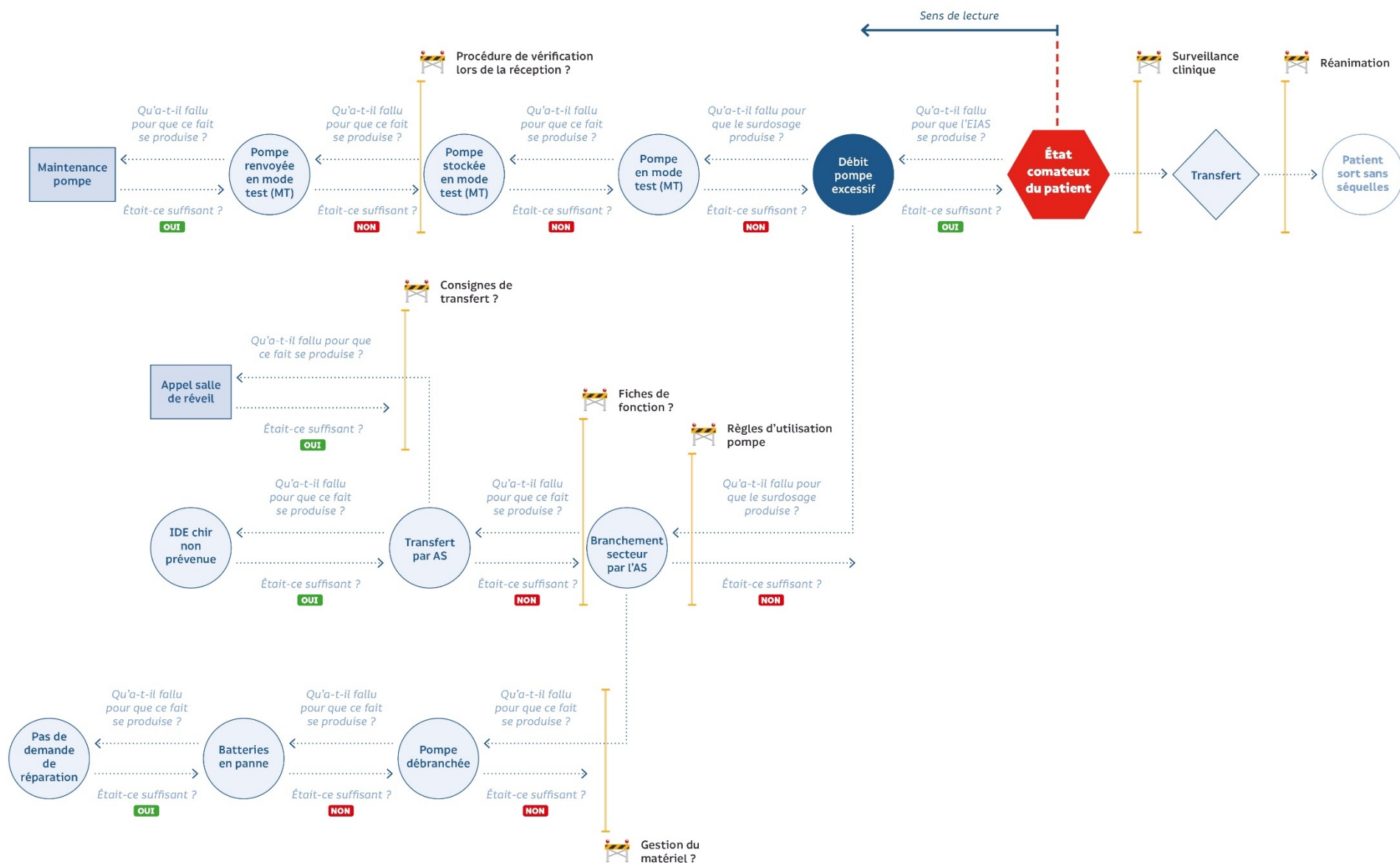
Au travers de cette histoire, l'arbre des causes suivant peut être établi :



Les questions suivantes peuvent permettre d'identifier les barrières.

- **Prévention** : qu'est-ce qui aurait permis d'éviter la survenue de l'EIAS ? Quelles sont les règles en vigueur concernant la vérification lors de la réception du matériel de retour de maintenance ? Existe-t-il des consignes de transfert lors de l'appel de la salle de réveil ? Qui vérifie l'adéquation entre les consignes de prescription et la programmation de la pompe ? Existe-t-il des tâches qui ne doivent pas être pratiquées par l'aide-soignant sans supervision d'un-e infirmier-ère ?
 - ➔ *Dans notre exemple, il peut s'agir de la mise en place d'un protocole de transfert avec des consignes précises, ou encore de la mise en œuvre d'une procédure systématique de vérification des pompes lorsqu'elles reviennent de maintenance, ou d'une vérification ultime de l'adéquation entre les consignes et la programmation de la pompe au lit du malade.*
- **Récupération** : qu'est-ce qui aurait permis de récupérer la situation et de revenir à l'état antérieur ? Existe-t-il un protocole en cas de surdosage de morphine dans le service ?
 - ➔ Dans notre exemple, il s'agit de la surveillance clinique qui a été réalisée.
- **Atténuation** : qu'est-ce qui a été mis en place pour empêcher la survenue de conséquences encore plus graves ?
 - ➔ Dans notre exemple, le passage en réanimation est une mesure d'atténuation qui a été mise en place et qui a permis de limiter les conséquences du surdosage.

Les barrières peuvent être positionnées et compléter l'arbre des causes (ajouter le sens de lecture), autre façon de raisonner :



Quels sont les points clés pour l'organisation ?

Les mêmes points clés que pour l'analyse des causes sont nécessaires pour analyser les barrières : équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, travail collectif, implication de tous les professionnels, climat de bienveillance, etc.

Là aussi, le recours aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients (SRA) est possible et encouragé.

Quels sont les écueils à éviter ?

- Faire l'impasse sur l'analyse des barrières en pensant qu'elle n'apporte pas grand-chose.
- Définir de nouvelles barrières dans un plan d'action avant de s'être interrogé sur l'efficacité des barrières existantes.
- Ne penser qu'aux barrières de prévention (en voulant éviter la survenue de l'évènement) et négliger une analyse des barrières de protection (pour diminuer l'impact des EIAS quand ils surviennent).
- Oublier que la vigilance du patient fait partie des barrières.

4. Le plan d'action et le suivi

Objectif : s'assurer que des enseignements sont tirés et leur donner une visibilité pour qu'ils bénéficient à tous.

■ Pourquoi faut-il le faire ?

Il est primordial de :

- synthétiser les enseignements tirés de l'analyse ;
- définir des objectifs d'amélioration et d'élaborer un plan d'action en fonction de ce qui a été identifié ;
- pouvoir mesurer et suivre dans le temps les actions d'amélioration mises en place ;
- donner en visibilité les actions entreprises et celles à entreprendre afin de motiver la participation de tous ;
- mobiliser les professionnels de soins et d'accompagnement autour du dispositif.

In fine, il s'agira de travailler sur la culture de sécurité, donc de diffuser les messages de sécurité et de valoriser le travail réalisé par les professionnels ([□ Communiquer et partager](#)).

■ Comment faut-il le faire ? Existe-t-il des méthodes ?

Les actions d'amélioration doivent corriger les causes identifiées. On peut ainsi interroger les points suivants.

- Existe-t-il des « bonnes » pratiques de sécurité ? Recommandations existantes, conduite à tenir, procédure à élaborer...
- Comment améliorer la prise en charge ? Professionnels, équipe, tâches... (typologie ALARM-E pour traiter les causes retrouvées).
- Comment éviter un risque connu ? Qu'est-ce qui pourrait éviter/empêcher la survenue de l'EIAS ? Barrières de prévention à mettre en place ou à renforcer.
- Comment récupérer un risque inattendu ? Comment stopper, contrôler, récupérer l'EIAS avant une conséquence/complication majeure ? Barrières de récupération à mettre en place ou à renforcer.
- Comment atténuer un risque survenu ? Comment gérer les conséquences de l'évènement ? Qu'est-ce qui peut empêcher la survenue de conséquences encore plus graves ? Barrières d'atténuation à mettre en place ou à renforcer.

La faisabilité et la priorisation des actions à mettre en place sont les conditions permettant d'élaborer un plan d'action réalisable et efficace.

Une fois l'action pratique mise en place, son efficacité doit être vérifiée pour en assurer la pérennité (Comment saurons-nous que l'on a atteint notre objectif d'amélioration ? Le risque ne s'est-il pas déplacé ?).

La mise en place de mesures de suivi est importante pour évaluer l'impact de l'action. Il est nécessaire de suivre et réviser les plans d'action car les risques peuvent se déplacer. La périodicité dans les analyses des EIAS est importante.

Enfin, il est primordial de communiquer sur les résultats de l'analyse des EIAS, les actions mises en place ainsi que sur le suivi des effets attendus (☐ Suivi action). Des actions mieux comprises permettront une adhésion plus facile des professionnels.

On peut s'aider du tableau suivant :

Plan d'action et suivi	
– Enseignement tiré/écart observé	
Action proposée	
Responsable	
Mesure/suivi proposé	
Échéancier	
– Enseignement tiré/écart observé	
Action proposée	
Responsable	
Mesure/suivi proposé	
Échéancier	

Quels sont les résultats attendus ?

Des axes d'amélioration doivent être dégagés. Ils seront ciblés, peu nombreux et facilement réalisables. Il ne s'agit pas de lancer obligatoirement de nouvelles actions mais de regarder ce qui existe déjà, ce qui peut être renforcé, amélioré, remis en lumière.

(Cf. exemples en annexes p. 61)

Et le patient dans tout ça ?

Par le questionnement, par son étonnement face à une situation, le patient peut se retrouver à formuler des idées d'amélioration.

Les multiples questionnements permettront une meilleure identification des causes profondes et la pertinence des actions qui en découleront pour l'amélioration de la sécurité des soins.

Les actions mises en place pour éviter que l'évènement ne se reproduise peuvent faire l'objet d'un retour vers le patient. En effet, les témoignages des patients ayant vécu un EIAS rapportent fréquemment le souhait que leur histoire puisse servir et qu'elle ne se reproduise pas pour un autre patient.

| Quels sont les points clés pour l'organisation ?

Un bilan de l'existant doit être fait. La hiérarchisation des actions à conduire ne doit pas dépasser trois à quatre actions et leur choix doit être consensuel.

La prise de recul via une auto-évaluation sur l'analyse menée (☐ Grille d'auto-évaluation) peut permettre de se rendre compte d'oublis d'éléments essentiels.

Le plan d'action doit s'inscrire dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) lorsqu'il est existant.

| Quels sont les écueils à éviter ?

- Dégager des axes d'amélioration ou proposer des actions qui ne soient pas en cohérence avec les facteurs favorisants identifiés.
- Ajouter des actions pour ajouter des actions.
- Proposer des actions non réalisables (manque de moyens humains, financiers, organisationnels...).
- Ne pas obtenir l'adhésion de l'équipe.

5. Les 10 questions les plus fréquentes sur l'analyse des EIAS

Objectif : faire tomber les idées reçues.

1. Que faire si je n'arrive pas à déterminer une cause immédiate spontanément ?

Si, pour un événement donné, la cause immédiate n'est pas évidente à identifier (exemple en cas de suicide), il est néanmoins nécessaire de reconstituer la chronologie des faits et d'aller interroger les 7 familles de la grille ALARM pour identifier les causes profondes.

2. Y a-t-il une différence entre REX, CREX et REMED ?

OUI.

Le REX, également appelé RETEX, signifie retour d'expérience. Ce terme désigne l'ensemble de la démarche qui consiste à connaître, comprendre les EIAS et partager les enseignements tirés *a posteriori* de ces événements.

Le CREX, comité de retour d'expérience, est un groupe pluridisciplinaire et pluriprofessionnel qui se réunit régulièrement pour analyser les EIAS qui lui sont présentés en s'appuyant sur une méthode d'analyse approfondie des causes. Le CREX est une instance de décision et de pilotage.

Chaque structure définit la composition du groupe d'analyse approfondie des causes.

La [revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés ou REMED](#) (développée par la [Société française de pharmacie clinique](#)) est quant à elle une méthode spécifique aux événements indésirables liés aux erreurs médicamenteuses et à leurs conséquences éventuelles auprès des patients et des professionnels de santé.

3. La RMM est-elle une analyse « médico-centrée » qui ne nécessite pas de méthodologie particulière ?

NON.

La RMM est un espace de discussion en équipe pour l'analyse, la mise en œuvre et le suivi d'actions après l'analyse d'un ou plusieurs EIAS. Elle permet l'analyse collective, rétrospective et approfondie de cas marqués par la survenue d'un décès ou d'une complication. L'analyse, basée sur une démarche structurée et systémique, est menée par l'équipe médicale, paramédicale et non médicale (équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire), qui regroupe des professionnels qui travaillent habituellement ensemble et qui contribuent à la prise en charge d'un patient.

4. Existe-t-il un outil « officiel » pour réaliser une analyse approfondie de causes ?

NON.

Toutes les démarches s'appuient sur les travaux de James Reason. Elles sont fondées sur le principe que l'erreur est inhérente à toute activité humaine, qu'il est possible d'en tirer des enseignements et d'empêcher que ces erreurs ne se reproduisent. Néanmoins, l'analyse de la littérature montre que la

grille ALARM est la plus utilisée dans le domaine de la santé et permet une exploitation plus simple d'un grand nombre d'EIAS.

5. Peut-on utiliser la grille ALARM au sein d'un CREX ?

OUI.

Le CREX est un groupe pluridisciplinaire qui se réunit régulièrement pour valider les résultats d'analyse d'EIAS qui lui sont présentés et qui ont été obtenus en s'appuyant sur une méthode d'analyse approfondie des causes, qui peut être la méthode ALARM.

6. La direction doit-elle participer aux analyses d'EIAS ?

OUI et NON...

Au cours de la réunion d'analyse, la parole doit être totalement libre. Aussi, il faut envisager que la présence d'un manager lors de la réunion d'analyse pourrait bloquer la parole de certains professionnels. Néanmoins, la direction est informée des conclusions de l'analyse et peut intervenir dans le choix et la réalisation des actions.

7. Participation des professionnels à l'analyse d'évènements : invitation ou convocation ?

Les professionnels concernés par la prise en charge au cours de laquelle l'EIAS est survenu sont invités à participer à la réunion mais en aucun cas obligés d'y participer.

Un refus de participation peut traduire une méconnaissance du dispositif et une peur d'être sanctionné. La pédagogie doit primer sur la contrainte. Une des façons pour bien appréhender ces analyses est d'utiliser la simulation en santé *a posteriori* (cf. guide HAS [Simulation en santé et gestion des risques](#)).

8. Sur quels critères choisir la bonne méthode ?

Il faut une méthode à laquelle les professionnels soient formés et habitués. Le choix de la méthode peut aussi être lié à la typologie de l'EIAS (par exemple, REPIAS sur les EIAS en lien avec des IAS, REMED pour un évènement indésirable médicamenteux) ou bien à sa fréquence/gravité.

9. Seuls les spécialistes de la qualité sont en mesure d'animer une réunion d'analyse ?

NON.

Les professionnels qui sont en première ligne dans les soins sont parfaitement capables d'analyser les EIAS qui surviennent. En revanche, ils doivent être familiarisés avec une méthode reconnue et validée. L'analyse d'un évènement indésirable peut être réalisée dans tous les secteurs d'activité, y compris ceux dans lesquels il n'y a pas de spécialistes de la qualité ou de la gestion des risques (soins primaires par exemple). Toutefois, en fonction du lieu d'exercice, le recours aux spécialistes de la qualité en tant que facilitateurs de la démarche est préconisé. Lorsque cette ressource n'existe pas dans le service ou la structure considérée, la SRA à la qualité et la sécurité des soins peut être mobilisée.

10. Le compte rendu d'analyse va-t-il dans le dossier du patient ?

NON.

Il reste un document administratif ([☐ Aspects juridiques](#)). Le compte rendu d'une RMM, d'une réunion d'analyse, d'un CREX ou de toute autre forme de réunion en lien avec un EIAS est anonyme et synthétique. Il n'a pas vocation à être classé dans le dossier du patient et peut se rapporter à plusieurs patients.

Le compte rendu est considéré comme un document administratif et, à ce titre, peut être communiqué, selon certaines conditions décrites dans la fiche 9.

Conclusion

Pour que les analyses d'EIAS soient de qualité et qu'elles s'inscrivent durablement dans le temps, il est primordial de :

- promouvoir et évaluer régulièrement la culture sécurité des professionnels de soins et d'accompagnement ([Culture sécurité](#)) ;
- percevoir et obtenir l'engagement de tous les protagonistes dans un climat de culture juste ;
- s'appuyer sur une méthodologie validée d'analyse approfondie des causes (garantie de recherche des causes profondes) ;
- privilégier une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, incluant le patient quand cela est possible ;
- aller au-delà de l'analyse de l'EI par la mise en œuvre des actions d'amélioration identifiées, et par un plan de communication autour de ces actions ;
- rechercher l'influence des facteurs humains et organisationnels ([FHO](#)) ;
- former en continu les professionnels (méthodologie et facteurs humains et organisationnels (FHO)).

Il ne faut pas craindre d'analyser les EIAS. **Comprendre ce qu'il s'est passé ne signifie pas rechercher un responsable ou un coupable.**

Le retour d'expérience issu d'analyses d'EIAS permet de mettre en œuvre des actions correctrices et d'amélioration. *A contrario*, ne pas mener de retour d'expérience et donc ne pas analyser de manière approfondie les EIAS laisse persister un risque pour d'autres patients et d'autres professionnels du soin et de l'accompagnement.

Outils

- Outil n° 1 : Grille ALARM
- Outil n° 2 : L'arbre des causes
- Outil n° 3 : Tempo
- Outil n° 4 : Suivi action
- Outil n° 5 : Grille d'auto-évaluation
- Outil n° 6 : Exemple de grille d'entretien avec le patient
- Outil n° 7 : Information du patient



Voici des exemples de questions permettant de caractériser les causes profondes pour chacune des 7 catégories de la grille ALARM.

Patient

Quels facteurs liés au patient ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'évènement ?
- Est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?
- Quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?
- Le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'évènement (par exemple : un traitement particulier) ?
- Le patient avait-il des problèmes d'expression ? Une communication difficile ?
- Est-ce que le patient/son entourage était coopératif ?
- Quelle était l'implication du patient dans sa prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant...) ?

Tâches à accomplir

Quels facteurs liés aux tâches à accomplir ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- Existait-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause ?
- Si les protocoles existaient, étaient-ils connus, disponibles et utilisés ?
- Les examens complémentaires avaient-ils été réalisés et les résultats étaient-ils disponibles en temps utile ?
- Les moyens nécessaires à une prise de décision étaient-ils disponibles ?
- Les tâches concernées étaient-elles bien définies et planifiées ?
- Y a-t-il eu une incompréhension de la part du personnel sur les tâches à effectuer ?
- L'intervention était-elle programmée ? Le programme a-t-il été respecté, modifié ?

Individu (soignant)

Quels facteurs liés à l'individu ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- Pensez-vous que vous aviez suffisamment de connaissances et d'expérience pour prendre en charge ce problème, cette complication ?
- Aviez-vous déjà réalisé ce geste, cette procédure ?
- Vous sentiez-vous fatigué.e, affamé.e ou malade ?
- Étiez-vous stressé.e
- Etc.

Equipe

Quels facteurs liés à l'équipe ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- La collaboration et l'ambiance étaient-elles satisfaisantes ?
- La communication entre vous et les autres membres de l'équipe était-elle effective ?
- L'équipe a-t-elle eu suffisamment de temps avec le patient pour lui expliquer les procédures et les conséquences ou complications possibles ?
- Quel était le niveau de partage des informations écrites dans l'équipe ?
- L'équipe avait-elle défini qui prend en charge le patient ?
- Avez-vous eu un encadrement (supervision) ou un soutien suffisant ?
- Un conseil ou l'aide d'un autre membre de l'équipe étaient-ils disponibles tout le temps ?

Environnement
de travail

Quels facteurs liés à l'environnement de travail ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- Votre pratique a-t-elle été affectée par l'environnement de travail (chaleur, bruit...) ?
- Avez-vous disposé des fournitures ou des matériels médicaux nécessaires ?
- Les équipements que vous avez utilisés ont-ils fonctionné de façon adéquate et efficacement ?
- La composition de l'équipe était-elle appropriée ?
- Aviez-vous eu une augmentation de la charge de travail non prévue ou soudaine ?
- Y a-t-il eu des retards dans la mise en œuvre des procédures de soins ?
- Etc.

Organisation et
management

Quels facteurs liés à l'organisation et au management ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- Les circuits de décision et de délégation étaient-ils définis, diffusés et connus des professionnels ?
- Pensez-vous que votre période d'adaptation à l'hôpital vous a préparé.e à cette situation ?
- Avez-vous dû collaborer avec un nouveau médecin ou personnel de soins (intérim) avec qui vous n'aviez jamais travaillé ?
- Comment sont assurés les approvisionnements en situation normale, en urgence, les jours fériés, les week-ends ?
- Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes étaient-elles identifiées ?
- Existait-il une politique de gestion des risques et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins diffusée et connue des professionnels ?
- Comment qualifieriez-vous la culture de sécurité de l'organisation ?
- Etc.

Contexte
institutionnel

Quels facteurs liés au contexte institutionnel ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- L'établissement faisait-il l'objet à cette période de mesures de la part d'un organe de l'État ?
- Existait-il des contraintes réglementaires en vigueur pour cet établissement ayant influencé le déroulement de l'évènement (CPOM...) ?
- L'établissement avait-il mis en place des partenariats en cohérence avec les pathologies qu'il prend en charge ?
- L'établissement était-il organisé en relation avec d'autres établissements pour le type de prise en charge concerné par l'évènement ? Si oui, le personnel connaissait-il les modalités de cette organisation ?
- Etc.

En complément

Vincent C., Amalberti R. Safer Healthcare. Strategies for the real world. Springer Open, 2016.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29465922>

https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974346/en/reperes-quand-alarm-devient-alarme

<https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche23.pdf>

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/analyser_un_evenement_indesirable_associe_aux_soins_eias_dans_le_cadre_dun_exercice_hors_etablissement_de_sante.pdf

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/guide_outil_securisation_autoevaluation_administration_medicaments_partie3_boite_a_outils.pdf

➔ L'arbre des causes

En théorie

La méthode de l'arbre des causes a été développée par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS). Elle est utilisée comme technique d'investigation et de recherche de facteurs ayant conduit à des accidents.

Cette méthode visuelle permet :

- de représenter graphiquement l'enchaînement logique des faits identifiés et qui ont provoqué l'évènement indésirable associé aux soins ;
- de mettre en évidence des relations de causalité entre les faits ;
- d'identifier *a posteriori* les causes d'un EIAS.

Intérêts : comprendre le scénario de l'évènement en définissant une filiation des faits, des causes immédiates aux causes profondes et en mettant en évidence les barrières qui n'ont pas fonctionné.

Limites : difficulté à aborder la complexité organisationnelle dès lors que l'enchaînement entre les faits n'est pas certain.

L'arbre des causes est utilisé principalement pour son mode de questionnement qui consiste, à partir de l'EIAS, à remonter de fait en fait, en n'utilisant que les informations disponibles dans la chronologie.

Pour cela, pour chaque fait identifié, il s'agit de répondre aux trois questions suivantes :

1. Qu'a-t-il fallu pour que le fait se produise ?
→ Permet d'identifier le(s) fait(s) précédent(s)
2. Le fait précédent a-t-il été nécessaire pour que le fait suivant apparaisse ?
→ Permet de supprimer toutes les informations inutiles
3. Le fait précédent était-il suffisant pour que le fait suivant apparaisse ?
→ Permet de s'assurer de l'exhaustivité des informations utiles

➔ En pratique

N.B. : nous prenons ici un exemple volontairement simple et schématique, dans la réalité les évènements qui surviennent sont plus complexes, mais il s'agit ici de comprendre la mécanique d'élaboration de l'arbre des causes.

Histoire de l'EIAS

Un patient de 85 ans avec un Alzheimer est alité. Il est agité et désorienté. Il tente de se lever pour uriner, les barrières de lit n'étant pas présentes, il tombe du lit et se fracture le col du fémur.

❶ Avoir la liste des faits

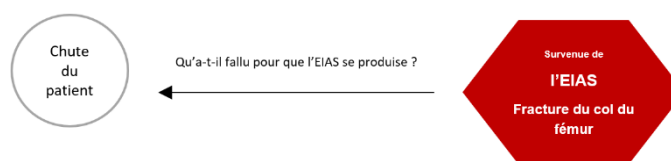
- patient âgé, alité
- Alzheimer
- agité et désorienté
- envie d'uriner
- chute de lit
- barrières de lit absentes
- fracture du col du fémur

❷ Partir de la conséquence constatée

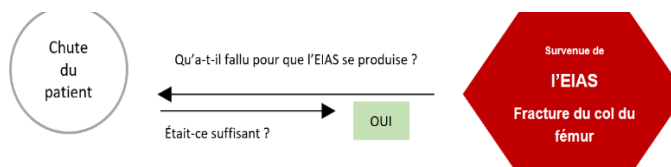


❸ Se poser la question : **qu'a-t-il fallu pour que cette conséquence se produise ?**

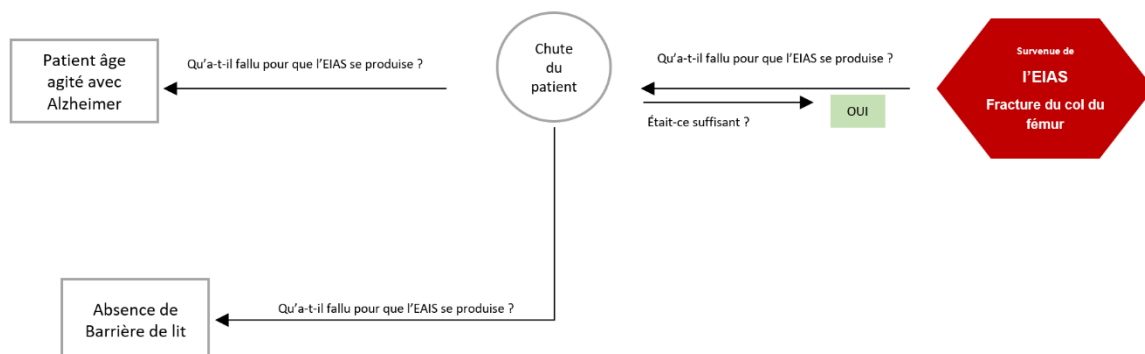
❶ Rechercher le ou les faits causals uniquement parmi les faits identifiés pour éviter toute interprétation



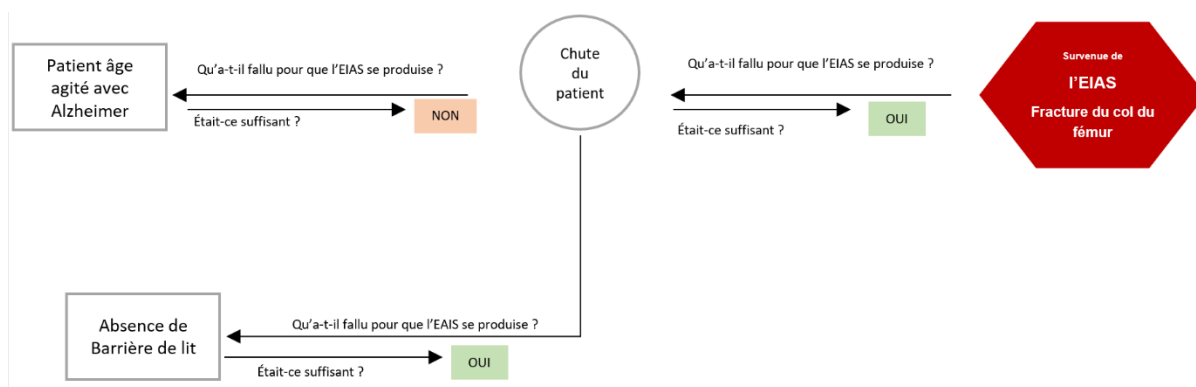
❹ Pour ce fait identifié, se poser la question : **était-ce suffisant ?**



❺ Ici la réponse étant positive, on passe au fait suivant (à gauche : la chute) et on repose la question « **qu'a-t-il fallu pour que ce fait se produise ?** »



⑥ Et, de la même façon, pour chaque fait : était-ce suffisant ?



⑦ Ainsi de suite, pour chaque fait, on approfondit de proche en proche pour finir par obtenir une histoire complète uniquement à partir des faits identifiés

➔ Jusqu'où va-t-on ?

C'est l'avis d'expert, du professionnel, qui permettra de définir la fin de la déconstruction de l'histoire à partir des faits et seulement des faits. Le questionnaire de risque peut apporter son aide sur la méthodologie mais pour cette étape qui permet d'évaluer ce qu'il s'est passé, les pairs sont indispensables.

En complément

<https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche24.pdf>

Cette méthode privilégie le temps comme critère de classification des événements en mettant en avant que le temps est à la fois un « prédicteur » constant des erreurs en médecine générale et un élément qui a du sens pour les médecins. La classification est structurée en cinq catégories : le tempo de la maladie et du traitement, le tempo du médecin, le tempo du cabinet, le tempo du patient et le tempo du système médical. Chaque tempo est décliné en deux ou trois types de dysfonctionnements à identifier et à contrôler également dans un créneau de temps. Le médecin, comme un chef d'orchestre, doit prendre en compte de façon synchrone l'ensemble des tempos afin de maîtriser le parcours de chaque patient tout en contrôlant l'activité globale du cabinet et en ménageant son propre équilibre physique et mental (le temps est en effet un fort contributeur à la fatigue et au burn-out). Chaque fois qu'un tempo particulier est privilégié, on assiste à une dégradation des autres éléments car les risques s'échangent (effet domino du risque lié à la maîtrise du temps).

MÉTHODE DES TEMPOS

1. Tempo de la maladie ou du traitement

- Pathologie trompeuse ou atypique, évoluant plus rapidement ou plus lentement que la pathologie habituelle
- Action thérapeutique trop lente, peu efficace
- Assurance donnée au patient d'une évolution favorable sur la base d'une évolution habituelle
- Explication de la pathologie pauvre. Instructions non fournies au patient ou à sa famille sur l'évolution à attendre et sur les symptômes qui doivent alerter
- Autre (à déterminer)

2. Tempo du médecin

- Difficultés d'accès à la bonne connaissance au bon moment (pression de la fatigue, des interruptions, etc.)
- Technique requise pour acte médical mal appliquée
- Compétences insuffisantes du médecin
- Autre (à déterminer)

3. Tempo de cabinet

- Interruptions fréquentes (téléphone, patients, secrétaire, etc.)
- Données médicales insuffisamment tracées
- Autre (à déterminer)

4. Tempo du patient

- Délai dans l'expression des symptômes
- Expression incorrecte des symptômes
- Mauvaise observance
- Relation médecin-patient non optimale
- Autre (à déterminer)

5. Tempo du système

- Retard dans l'obtention des rendez-vous pour les examens (imagerie, biologie)
- Retard dans l'obtention des rendez-vous avec des spécialistes
- Perte d'information entre professionnels de santé
- Retour à domicile inapproprié d'un patient envoyé à l'hôpital
- Autre (à déterminer)

Outil n° 4

☐ Suivi action

➔ Suivi action

Un suivi par action

Suivi d'action d'amélioration n° /

Problème identifié :

Action mise en œuvre :

Objectif

Description

Par qui

Quand

Comment

Suivi

Échéance de mise en œuvre

Modalités de suivi
et d'évaluation



Responsable du suivi

Qui

État d'avancement

Non fait ☐ Prévu ☐ En cours ☐ Réalisé ☐

Date : ... / ... / ... / ...

☐	Résumé de l'évènement	<i>L'évènement est-il résumé en quelques lignes ? L'épisode de soins et les professionnels concernés sont-ils identifiés ?</i>
☐	Chronologie des faits	<i>Retrouve-t-on dans la chronologie des faits tous les éléments factuels qui permettent de comprendre ce qui s'est passé et comment cela s'est passé, exempté de tout jugement de valeur ?</i>
☐	Écarts/dysfonctionnements	<i>Les écarts ou dysfonctionnements apparaissent-ils ?</i>
☐	Les causes immédiates de l'EIAS sont identifiées	<i>Est-ce que les causes immédiates sont recherchées sans jugement sur les personnes impliquées et en rapport avec chaque écart ?</i>
☐	Les causes profondes de l'EIAS sont identifiées	<i>Est-ce que les causes profondes sont recherchées selon une démarche structurée et systémique en rapport avec les causes immédiates identifiées ? Est-ce que l'on retrouve des causes profondes dans plusieurs dimensions du système ?</i>
☐	La gestion de l'évènement est analysée, analyse des barrières	<i>Les barrières qui n'ont pas fonctionné apparaissent-elles ? Retrouve-t-on dans l'analyse les mesures de récupération ou d'atténuation mises en place et leur évaluation ?</i>
☐	Actions d'amélioration	<i>Y a-t-il des propositions d'actions à mettre en place pour éviter la survenue de l'évènement ou atténuer les dommages causés aux patients ? Ces actions vous semblent-elles adaptées et en nombre cohérent ?</i>
☐	Plan d'action	<i>Le plan d'action fait-il mention de responsable(s) d'action et d'un échéancier ? Le plan d'action renvoie-t-il à une/des fiches actions ?</i>

□ Exemple de grille d'entretien avec le patient

Quand

Cet entretien ne peut avoir lieu que si le patient a été informé de la survenue de l'évènement. Pour rappel, une « annonce du dommage associé aux soins » auprès du patient doit être réalisée dans le cadre prévu par l'article L. 1142-4 du Code de la santé publique.

Cet entretien peut avoir été convenu à l'issue de l'annonce du dommage ou le patient peut être recontacté ultérieurement dès lors qu'il l'accepte (cf. information patient). En fonction de la gravité de l'EIAS, une « distance émotionnelle » est à prévoir.

Par exemple :

« Votre récit peut apporter des éléments sur la compréhension de ce qu'il s'est passé et aider à ce que cela ne se reproduise pas. »

« Il nous permet de chercher les causes pour éviter que cela ne se reproduise pour d'autres patients. »

« Accepteriez-vous que nous vous recontactions dans quelque temps pour recueillir votre récit sur cet évènement et ainsi en comprendre les causes et conséquences de votre point de vue ? Nous mettons à disposition ce document d'information si vous le souhaitez. »

Qui

L'interlocuteur peut être différent en fonction de la gravité de l'EIAS.

La personne peut être celle ayant fait la déclaration, le praticien, le responsable qualité, le directeur de l'établissement, un psychologue. Deux personnes maximums peuvent conduire l'entretien.

Comment

Les éléments ci-après constituent des aides pour aborder au mieux l'entretien avec le patient. L'enchaînement des questions n'est en aucun cas obligatoire, une adaptation au cas par cas doit être réalisée. Comme pour l'annonce du dommage, l'individualité du patient doit être respectée, il faut considérer la gravité de l'évènement selon le point de vue du patient et donc ajuster la démarche au cas par cas.

Phase d'introduction

Bonjour Monsieur-Madame-ou formulation non binaire, je suis [XX] (nom, prénom, fonction.)

Avant tout, je vous remercie d'avoir répondu favorablement à notre proposition d'entretien.

Nous sommes convaincus que lorsque se produit un évènement comme celui auquel vous avez été confronté, le patient détient des informations importantes qui pourraient permettre de mieux comprendre comment cela est arrivé et faire en sorte que cela ne se reproduise plus.

Des études ont ainsi mis en évidence que les patients n'osent pas prendre la parole face au personnel soignant/aidant alors qu'ils voyaient, qu'ils ressentaient que quelque chose « d'inhabituel » se produisait.

C'est dans ce cadre que nous souhaiterions pouvoir recueillir votre récit sur ce qui vous est arrivé. Je propose de vous poser quelques questions. L'objectif est de recueillir votre point de vue sur votre expérience avec vos propres mots.

Avant de commencer, avez-vous des questions ?

Nous allons donc revenir sur ce qui s'est produit.

Pour connaître le niveau d'information du patient sur l'évènement

- Que vous est-il arrivé ?

Questions pour aider à avoir des informations plus précises sur le déroulement de l'EIAS et ses conséquences

- Pouvez-vous me raconter avec vos mots ce qu'il s'est passé ? Vous pouvez aussi bien revenir sur la chronologie des faits que sur des éléments que vous avez ressentis.

Par exemple :

- Comment avez-vous vécu le moment de la survenue de cet évènement ?
- Vous a-t-on fourni des explications ?
- Vous a-t-on expliqué les modalités de prise en charge de cet évènement ?
- Vous êtes-vous aperçu seul de l'évènement ou quelqu'un vous en a-t-il fait part ?
- Pouvez-vous décrire ce que la(es) personne(s) présente(s) a(ont) alors fait ?

Questions pour aider à avoir des informations sur les causes

- Vous rappelez-vous quelque chose qui, selon vous, a fait que cela est arrivé ?

Vous pouvez identifier si le patient parle de lui-même des éléments suivants, évitez de suggérer les éléments pour ne pas biaiser le récit :

- ☐ Matériel non adapté/défectueux
- ☐ Locaux non adaptés
- ☐ Personnel en nombre insuffisant
- ☐ Personnel dérangé/sollicité pendant la réalisation de sa tâche
- ☐ Personnel/professionnel non disponible
- ☐ Altercation entre les personnels
- ☐ Retard dans les examens ou dans la prise en charge
- ☐ Personnel stressé, fatigué
- ☐ Personnel débutant
- ☐ Absence de supervision
- ☐ Absence de réponse aux questions
- ☐ Absence d'écoute
- ☐ Absence d'information

Des questions spécifiques peuvent être ciblées en fonction de l'histoire clinique et de la spécialité.

Cas particulier des EIGS et infections associées aux soins ; par exemple, pour le domaine de la chirurgie :

- Avez-vous eu une douche avec un produit coloré ?
- Votre nom vous a-t-il été plusieurs fois demandé ?
- Le praticien/personnel s'est-il lavé les mains devant vous ?
- Aviez-vous été informé du risque inhérent à cette intervention ? Si oui par qui ? comment ? (document écrit, de vive voix ?...)

Questions pour aider à avoir des informations

Sur l'annonce du dommage :

- Comment avez-vous vécu le moment de l'annonce de ce dommage ? Qu'avez-vous ressenti ?
- Vous a-t-on écouté ? A-t-on répondu à vos questions ?
- Vous a-t-on proposé un soutien ? Vous a-t-on expliqué la suite de votre prise en charge ?

Cas particulier des EIGS et infections nosocomiales : sur la déclaration de l'évènement

- Avez-vous eu connaissance d'une déclaration de cet évènement ?
- Avez-vous, vous-même, déclaré cet évènement indésirable sur le portail https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil ou sur le portail <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr/article/signaler-un-evenement-indesirable-lors-d-un-acte-de-soins>
- En avez-vous parlé avec votre médecin traitant ?
- Avez-vous souhaité être accompagné par votre entourage ou votre personne de confiance ?

Sur l'avis du patient

- Auriez-vous des suggestions pour que cet évènement ne se reproduise pas ?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose sur cet évènement ?

Phase de conclusion de l'entretien

- Remerciements
- Pensez-vous que cet entretien a été utile ?
- Prévenir que le patient, s'il le souhaite, peut être tenu au courant des enseignements tirés et des mesures correctives mises en place dans l'optique que ce qui lui est arrivé ne se reproduise pas (par exemple, si de nouveaux protocoles sont appliqués, des formations spécifiques dispensées, etc.)

En complément

https://www.has-sante.fr/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/brochure_patient_vd_071113.pdf
[« Oser parler à son médecin »](#)



Évènement indésirable associé aux soins **L'équipe soignante souhaite recueillir votre témoignage**

Septembre 2021

Vous-même, ou l'un de vos proches, êtes concerné par un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) survenu lors des soins. Vous pouvez contribuer à ce que cela ne se reproduise plus : votre expérience est déterminante.

L'analyse d'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) est essentielle pour repérer et comprendre ce qu'il s'est passé, pour en tirer des leçons pour l'avenir et ainsi éviter qu'il ne se reproduise. C'est pourquoi l'équipe soignante sollicite votre participation à un entretien.

Vous êtes bien évidemment libre d'accepter ou de refuser. Vous pouvez être accompagné d'un proche.

Votre expérience est ici déterminante, l'équipe soignante souhaite :

- ➔ **Recueillir** votre parole, votre ressenti et votre expérience de l'évènement indésirable associé aux soins.
- ➔ En **comprendre** les causes et conséquences de votre point de vue.

Ce partage de votre expérience avec l'équipe soignante permettra :

- de mieux maîtriser les risques ;
- d'éviter que l'EIAS ne se reproduise ;
- de mettre en œuvre les améliorations nécessaires.

Vous êtes acteur de vos soins ou témoin de ceux de votre proche

- ➔ **Avec votre accord**, vous serez appelé à contribuer à :
 - la reconstitution chronologique de l'évènement ;
 - l'identification de ses causes ;
 - l'identification de tout ce qui vous a paru remettre en cause votre sécurité ou celle de votre proche ;
 - rappeler des situations que vous aviez éventuellement signalées pendant les soins ;
 - proposer vos suggestions d'amélioration.

Qu'est-ce qu'un événement indésirable associé aux soins (EIAS) ?

Il est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme :

- un événement défavorable survenant chez un patient ou une personne accompagnée ;
- associé aux actes de soins et d'accompagnement ;
- qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour la personne ;
- qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin ou de l'accompagnement ;
- qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance de la personne : il s'agit d'un événement inattendu.

En fonction du niveau de gravité de l'EIAS, on parlera :

- d'un événement **porteur de risque** (EPR) lorsqu'il n'a pas eu de conséquence ;
- d'un événement **indésirable grave** associé aux soins (EIGS) lorsque ses conséquences sont le décès, ou le risque de décès, la survenue probable d'un handicap, d'une anomalie ou d'une malformation congénitale.

À savoir

Cet entretien pour recueillir votre témoignage se distingue des démarches que vous pouvez éventuellement avoir en cours avec la structure qui vous a soigné (direction de l'établissement, médiation médicale ou personnes qualifiées dans le secteur médico-social, représentants ou commission des usagers, etc.).

i Pour aller plus loin

Les informations de la HAS

- Renforcer la sécurité du patient : www.has-sante.fr/icms/c_2582468/fr/renforcer-la-securite-du-patient.
- L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) - Mode d'emploi : www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide_lanalyse_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias.pdf

Les informations du ministère et autres acteurs publics

- Portail de signalement des événements sanitaires indésirables : www.signalement-sante.gouv.fr
- Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

Le soutien des associations d'usagers

- Le lien <https://lelien.fr/>
- Cadus <https://cadus.fr/lassociation>
- Aviam France <http://aviamfrance.org/>
- France Assos Santé - Santé Info Droits : www.france-assos-sante.org/sante-info-droits

Ce document a été élaboré par la HAS et relu par des professionnels et associations de patients & d'usagers concernés par le sujet. Il a été rédigé selon les consignes en vigueur et les connaissances disponibles à la date de sa publication qui sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

Pour aller plus loin

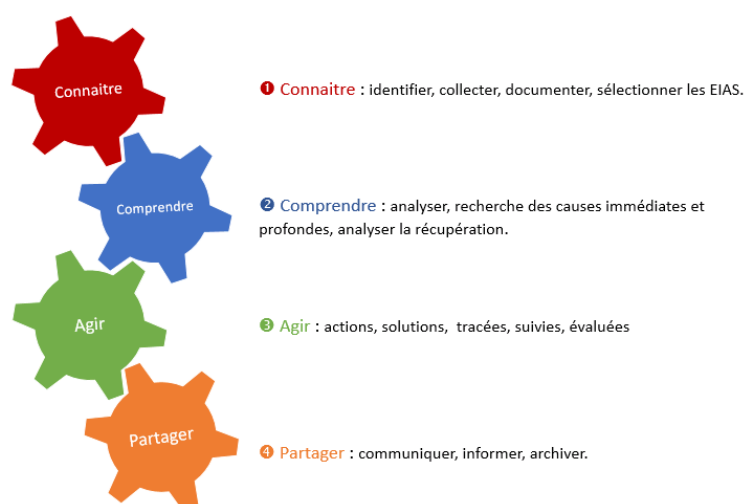
- Fiche n° 1 : Le retour d'expérience
- Fiche n° 2 : Quel intérêt de regrouper les EIAS en situations à risque ?
- Fiche n° 3 : La culture de sécurité
- Fiche n° 4 : Comment identifier un fait ?
- Fiche n° 5 : L'erreur humaine et les apports de James Reason
- Fiche n° 6 : Les causes immédiates et les causes profondes
- Fiche n° 7 : Les facteurs humains (FHO) et l'équipe (HRO)
- Fiche n° 8 : Les aspects juridiques
- Fiche n° 9 : Communiquer et partager

Toutes les organisations complexes et à risque ont, à un moment ou un autre, développé un dispositif de retour d'expérience (REX) afin d'apprendre à partir de leurs activités passées pour mieux maîtriser l'avenir. Le monde de la santé ne fait pas exception, le paradoxe du progrès médical étant de s'accompagner d'une augmentation des possibilités d'accidents.

La finalité du REX

Tirer des connaissances de l'expérience, les partager et les mettre en œuvre pour mieux maîtriser l'avenir.

Les quatre étapes du REX



Un système efficace est un système qui donne un poids égal aux quatre étapes lorsque l'on réalise un REX.

Le REX, c'est	Le REX, ce n'est pas
Une démarche collective d'équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.	Une démarche individuelle, une affaire d'expert, de spécialiste, ou de groupe trop restreint.
Une démarche qui associe collecte, analyse approfondie, actions d'amélioration, partage et communication des enseignements retirés.	Un simple enregistrement dans une base et/ou un traitement « administratif » des EIAS.
Une démarche pour améliorer la sécurité des patients qui s'intéresse aux « pourquoi » des événements survenus.	Une inspection, une expertise judiciaire, une recherche de responsabilité individuelle, de faute, du « qui » est responsable.
Une analyse qui prend aussi en compte les organisations et les facteurs humains.	Une analyse centrée exclusivement sur la maladie du patient, la thérapeutique, la technique, la faute.
Une démarche qui conduit les professionnels à s'interroger en équipe sur leurs pratiques et à prendre conscience du risque pour mieux le maîtriser.	Un exercice de style déconnecté de la réalité, permettant de satisfaire des obligations administratives.

Pour une inscription durable d'un retour d'expérience efficace, trois conditions sont primordiales.

1. **Un engagement et un soutien du management** L'équipe managériale doit favoriser le signalement et l'analyse des EIAS, par exemple en instaurant une charte de promotion du signalement. La démarche portée par le management et la direction apporte un climat de confiance indispensable à l'implantation et la pérennisation des REX.
2. **La définition d'une politique d'établissement**, en insistant sur :
 - une définition claire des objectifs du REX, afin que ceux-ci soient compris et acceptés par l'ensemble des professionnels ;
 - l'intégration du REX dans le dispositif de gestion des risques de l'établissement ;
 - le déploiement du REX dans les différents secteurs d'activité, auprès de l'ensemble des professionnels et sur l'ensemble des risques existants ;
 - l'éthique de la démarche (culture juste), en ayant un positionnement clair de l'établissement face à la révélation des erreurs humaines ;
 - une communication positive et valorisante auprès des professionnels. Il est important de communiquer sur les risques identifiés et les solutions trouvées.
3. **La mise en œuvre opérationnelle du dispositif de REX**, avec des modalités pratiques de fonctionnement définies en cohérence avec la politique de gestion des risques. Celles-ci sont décrites et rédigées dans un document spécifique de type procédure ou règlement intérieur, où l'on doit notamment retrouver la description des modalités des quatre étapes constitutives du REX mis en place : connaître, comprendre, agir et partager.

En complément

https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/rex_comprendre_mettre_en_oeuvre.pdf

<https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche30.pdf>

Fiche n° 2

□ Quel intérêt de regrouper les EIAS en SAR ?

➔ Quel intérêt de regrouper les EIAS en situations à risque ?

On entend par situation à risque (SAR) un ensemble d'EIAS rattachés à un même risque (exemples : erreurs médicamenteuses, chutes, décès inexpliqués) dont l'analyse commune, en identifiant notamment les causes et les barrières, permet d'en approfondir la connaissance.

Le regroupement permet d'aborder un risque sous plusieurs scénarios et donc de travailler sur des barrières efficaces dans plusieurs situations.

Cela permet également de travailler sur des défaillances profondes et communes à des accidents différents. Par exemple, la présence de personnel nouveau dans une équipe conduisant à des accidents différents.

Au total, cela permet d'améliorer la qualité des enseignements tirés, donc la qualité du REX, à partir d'histoires individuelles.

Par ailleurs, le regroupement des cas d'EIAS permet une agrégation des données et garantit l'anonymat. L'analyse d'EIAS n'est pas relative à un patient en particulier. L'amélioration de la qualité n'est pas faite pour un patient en particulier mais pour plusieurs patients.

En complément

<https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche9.pdf>

➔ La culture de sécurité

La culture de sécurité est un ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité du patient et qui sont partagées collectivement au niveau de l'organisation (équipes, établissement de santé).

Elle se décline autour de quatre composantes principales :

- culture du signalement (fréquence des signalements des événements indésirables associés aux soins [EIAS]) ;
- culture du retour d'expérience (analyse approfondie des EIAS pour améliorer la sécurité du patient) ;
- culture juste (erreur humaine analysée et non pas condamnée, management équitable) ;
- culture du travail en équipe (adaptation au changement, réagir ensemble de manière efficace).

Il est important de développer la culture de sécurité car elle a un impact positif sur la sécurité des patients.

Elle est nécessaire à l'efficacité de la mise en œuvre des outils et des méthodes de gestion des risques.

Elle donne du sens aux outils et méthodes de gestion des risques déjà existants :

- en les inscrivant dans un ensemble cohérent de pratiques et de comportements (les quatre composantes de la culture de sécurité de James Reason) ;
- en permettant aux équipes de se les réapproprier sans créer de nouvelles obligations. La culture de sécurité participe ainsi aux performances des organisations de santé en leur permettant d'être informées, fiables, sûres, résilientes et apprenantes.

En complément

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/la_culture_de_securite.pdf

☐ Comment identifier

un fait ?

Un fait peut être

- **une action** : « erreur de prescription », « le chirurgien fait tomber la prothèse »
- **un état** : « le sol est glissant », « le bistouri électrique est en panne »

Un fait doit être

- **concret, visible** : « bloc en travaux »
- **précis** : « appel téléphonique à 11 h pour réparation de la table d'opération »
- **vérifiable** : « commande urgente pour le soir même »

Un fait n'est pas

- **une opinion** : « à mon avis »
- **un jugement** : « il remplit mal sa fonction »
- **une interprétation/une hypothèse** : « je pense que c'était à lui de le faire »

Fiche n° 5

□ L'erreur humaine et les apports de Reason

L'erreur humaine et les apports de James Reason

Selon James Reason, l'erreur humaine est l'échec d'une action (ou d'une séquence d'actions) planifiée pour atteindre l'objectif désiré, et qui ne peut pas être attribué au hasard.

L'erreur humaine est fréquente et indissociable du comportement humain. Tout le monde commet des erreurs. Les neurosciences cognitives ont démontré que l'erreur est une modalité d'apprentissage du cerveau humain.

L'erreur n'est pas l'évènement indésirable, elle ne constitue pas non plus la seule cause de l'EIAS.

Aussi, la sécurité d'une organisation ne peut pas reposer sur l'absence d'erreur des personnes qui y travaillent.

En médecine, le risque est réel et ne pas prendre de risque conduirait à ne pas soigner.

Ce qu'il faut, c'est mettre en place un système pour gérer l'erreur quand elle va survenir, pour l'identifier rapidement, la récupérer, l'atténuer, c'est cela qui va être efficace.

L'erreur humaine est souvent la cause la plus évidente.

Avant les travaux de James Reason, l'identification des causes s'arrêtait fréquemment **aux causes immédiates** et pointait « la faute de... ».

James Reason a proposé un changement de paradigme, à savoir plutôt que de se focaliser sur la seule erreur humaine, une prise en compte de l'ensemble de la chaîne de l'évènement est primordiale.

L'EIAS est la conséquence de la défaillance du système (défaillance non récupérée par l'humain) et non pas d'une défaillance locale d'une partie isolée.

En santé, l'ensemble de la prise en charge du patient doit être analysé pour voir quels ont été tous les facteurs qui ont contribué à la survenue de l'évènement, sachant que l'erreur humaine est un facteur parmi d'autres, et même s'il peut être le facteur ayant déclenché l'évènement, il n'est jamais le seul et unique facteur qui explique tout.

Une erreur ne se blâme pas, elle s'analyse, cela permet d'apprendre de nos erreurs et de renforcer la sécurité du système.

En complément

Reason J. *L'erreur humaine*. Paris : PUF ; 1993

<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche1.pdf>

Fiche n° 6

□ Les causes immédiates et les causes profondes

➔ Les causes immédiates et les causes profondes

Causes immédiates

- sont visibles, évidentes
- sont spécifiques au problème de soins identifié
- sont plutôt de nature humaine et pointent ainsi régulièrement à tort l'erreur humaine
- sont éphémères (conjoncturelles)
- sont inévitables
- ont un impact immédiat en générant des conséquences
- font l'objet de dissimulation par crainte du blâme

En bref : il est facile de les identifier, mais difficile d'agir sur ce type de causes

Causes profondes

- sont peu visibles et non évidentes
- ne sont pas spécifiques au problème de soins identifié
- peuvent engendrer de nombreux événements très différents
- sont plutôt des défaillances systémiques de type organisationnelles, techniques, relations humaines => facteurs organisationnels et humains (FHO)
- sont permanentes car structurelles
- existent inévitablement dans tous les systèmes complexes
- n'ont pas d'effet immédiat (conditions latentes, effet dormant)
- font moins l'objet de dissimulation

En bref : il est plus difficile de les identifier (une analyse approfondie et en équipe est nécessaire), mais il est très efficace d'agir sur ce type de causes

L'étude des facteurs humains porte sur les relations entre les individus et les systèmes avec lesquels ils interagissent et se concentre sur l'amélioration de l'efficacité, de la productivité, de la créativité et de la satisfaction au travail en vue de minimiser les erreurs.

Les facteurs humains contribuent largement aux événements indésirables associés aux soins (EIAS). Il serait inefficace et contre-productif de penser que toute erreur pourrait être évitée si les professionnels étaient consciencieux, travaillaient suffisamment et étaient bien formés.

Aussi, la prise en compte et la compréhension des facteurs humains au travers des REX permettent de rendre l'équipe plus efficace et augmentent la robustesse du système.

Un modèle d'organisation performante face à des risques importants avec des contraintes temporelles fortes est le modèle des *High Reliability Organizations* (HRO) ou organisations dites de haut niveau de fiabilité.

Ces organisations excellent dans la capacité à réagir et à s'adapter devant un danger ou une situation inattendue avec un minimum de conséquences, notamment grâce au travail en équipe⁴.

Dans ces organisations, le facteur essentiel contribuant à la capacité de récupération est notamment l'excellence du travail en équipe et la culture de sécurité générée. La sécurité dite réglée est ainsi complétée par une sécurité dite gérée permettant un haut niveau d'efficacité avec un niveau de risque bas.

Les établissements les plus performants en ce qui concerne la sécurité ne sont pas ceux qui ont le moins de complications mais ceux qui les récupèrent le mieux. La capacité de récupération et d'adaptation devant la survenue d'une complication inattendue mais traitable est permise notamment par l'excellence du travail en équipe et une culture de sécurité élevée. *A contrario*, l'échec de la récupération (*Failure to rescue*) met en évidence la faiblesse de la démarche sécurité d'un secteur d'activité.

Ces notions d'équipe et de facteurs humains font partie intégrante du programme d'amélioration continue du travail en équipe : [Pacte](#), développé par la HAS.

En complément

<https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/fr/> Guide OMS

Gahferi AA. Ann Surg. 2009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19953723>

Facteurs organisationnels et humains – ICSI – <https://youtu.be/Zm01A38ZuQs>

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/05_2018_pacte_les_essentiels_vd.pdf

⁴ Weick, Sutcliffe. Managing the Unexpected. 2001.

Les analyses d'EIAS ont vocation à être menées dans le cadre d'une organisation formalisée et structurée de type RMM, CREX, REMED, etc. Toutes ces méthodes partagent les mêmes fondements d'analyse approfondie.

L'objectif d'une réunion d'analyse formalisée et structurée de type RMM, CREX, REMED, etc. est de renforcer la qualité et la sécurité des soins en général et non d'améliorer la qualité des soins prodigués à un patient en particulier. Le compte rendu d'une réunion de ce type n'est pas relatif à un patient en particulier (il est ainsi possible de regrouper un certain nombre de cas à propos d'un thème ou d'une pathologie donnée), mais précise les conclusions de l'équipe, les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mises en œuvre et leurs modalités de suivi. Par ailleurs, ce document est anonyme, c'est-à-dire qu'il ne comporte aucune information permettant d'identifier directement ou indirectement le patient et les acteurs concernés. Il n'a ainsi pas vocation à faire partie du dossier patient.

Il est archivé avec les autres documents qualité du secteur d'activité (c'est-à-dire avec les autres documents existants du même type, par exemple : procédures, recommandations, rapport d'audit, démarches d'évaluation de pratiques professionnelles, démarche de certification, etc.).

En revanche, l'obligation générale d'information du patient, portant notamment sur les circonstances et les causes d'un dommage ou en cas d'identification de risques nouveaux pour sa santé, s'applique. Ainsi, il revient au professionnel impliqué dans la prise en charge d'un patient dont l'étude en RMM a permis d'identifier de nouvelles « circonstances ou causes » d'un événement indésirable ou des risques nouveaux pour sa santé de l'en informer. Ces éléments doivent dans ces conditions être joints au dossier du patient.

➔ Questions/réponses

- Les documents relatifs à une réunion d'analyse formalisée et structurée de type RMM, CREX, REMED, etc. sont-ils des documents administratifs ?

L'article 1^{er} de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal précise que :

« Sont considérés comme documents administratifs, au sens des chapitres I^{er}, III et IV du présent titre, quels que soient leur date, leur lieu de conservation, leur forme et leur support, les documents produits ou reçus, dans le cadre de leur mission de service public, par l'État, les collectivités territoriales ainsi que par les autres personnes de droit public ou les personnes de droit privé chargées d'une telle mission. Constituent de tels documents notamment les dossiers, rapports, études, comptes rendus, procès-verbaux, statistiques, directives, instructions, circulaires, notes et réponses ministérielles, correspondances, avis, prévisions et décisions. »

Les documents relatifs à une RMM étant produits par des personnes, de droit public ou de droit privé, chargées d'une mission de service public (article L. 6112-1 CSP) sont donc des documents administratifs.

- Les documents relatifs à une réunion d'analyse formalisée et structurée de type RMM, CREX, REMED, etc. sont-ils communicables ?

L'article 2 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 citée ci-dessus prévoit que « les autorités mentionnées à l'article 1^{er} sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent aux personnes qui en font la demande [...] ».

Ainsi, en principe, les documents relatifs à une réunion d'analyse formalisée et structurée de type RMM, CREX, REMED, etc. peuvent être considérés comme des documents administratifs communicables.

Toutefois, l'article 6 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 citée ci-dessus précise que :

« [...] II.- Ne sont communicables qu'à l'intéressé les documents administratifs :

- dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle ; [...] »

Dès lors si les documents relatifs à une réunion d'analyse formalisée et structurée de type RMM, CREX, REMED, etc. contiennent une information nominative (professionnel de santé ou patient), ils ne sont pas communicables.

En complément

https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm

Il est primordial de communiquer sur ce qui a été trouvé lors de l'analyse des EIAS, sur les actions qui vont être mises en place ainsi que sur leur suivi.

Pour être certain de ne rien oublier lors de la communication, on peut se poser les six questions clés :

Qui ? Quoi ? Quand ? Où ? Comment ? Pourquoi ?

1. Avec qui doit-on partager les résultats observés ? Ensemble des professionnels, un service en particulier si on est sur une situation à risque précise...
2. Sur quoi doit-on communiquer ? L'évènement indésirable, les faits, les conclusions de l'analyse collective réalisée en décrivant toutes les causes identifiées (politique institutionnelle, organisation et management, environnement et conditions de travail, tâches, équipe, facteurs individuels et professionnels, facteurs liés au patient), les enseignements retenus, le plan d'action.
3. Quand ? À l'occasion d'une journée sécurité, à l'occasion d'une réunion, à l'occasion d'une lettre d'information, journée qualité, congrès/colloque...
4. Comment peut-on communiquer ? Par écrit, par oral, via un site intranet, une revue professionnelle. Il est essentiel que la communication soit rapide, claire et compréhensible.
5. Où ? Au sein de l'établissement, au niveau régional.
6. Pourquoi ? Car...

Le partage d'expérience est fondamental pour l'amélioration des pratiques professionnelles et contribue au développement de la culture de sécurité des soins.

Table des annexes

Annexe 1.	ANALYSE DE CAS – Exemple d'un EIGS	62
Annexe 2.	ANALYSE DE CAS – Secteur sanitaire	65
Annexe 3.	ANALYSE DE CAS – Secteur ville	69
Annexe 4.	ANALYSE DE CAS – Secteur médico-social	73

Afin de respecter la confidentialité des données médicales et des personnes, tous les exemples de ce guide sont des exemples tirés de la vie réelle et modifiés, ou créés à partir de l'expérience (situations fictives ou pseudo-cas).

Annexe 1. ANALYSE DE CAS – Exemple d'un EIGS

Thématique : « Organisation et gestion des urgences vitales en institut médico-éducatif »

Description brève de l'évènement indésirable : un adolescent de 14 ans est accueilli en institut médico-éducatif (IME). Il est en situation de handicap mental, dyscommunicant et présentant des troubles de l'attention (TDA). Il est traité avec des médicaments psychostimulants. Il nécessite un accompagnement lors de la vie quotidienne. Dans le cadre de son accompagnement et de son projet personnalisé, des séquences de jeux libres en extérieur sont mises en place chaque après-midi en autonomie depuis plusieurs mois. Au décours d'une séquence de jeux libres en autonomie, il ingère un corps étranger qui finit par obstruer les voies respiratoires entraînant des séquelles irréversibles à la suite d'une hypoxie cérébrale.

❶ Reconstitution de la chronologie de l'évènement

Que s'est-il passé ?				
	Quand ? (date heure)	Qui est intervenu/concerné ? (Attention à l'anonymisation, pas de données nominatives dans cette colonne)	Quelle action ?	Comment ?
	Contexte	Adolescent accompagné dans la structure depuis l'âge de 8 ans. Il bénéficie d'un projet personnalisé et de soins en faveur de son autonomie. L'équipe est composée de deux infirmiers, un aide médico-psychologique et un aide-soignant. Les bâtiments ont été restructurés depuis moins d'un an et la cour extérieure est éloignée du point central de soins de la structure.		
1	14 h	L'adolescent accède à la cour de l'IME en extérieur et se munit d'un cerceau et d'une balle qu'il affectionne particulièrement.		
2	14 h 05	La séance débute. L'adolescent est seul. Il n'y a pas de surveillance directe de la séance afin de favoriser l'autonomie de l'adolescent. Il est sous la responsabilité de son aide médico-psychologique.		
3	14 h 15	Son aide médico-psychologique (AMP) procède à la surveillance indirecte depuis la porte extérieure. L'adolescent est allongé au sol, inanimé. Dans les suites immédiates, le moniteur éducateur procède aux premiers gestes d'urgence et débute une réanimation cardio-respiratoire.		
4	14 h 20	Après alerte de l'infirmier, le défibrillateur de l'établissement, accessible depuis le hall d'accueil de l'établissement éloigné , est utilisé et un appel au SAMU réalisé.		
5	14 h 45	L'équipe du SMUR arrive sur place et prend le relais de la prise en charge. Rapidement, il est identifié que l'adolescent a une obstruction des voies respiratoires. L'extraction du corps étranger (la balle) est réalisée. L'enfant est transféré pour une prise en charge hospitalière. Les examens montreront une hypoxie cérébrale entraînant un déficit cérébral et fonctionnel permanent.		

En gras, exemple d'écarts, ruptures dans le processus de soins ou problèmes de soins.

L'équipe médico-éducative est particulièrement affectée par cet évènement ayant entraîné une prise de conscience du manque de formation et d'entraînement aux gestes d'urgence avec un sentiment de manque de sécurité pour les personnes accueillies.

L'analyse approfondie des causes a été réalisée à partir des entretiens avec les professionnels, des données recueillies dans le dossier de l'adolescent et de son projet personnalisé. Il n'a pas pu être réalisé de recueil auprès du patient compte tenu des conséquences de l'évènement indésirable.

② Identification des causes de l'évènement

Identification des causes profondes		
Causes immédiates identifiées		Défaut de mise en œuvre des gestes d'urgence avec retard d'utilisation du défibrillateur.
1	Facteurs liés aux patients (ex. : dénutrition, AVK...)	– Jeune en situation de handicap dyscommunicant et présentant des TDA sous psychostimulant.
2	Facteurs liés aux tâches à accomplir (ex. : absence protocole ATB...)	– Protocole de prise en charge des urgences vitales non réactualisé depuis les travaux de restructuration des bâtiments. – La procédure d'accueil des nouveaux personnels ne comprend pas les éléments de la prise en charge des urgences vitales.
3	Facteurs liés à l'individu (soignant) (ex. : surcharge de travail, formation...)	– Aide médico-psychologique arrivé depuis 15 jours au sein de l'IME. – Absence de réactualisation de la formation aux gestes et soins d'urgence. – Méconnaissance de la procédure institutionnelle de prise en charge des urgences vitales.
4	Facteurs liés à l'équipe (ex. : défaut de communication écrite ou orale)	– Mécanisme d'alerte et de communication en cas de situation d'urgence non défini.
5	Facteurs liés à l'environnement de travail (ex. : panne de matériel...)	– Pas de médecin, remplacement du médecin coordonnateur en cours (poste vacant depuis 5 mois). – Défaut d'accessibilité du défibrillateur, problème géographique.
6	Facteurs liés à l'organisation et au management (ex. : ressources humaines, niveau de décision...)	– Absence de politique de gestion des risques associés aux soins.
7	Facteurs liés au contexte institutionnel (ex. : restructuration, contexte règlementaire...)	

③ Analyse des barrières de sécurité

Identification des barrières de sécurité				
Barrière	Type	Existence ?	Si la barrière était existante	
			Qui ? Quand ? Comment ?	Efficacité ?
Formation aux gestes d'urgence	☐ Prévention ☒ Protection	☐ Existante ☒ Inexistante		

Identification des barrières de sécurité					
		► récupération ☒ ► atténuation ☒			
Politique de gestion des risques de l'établissement	☒ Prévention ☐ Protection ► récupération ☐ ► atténuation ☐	☐ Existante ☒ Inexistante			

4 Plan d'action et de suivi

Actions proposées	Responsable	Échéancier
Partage d'expérience de la situation et mise à jour du protocole d'urgence vitale	AMP + IDE + AS	6 mois
Mise à jour des attestations de soins d'urgence auprès des professionnels concernés de la structure en lien avec le centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) de référence	AMP + IDE + AS	2 mois
Mise à jour du guide du nouveau personnel intégrant un volet sur la sécurité des soins + formation aux gestes d'urgence	AMP + IDE + AS + gouvernance de la structure (avec directeur, PCME, directeur des soins infirmiers...)	3 mois (formation gestes d'urgence : à l'arrivée des nouveaux personnels + réactualisation tous les 2 ans)
Définition d'une politique de gestion des risques associés aux soins	Gouvernance de la structure (avec directeur, PCME, directeur de soins infirmiers...) + responsables de pôle	1 an
Mise en place d'une organisation permettant la déclaration et l'analyse des événements indésirables associés aux soins	Gouvernance de la structure (avec directeur, PCME, directeur de soins infirmiers...) + responsables de pôle	1 an
Favoriser le partenariat et l'appui de la structure régionale d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients	Gouvernance de la structure (avec directeur, PCME, directeur de soins...)	En cours

Annexe 2. ANALYSE DE CAS – Secteur sanitaire

Thématique : « Prise en charge médicamenteuse »

Description brève de l'évènement indésirable : inversion entre deux traitements au moment de l'administration. Après vérification des traitements d'un patient X, juste avant d'entrer dans sa chambre, l'infirmière est appelée par sa collègue aide-soignante dans une autre chambre. Lors de son retour pour administrer le traitement, l'infirmière prend les mauvais comprimés. Ces comprimés étaient ceux de la chimiothérapie d'un autre patient Y. Ainsi, le patient X s'est vu administrer la chimiothérapie du patient Y.

❶ Reconstitution de la chronologie de l'évènement

Que s'est-il passé ?				
	Quand ? (date heure)	Qui est intervenu/concerné ? (Attention à l'anonymisation, pas de données nominatives dans cette colonne)	Quelle action ?	Comment ?
1	18 h	L'IDE commence son tour des médicaments du soir.		
2	18 h 30	Arrivée devant la chambre du patient X, l'IDE prépare des doses à administrer pour la prise du soir selon la prescription informatique dans le logiciel informatique et le pilulier préparé en amont dans la journée. Vérification des concordances OK.		
3	18 h 35	Appel de l'IDE par sa collègue AS qui a besoin d'aide dans une autre chambre.		
4	18 h 35 à 18 h 45	Aide de sa collègue AS puis l'IDE retourne auprès du chariot.		
5	18 h 45	Sans vérifier, l'IDE prend sur le chariot les comprimés de chimiothérapie du patient Y à la place de prendre les médicaments préalablement préparés pour le patient X avant que l'AS ne l'appelle.		
6	18 h 50	Administration des médicaments du patient Y au patient X.		
7	18 h 55	En sortant de la chambre et en découvrant les médicaments préparés sur le chariot, l'IDE se rend compte de son erreur et prévient immédiatement le médecin.		
8	19 h	Surveillance par médecin et équipe soignante.		
9	J + 2	Appel du patient -> RAS		

En gras, exemple d'écarts, ruptures dans le processus de soins ou problèmes de soins.

Cet évènement est un évènement porteur de risque car il n'a pas causé de dommage grave au patient. L'analyse approfondie de cet évènement a été réalisée avec le personnel. L'absence de conséquences graves pour le patient permet d'aborder une gestion des risques déculpabilisée et sereine. L'adhésion des professionnels a ainsi été favorisée. Elle permet de faire prendre conscience de la nature de certains risques et de l'intérêt d'une analyse des causes pour y remédier. Le patient a quant à lui indiqué qu'il avait eu un doute mais qu'il n'avait pas osé alerter l'IDE que ce n'était pas ses médicaments.

② Identification des causes de l'évènement

Identification des causes profondes		
Causes immédiates identifiées		Erreur d'administration
1	Facteurs liés aux patients (ex. : dénutrition, AVK...)	Le patient X n'a pas su ou n'a pas osé alerter l'IDE que les médicaments n'étaient pas les siens.
2	Facteurs liés aux tâches à accomplir (ex. : absence protocole ATB...)	Molécule X est une chimiothérapie orale, or les chimiothérapies orales sont répertoriées au sein de l'établissement comme des médicaments à risque ; cependant, il n'existe pas de procédure spécifique concernant les modalités de préparation des doses et d'administration des chimiothérapies orales. Non-respect des horaires de prise de la chimiothérapie orale qui doit être administrée 1 heure après le repas. Pas de vérification des concordances : identité du patient dans la chambre et étiquette patient du flacon de médicament. Pas de démarche limitant les interruptions de tâche.
3	Facteurs liés à l'individu (soignant) (ex. : surcharge de travail, formation...)	Les chimiothérapies orales sont souvent considérées à tort comme des médicaments communs. Il existe un manque de connaissances des IDE concernant les chimiothérapies orales.
4	Facteurs liés à l'équipe (ex. : défaut de communication écrite ou orale)	Interruption de tâche au moment de l'administration d'un médicament pourtant à risque.
5	Facteurs liés à l'environnement de travail (ex. : panne de matériel...)	-
6	Facteurs liés à l'organisation et au management (ex. : ressources humaines, niveau de décision...)	Absence de démarche sensibilisant aux interruptions de tâche.
7	Facteurs liés au contexte institutionnel (ex. : restructuration, contexte réglementaire...)	-

③ Analyse des barrières de sécurité

Identification des barrières de sécurité				
Barrière	Type	Existence ?	Si la barrière était existante	
			Qui ? Quand ? Comment ?	Efficacité ?
Mise en place de mesures de prévention dans les interruptions de tâche (gilet spécifique avec marqué « ne pas déranger » par exemple) ; (https://www.has-sante.fr/jcms/c_2618396/fr/interruptions-de-tache-lors-de-l-administration-des-medicaments)	☒ Prévention ☐ Protection ▶ récupération ☐ ▶ atténuation ☐	☐ Existante ☒ Inexistante		
Contrôle de l'identité du patient au moment de la prise du traitement, interrogation du patient	☒ Prévention ☐ Protection ▶ récupération ☐ ▶ atténuation ☐	☐ Existante ☒ Inexistante		
Information immédiate du médecin	☐ Prévention ☒ Protection ▶ récupération ☐ ▶ atténuation ☒	☒ Existante ☐ Inexistante	IDE/médecin Dès erreur identifiée Guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé (SAED : situation, antécédents, évaluation, demande)	Pas de séquelle pour le patient

④ Plan d'action et de suivi

Actions proposées	Responsable	Échéancier
Mise en place d'étiquettes « Chimiothérapies orales » à coller sur les casiers nominatifs des patients sous chimiothérapies orales et sur les boîtes de médicaments pour alerter les IDE	Pharmacien	Décembre 20XX
Diffusion systématique de la fiche d'information Omedit aux IDE dès la prescription d'une chimiothérapie orale dans les services de soins	Pharmacien	Décembre 20XX
Rajout de commentaires dans Osiris (logiciel du dossier patient) précisant les modalités d'administration (en dehors des repas ou au cours des repas) pour toutes les chimiothérapies orales	Pharmacien	Décembre 20XX
Rédaction d'une procédure de préparation des doses et administration des chimiothérapies orales	Pharmacien	Juin 20XX
Révision de la procédure de dispensation des chimiothérapies orales intégrant les actions proposées à la suite du CREX	Pharmacien	Juin 20XX

Actions proposées	Responsable	Échéancier
Mise en place d'une démarche de sensibilisation aux interruptions de tâche dans le service	Responsable du service	Tout de suite
Rappel aux IDE de l'importance de la vérification de l'identité du patient à toutes les étapes de la prise en charge + mise en place d'une démarche de sensibilisation aux interruptions de tâche dans l'établissement	DSIMTR	Novembre 20XX

Annexe 3. ANALYSE DE CAS – Secteur ville

Thématique : « Retard de diagnostic lié à un défaut de communication »

Description brève de l'évènement indésirable : un patient précaire gros fumeur, asthmatique, obèse et très anxieux bénéficie de soins dentaires de petite chirurgie dans un centre dentaire. Après le soin, il fait un premier malaise de type vagal sans perte de connaissance. Le patient revient à lui, un sucre ayant été donné par crainte d'une hypoglycémie. La pression artérielle est normale. Puis les symptômes réapparaissent avec sensation de pression sous le sternum et fourmillement des mains. Le SAMU alors est appelé et temporise en envoyant les pompiers, lesquels, sur place, hésitent à appeler le SMUR en renfort. Mais les douleurs thoraciques augmentent avec des bruits provenant du fond de la gorge. Le SMUR arrive 1 heure après le premier appel aux secours. À l'arrivée du médecin urgentiste, le patient est en arrêt cardiaque. Des manœuvres de réanimation sont réalisées, le patient récupère une activité cardiaque spontanée et est aux urgences hospitalières.

❶ Reconstitution de la chronologie de l'évènement

Que s'est-il passé ?				
	Quand ? (date heure)	Qui est intervenu/concerné ? (Attention à l'anonymisation, pas de données nominatives dans cette colonne)	Quelle action ?	Comment ?
1	XX novembre 20XX	Patient vu en première consultation par le dentiste. Antécédents médicaux : asthmatique, fumeur et obèse. Radio panoramique dentaire faite le même jour, laissant apparaître des débris radiculaires secteurs 1 et 3.		
2	XX décembre 20XX	Le dentiste procède à des extractions secteur 3.		
3	XX décembre 20XX	RDV non honoré par le patient.		
4	XX décembre 20XX	RDV non honoré par le patient.		
5	XX novembre 20YY à 15 h	Rappel du patient par l'assistante pour fixer un nouveau RDV.		
6	XX novembre 20YY à 18 h	RDV patient.		
7	18 h 10	Au début de la consultation, le patient indique au dentiste avoir mal aux dents en haut à droite. À la radio + examen clinique, le dentiste constate des débris résiduels dentaires très superficiels, mobiles, plantés dans la gencive. Il pratique des extractions le même jour. Pas d'infection, ni abcès, ni pus. Le dentiste administre au patient une dose de chlorhydrate d'articaïne en para-apical de la zone puis une demi-dose autour des débris pour la gencive superficielle. Le dentiste réalise son acte avec un simple élévateur.		
8		Au moment où le dentiste place les éponges hémostatiques dans les alvéoles, le patient demande à être relevé.		

Que s'est-il passé ?		
		Il se rince, ne saigne pas trop, mais se met à avoir des sueurs. Il émet un bruit bizarre de fond de gorge, les yeux se révulsent un peu. L'assistante lui tapote les joues et ouvre les fenêtres, il reprend ses esprits. Le dentiste pense à un malaise vagal, le patient indique qu'il est sujet aux crises de spasmophilie.
9	18 h 35	L'assistante référente (premiers secours) rejoint le cabinet, prend en charge le patient en lui posant des questions. Il indique ne pas avoir mangé de la journée. Un demi-verre d'eau sucrée lui est donné pour corriger une éventuelle hypoglycémie. L'assistante référente prend la pression artérielle du patient : 120/80. Le patient semble aller mieux, plaisanteries avec l'équipe, puis les sueurs reviennent. Il se sent de nouveau mal. Décision d'appel au SAMU.
10	18 h 40	Le dentiste explique la situation après attente auprès du standard du SAMU.
11	18 h 44	Après insistance, un médecin régulateur prend l'appel. Le médecin conclut à un malaise vagal. Le dentiste ajoute que le patient sent une pression derrière le sternum et qu'il a des fourmillements dans les mains. À la question « a-t-il des problèmes de santé ? » : réponse négative à part un peu d'asthme. À la question « est-ce qu'il sent un goût métallique dans la bouche ? » : réponse positive (peut-être dû au sang dans la bouche). Dans un premier temps, le médecin du SAMU propose de rappeler plus tard. Le dentiste insiste à nouveau, le médecin du SAMU hésite mais finit par envoyer une équipe de pompiers.
12	19 h 12	Arrivée des pompiers. L'assistante va prévenir l'accompagnant du patient qui l'attend dans une voiture à l'extérieur. Les pompiers examinent le patient et hésitent à appeler le SMUR car l'état du patient est instable avec des périodes d'amélioration.
13	19 h 20	Le patient se plaint, de plus en plus, de douleurs thoraciques. Appel SMUR, pour mise à disposition d'une ambulance pour les pompiers. Dans l'attente de l'ambulance, le dentiste tente de rassurer la femme du patient et un accompagnant, arrivés peu de temps avant en salle d'attente. Les pompiers questionnent l'épouse sur la consommation de tabac de son mari, celle-ci répond qu'il fume 15 cigarettes par jour. Subitement, l'état de santé du patient se dégrade, sa femme remarque les yeux révulsés et un bruit de fond de gorge se fait de nouveau entendre.
14	19 h 40	Dans la minute qui suit, le patient perd connaissance et les médecins du SMUR arrivent au même moment.
		Il est pris en charge par l'équipe du SMUR qui pratique les manœuvres de réanimation. Après plusieurs chocs électriques, le cœur repart. Le patient est emmené en réanimation.

En gras, exemple d'écarts, ruptures dans le processus de soins ou problèmes de soins.

Le patient, première victime de cet évènement, n'a pas récupéré complètement de son arrêt cardiaque mais reste autonome.

Il y a également eu des conséquences pour le personnel, seconde victime de cet évènement, avec description d'un choc émotionnel intense et du développement d'un syndrome anxieux généralisé à la suite de l'évènement. L'analyse des évènements indésirables est primordiale également dans le secteur de la ville et a ici constitué une aide collective pour le personnel (débriefing, analyse collective, distanciation, etc.).

② Identification des causes de l'évènement

Identification des causes profondes		
Causes immédiates identifiées		Retard de prise en charge d'un problème cardiaque
1	Facteurs liés aux patients (ex. : dénutrition, AVK...)	Personne vulnérable (vulnérabilité sociale), tabagisme actif +++
2	Facteurs liés aux tâches à accomplir (ex. : absence protocole ATB...)	Pas de protocole de prise en charge des urgences vitales
3	Facteurs liés à l'individu (soignant) (ex. : surcharge de travail, formation...)	Peu habitué à la prise en charge des urgences (malaise vagal mais pas prise du pouls, hypoglycémie mais pas de mesure de la glycémie)
4	Facteurs liés à l'équipe (ex. : défaut de communication écrite ou orale)	Difficulté de communication entre le dentiste et la régulation du centre 15 entraînant une décision inadaptée (envoi des pompiers au lieu d'un SMUR)
5	Facteurs liés à l'environnement de travail (ex. : panne de matériel...)	Difficulté à obtenir une ambulance (la seule ambulance disponible se trouve à XX km)
6	Facteurs liés à l'organisation et au management (ex. : ressources humaines, niveau de décision...)	
7	Facteurs liés au contexte institutionnel (ex. : restructuration, contexte réglementaire...)	Évènement rarissime en cabinet dentaire

③ Analyse des barrières de sécurité

Identification des barrières de sécurité				
Barrière	Type	Existence ?	Si la barrière était existante	
			Qui ? Quand ? Comment ?	Efficacité ?
Formation premiers secours	☐ Prévention ☒ Protection ▶ récupération ☒ ▶ atténuation ☒	☒ Existante ☐ Inexistante	Assistante À l'arrivée + formation continue tous les 2 ans par organisme agréé	Prise en charge initiale du patient/recherche des causes

④ Plan d'action et de suivi

Actions proposées	Responsable	Échéancier
Inscription au plan de formation de l'entreprise des formations AFGSU n° 2 et poursuite des formations SST	Dentiste + assistante premiers secours	XXXX
Formalisation et diffusion du protocole de prise en charge de l'urgence vitale	Dentiste	XXXX
Formalisation et diffusion du protocole anesthésique pour soins dentaires	Dentiste	XXXX
Envoi par mail dès la prise de rendez-vous des questionnaires médicaux	Assistante	XXXX

Pour rappel, la HAS a publié en octobre 2020 un [guide pour améliorer la qualité et la sécurité des soins au sein des SAMU](#) et déploie son programme d'amélioration continue du travail en équipe et sa déclinaison aux SAMU « Pacte SAMU ».

Annexe 4. ANALYSE DE CAS – Secteur médico-social

Thématique : « Chute en Ehpad »

Description brève de l'évènement indésirable : une patiente en Ehpad chute à la suite d'un retrait de la ceinture de contention abdominale, sans vérification par l'équipe. La chute n'est pas signalée dans un premier temps. Le lendemain, une anomalie au niveau du membre inférieur est constatée par l'équipe. Une opération est réalisée le surlendemain pour fracture du col du fémur.

❶ Reconstitution de la chronologie de l'évènement

Que s'est-il passé ?				
	Quand ? (date heure)	Qui est intervenu/concerné ? (Attention à l'anonymisation, pas de données nominatives dans cette colonne)	Quelle action ?	Comment ?
1	Samedi X à 14 h	Résidente de 90 ans, hébergée dans une unité pour personnes âgées désorientées (Upad), reçoit la visite quotidienne de sa fille en début d'après-midi. Cette dernière décide d'aller promener sa mère à l'extérieur de l'établissement, non loin de la résidence.		
2	14 h 10	Arrivée dans la chambre de la résidente, la fille enlève la ceinture de contention abdominale qui maintient sa mère au fauteuil roulant . La ceinture abdominale est alors remise dans la salle de bains de la résidente.		
3	15 h	À son retour de promenade, la résidente est prise en charge par l'aide médico-psychologique, présente ce jour-là sur le secteur Upad.		
4	16 h 30	L'accueil est effectué en salle à manger. La vérification du port de la contention n'est pas réalisée et lors d'un transfert en salle à manger, la résidente chute sans que cet évènement ne soit signalé.		
5	Dimanche Y 10 h	Lors de soins à la résidente, l'infirmière remarque une anomalie au niveau d'un membre inférieur. Il est décidé de ne pas réaliser de transfert aux urgences, qui sont engorgées pour cause d'épidémie grippale et d'attendre l'avis du médecin généraliste venant le lendemain matin.		
6	Lundi Z 11 h	Le médecin généraliste pose l'indication d'hospitalisation. La résidente est alors transférée aux urgences et opérée le jour même d'une fracture du col du fémur.		

En gras, exemple d'écarts, ruptures dans le processus de soins ou problèmes de soins.

Deux jours après l'intervention chirurgicale, une rencontre entre la direction de l'Ehpad et les enfants de la résidente est organisée. L'incompréhension de la famille et son intention de porter plainte sont exprimées. L'entretien et le plan d'action associé ont permis de désamorcer la situation et d'installer un espace de dialogue entre l'établissement et la famille.

Dans les suites de l'hospitalisation, il n'y aura pas d'aggravation de la perte d'autonomie.

L'analyse approfondie des causes a été réalisée à partir des entretiens avec les professionnels, des données présentes dans le dossier de la résidente et du recueil d'expérience du proche.

② Identification des causes de l'évènement

Identification des causes profondes		
Causes immédiates identifiées		Déplacement sans contention
1	Facteurs liés aux patients (ex. : dénutrition, AVK...)	Personne âgée, dépendante, présentant des troubles cognitifs importants Contention enlevée par la famille lors de la visite du proche
2	Facteurs liés aux tâches à accomplir (ex. : absence protocole ATB...)	Absence de protocole sur la contention dans la chambre de la résidente Absence de protocole en cas de chute
3	Facteurs liés à l'individu (soignant) (ex. : surcharge de travail, formation...)	AMP exerçant peu sur ce secteur d'activité Pas de vérification des consignes à respecter pour la patiente par l'AMP Absence de sensibilisation des proches sur l'importance de la contention
4	Facteurs liés à l'équipe (ex. : défaut de communication écrite ou orale)	Pas de présence de l'équipe lors des visites des familles Absence d'alerte immédiate après la première chute, information du dommage retardé auprès de la famille
5	Facteurs liés à l'environnement de travail (ex. : panne de matériel...)	
6	Facteurs liés à l'organisation et au management (ex. : ressources humaines, niveau de décision...)	Inadéquation du roulement du programme de travail Effectifs restreints – professionnel isolé en fin de semaine
7	Facteurs liés au contexte institutionnel (ex. : restructuration, contexte réglementaire...)	Contraintes du secteur d'activité : lieu de vie en Ehpad + contraintes financières Inadéquation entre le projet d'établissement et les attentes des familles

③ Analyse des barrières de sécurité

Identification des barrières de sécurité				
Barrière	Type	Existence ?	Si la barrière était existante	
			Qui ? Quand ? Comment ?	Efficacité ?
Sensibilisation des familles aux bonnes pratiques de contention insuffisante	☒ Prévention ☐ Protection ▶ récupération ☐ ▶ atténuation ☐	☐ Existante ☒ Inexistante		
Vérification de la présence de la contention avant installation	☒ Prévention ☐ Protection ▶ récupération ☐	☐ Existante ☒ Inexistante		

Identification des barrières de sécurité					
		► atténuation ☐			
Protocole post-chute	☐ Prévention ☒ Protection ► récupération ☒ ► atténuation ☒	☐ Existante ☒ Inexistante			

4 Plan d'action et de suivi

Actions proposées	Responsable	Échéancier
Travail en lien avec le conseil de vie sociale sur l'information des familles sur les risques de contention et la liberté d'aller et venir	Directeur de l'établissement, AMP, infirmière	XXX
Sensibilisation des professionnels sous forme de jeux de rôles, simulation sur l'annonce du dommage associé aux soins (rappel du protocole déjà existant)	Directeur de l'établissement	XXX
Élaboration et mise en œuvre d'un protocole post-chute	Directeur de l'établissement, équipe de soins	
Mise en place d'un groupe de travail pour réorganisation des emplois du temps des personnels	Directeur de l'établissement	XXX
Réunion d'information (spécifique aux Cantou) à destination des familles et des professionnels avec distribution d'un questionnaire (familles et soignants) sur la sécurité	Directeur de l'établissement, AMP, infirmière	XXX
Réunion d'information auprès des familles afin de les sensibiliser sur la question de la contention en Ehpad	Directeur de l'établissement, AMP, infirmière	XXX

Rappel : la contention est une démarche strictement encadrée. Elle fait l'objet d'une prescription médicale. [La loi de modernisation de notre système de santé du 16 janvier 2016 fixe un cadre légal concernant les mesures d'isolement et de contention.](https://www.has-sante.fr/jcms/c_447526/fr/contention-physique-de-la-personne-agee)

https://www.has-sante.fr/jcms/c_447526/fr/contention-physique-de-la-personne-agee

Références bibliographiques

1. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington : National Academies Press (US); 2000.
2. National Patient Safety Agency, Minghella E, Dale C, Thomson R, Lelliott P, Brougham C, et al. Building a memory: preventing harm reducing risks and improving patient safety. The First Report of the National Reporting and Learning System and the Patient Safety Observatory. London: NPSA; 2005.
3. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, Sarasqueta AM, Domecq S, et al. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. *Etudes et résultats* 2005;(398).
4. Michel P, Minodier C, Lathelize M, Motty-Monnerau C, Domecq S, Chaleix M, et al. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. *Dossiers Solidarité et santé* n° 17. Paris; 2010. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss17.pdf>
5. Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanelière M, Dupie I, Haeringer-Cholet A, et al. Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013). *Bull Epidemiol Hebd* 2014;(24-25):410-6.
6. Bami J, Amalberti R. La sécurité du patient en médecine générale. Paris: Springer; 2009.
7. Teigné D, Mouret D, Lucas M, Gaultier A, Moret L, Leclère B, et al. Incidence des événements indésirables associés aux actes de soins et d'accompagnement en Ehpad : projet EHPAGE. *Gériatr Psychol Neuropsychiatr Vieillesse* 2019;17(3):243-53.
8. Organisation mondiale de la Santé, Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients. Édition multiprofessionnelle. Genève: OMS; 2015.
9. Haute Autorité de Santé, Bally B, Chevalier P. Retour d'expérience en santé (REX). Comprendre et mettre en œuvre. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
10. Haute Autorité de Santé. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS). Rapport annuel d'activité 2017. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
11. Haute Autorité de Santé. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS). Rapport annuel d'activité 2018 Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
12. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care* 2002;11(1):76-80.
13. Fitzsimons B, Cornwell J. What can we learn from patients' perspectives on the quality and safety of hospital care? *BMJ Qual Saf* 2018;27(9):671-2.
14. O'Hara JK, Reynolds C, Moore S, Armitage G, Sheard L, Marsh C, et al. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Qual Saf* 2018;27(9):673-82.
15. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013;3(1).
16. Gross O, Agostini B, Belleval P, Cavé I, Citrini M, Fernandes S, et al. La sécurité liée aux soins : écarts entre l'expérience et la satisfaction de patients hospitalisés à partir d'entretiens menés par des représentants d'utilisateurs. *Rev Épidémiol Santé Publique* 2020;68(6):337-46.
17. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ* 1998;316(7138):1154-7.
18. Vincent C, Carthey J, Macrae C, Amalberti R. Safety analysis over time: seven major changes to adverse event investigation. *Implement Sci* 2017;12(1):151.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans le groupe de lecture.

Groupe de lecture

AHO GLELE Ludwig Serge, CHU Dijon
ALVAN Catherine, ACPPA
AMALBERTI René, FONCSI
ARENA Silvia, Maternité L'Étoile
BEAUVARGER Sophie, secteur libéral
BOLZINGER Emmanuel, CCES
BONNAUD Marie, Centre Paul Dottin
BOYER Christiane, AMSP
CANARELLI Jean-Pierre, CCES
CASTELLI Éric Idel, Centre de soins infirmiers du Canet
CATEAU Chantal, Association le lien
CESCHIN Annic, Asei Centre Paul Dottin
CHARIOT Marie, CME HP
CHENAVIER Claudine, CH Aiguilles-en-Queyras
CURTI Christophe, AP-HM
DAUMAIN Véronique, ep'age 36
EON Béatrice, AP-HM
FAVIER Christian, CCES
FAYOL Laurence AP-HM
GIMENEZ Katia, InterCAMSP
GIROUDON Karine, CCES
GRAIN Amandine, CCES
GUYOT Hervé, QUALIRIS

HOUDAYER Jacqueline, CADUS
LANDA Xavier, SVFA
LE TOLLEC Christine, KORIAN
MACHUREY Lise, ETAPES
MATIP Paulette, Ehpad public autonome
MAZZOLENI Véronique, Centre Malvau Amboise
MORIN Annie, RU France rein FAS
MOUNIER Gilbert, SoFGRES / FAQSS
MOUSSION Sandrine, IDEL EIPA
ODIOT Tony, UNAPEI 92
ORIOLE Jean-Michel, CEPBRAAL
PAIRE Marie-Claude, CH Digne-les-Bains
PELLETIER Pascale, QUALIRIS
PENELLA-DUTRAIT Stéphanie, QUALIRIS
PERIDONT Philippe, CHC Castres-Mazamet
PERUCHO Pierre, FNEHAD
PESCE Michel, SRA Occitanie
PRUDHOMME Christian, Clinique Saint-Didier
PUGINIER Christelle, établissement de santé
SENEZ Bruno, secteur libéral
SCHALLER Stéphanie, Fondation COS BEAUSEJOUR
SZEKELY Carol, Fondation COS BEAUSÉJOUR
TORRES Michèle, FHP/soignant

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Acronymes et synonymes

Acronymes

FORAP	Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé
HAS	Haute Autorité de santé
PASQUAL	Structure régionale d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients de la région PACA
QUALIREL	Structure régionale d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients des Pays de la Loire
QUALIRIS	Structure régionale d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients de la région Centre Val de Loire
SFPC	Société française de pharmacie clinique
STARAQS	Structure d'appui régionale à la qualité des soins et à la sécurité des patients d'Île-de-France
ALARM	<i>Association of Litigation And Risk Management</i>
ALARM-E	<i>Association of Litigation And Risk Management – Extended</i>
AMP	Aide médico-psychologique
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant.e
ATB	Antibiotiques
CREX	Comité de retour d'expérience
ECG	Électrocardiogramme
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIAS	Évènement indésirable associé aux soins
EIDE	Élève infirmier.ère diplômé.e d'État
EIGS	Évènement indésirable grave associé aux soins
ENEIS	Étude nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins
EPR	Évènement porteur de risque
ESSMS	Établissement et service social ou médico-social
FHO	Facteurs humains et organisationnels
Grille Cadya	Grille de catégorisation des dysfonctionnements en ambulatoire
HRO	<i>High Reliability Organizations</i> (organisations de haute fiabilité)
IDE	Infirmier.ère diplômé.e d'État
IME	Institut médico-éducatif
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
PAQSS	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

PSE	Pousse-seringue électrique
REMEDI	Revue des erreurs liées aux médicaments
RETEX	Retour d'expérience
REX	Retour d'expérience
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SaO2	Taux de saturation en oxygène
SAR	Situation à risque
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SRA	Structure régionale d'appui
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
TAPS <i>taxonomy</i>	<i>Threats to Australian Patient Safety – taxonomy</i>
TCA	Temps de céphaline activé
TDA	Trouble de l'attention
UPAD	Unité pour personnes âgées désorientées

Synonymes

Causes profondes	Facteurs contributifs, causes racines, causes latentes
Analyse approfondie des causes	Analyse systémique
Retour d'expérience	REX, RETEX
Méthodes de retour d'expérience	RMM, CREX, REMEDI, etc.
Évènement porteur de risque	<i>Near miss</i> , presque évènement
Outils pour structurer l'analyse des évènements	Grille ALARM, TAPS <i>taxonomy</i> , grille Cadya, les Tempos, les 5 pourquoi, etc.

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

