

L'ANALYSE DES EVENEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIES AUX SOINS (EIAS). METHODE ALARM-E



https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/analyse_des_eias_essentiel.pdf

Dr Sonia Beltran. SMQPCMP.HCL. sonia.beltran@chu-lyon.fr

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

www.chu-lyon.fr



COMMENT DEFINISSEZ VOUS UN EIAS ?



3 minutes de réflexion

EIAS DE QUOI PARLE-T-ON ?



3

- Événement **défavorable** survenant chez un patient
- Associé aux **actes de soins**
- Qui a ou qui 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 événement inattendu.

RELIER LES ÉLÉMENTS SELON LEUR DÉFINITION



3 minutes de réflexion

- Décès par erreur de branchement Air/Oxygène
- Erreur de dose d'insuline sans hypoglycémie
- Erreur de stylo d'insuline avec coma hypoglycémique
- Erreur de branchement Meopa/oxygène mis en évidence rapidement sans effet sur le patient

- **Événement porteur de risques**
- **Événement indésirable associé aux soins**
- **Événement indésirable grave associé aux soins**
- **Ce n'est pas un événement indésirable associé aux soins**

EIAS DE QUOI PARLE-T-ON ?



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

- d'un **évènement porteur de risques (EPR)** lorsque l'EIAS n'a pas eu de conséquence ou lorsque les conséquences ont pu être évitées ou limitées (EIAS dit récupéré = presque accident) (2,4)
- d'un **évènement indésirable grave associé aux soins (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. (1,3)

Quel que soit le niveau de gravité de l'EIAS, l'analyse doit être réalisée

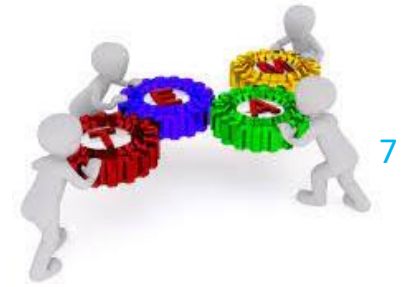


QUELS SONT LES OBJECTIFS D'UNE ANALYSE COLLECTIVE ?



3 minutes de réflexion

OBJECTIFS DE L'ANALYSE COLLECTIVE DES EIAS



- Améliorer la **sécurité** des patients
- Tirer des **enseignements pour capitaliser des retours d'expérience**
- **Aller au-delà de l'erreur humaine** (il ne s'agit pas de déterminer des éventuelles responsabilités individuelles)

Ne pas oublier de toujours conserver l'**anonymat** des situations (pas d'identification possible, pas de données nominatives (initiales du patient, âge sans date de naissance, pas de date des faits mais J1 J2, pas d'archivage dans le dossier médical)



QUELS SONT LES PREREQUIS AVANT DE REALISER UNE ANALYSE COLLECTIVE ?



3 minutes de réflexion

PRE REQUIS AVANT DE SE LANCER DANS UNE ANALYSE D'EIAS



- Vérifier qu'il s'agit bien d'un **EIAS**
- S'assurer du **signalement interne** des EIAS et de la **déclaration aux tutelles** en fonction des cas

(Les articles L.1413-14 et R.1413-68 & suivants du code de la santé publique définissent les obligations des professionnels de santé en termes de signalement aux autorités sanitaires :

 - La déclaration doit être réalisée auprès de l'ARS par l'intermédiaire du portail national de signalement
 - La déclaration est réalisée en 2 parties: un premier volet correspondant au signalement, à adresser « sans délai », un deuxième volet précisant la gestion qui a été faite de l'événement, à adresser au plus tard dans les 3 mois.
- S'assurer que les **actions immédiates** nécessaires ont été réalisées
- S'assurer que le patient a été **informé**
- S'assurer que le **professionnel « seconde victime »** a été informé des dispositifs d'aides si nécessaire
- **Organiser l'analyse collective**: pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, incluant tous les professionnels impliqués dans l'événement (sans obligation). L'animateur doit être formé (répartition de la parole, bienveillance) et ne pas être impliqué dans l'événement.



QUELLES METHODES CONNAISSEZ-VOUS POUR REALISER UNE ANALYSE COLLECTIVE ?



3 minutes de réflexion

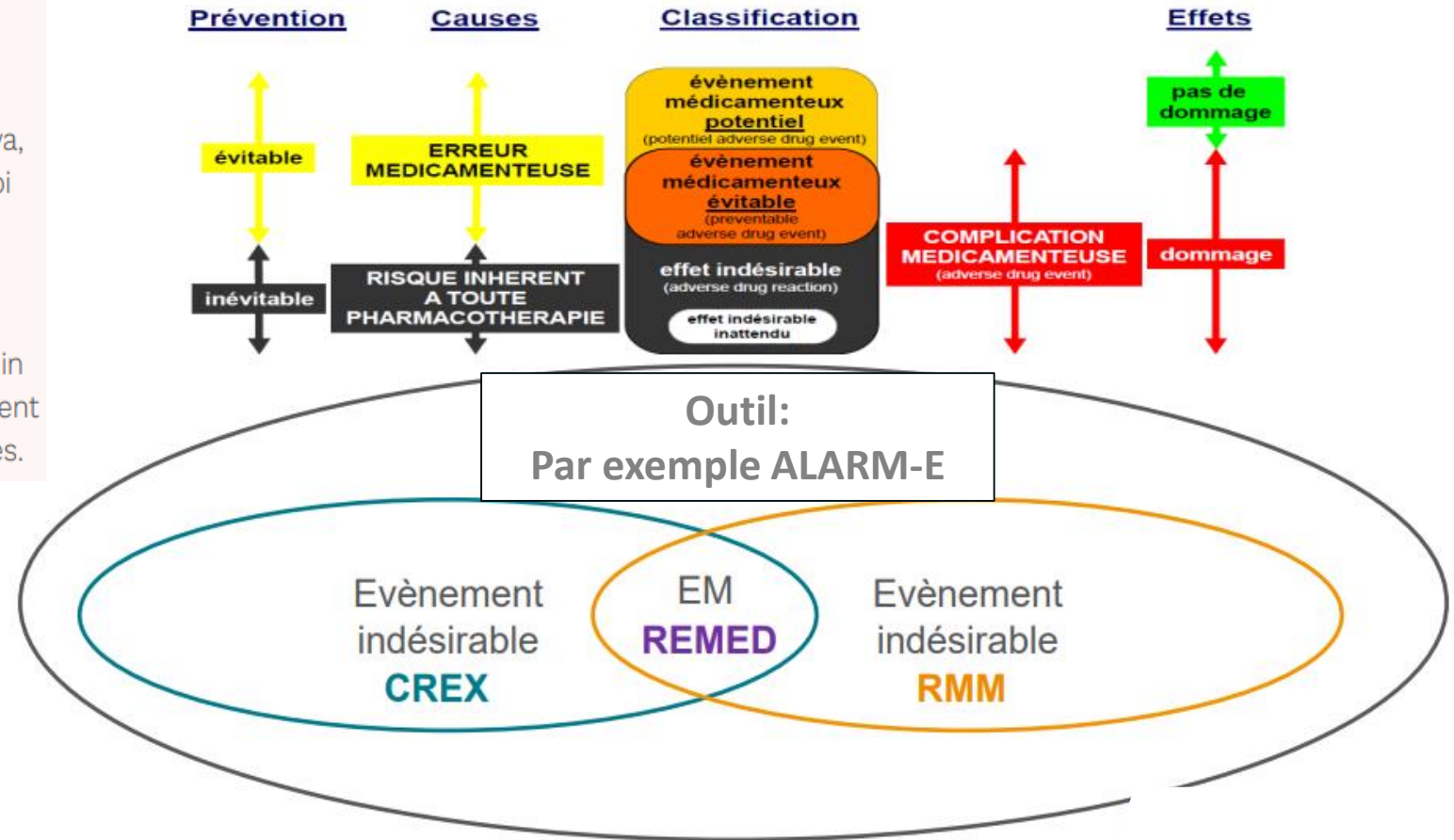
ANALYSE DES EIAS: LES MÉTHODES

À partir de la documentation Sham. www.sham.fr



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

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



https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/analyse_des_eias_essentiel.pdf

ALARM-E : Association of Litigation And Risk Management (E: Extended)
CREX: Comité de Retour d'Expérience, RMM: Revue de Morbi Mortalité
REMED: Revue des Erreurs liés aux Médicaments et Dispositifs médicaux

MODÈLE DE REASON ET ALARM-E. BASES DE REMED

EXEMPLE: ANALYSE D'UNE CONFUSION AIR/OXYGÈNE

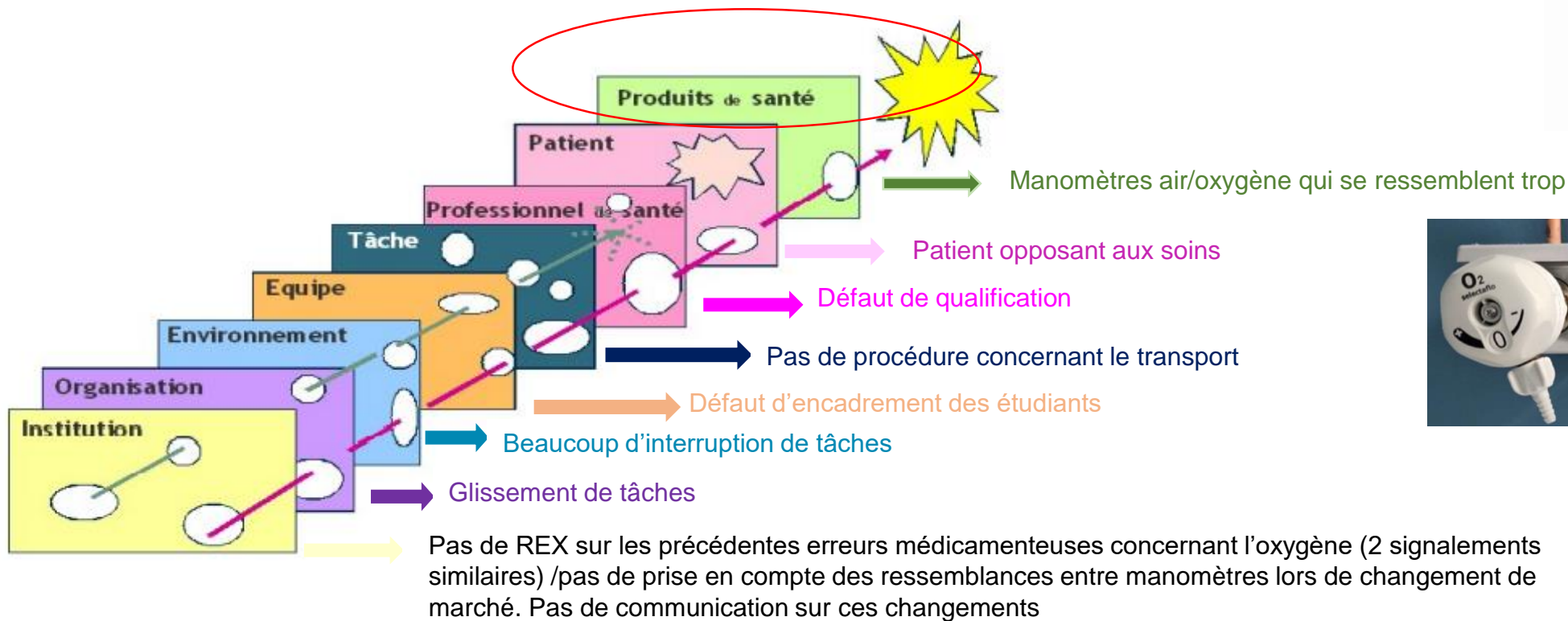


12

Les 5B

- ↳ Bon patient
- Bon médicament
- Bonne dose
- Bonne voie
- Bon moment

Bon Usage



Confusion air/oxygène lors du retour en chambre d'un patient après un transport. L'élève IDE, non encadré demande à l'aide soignante de brancher l'oxygène. L'aide soignante se trompe.

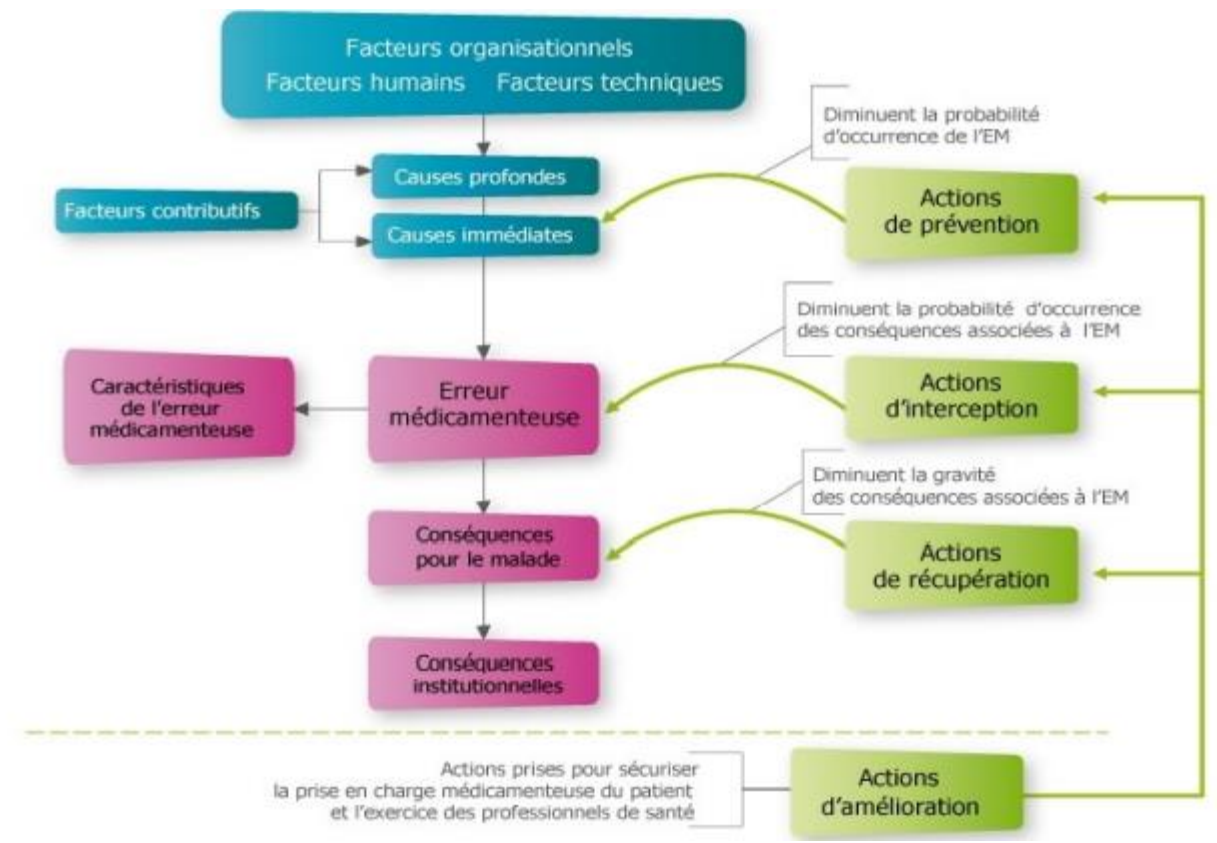
Les manomètres se ressemblent beaucoup, après un changement récent de marché sur lequel il n'y a eu aucune communication

ANALYSE DES ERREURS MEDICAMENTEUSES: LA MÉTHODE REMED

https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/11/Manuel_de_la_remed-_jan_2013_-_version_dfinitive_300114-copie.pdf



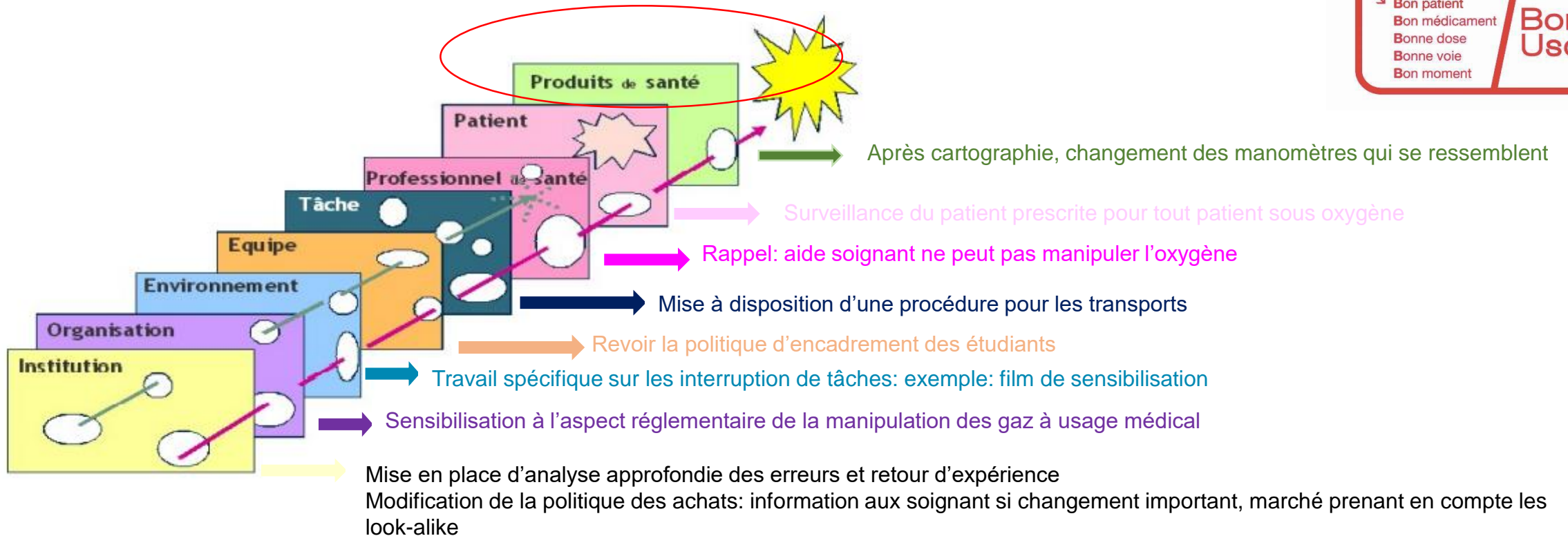
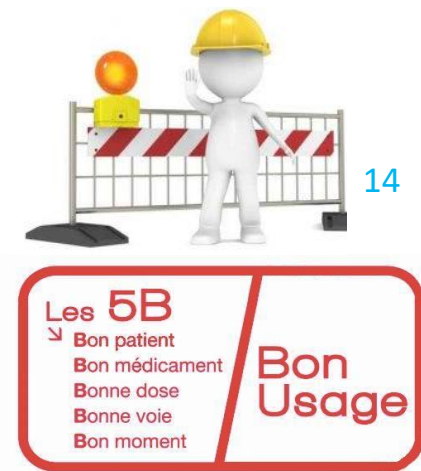
REMED:
Revue des
Erreurs liées aux
Médicaments
Et aux
Dispositifs
associés



MODÈLE DE REASON ET ALARM-E. BASES DE REMED

EXEMPLE: ANALYSE D'UNE CONFUSION AIR/OXYGÈNE

BARRIERES PROPOSEES



Confusion air/oxygène lors du retour en chambre d'un patient après un transport. L'élève IDE, non encadré demande à l'aide soignante de brancher l'oxygène. L'aide soignante se trompe. Les manomètres se ressemblent beaucoup, après un changement de marché (pas de communication autour de ce changement)



QUELLE EST L'ETAPE 1 DE L'ANALYSE D'UN EIAS ?



3 minutes de réflexion

ETAPE 1 DE L'ANALYSE D'UN EIAS: RECONSTITUTION DE LA CHRONOLOGIE DE L'ÉVÈNEMENT



- **Objectif: Comprendre ce qu'il s'est passé. Base de travail pour l'analyse des événements**
- Reconstituer très précisément les faits de manière anonyme
- Organiser les faits
- Bannir l'interprétation et/ou le jugement: **s'en tenir uniquement aux faits**

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				

- **Si possible avec son accord, rajouter l'expérience patient**

ETAPE 1 DE L'ANALYSE : RECONSTITUTION DE LA CHRONOLOGIE DE L'ÉVÈNEMENT



- **Objectif: Comprendre ce qu'il s'est passé. Base de travail pour l'analyse des événements**
- Prendre le temps de rassembler tous les éléments nécessaires à la compréhension de l'EIAS et les circonstances de survenue.
Exemples:
 - le dossier du patient
 - l'emploi du temps des professionnels
 - les éventuelles recommandations de pratique clinique
 - la fiche d'évènement indésirable et volet 1 – ARS le cas échéant dans le cadre d'un EIGS
 - les témoignages structurés
 - les procédures, protocoles, documents qualité, modes opératoires en rapport avec l'activité et les soins réalisés.



Les écueils

- S'arrêter à la première impression
 - Avoir un seul point de vue
 - Attendre trop longtemps mais il faut aussi savoir prévoir une « distance émotionnelle »
- 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.



QUELLE EST L'ETAPE 2 DE L'ANALYSE D'UN EIAS ?



3 minutes de réflexion

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT



19

- Objectif: Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

- 1. La cause immédiate, ou « comment cela est-il arrivé ? » : cause **apparente, évidente** à l'origine de l'EIAS. Erreur humaine commise par un professionnel de santé lors de la réalisation d'un acte de soin (par exemple : un oubli). Point de départ à l'analyse approfondie des causes.
- 2. Les causes profondes ou facteurs contributifs, ou « pourquoi cela est arrivé ? » : causes liées à des **facteurs organisationnels et/ou techniques**. Les causes profondes sont recherchées selon une démarche structurée et méthodique en rapport avec les causes immédiates identifiées. Mobilisation de multiples acteurs (Soignants, brancardiers, responsables des vigilances selon le cas, récit du patient lors de la réalisation de la chronologie)



Les écueils

- **Confondre Erreur et Evènement indésirable.** La sécurité d'une organisation ne peut pas reposer sur l'absence d'erreur des personnes qui y travaillent. 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 (Modèle de Reason)

RELIER LES ÉVÉNEMENTS SELON LEUR DÉFINITION



3 minutes de réflexion

- Erreur de programmation d'un PSE
- Défaut de formation des internes au logiciel d'aide à la prescription informatique
- Erreur d'administration d'antibiotique
- Au moment de l'achat, mise au marché de deux antibiotiques dont le packaging est semblable

- **Causes immédiates (1,3)**
- **Causes profondes/facteurs contributifs (2,4)**

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



21

- Catégorie 1: le patient

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...) ?

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



22

- Catégorie 2: les tâches à accomplir

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 ?

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



23

- Catégorie 3: le soignant

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.

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



24

- Catégorie 4: l'équipe

Equipe

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

- 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 ?

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



25

- Catégorie 5: l'environnement de travail

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.

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



26

- Catégorie 6: organisation et Management

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.

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



27

- Catégorie 7: Contexte institutionnel

Contexte
institutionnel

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

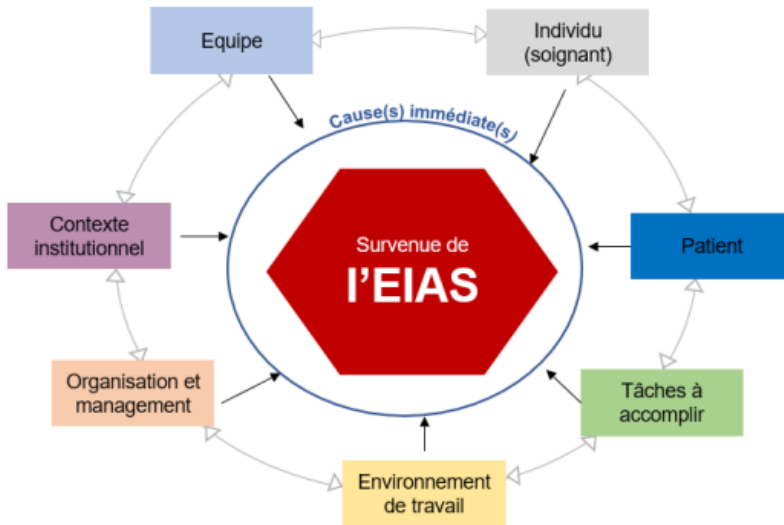
- L'établissement faisait-il l'objet à cette période de mesures de la part d'un organe de l'État ?
- Existait-il des contraintes réglementaires en vigueur pour cet établissement ayant influencé le déroulement de l'évènement (CPOM...) ?
- L'établissement avait-il mis en place des partenariats en cohérence 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.

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



- En synthèse:



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...)	
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...)	



QUELLES BARRIERES DE SECURITE CONNAISSEZ-VOUS ?

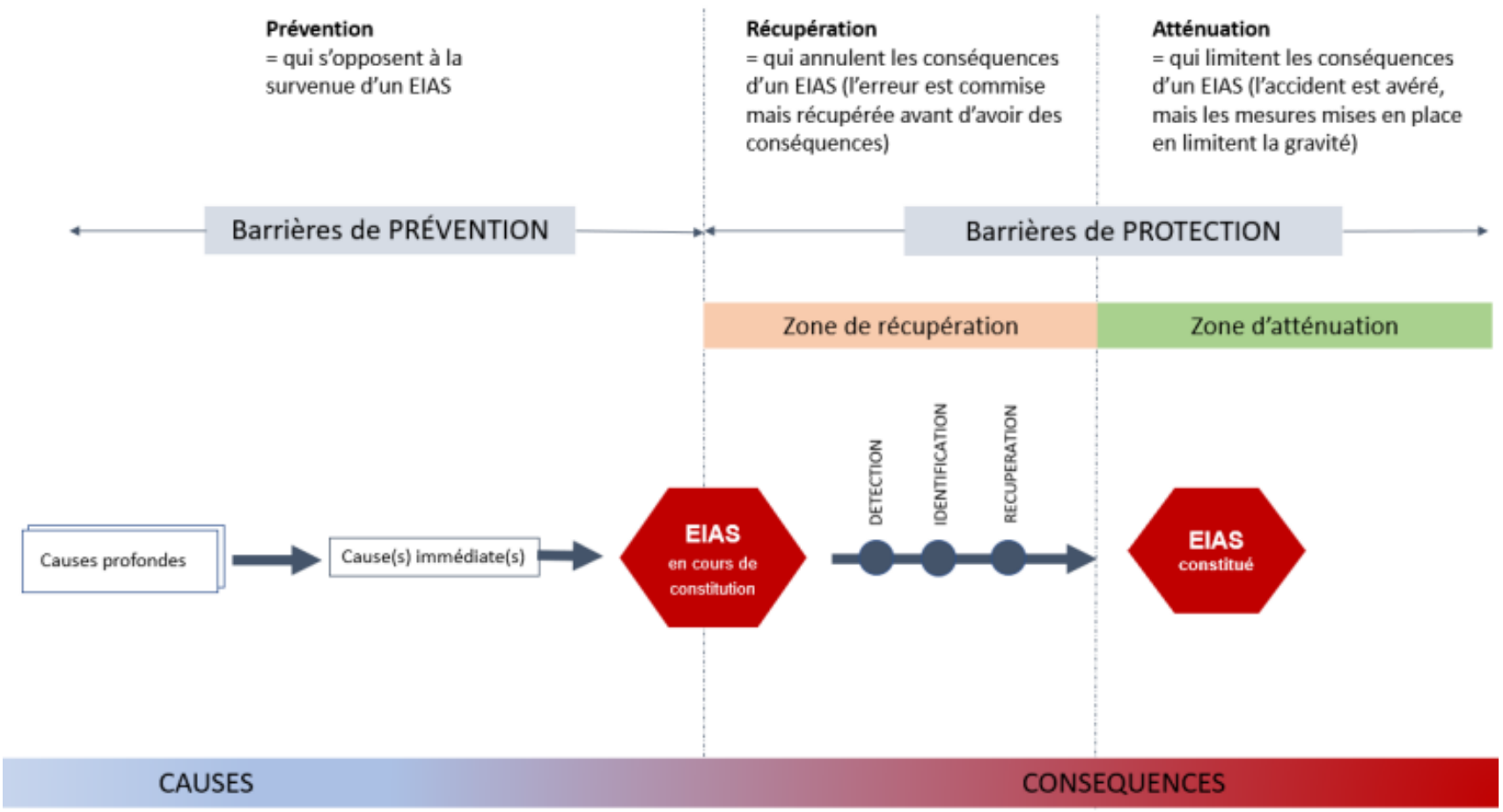


3 minutes de réflexion

ETAPE 3 DE L'ANALYSE D'UN EIAS: LES BARRIÈRES DE SÉCURITÉ



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



ETAPE 3 DE L'ANALYSE D'UN EIAS: LES BARRIÈRES DE SÉCURITÉ



31

- **Objectif: Identifier ce qui aurait pu permettre d'éviter la survenue de l'EIAS et également ce qui a fonctionné**

Identification des barrières de sécurité				
Barrière	Type	Existence ?	Si la barrière était existante	
			Qui ? Quand ? Comment ?	Efficacité ?
	<input type="checkbox"/> Prévention <input type="checkbox"/> Protection <ul style="list-style-type: none"> ▶ récupération <input type="checkbox"/> ▶ atténuation <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Existante <input type="checkbox"/> Inexistante		

RELIER LES ÉLÉMENTS SELON LEUR DÉFINITION



3 minutes de réflexion

- Chek list au bloc opératoire
- Double vérification dans la programmation des Pousses seringues en néonatalogie
- Protocole en cas de surdosage en morphine
- Le patient diabétique se rend compte d'une erreur de dose d'insuline et permet un resucrage avant l'hypoglycémie

- **Barrière de prévention (1,2)**
- **Barrière de récupération (4)**
- **Barrière d'atténuation (3)**



QUELLE EST L'ETAPE 4 DE L'ANALYSE D'UN EIAS ?



3 minutes de réflexion

ETAPE 4 DE L'ANALYSE D'UN EIAS: PLAN D'ACTION ET SUIVI



- **Objectif: s'assurer que des enseignements à partir de cet EIAS sont tirés**

Cause identifiée/solution proposée

Action proposée	
Responsable	
Mesure/suivi proposé	
Échéancier	



QUELLE EST L'ETAPE 5 DE L'ANALYSE D'UN EIAS ?



3 minutes de réflexion

ETAPE 5 DE L'ANALYSE D'UN EIAS: COMMUNICATION



36

- **Objectif: Diffusés les enseignements tirés à partir de cet EIAS pour qu'ils bénéficient à tous (RETEX=culture qualité)**
 - Multiplier les canaux de diffusion au plus près du terrain
 - Sensibiliser à l'importance des signalements
 - Informer et former aux situations à risques
 - Mettre en place des outils adaptés (éviter la procédurite, toujours garder le G.B.S)



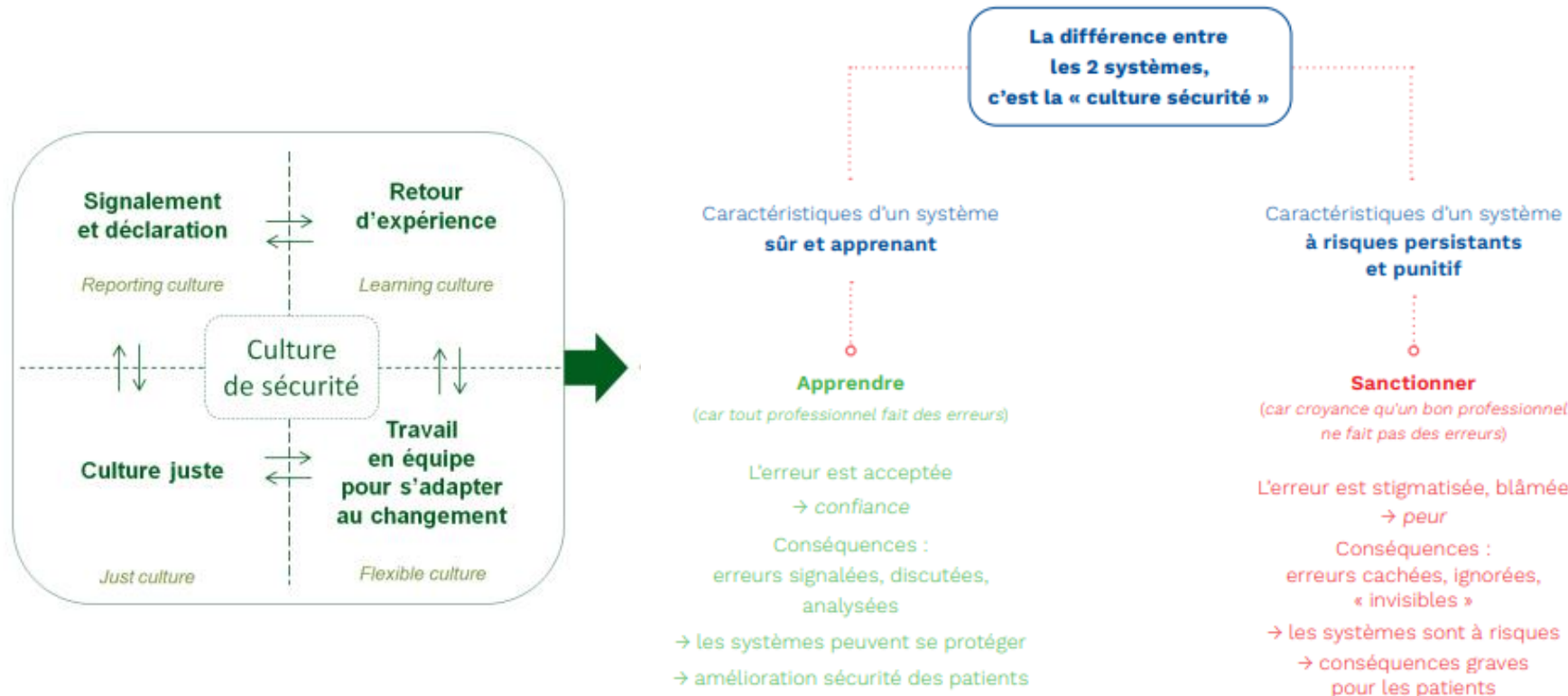
5 étapes d'analyse d'un EIAS

1. Reconstitution d'un EIAS
2. Recherche des causes de l'EIAS
3. Recherche de barrières de sécurité
4. Plan d'actions
5. Communication



EN CONCLUSION: IMPORTANCE DE LA DÉMARCHE APPRENANTE

https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201906/spa_123_guide_culture_securite_cd_2019_05_29_v1.pdf



- **Comprendre** l'erreur **involontaire** sans la banaliser (charte de confiance)
- **Valoriser** l'interception de l'erreur si elle existe et son **signalement**.
- **Rassurer le soignant** sur ses compétences (prévention de la seconde victime)
- **Sécuriser le patient** après la découverte de l'erreur et **l'informer**
- **Analyser** à distance l'erreur avec **méthode** pour éviter qu'elle se reproduise

Signaler les erreurs et les événements porteurs de risques en essayant d'être le plus précis possible.

Signalement=Source majeure d'inspiration pour la démarche qualité

UN EXEMPLE D'ANALYSE ISSU DU GUIDE HAS

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.

1 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 ?
	<i>Contexte</i>	<i>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.</i>		
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.		





L'équipe est particulièrement affectée par cet évènement. 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. Un soutien psychologique a été proposé à l'équipe.

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...)
2	Facteurs liés aux tâches à accomplir (ex. : absence protocole ATB...)
3	Facteurs liés à l'individu (soignant) (ex. : surcharge de travail, formation...)
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...)

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	<input type="checkbox"/> Prévention <input checked="" type="checkbox"/> Protection ► récupération <input checked="" type="checkbox"/> ► atténuation <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Existante <input checked="" type="checkbox"/> Inexistante		
Politique de gestion des risques de l'établissement	<input checked="" type="checkbox"/> Prévention <input type="checkbox"/> Protection ► récupération <input type="checkbox"/> ► atténuation <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Existante <input checked="" type="checkbox"/> Inexistante		



2 imprécisions dans ce plan d'action

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	Gouvernance de la structure	2 mois
Mise à jour du guide du nouveau personnel intégrant un volet sur la sécurité des soins + formation aux gestes d'urgence	Gouvernance de la structure	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	1 an
Mise en place d'une organisation permettant la déclaration et l'analyse des événements indésirables associés aux soins	Gouvernance de la structure	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	En cours



2 imprécisions dans ce plan d'action

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	Gouvernance de la structure	2 mois
Mise à jour du guide du nouveau personnel intégrant un volet sur la sécurité des soins + formation aux gestes d'urgence	Gouvernance de la structure	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	1 an
Mise en place d'une organisation permettant la déclaration et l'analyse des événements indésirables associés aux soins	Gouvernance de la structure	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	En cours

Préférer les verbes dans les libellés de l'action

Définir de manière plus précise les responsables

DES QUESTIONS ?



MERCI



G. Garcin, the end

www.chu-lyon.fr



HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON