



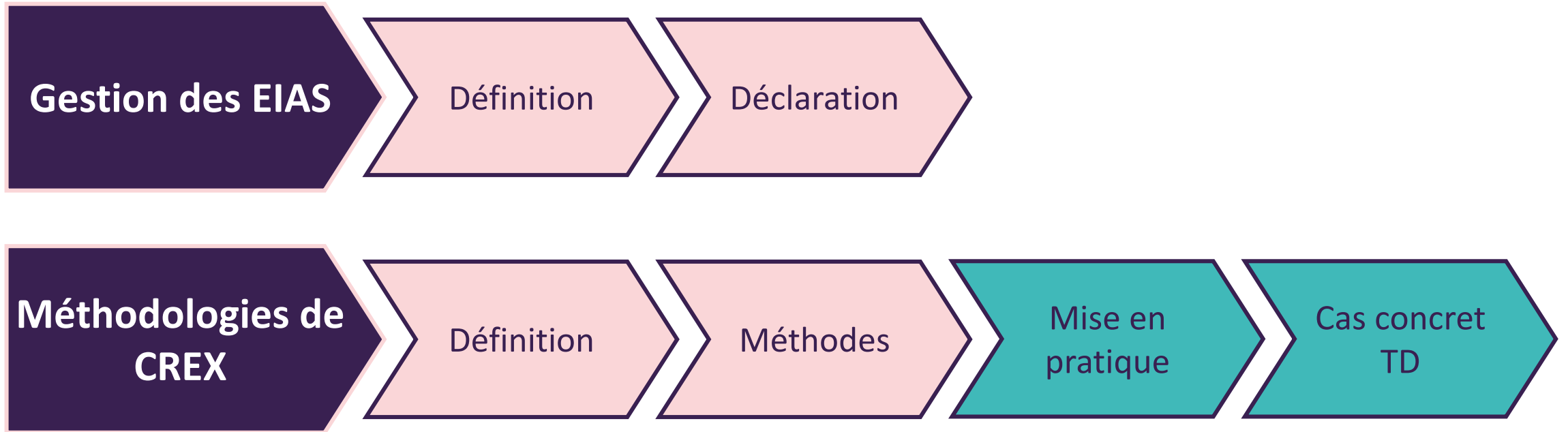
Gestion des EIAS et méthodologies CREX

Événements Indésirables Associés aux Soins
et Comité de Retour d'EXpérience

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE

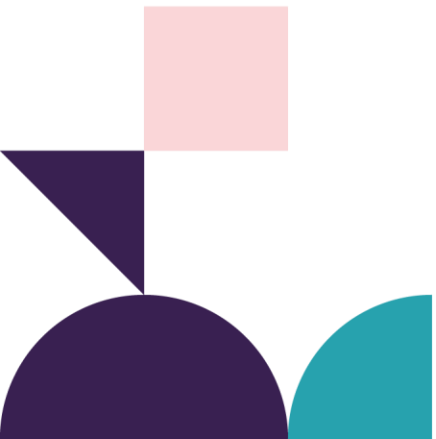




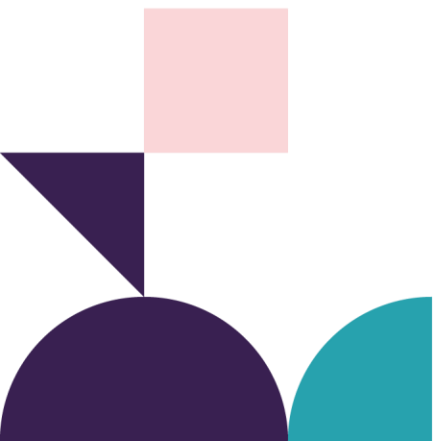
Mais pour commencer, une petite activité !

▀ Objectif :

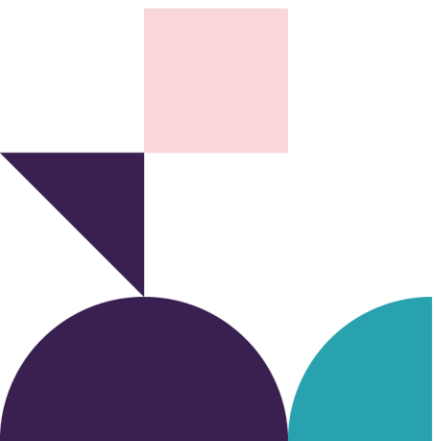
- Déterminer si les situations présentées sont ou pourraient conduire des Evènements Indésirables Associés aux Soins EIAS ou pas
- Echanger autour des situations évoquées, partager les expériences...



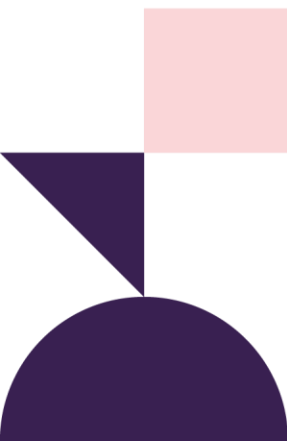
ACTIVITE D'INTRODUCTION – « PHOTOLANGUAGE »



ACTIVITE D'INTRODUCTION – « PHOTOLANGUAGE »



ACTIVITE D'INTRODUCTION – « PHOTOLANGUAGE »



The image features a dark purple background. On the left side, there is a white circle. A light pink circle is partially visible in the top-left corner. A vertical white line and a horizontal white line intersect at the center of the white circle, dividing it into four quadrants. The top-right quadrant of the white circle is a dark purple triangle. The text "Gestion des EIAS" is written in white, bold, sans-serif font on the right side of the image.

Gestion des EIAS

▀ Evènement Indésirable Associé aux Soins

Evènement Indésirable Associé aux Soins, tout évènement ou circonstance survenu à l'occasion d'une prise en soins, qui a entraîné une atteinte pour un patient, son entourage ou ses biens, avec ou sans gravité, et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau.

▀ Presqu'accidents

Les presqu'accidents sont définis comme des évènements indésirables associés aux soins qui n'ont pas eu de conséquence ou lorsque les conséquences ont pu être évitées. A titre d'exemple :

- Un retard de livraison de repas mais qui n'a pas engendré de retard sur le service des repas → pas de conséquence ;
- Une erreur médicamenteuse interceptée avant administration → conséquence évitée.

▀ Evènement Indésirable Grave associé aux Soins (EIGS)

Evènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont 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 (Décret n°2016-1606 du 25/11/2016)

GESTION DES EIAS – EVENEMENTS A DECLARER

| | |
|--------------------------|--|
| EIAS | <ul style="list-style-type: none">- Urgence vitale et tentative de suicide,- Dysfonctionnement logistique et technique porteur de risques et/ou dommageable pour le patient ou l’usager,- Dysfonctionnement et alerte concernant les vigilances,- Violence envers les patients ou les soignants,- Vol, disparition, dégradation d’objets ou de matériels,- Contention sur lit simple- Erreur médicamenteuse potentielle ou avérée, ... |
| EIGS | <ul style="list-style-type: none">- Décès avec obstacle médico-légal,- Suicide,- Erreur médicamenteuse importante,- Dégradation somatique grave, ... |
| A ne pas déclarer | <ul style="list-style-type: none">- Soustraction aux soins de patients non vulnérables,- Evènement relevant strictement de la clinique et sans conséquence,- Le matériel cassé, les dysfonctionnements informatiques,- Les problèmes d’effectifs,- Les déclarations à visée de délation, ... |

| | |
|---|--|
| Qui peut déclarer ? | Tous professionnels |
| Pourquoi Déclarer? | Obligation réglementaire, amélioration de la QSS, actions correctives, ... |
| Le signalement d'un EIAS n'est pas ... | <ul style="list-style-type: none">- Un moyen de délation ou de règlement de compte- Un mouvement d'humeur- Un outil pour sanctionner |
| Le signalement d'un EIAS ne remplace pas ... | <ul style="list-style-type: none">- La déclaration des soustractions au soins- La déclaration d'Accident du Travail- Les demandes d'intervention aux services techniques, informatiques, ... |
| Le signalement d'un EIAS ne concerne pas ... | <ul style="list-style-type: none">- Les problèmes d'effectifs- Les événements relevant strictement de la clinique sans conséquence pour les biens ou les personnes |

« L'établissement n'entamera pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent qui aura signalé un événement indésirable dans lequel il est impliqué »

CHARTRE DE CONFIANCE ET DU SIGNALEMENT RESPONSABLE



DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES

LE VINATIER
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE

La sécurité des activités doit être la préoccupation première et permanente d'un établissement de santé. Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance à ses patients et ses personnels, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, des événements pouvant affecter la sécurité des soins, des personnes et des biens.

L'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers est l'une des priorités de la politique suivie par notre établissement.

Le signalement des événements indésirables, que ceux-ci aient donné lieu à des incidents ou que ces derniers aient pu être évités, est source de progrès collectifs à condition d'avoir la volonté de les repérer, de les analyser et de rechercher ensemble des solutions.

La présente charte a vocation de porter notre culture de sécurité et notre vision de l'erreur positive, celle qui fait progresser.

Aussi la gouvernance du Vinatier - Psychiatrie Universitaire Lyon Métropole s'engage et rappelle ces principes de fonctionnement :

1. Il est de la responsabilité de chaque professionnel de déclarer spontanément et dans les meilleurs délais (sans s'affranchir d'un temps de réflexion nécessaire), toute information sur les événements indésirables, les presque-accidents et les situations porteuses de risque.
2. Sauf manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité, l'établissement n'entamera pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent qui aura signalé un événement indésirable dans lequel il est impliqué, quel que soit le processus ou le domaine concerné
3. Le signalement repose sur des faits. Il ne s'agit pas de mettre en cause des personnes en tant qu'auteurs de faits, ni d'interpréter ceux-ci ou encore de leur donner, s'agissant des soins, une traduction médico-légale en termes de responsabilité.
4. La démarche de signalement doit s'efforcer d'être aussi exhaustive que possible en permettant l'identification de l'ensemble des risques liés à l'activité hospitalière et en évitant que ces risques se reproduisent.
5. Après analyse, les actions d'améliorations mises en place au niveau de l'unité, du service ou du pôle sont communiquées au déclarant et au Département Qualité, Sécurité, Hygiène par l'encadrement et les référents qualité.
6. Chacun, quelle que soit sa fonction, s'engage dans cette logique dans un esprit bienveillant, constructifs et respectueux des responsabilités, afin d'améliorer la qualité et la sécurité des Soins.

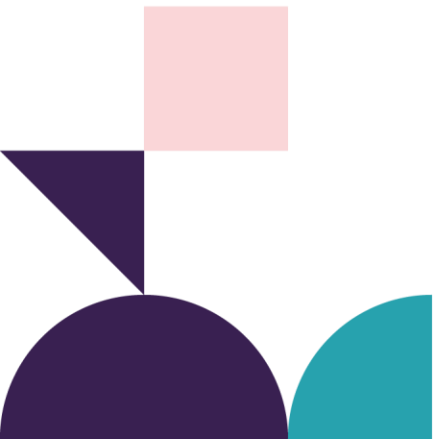
Directeur
P. MARIOTTI

Président de la Commission Médicale
d'Établissement
Dr F. MEUNIER

Coordonnateur Général des soins
P-H. Ducharme

■ Contenu du formulaire

- Personne déclarante (nom, fonction, pôle, unité)
- Données générales de l'EIAS (date, heure et lieu de survenue)
- Personnes concernées (patient(s) ou professionnel(s))
 - Il est possible de mettre le nom des patients
- Description de l'EIAS (nature, description, actions engagées, ...)
 - **Soyez synthétique mais précis, n'oubliez pas que les destinataires n'ont pas assisté à l'EIAS**
 - *Pas besoin de retranscrire toutes les insultes le cas échéant*
 - **Cotation de la gravité = gravité réelle de la situation, pas du risque associé**



GESTION DES EIAS – ECHELLE DE GRAVITE

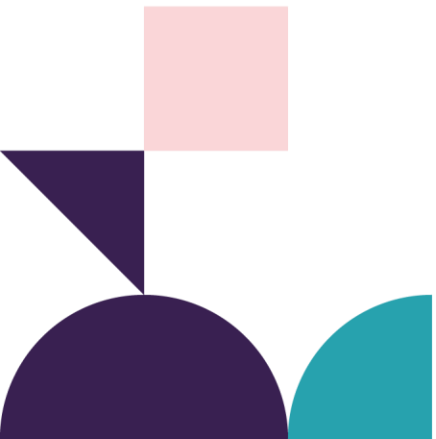
| PRECISIONS SUR LE PARAMETRE GRAVITE | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|---|--|---|---|
| COTATION | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | |
| G R A V I T E | Si concerne une personne | Insultes, mécontentement, Violence, acte, chute sans conséquence | Menaces, Violence, acte, chute avec conséquences physiques minimales et/ou psychologiques Soin infirmier léger | Blessure entraînant un soin infirmier ou médical important | Blessure grave, nécessité de transfert pour prise en charge Arrêt de travail | Décès ou évènement nécessitant plusieurs transferts |
| | Si concerne un fonctionnement | Raccompagne- ment personne indésirable | EI gênant pour le déroulement d'un processus logistique ou administratif | EI gênant pour le déroulement d'un processus soignant | Grande difficulté pour assurer un fonctionnement « normal » Rupture de la continuité des soins | Situation de crise, plan blanc, bleu Risque de poursuite établissement |
| | Si concerne le matériel | Absence de dommage matériel | Dommage matériel léger Départ de feu maîtrisé Vol de petit matériel | Dégradation de matériel, vol important | Dégradation importante du matériel entraînant un problème de sécurité | Dégradation / destruction de bâtiment, incendie grave |



Méthodologies de CREX

Quel est l'intérêt de réaliser des analyses approfondies des EI ?

- **Ne pas se centrer sur la responsabilité humaine**
 - ➔ Seul 2 à 3% des erreurs sont attribuables uniquement au facteur humain
- Identifier nos dysfonctionnements
 - ➔ Si l'EI a lieu dans un service, il peut avoir lieu ailleurs
- Limiter leur reproduction
 - ➔ Mettre en place des mesures adaptées et partager les retours d'expérience



Le Professeur James Reason, psychologue de la Manchester University au Royaume-Uni établi en 1999 une modélisation d'analyse des causes d'un accident

« La plupart des accidents sont la conséquence d'une succession de faits et/ou de comportements qui conduisent à l'accident. Si l'on retire un élément de la chaîne, on peut au pire ne pas changer grand-chose, au mieux éviter l'accident »

« La défaillance humaine doit être considérée comme une conséquence, et non comme une cause »

→ Analyse de la situation dans sa globalité, en prenant en compte l'impact de tous les éléments de l'environnement du professionnel.

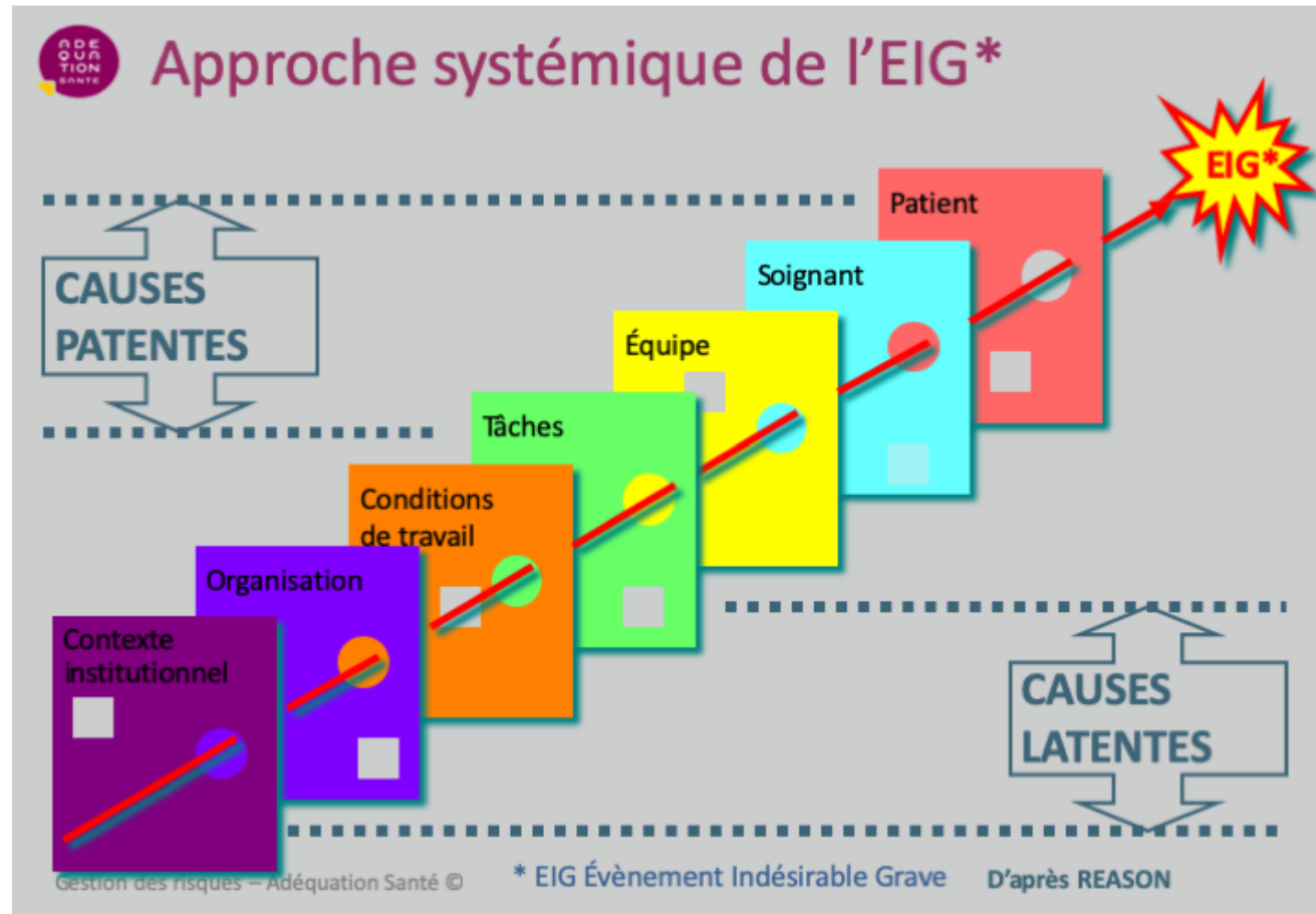


CREX – MODELE DE REASON

UN ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE GRAVE (EIG*), COMME TOUS LES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES OU TOUTES LES SITUATIONS À RISQUES, TROUVE SES ORIGINES DANS UN ENSEMBLE DE DÉFAILLANCES DES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS DE PRÉVENTION.

Les cause de ces évènements sont donc à rechercher au sein de dispositifs déployés et peuvent ainsi trouver leur origine :

PATENTE: attend qu'un acteur fasse ou ne fasse pas quelque chose



LATENTE: est déjà et n'attend que les circonstances et l'accident pour être découverte

PATIENT, victime qui, de multiples façons, a pu contribuer ou favoriser l'accident

SOIGNANT, intervenant ou opérateur qui a pu être défaillant et contribuer à certaines causes favorisantes ou contributives (facteurs humains).

L'ÉQUIPE, autour de l'opérateur peut être facteur de troubles et de causes de l'EIG, par sa dynamique péjorative ou son absence de dynamique (management, leadership, qualité du travail en équipe)

MATÉRIEL est souvent associé aux causes de l'EIG.

TÂCHE, telle qu'elle est définie...ou pas, détaillée dans une procédure écrite, connue ou méconnue.

CONDITIONS DE TRAVAIL sont les facteurs clef, déclenchant ou aggravant les défaillances humaines et matérielles).

ORGANISATION, les défaillances du management et du leadership peuvent être des facteurs contributifs ou aggravants les dysfonctionnements des autres facteurs.

CONTEXTE INSTITUTIONNEL régissant l'ensemble des personnes, fonctions et organisation, peut être un facteur de défaillances profondes ou systémiques.

Faisons ensemble une petite expérience !

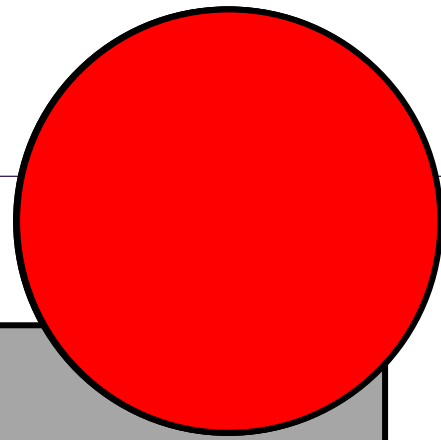
Munissez vous chacun d'un bout de papier et d'un stylo

De manière individuelle, prenez connaissance de la consigne donnée sur la diapositive suivante et inscrivez votre réponse sur le bout de papier et rendez le immédiatement au formateur.

Vous avez 1min30, et le chrono est affiché en haut à droite.

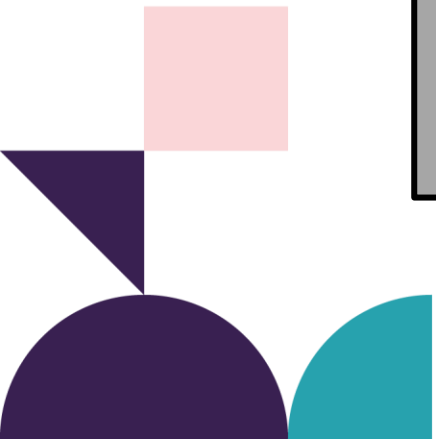
A vous de jouer ! 3, 2, 1, ...





Comptez les E

STOP



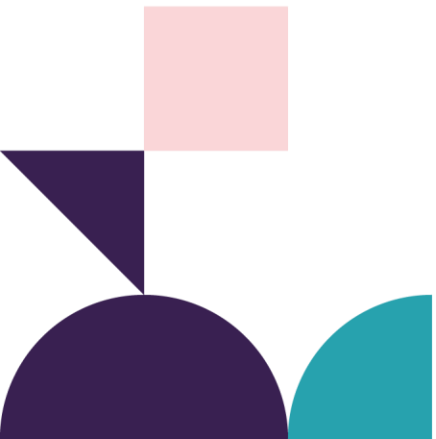
A votre avis, tout le monde a-t-il le même résultat ?

Vérifions !

Alors, pourquoi ces différences ? C'est pourtant simple de compter, non ?

Réessayons, mais cette fois, pas de chronomètre !

3, 2, 1, ...



Consigne : Comptez les « e »

- Les « e » avec un accent sont à comptabiliser
- Seuls les « e » dans le texte entre guillemets sont à compter

« Le jour tombe.

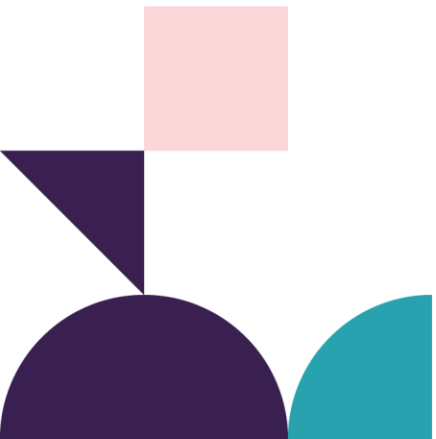
Un grand apaisement se fait dans les pauvres esprits fatigués du labeur de la journée; et leurs pensées prennent maintenant les couleurs tendres et indécises du crépuscule.

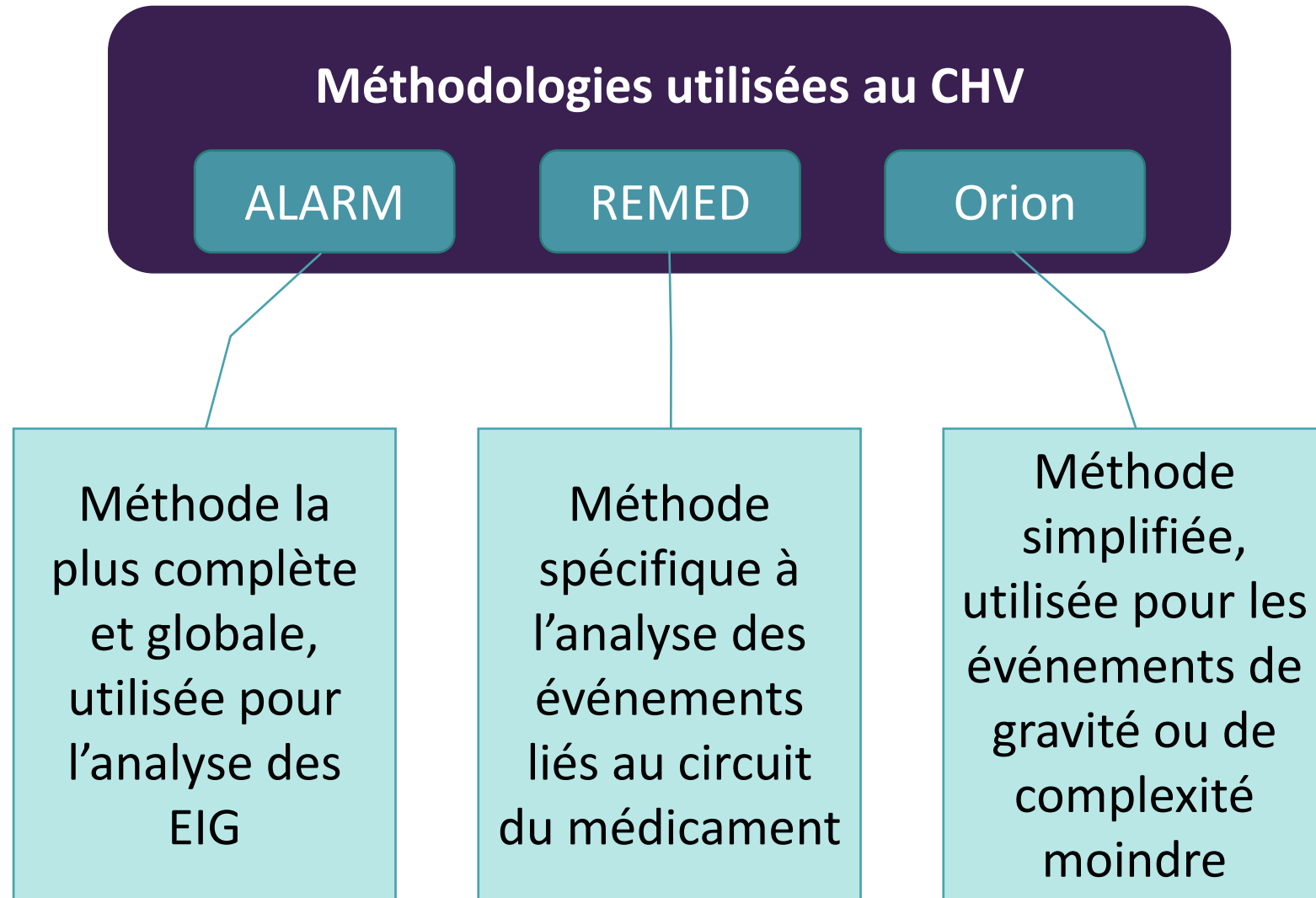
Cependant du haut de la montagne arrive à mon balcon, à travers les nues transparentes du soir, un grand hurlement, composé d'une foule de cris discordants, que l'espace transforme en une lugubre harmonie, comme celle de la marée qui monte ou d'une tempête qui s'éveille. »

Alors, plus facile cette fois-ci ? Voyons ça ...

La bonne réponse est 68

Sur quels éléments avons-nous agi pour améliorer nos résultats ?



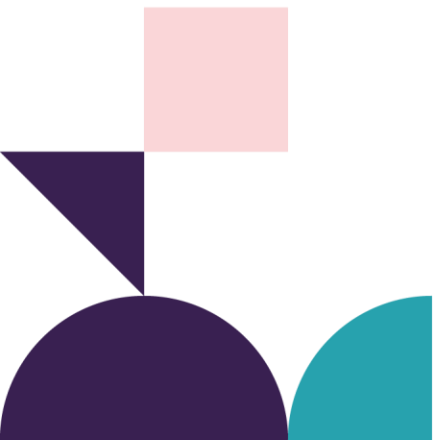


■ Personnes présentes :

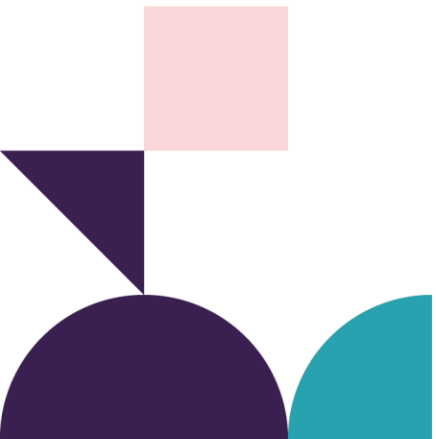
- Professionnels directement impliqués dans la situation
- Encadrement médico-infirmier de l'unité et/ou du pôle
- Référents Qualité du pôle

■ Objectifs :

- Reconstituer une chronologie factuelle la plus précise possible des actes précédant et suivant immédiatement l'incident
- Identifier les écarts et situations inhabituelles à chaque étape
- Rechercher les causes de ces écarts et de ces dysfonctionnements
- Regrouper ces éléments dans les familles de facteurs
- Commencer à évoquer un plan d'action



- Elle doit être la plus exhaustive et précise possible et non interprétative
- Pour chaque étape identifiée, il faut indiquer :
 - Le jour et l'heure de l'événement
 - La description des faits
 - Les documents de référence, internes ou externes
 - Les écarts ou les dysfonctionnements rencontrés
 - Les mesures barrières efficaces
- Le but du CREX est d'identifier tous les dysfonctionnements, il ne faut pas s'arrêter que sur ceux qui ont un impact direct sur la situation



- Pour chaque écart ou dysfonctionnement repéré, faire une analyse pour rechercher les causes puis les classer en fonction de la méthode :

- Orion => 4 domaines



- ALARM => 7 strates de l'organisation
- REMED => 8 familles (identique à l'ALARM + « Produit de santé »)

CREX – GRILLE ALARM (non exhaustive)

| | |
|-----------------------------|--|
| Patient | Antécédents médicaux |
| | Non communicant |
| | Pathologie psy ou troubles du comportement |
| | Facteurs sociaux |
| Professionnel | Défaut de compétences ou de formations |
| | Manque d'expérience |
| | Santé physique ou psychologique |
| | Intérimaire |
| Equipe | Défaut de communication écrite ou orale |
| | Pratiques spécifiques |
| | Manque de recherche d'aide, d'avis |
| | Qualité des relations |
| | Mauvaise cohésion |
| Tâches et protocoles | Protocole inexistant |
| | Protocole non suivi |
| | Protocole de mauvaise qualité |
| | Acte complémentaire non réalisé |
| | Interruption de tâches |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Conditions de travail | Charge de travail élevée |
| | Effectif inapproprié |
| | Horaires particuliers, nuit/WE/vacances |
| | Ergonomie, adéquation du lieu et du matériel |
| | Disponibilité du lieu ou du matériel |
| | Etat de fonctionnement du matériel |
| Organisation et management | Organisation entre les services non définie |
| | Organisation du service non définie |
| | Défaut dans l'attribution des responsabilités |
| | Répartition des effectifs |
| | Politique de formation non adaptée |
| Institution | Problème financier |
| | Absence de stratégie |
| | Politique de gestion du personnel |
| | Contexte social |
| | Culture qualité et sécurité |
| | Lien avec un autre établissement |
| Lien avec un prestataire | |

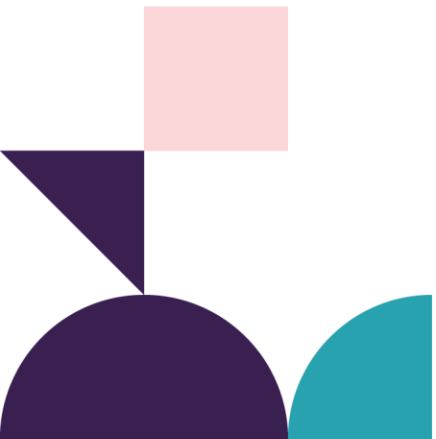
- En principe, chaque cause profonde identifiée doit faire l'objet d'une action d'amélioration

- **Une action doit être SMART :**
 - Spécifique : d'une action précise → 1 fiche = 1 action
 - Mesurable : l'objectif à atteindre est quantifiable
 - Atteignable : l'action est réalisable avec les moyens disponibles
 - Réaliste : l'action est envisageable et motivante
 - Temporellement définie : une date de fin est prévue

- Enfin, une action doit obligatoirement être piloté par une personne désignée, c'est-à-dire qu'elle en assure le suivi

- La traçabilité du suivi jusqu'à la clôture se fait sur BlueKango

Avez-vous des questions ?



Bibliographie

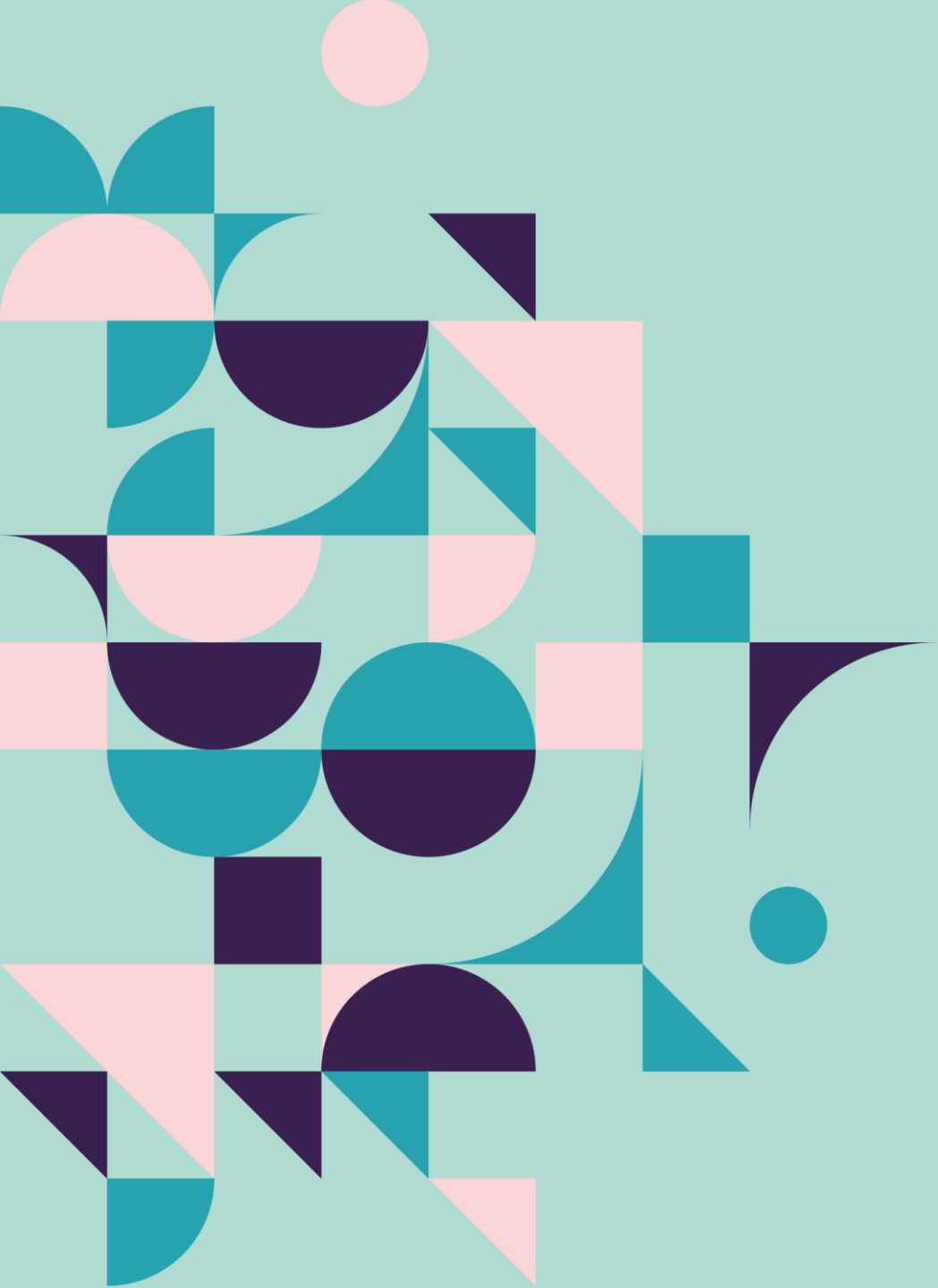
- Modèle de Reason

Consulté à

https://adequationsante.com/fiche_methodologique/diagramme-de-reason-causes-dun-evenement-indesirable/

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



**Merci de votre
attention
et bonne journée !**

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE

