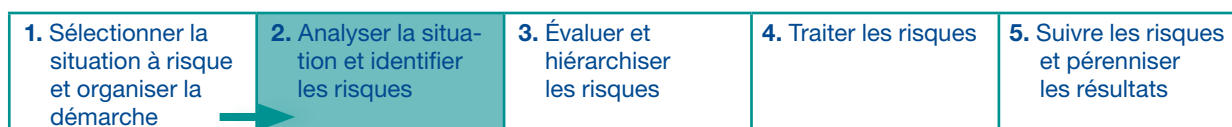


## Fiche 21. Principes généraux d'analyse d'un événement indésirable associé aux soins

### Objectif

Préciser les modalités d'analyse d'un événement indésirable en fonction du contexte



### Des enjeux nombreux

- **Enjeu diagnostique** par la mise en évidence des causes réelles d'une défaillance, non pas tant les causes immédiates apparentes que les causes latentes (défaillances relatives à l'organisation, la communication entre professionnels, l'information, la formation, l'encadrement, à des choix stratégiques contradictoires, etc.).
- **Enjeu de détection des risques** par l'identification des situations dangereuses, patentes mais aussi latentes au sein de l'organisation, notamment en termes de « barrières de sécurité » inexistantes ou déficientes.
- **Enjeu curatif** par le traitement des causes ayant provoqué l'accident, dans la mesure où elles peuvent participer à la survenue d'autres accidents (ou comment mettre en place les « barrières de sécurité », barrière de prévention, de récupération d'erreurs ou à défaut d'atténuation de leurs effets).
- **Enjeu pédagogique** par l'échange d'informations, la participation concrète de chacun à l'analyse, la prise de conscience de la multi-causalité et du déterminisme de l'événement, la déculpabilisation par l'approche systémique (l'évaluation devenant formatrice, voire « reformatrice », dans la redécouverte de certains enjeux majeurs).
- **Enjeu humain** aussi, pour les patients d'abord, pour le ou les professionnels mis en cause aussi, tant la stigmatisation d'un acteur peut avoir un impact personnel durable pour la pratique professionnelle (concept de seconde victime).



### Quels événements faut-il analyser ?

- Un événement indésirable peut être appréhendé :
  - **selon sa fréquence** (cas d'une suite de dysfonctionnements sans gravité immédiate mais dont la répétition crée un surcroît de travail et un sentiment d'insécurité),
  - **selon sa gravité** définie sur la base d'une échelle de gravité commune à l'ensemble de l'établissement (cf. [fiche technique n° 9](#)), les événements de niveaux 3, 4 et 5 devant être analysés.

## Approche selon la fréquence

L'approche méthodologique relève ici de méthodes de résolution de problèmes déjà mises en œuvre dans la cadre des démarches d'amélioration de la qualité (QOQCP<sup>71</sup>, diagramme causes-effets)<sup>72</sup>.

**L'illustration suivante**, issue d'un service de long séjour (SLD), fait suite à un nombre élevé de notifications pour chutes de personnes âgées, aux conséquences parfois graves. L'analyse est conduite au moyen d'un diagramme causes-effets (ou diagramme d'Ishikawa ou 5M/6M ou diagramme en « arêtes de poisson ») avec le personnel paramédical des unités de soins concernées. Elle vise à repérer l'ensemble des facteurs contributifs jugés vraisemblables (ici rassemblés de façon synthétique au moyen d'un tableau) qu'il conviendra ensuite de hiérarchiser et d'affiner en termes de solutions préventives à inscrire dans un plan d'action.

Chutes de personnes âgées. Causes et sous-causes possibles identifiées				
Milieu	Personnel	Personne âgée	Matériel	Méthode
<ul style="list-style-type: none"> <li>sol glissant</li> <li>encombrement des chambres</li> <li>cuvettes de WC trop basses</li> <li>barres d'appui inadaptées</li> <li>défaut d'éclairage nocturne</li> <li>absence de signalétique pour WC</li> <li>absence de mains courantes dans les couloirs</li> <li>système d'appel défectueux (sonnettes)</li> <li>nombre insuffisant de chambres seules</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>oubli de repositionner le lit après toilette</li> <li>oubli de blocage des lits</li> <li>oubli d'explicitier l'usage de la sonnette et/ou de vérifier si la personne sait l'utiliser</li> <li>oubli d'indiquer la place des toilettes</li> <li>oubli de rapprocher le matériel de la personne</li> <li>oubli de vérifier à l'entrée le bon fonctionnement du système d'appel</li> <li>présence insuffisante lors des périodes suivant les repas</li> <li>effectif de nuit insuffisant</li> <li>défaut d'insistance sur la nécessité d'appeler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>existence d'une confusion, d'une désorientation</li> <li>défaut du système d'aide habituel</li> <li>lunettes non portées</li> <li>chaussures non adaptées</li> <li>vêtements inadaptés</li> <li>absence de conscience ou déni d'un handicap</li> <li>peur de déranger en sonnant</li> <li>défaut d'utilisation du système d'appel</li> <li>ne sait pas utiliser les informations reçues</li> <li>se lève trop vite de son fauteuil</li> <li>ne se repère pas dans l'unité de soins</li> <li>ne sait pas où sont les toilettes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fauteuils de repos inadaptés en hauteur et inclinaison de dossier</li> <li>accès aux lumières de tête de lit inadaptés aux personnes âgées</li> <li>utilisation de Montauban à roulettes</li> <li>absence de rehausseurs pour cuvettes de WC</li> <li>instabilité des tables adaptables à roulettes</li> <li>nombre insuffisant de coussins anti glissement</li> <li>insuffisance de lits à hauteur variable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>oubli de pose d'une barrière de lit lors d'un transfert</li> <li>oubli de pose du rehausseur sur les cuvettes de WC</li> <li>oubli d'apprendre à la personne l'utilisation des mains courantes</li> <li>poche à urines à maintenir de façon adéquate pendant la marche</li> <li>oubli de repositionner le Montauban près de la personne la nuit ou en séjour dans la salle de bains</li> <li>maintenance périodique des lits et tables adaptables</li> </ul>

## Approche selon la gravité

Quel que soit le cadre de sa mise en œuvre (RMM, vigilance, etc.), l'analyse d'un événement grave ou de gravité intermédiaire, dont les modalités sont précisées par une procédure interne, est conduite de façon précis.

### 1. En amont de l'analyse, il convient :

- **de rassembler un maximum d'informations sur l'événement** (identifier avec précision tous les acteurs et témoins présents, personnel intérimaire et autres personnes discrètes compris, rechercher les faits sur une base chronologique, notifier et tracer ce qui doit l'être),
- **de définir le moment opportun pour conduire l'analyse** (entre deux et huit jours, pas trop tôt afin de ne pas traiter l'événement dans un contexte émotionnel trop important, ni trop tard pour ne pas perdre la mémoire des faits) en s'assurant de la disponibilité des personnels médicaux et paramédicaux concernés,
- **d'impliquer les responsables concernés** (au mieux préalablement formés et en les prévenant d'une éventuelle mise en cause possible lors de la recherche des causes dites profondes),

71. QOQCP ; Quoi, Qui, avec Qui, Où, Quand, Comment, Combien, Pourquoi.

72. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Saint-Denis La Plaine : ANAES ; 2000.

- **de choisir un local favorisant la sérénité et la confidentialité du travail** (pas de téléphone, d'allers et venues, etc.),
- **de s'assurer de la disponibilité et de la compétence de l'interviewer** (personne dite ressource, préalablement formée, située hors du champ analysé, non polémique), ainsi que d'un tiers neutre pour la prise de notes.

## 2. Au cours de l'analyse, il convient :

- **de préciser ou rappeler les règles de déontologie inhérentes à ce type de démarche**, au mieux précédemment validées par les instances de l'établissement de santé (défiance envers la cause unique, humaine notamment, absence de recherche d'un éventuel coupable, etc.),
- **de décider de la partie du processus de soin à investiguer**,
- **de compléter le recueil d'informations par une interview menée collectivement** (une information devenant précise par les apports successifs des divers protagonistes présents),
- **de collecter les faits objectifs précis sur une base chronologique** en décomposant pas à pas le processus dans ses divers aspects (tâches, personnes, milieu, matériel, etc.), en questionnant chacun des problèmes identifiés, en s'aidant de questions simples telles que « Pourquoi ? », « Qu'a-t-il fallu pour que cela se produise ? », « Est-ce suffisant pour expliquer cela ? ».

### Un support destiné au recueil chronologique des faits

N°	Heure	Qui	Quoi	Constats	Barrière de sécurité Prévue ou non ? Opérante ou non ? Respectée ou non ?	Évitabilité ?	Remarques
1							
2							
3							
Etc.							

- **de rechercher en priorité les variations** par rapport à la pratique habituelle ou bien des changements récemment introduits,
- **de repérer les défauts de soins définis comme des écarts** (actions ou omissions) par rapport aux pratiques validées du service et de la spécialité,
- **de repérer les barrières de sécurité** respectées, manquantes ou inefficaces (non respectées, obsolètes, incomplètes),
- **d'être conscient des multiples façons de percevoir une même réalité** pour les différents acteurs ou témoins du dysfonctionnement, souvent pour des raisons culturelles, des réticences à évoquer les pratiques réelles et à reconnaître un non respect de procédure (le non dit),
- **de savoir gérer la mise en cause brutale d'un acteur** face au groupe d'analyse, éventuellement celle du management immédiat (instructions de travail insuffisantes ou erronées),
- **de savoir ne pas arrêter l'analyse prématurément**,
- **d'identifier les facteurs contributifs systémiques** (causes dites latentes, profondes ou « racine ») ayant favorisé, sur un mode unique ou cumulé, chacun des défauts de soins ; ceci au moyen de la grille ALARM (outil de 1<sup>re</sup> intention) et/ou de l'arbre des causes (outil de 2<sup>e</sup> intention),
- **de vérifier le caractère évitable ou non des causes identifiées**,
- **d'analyser également ce qui a été fait après la survenue de l'événement indésirable** (modalités de récupération des erreurs et/ou d'atténuation des effets, source également possible de dysfonctionnements et de retour d'expérience ou bien de performance et de satisfaction).













## 3. Une décours de l'analyse, il convient :

- **d'identifier les propositions d'actions correctives et préventives** (recommandations prioritaires, pensées en termes de barrières de sécurité, déduites logiquement pour prévenir la répétition des dysfonctionnements), ainsi que les modalités de suivi des résultats,
- **de définir le plan d'action** avec les responsables concernés (cliniciens seniors, direction),
- **de veiller avec les responsables concernés à la mise en œuvre effective du plan d'action validé**,
- **d'évaluer l'efficacité des barrières de sécurité mises en œuvre**,
- **de communiquer sur la démarche** en assurant une restitution anonyme et collective des résultats,
- **de garder la mémoire de l'analyse et des décisions prises** (via la fiche de retour d'expérience).

#### 4. Une communication est à établir en tant que de besoin avec le patient ou à défaut la personne de confiance :

Tous les événements indésirables qui entraînent un dommage physique ou psychologique pour un patient doivent faire l'objet d'une annonce, qu'ils soient consécutifs à des complications liées à la pathologie du patient, à un aléa thérapeutique ou bien encore à une erreur<sup>73</sup>. Ceci le plus tôt possible, quitte à revenir pour compléter l'information donnée.

#### Une première analyse d'un événement indésirable effectuée sur une base chronologique

1. La veille au bloc	2. De la réa au bloc	3. Au bloc opératoire	4. La transfusion	5. Une fin heureuse
<p>a. Intervention samedi sur patient B (ce jour en réa 2)</p> <p>b. CGR commandés alors mais non utilisés (restés en ETS)</p> <p>c. Vide complet non effectué en salle après intervention (quelques étiquettes du patient B restantes sur la paillasse) </p>	<p>a. Patient A entrant le samedi après traumatisme cervical</p> <p>b. Indication de chirurgie de décompression (terrain : excès de poids, coronarien sous Plavix* et aspirine)</p> <p>c. Intervention d'abord programmée le lundi, puis avancée au dimanche en raison d'un programme jugé chargé) </p> <p>d. Patient A vu par le médecin anesthésiste de garde de week-end en neurochirurgie (bloc, chirurgiens et pathologie peu connus) </p> <p>e. Préparation du patient A en réa 1 (pas de bracelet d'identification posé contrairement à la pratique recommandée et habituellement respectée en réa et au bloc) </p> <p>f. Sortie de réa 1 (pas de vérification révélant l'absence de bracelet, pas de dossier pris) </p> <p>g. Entrée au bloc de neurochirurgie (pas de vérification de l'absence de bracelet. Constat d'absence de dossier) </p> <p>h. Demande de dossier manquant (patient A) en réa 1</p>	<p>a. Début de l'intervention (avec feuille d'anesthésie nominative mais sans le dossier). Nom du patient A connu du médecin anesthésiste (vu en réa 1) ) </p> <p>b. 10h40 : bradycardie et hémorragie extériorisée (choc hémorragique évoqué alors que le choc spinal paraît plus plausible dans le contexte). Dosage d'hémoglobine à 11,4 g/l</p> <p>c. Décision de transfusion</p> <p>d. Demande de CGR rédigée par l'IADE (qui ne connaît pas le nom du patient A). Se sert des quelques étiquettes présentes de B) </p> <p>e. Demande par l'IADE au coursier de garde d'étiquettes supplémentaires pour compléter la commande</p> <p>f. Le coursier s'adresse en réa 1 (avec le nom du patient B). Il est adressé en réa 2</p> <p>g. L'IDE de réa 2 lui donne des étiquettes B (alors que le patient B est dans l'un des box de soins) </p> <p>h. Le coursier revient au bloc et remet les étiquettes à l'IADE sans faire part du trajet effectué </p>	<p>a. L'IADE signe (comme à l'habitude) la prescription (médicale) de CGR) </p> <p>b. La commande part vers l'ETS avec des étiquettes du patient B</p> <p>c. L'ETS délivre les CGR, en attente depuis la veille pour le patient B, qui arrivent au bloc</p> <p>d. Aggravation de l'état du patient (diagnostic d'hémorragie considérée comme une urgence vitale)</p> <p>e. Constat par l'IADE et le médecin anesthésiste d'une discordance d'identité sur la base du dossier A parvenu entre-temps (pas d'appel vers l'ETS pour signaler la discordance contrairement au guide de bonnes pratiques transfusionnelles validé et diffusé) </p> <p>f. réalisation d'une épreuve de compatibilité (pas de différence en raison d'un groupe sanguin O chez les patients A et B)</p>	<p>a. 10h57 : Transfusion effectuée. L'état du patient A s'améliore rapidement avant la fin du passage des 2 CGR</p>

Le symbole  évoque une barrière de sécurité défaillante, en fait ici le plus souvent prévue mais non respectée.

73. Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2011.