



L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS)

L'essentiel

Juin 2022

Ce document synthétise les grandes étapes de l'analyse des EIAS qui sont détaillées dans le guide « L'analyse des EIAS – Mode d'emploi ».

Deux documents prêts à l'emploi, « Aide à l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS)

en ville et en établissements sanitaires et médico-sociaux »



sont également disponibles pour vous guider pas à pas dans vos analyses.

Pour rappel, l'objectif de l'analyse des EIAS est d'améliorer la sécurité des patients en tirant parti des retours d'expérience.

L'analyse d'EIAS ne vise en aucun cas à préciser les responsabilités individuelles d'un événement particulier.

Points d'attention

- Anonymisation → pas de ré-identification possible, pas de données nominatives
- Uniquement les initiales du patient, pas de date de naissance (âge)
- Éviter les dates : mettre J1, J2, J3...
- Pas d'archivage dans le dossier patient

Préambule

Un exemple repris du guide, « l'analyse des EIAS - mode d'emploi », permet d'illustrer chaque étape. Il s'agit d'un événement porteur de risque car il n'a pas causé de dommage grave au patient. L'analyse approfondie de cet événement a été réalisée avec le personnel.

ÉTAPE 1 Reconstitution de la chronologie de l'événement

Objectif → Comprendre ce qu'il s'est passé

Le processus de soin est décomposé en étapes chronologiques successives faisant apparaître des faits et décrivant l'un après l'autre (autant de lignes que de faits identifiés) :

Que s'est-il passé ?

Quand ? (jour – heure)	Qui est intervenu/concerné ? Profession (Attention à l'anonymisation, pas de données nominatives dans cette colonne)	Quelle action ?	Comment ?
J1 - 18 h	l'infirmière commence son tour des médicaments du soir		

Et le patient dans tout ça ?

Garder en tête que le recueil du témoignage du patient (réalisé uniquement avec son accord et après l'annonce du dommage associé aux soins) 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. Il peut également corroborer des éléments déjà identifiés.

ÉTAPE 2

Recherche des causes de l'événement

Objectif → Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

Il est essentiel de distinguer **deux types de causes** :

Les causes immédiates, ou « *comment cela est-il arrivé ?* »

Ce sont des causes les plus évidentes qui paraissent comme étant à l'origine de l'EIAS.

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.

Les causes profondes ou « *pourquoi cela est-il arrivé ?* ».

Ce sont des causes plus profondes, liées à des facteurs organisationnels et/ou techniques, identifiées seulement grâce à une analyse approfondie des causes réalisée collectivement.

Les causes profondes sont recherchées selon une démarche structurée et méthodique en rapport avec les causes immédiates identifiées.

Cette approche d'analyse approfondie des causes permet d'aller au-delà de l'erreur humaine et d'identifier des solutions pour éviter que l'EIAS ne se reproduise.

Note importante

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.

* CREX : comité de retour d'expérience, RMM : Revue de morbi-mortalité, REMED : Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés.

ÉTAPE 2

Recherche des causes de l'événement (suite)

Objectif → Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

Identification de la ou des causes immédiates

Erreur d'administration de médicament

Identification des causes profondes pour chaque cause immédiate

Facteurs de la grille ALARM	Cause immédiate identifiée
Facteurs liés au patient (ex. : dénutrition, traitement par anticoagulant...)	
Facteurs liés aux tâches à accomplir (ex. : absence de protocole d'antibioprophylaxie...)	<i>Pas de vérification des concordances : identité du patient dans la chambre et étiquette patient du flacon de médicament...</i>
Facteurs liés à l'individu (professionnel) (ex. : surcharge de travail, formation...)	
Facteurs liés à l'équipe (ex. : défaut de communication écrite ou orale)	<i>Interruption de tâche au moment de l'administration d'un médicament pourtant à risque</i>
Facteurs liés à l'environnement de travail (ex. : panne de matériel...)	
Facteurs liés à l'organisation et au management (ex. : ressources humaines, niveau de décision...)	
Facteurs liés au contexte institutionnel (ex. : restructuration, contexte réglementaire...)	

ÉTAPE 2

Recherche des causes de l'événement (suite)

Objectif → Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

Identification de la ou des causes immédiates

Identification des causes profondes pour chaque cause immédiate

TEMPO	Cause immédiate identifiée
Tempo de la maladie ou du traitement	
Tempo du médecin	
Tempo de cabinet	
Tempo du patient	
Tempo du système	

Et le patient dans tout ça ?

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 peuvent 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.

ÉTAPE 3

Analyse des barrières de sécurité

Objectif → Identifier ce qui aurait pu permettre d'éviter la survenue de l'EIAS, ou limiter ses conséquences, et également ce qui a fonctionné

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. Il est possible qu'une barrière qui n'a pas fonctionné soit une cause identifiée, mais l'analyse permettra de se questionner différemment et donc de pouvoir identifier d'autres éléments. L'identification des barrières de sécurité va permettre d'enrichir l'analyse (autant de lignes que de barrières identifiées) :

Identification des barrières de sécurité

Barrière	Type	Existence ?	Si la barrière était existante Qui, quand, comment ?	Effacé ?
<i>Information immédiate du médecin</i>	<input type="checkbox"/> Prévention <input checked="" type="checkbox"/> Protection → récupération <input type="checkbox"/> → atténuation <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Existante <input type="checkbox"/> Inexistante	<i>Infirmière/médecin Dès que l'erreur est identifiée Guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé (SAED : situation, antécédents, évaluation, demande)</i>	<i>Pas de séquelle pour le patient</i>
<i>Alerte par le patient qu'il ne s'agissait pas de ses médicaments</i>	<input type="checkbox"/> Prévention <input checked="" type="checkbox"/> Protection → récupération <input checked="" type="checkbox"/> → atténuation <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Existante <input checked="" type="checkbox"/> Inexistante	<i>Le patient n'a pas su ou n'a pas osé alerter l'infirmière que les médicaments n'étaient pas les siens.</i>	<i>Barrière n'ayant pas fonctionné</i>

Le tableau peut être séparé en deux : un avec les barrières existantes et un autre avec les barrières inexistantes ([reportez-vous aux aides à l'analyse](#)). Tous ces éléments sont conçus pour vous aider mais bien évidemment il est important que vous vous les appropriiez au mieux et selon votre façon de travailler.

ÉTAPE 3

Analyse des barrières de sécurité (suite)

Objectif → Identifier ce qui aurait pu permettre d'éviter la survenue de l'EIAS ou limiter ses conséquences et également ce qui a fonctionné

Identification des barrières de sécurité

Barrière	Type	Existence ?	Si la barrière était existante
<i>Mise en place de mesures de prévention dans les interruptions de tâche (gilet spécifique avec marqué « ne pas déranger » par exemple) ; (www.has-sante.fr/jcms/c_2618396/fr/interruptions-de-tache-lors-de-l-administration-des-medicaments)</i>	<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	

Et le patient dans tout ça ?

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 l'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 alerte le chirurgien car il a décelé un signe d'inflammation dans les suites de son intervention chirurgicale.

ÉTAPE 4

Plan d'action et suivi

Objectif → S'assurer que des enseignements sont tirés et leur donner une visibilité pour qu'ils bénéficient à tous

Les actions d'amélioration doivent corriger les causes identifiées. La faisabilité et la priorisation des actions à mettre en place, de façon collective et concertée, sont les conditions permettant d'élaborer un plan d'action réalisable et efficace (un paragraphe pour chaque action proposée) :

Plan d'action et suivi

Cause identifiée/solution proposée

Action proposée	<i>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 infirmiers</i>
Responsable	<i>Pharmacien</i>
Mesure/suivi proposé	<i>Vérification à échéance</i>
Échéancier	<i>Décembre 20xx</i>
Action proposée	<i>Mise en place d'une démarche de sensibilisation aux interruptions de tâche dans le service boîtes de médicaments pour alerter les infirmiers</i>
Responsable	<i>Responsable du service</i>
Mesure/suivi proposé	<i>Échange avec le service à 3 mois sur l'application de la démarche</i>
Échéancier	<i>Immédiate</i>

Et le patient dans tout ça ?

Les actions mises en place pour éviter que l'événement ne se reproduise peuvent faire l'objet d'un retour vers le patient. En effet, les témoignages des patients ayant vécu un EIAS montrent fréquemment le souhait que leur histoire puisse servir à d'autres et qu'elle ne se reproduise pas pour un autre patient. Il pourra être amené à formuler des idées d'amélioration.

FOCUS ALARM et TEMPO

Tous les outils et/ou méthodes pour rechercher les causes profondes partagent le même objectif : « aider au questionnement ». En fonction des situations, des secteurs, certains outils peuvent avoir la préférence de certaines personnes. Ci-après sont présentés **ALARM** et **TEMPO**.

ALARM a été développée spécifiquement pour la santé. Elle est la plus utilisée en santé et au niveau international. Elle permet d'explorer systématiquement l'ensemble des causes profondes d'un événement.

7 catégories sont à explorer avec pour chaque niveau une liste de causes profondes.

ALARM dans sa version **Etendue** (ALARM-**E**) ne modifie pas la grille mais complète notre questionnement ; ALARM-**E** insiste sur la prise en compte « *du point de vue des patients et leurs famille* », l'analyse des barrières « *de la détection et la récupération (succès ou échec), et le parcours de soins* ». Intégrer ces éléments dans chaque catégorie est la nouveauté.

Patient

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

- Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'événement ?
- 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 événement ?
- ...

Tâches à accomplir

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

- Existait-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause ?
- Si les protocoles existaient, étaient-ils connus, disponibles et utilisés ?
- ...

Individu (soignant)

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

- Pensez-vous que vous aviez suffisamment de connaissances et d'expérience pour prendre en charge ce problème, cette complication ?
- Avez-vous déjà réalisé ce geste, cette procédure ?
- ...

Équipe

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 ?
- ...

Environnement de travail

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

- Votre pratique a-t-elle été affectée par l'environnement de travail (chaleur, bruit...) ?
- Avez-vous disposé des fournitures ou des matériels médicaux nécessaires ?
- ...

Organisation et management

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

- 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 à cette situation ?
- ...

Contexte institutionnel

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

- 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'événement (CPOM...) ?
- ...

TEMPO privilégie le temps comme critère de classification des événements.

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

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.
- ...

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.
- ...

Tempo de cabinet

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

Tempo du patient

- Délai dans l'expression des symptômes.
- Expression incorrecte des symptômes.
- Mauvaise observance.
- Relation médecin-patient non optimale.
- ...

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.
- ...

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

