



Aide à l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS)

en établissements sanitaires
et médico-sociaux

Juin 2022

Ce document modifiable et prêt à l'emploi vise à optimiser la description et l'analyse d'un EIAS et s'inscrit dans la démarche qualité de l'équipe. Il peut être utilisé pour établir un compte-rendu d'analyse systémique synthétique et opérationnel, mais n'a pas vocation à être archivé ni dans le dossier patient, ni dans un quelconque service administratif ou clinique de l'établissement.

Rappel sur la démarche

*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**.*

Cette démarche de retour d'expérience (aussi qualifiée d'apprentissage par l'erreur), nécessairement collective, réunit tous les professionnels concernés par l'événement, avec le soutien méthodologique adéquat.

Elle vise :

- *à l'analyse des causes immédiates et profondes de toute nature ayant conduit à l'accident ;*
- *ainsi qu'au repérage des barrières de sécurité (barrières de prévention, barrières de récupération de l'événement en cours, barrières d'atténuation de ses effets) qui ont cédé ou qui étaient manquantes.*

Elle associe la détermination du plan d'action destiné à prévenir la reproduction, mais aussi pour favoriser la détection et la récupération à temps d'un événement de même nature - les actions correctives étant suivies et évaluées.

Les informations sur les enseignements et les recommandations tirés de cet événement sont diffusées et partagées en vue de renforcer la solidité du processus de soins concerné et la résilience des équipes.

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**

Date de l'analyse

Composition de l'équipe
(spécialités et profils
professionnels représentés)

Description factuelle de la clinique et du contexte

Patient X (âge) *Pas de date naissance*

Notes sur les antécédents, l'histoire de la maladie, contexte, décision, analyse balance bénéfice-risque etc.

Témoignage du patient le cas échéant

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.

Notes si témoignage du patient recueilli (exemple de grille d'entretien et fiche d'information patient dans le guide)

Reconstitution de la chronologie de l'événement – Description de l'EIAS

Objectif → Comprendre ce qu'il s'est passé

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 ?

Recherche des causes de l'EIAS

Objectif → Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

Cause(s) immédiate(s) identifiée(s)

Recherche des causes de l'EIAS

Objectif → Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

Causes profondes identifiées

La **Grille ALARM** explore les causes profondes d'un EIAS (les facteurs potentiellement défailants) qui sont regroupées en 7 familles.

1. Facteurs liés au patient : détailler le(s) facteur(s) retenu(s) comme ayant pu favoriser la survenue de l'EIAS

Des exemples vous sont précisés pour illustrer et alimenter le raisonnement d'analyse des causes profondes

1.1. Antécédents

- *Mode vie*

1.2. État de santé (pathologies, comorbidités, dénutrition)

- *Complexité, gravité*
- *Personnes vulnérables (âgées, enfants, handicap...)*

1.3. Traitements

- *Risque iatrogène*
- *Modalités particulières d'hospitalisation*

1.4 Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux (entourage)

- *Problèmes de compréhension, d'expression*

1.5 Relations conflictuelles

- *Mauvaise qualité de la relation soignant-patient*
- *Opposition, agressivité, méfiance, irrespect, défaut d'écoute...*

Recherche des causes de l'EIAS

Objectif → Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

2. Facteurs liés aux tâches à accomplir : détailler le(s) facteur(s) retenu(s) comme ayant pu favoriser la survenue de l'EIAS

2.1. Protocoles

- Indisponibles, non adaptés ou non utilisés
- Par méconnaissance, oubli, refus d'utilisation

2.2. Résultats d'examens complémentaires

- Non disponibles ou non pertinents
- Difficulté d'accès, de réalisation, de transmission des résultats

2.3. Aides à la décision

- Absence ou insuffisance d'équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations

2.4 Définition des tâches

- Imprécise, inadéquate ou absente
- Quel personnel, quelle compétence, quel acte...

2.5 Programmation, planification

- Déficiente ou inadaptée

Recherche des causes de l'EIAS

Objectif → Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

3. Facteurs liés aux individus (soignants) : détailler le(s) facteur(s) retenu(s) comme ayant pu favoriser la survenue de l'EIAS

3.1. Qualifications, compétences

- *Inadéquation des qualifications, des attitudes*
- *Manque d'entraînement à des situations particulières (urgences vitales, gestes particuliers ...)*
- *Manque de motivation*

3.2. Facteurs de stress physique ou psychologique

- *Mauvaise disposition physique ou mentale*
- *Surcharge de travail*

Recherche des causes de l'EIAS

Objectif → Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

4. Facteurs liés à l'équipe : détailler le(s) facteur(s) retenu(s) comme ayant pu favoriser la survenue de l'EIAS

4.1. Communication entre professionnels

- Défaillante, verrouillée ou absente
- Difficulté d'expression, conflits sous-jacents ou mauvaise ambiance

4.2. Communication vers le patient et son entourage

- Défaut d'information, de relation

4.3. Informations écrites (dossier patient, etc.)

- Absentes, insuffisantes, non disponibles voire divergentes

4.4. Transmissions et alertes

- Défaut de transmission, manque d'informations cruciales

4.5. Composition de l'équipe / Répartition des tâches

- Incohérence ou déséquilibre de la répartition des tâches, glissement des tâches

4.6. Encadrement, supervision

- Défaut de leadership, d'encadrement, de coordination, de supervision, indisponibilité, non-réponse

4.7. Demandes de soutien ou comportements face aux incidents

- Manque de soutien par les pairs, entre différentes professions, défaut d'adaptation

Recherche des causes de l'EIAS

Objectif → Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

5. Facteurs liés à l'environnement de travail : détailler le(s) facteur(s) retenu(s) comme ayant pu favoriser la survenue de l'EIAS

5.1. Administration

- *Lourdeur du fonctionnement administratif*

5.2. Locaux

- *Défauts des bâtiments et de l'environnement (conception, fonctionnalité, espace, température, lumière, ...)*
- *Défaut de maintenance des locaux*
- *Hygiène insuffisante des locaux ou défaillance du nettoyage*

5.3. Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites

- *Indisponibilité, lenteur ou qualité du brancardage et des transferts.*
- *Non respect des règles d'hygiène et de sécurité lors des transports.*

5.4. Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés, défectueux)

- *Dysfonctionnements des équipements et approvisionnements*
- *Fourniture ou équipement non disponible, inadapté ou défectueux (ex: matériel d'urgence...)*
- *Fourniture ou équipement mal utilisés (défaut de formation des personnels, défaut de notices explicatives...)*

5.5. Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)

- *Défaut de communication des systèmes d'information entre eux*
- *Inaccessibilité d'informations numérisées ou doutes sur la qualité de l'information*
- *Mauvaise gestion des accès informatiques*
- *Défaut de maintenance (délais excessifs de dépannage...)*
- *Bugs informatiques*

Recherche des causes de l'EIAS

Objectif → Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

5. Facteurs liés à l'environnement de travail : détailler le(s) facteur(s) retenu(s) comme ayant pu favoriser la survenue de l'EIAS

5.6. Effectifs (adaptés en nombre et compétences)

- *Mauvaise gestion gardes et astreintes*
- *Manque d'effectifs*

5.7. Charge de travail, temps de travail

- *Charge de travail importante, imprévue*
- *Périodes vulnérables (nuit, WE, vacances)*

5.8. Retards, délais

- *Précipitation dans la réalisation d'actes. Influence néfaste de délais imposés*

Recherche des causes de l'EIAS

Objectif → Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

6. Facteurs liés à l'organisation et au management : détailler le(s) facteur(s) retenu(s) comme ayant pu favoriser la survenue de l'EIAS

6.1. Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)

- *Mal connue, imprécise, défailante ou absente*

6.2. Gestion des ressources humaines, interim, remplaçant

- *Inadéquate, insuffisante*

6.3. Politique de formation continue

- *Absente, insuffisante, inadaptée*

6.4. Gestion de la sous-traitance

- *Insuffisance de la prestation sous-traitée*

6.5. Politique d'achat

- *Influence sur la disponibilité ou la qualité des produits et matériels*

6.6. Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement

- *Gestion documentaire défailante*
- *Culture sécurité absente ou insuffisante*

6.7. Ressources financières

- *Influence néfaste de la politique ou de problèmes financiers sur le fonctionnement de l'établissement.*

Recherche des causes de l'EIAS

Objectif → Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

7. Facteurs liés contexte institutionnel : détailler le(s) facteur(s) retenu(s) comme ayant pu favoriser la survenue de l'EIAS

7.1. Politique de santé publique nationale

- *Influence de la politique de santé sur le fonctionnement de l'établissement*

7.2. Politique de santé publique régionale

- *Ressources sanitaires insuffisantes ou défectueuses*
- *Insuffisances des échanges ou des relations avec les autres établissements (réseaux, coopérations...)*

7.3. Systèmes de signalement

- *Absence de culture de signalement des situations dangereuses (vigilances...)*
- *Absence d'apprentissage par le retour d'expérience des événements indésirables*

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

Si la barrière existait

	Description de la barrière	A-t-elle fonctionné ? Si non, pourquoi ?
Prévention <i>Avant l'EIAS</i>		
Récupération <i>EIAS en cours de constitution</i>		
Atténuation <i>Après l'EIAS</i>		

À décliner si plusieurs barrières

Si la barrière n'existait pas

	Faut-il en élaborer une, précisant le qui fait quoi, quand et comment ?
Prévention <i>Avant l'EIAS</i>	
Récupération <i>EIAS en cours de constitution</i>	
Atténuation <i>Après l'EIAS</i>	

À décliner si plusieurs barrières

Analyse de la littérature et recommandations

Quels éléments en tirer pour cet EIAS ?

Plan d'action et suivi

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

Cause identifiée/solution proposée

Action proposée	
Responsable	
Mesure/suivi proposé	
Échéancier	

Cause identifiée/solution proposée

Action proposée	
Responsable	
Mesure/suivi proposé	
Échéancier	

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

