



Analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS)

(Résumé du guide HAS)

Objectifs

- Apporter aux professionnels un guide méthodologique simple et didactique
- Améliorer la qualité des analyses d'EIAS
- Développer la « culture sécurité » des professionnels du soin
- Proposer une approche fondée sur une analyse objective, une culture juste et positive de l'EIAS (apprendre de ses erreurs)

Cibles concernées : tous les professionnels du soin

Promoteurs : Haute Autorité de santé (HAS) et Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (FORAP)

Définition d'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS)

Un évènement indésirable associé aux soins répond à plusieurs critères.

Ainsi, il s'agit :

- d'un évènement défavorable survenant chez un patient ;
- associé aux actes de soins et d'accompagnement ;
- qui a ou 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 évènement inattendu.

Par ailleurs, en fonction du niveau de gravité de l'EIAS, on parlera aussi :

- d'un évènement porteur de risque (EPR) lorsque l'EIAS n'a pas eu de conséquence ou lorsque les conséquences ont pu être évitées ou limitées (EIAS dit récupéré)
- 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. La reconstitution de la chronologie de l'évènement

Objectif : comprendre ce qu'il s'est passé

Recueil chronologique des faits :

- Temporalité des faits
- Auteurs concernés
- Actions et omissions au cours du soin
- Moyens utilisés

Recueil du « témoignage du patient » (avec son accord)

Rassembler les éléments nécessaires à la compréhension de l'EIAS :

- Dossier du patient
- Emploi du temps des professionnels concernés
- Les recommandations de pratique clinique
- Les procédures de soins

2. La recherche des causes de l'évènement

Objectif : savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

Analyser les causes immédiates : comment cela est arrivé ?

Analyser les causes profondes : pourquoi cela est arrivé ?

Cette approche d'analyse approfondie des causes permet d'aller au-delà de l'erreur humaine, d'identifier puis de traiter les causes profondes afin que l'EIAS ne se reproduise pas.

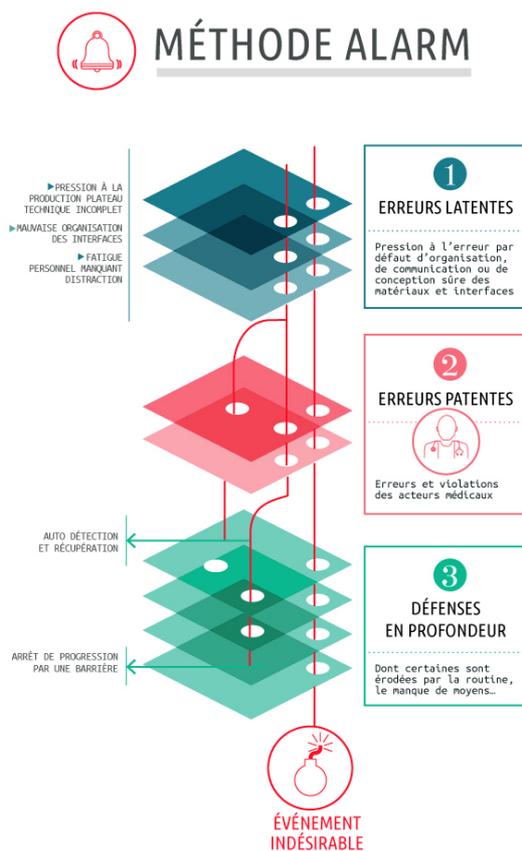
Il existe plusieurs méthodes de retour d'expérience (RMM, CREX, REMED, etc.) et d'outils pour structurer l'analyse des causes d'un EIAS (la grille ALARM, l'arbre des causes, la TAPS taxonomy, les Tempos, la grille Cadya, les 5 pourquoi, etc.). Ces dernières sont plus particulièrement orientées vers la classification des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) rencontrés hors établissement de santé.

Quel que soit l'outil ou la méthode, l'objectif est d'alimenter le questionnement. La méthode ALARM est la plus utilisée en santé : analyser un évènement indésirable, principes et objectifs :

Erreurs patentés visibles de tous : tout professionnel commet des erreurs (il est impossible d'imaginer un professionnel qui n'en fasse pas).

Erreurs latentes longtemps invisibles : dysfonctionnements dans l'organisation du travail, sa conception et sa gouvernance par la hiérarchie.

Défenses en profondeur : procédures organisées pour récupérer les erreurs des professionnels.



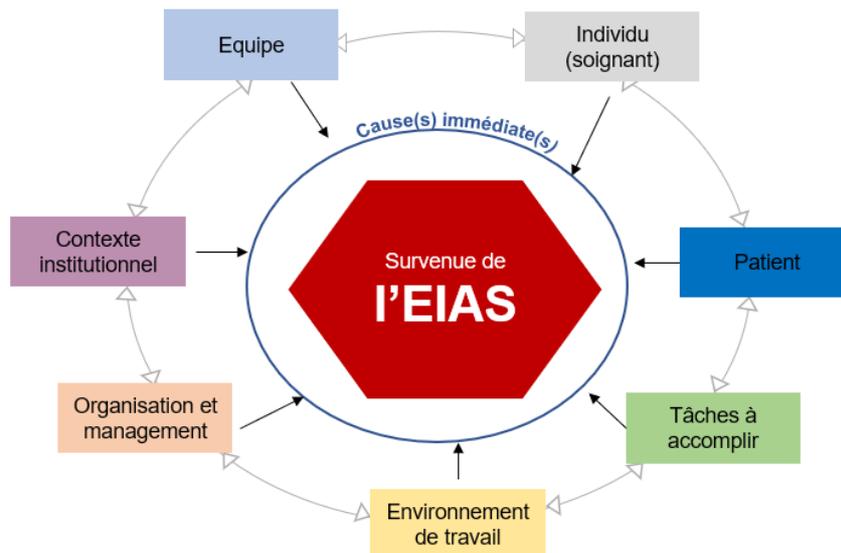
Grille ALARM commentée

- 1) Prendre en compte tout l'épisode de soins et non pas juste le moment où survient l'EIAS.
- 2) Prendre en compte le point de vue des patients et de leurs familles.
- 3) Utiliser la grille ALARM pour chaque écart identifié.
- 4) Avoir des analyses de qualité.
- 5) Prendre en compte la détection et la récupération via l'analyse des barrières.
- 6) Prendre en compte le contexte et considérer dans l'analyse le réel de l'activité.
- 7) Produire une conclusion de l'analyse et proposer des solutions :

- réorganiser les conditions de travail,
- s'interdire temporairement certaines pratiques ou activités,
- apprendre à mieux détecter et récupérer les erreurs,
- apprendre à mieux atténuer les conséquences des problèmes,
- savoir innover dans les organisations.

La grille ALARM décrit les 7 catégories à explorer permettant de rechercher les causes profondes qui ont contribué à la survenue des causes immédiates identifiées.

Étude des causes profondes de la grille ALARM



Identification des causes profondes

- Facteurs liés au patient lui-même
- Facteurs liés aux tâches à accomplir, gestes thérapeutiques
- Facteurs liés au professionnel (surcharge de travail, formation...)
- Facteurs liés à l'équipe (défaut de communication, de transmission d'informations...)
- Facteurs liés à l'environnement de travail (problème de matériel...)
- Facteurs liés à l'organisation du travail (RH, équipe de soins, cabinet de groupe)
- Facteurs liés au contexte institutionnel (règlement de l'établissement...)

Le récit du patient est impératif, l'analyse doit être collective en cas d'acteurs multiples (équipes pluridisciplinaires, structures de soins)

Les structures régionales d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients (SRA) peuvent être sollicitées pour un appui ou une expertise dans le cadre des EIAS.

Le décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 rend possible la saisie des SRA directement par le déclarant dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS (événement indésirable grave associé aux soins).

3. L'analyse des barrières de sécurité

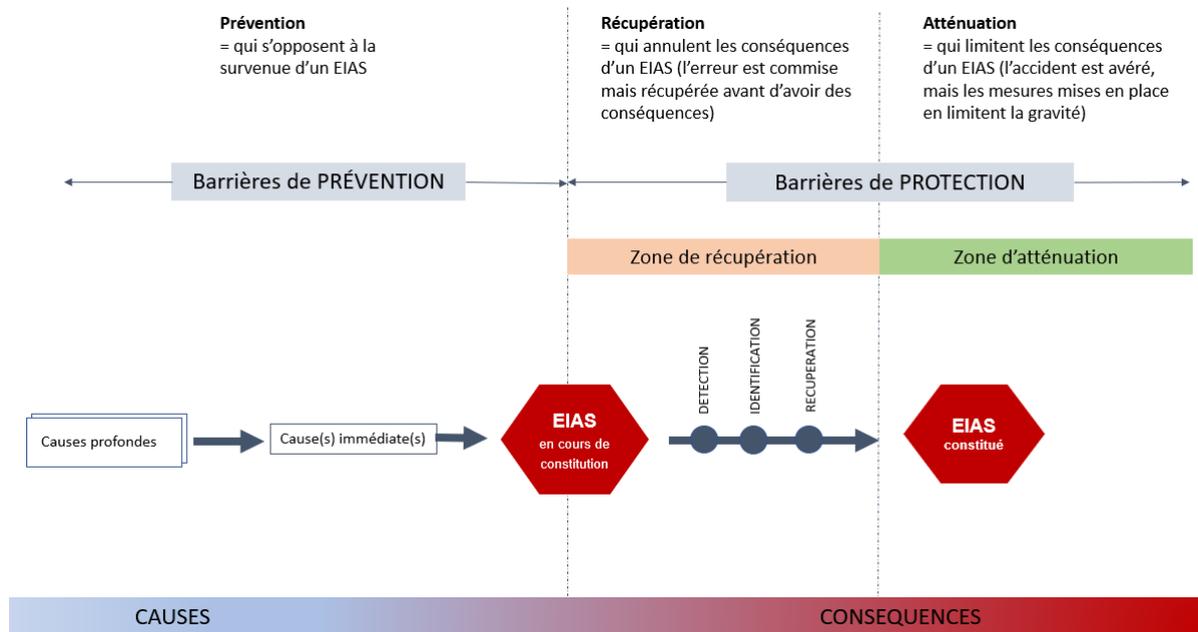
Objectif : identifier les éléments qui auraient permis d'éviter l'EIAS et les actes positifs.

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 : protocoles de soins, procédures, bonnes pratiques, règles, matériel de surveillance, alarmes, travail en équipe, check-list, information et vigilance du patient...

Les barrières de prévention permettent de diminuer la fréquence de l'EIAS

Les barrières de protection (récupération et atténuation) permettent de diminuer la gravité de l'EIAS.

Les barrières de sécurité



Prévention et protection = sécurité du patient.

Ne pas négliger les événements porteurs de risque (EPR) récupérés à leur origine qui sont en réalité des précurseurs d'EIGS.

Prévention : ce qui aurait permis d'éviter la survenue de l'EIAS.

Récupération : ce qui aurait permis de récupérer la situation et de revenir à l'état antérieur.

Atténuation : ce qui a été mis en place pour empêcher la survenue de conséquences encore plus graves.

4. Le plan d'action et le suivi

Objectif : tirer des enseignements et les rendre visibles.

Il s'agit de synthétiser les enseignements tirés de l'analyse :

- définir des objectifs d'amélioration et d'élaborer un plan d'action ;
- pouvoir mesurer et suivre dans le temps les actions d'amélioration mises en place ;
- mobiliser les professionnels de soins ;
- auto-évaluation sur l'analyse menée.

Le plan d'action doit s'inscrire dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) si existant (en structure de soins).

Pour aller plus loin

Guide de la Haute Autorité de Santé (HAS) : L'analyse des événements indésirables associés aux soins
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3293652/fr/l-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-mode-d-emploi

Outils disponibles dans le guide

- N°1 : Grille ALARM
- N°2 : L'arbre des causes
- N°3 : Tempo
- N°4 : Suivi d'action
- N°5 : Grille d'auto-évaluation
- N°6 : Exemple de grille d'entretien avec le patient
- N°7 : Information du patient

Fiches complémentaires disponibles

- Fiche n° 1 : Le retour d'expérience
- Fiche n° 2 : Quel intérêt de regrouper les EIAS en situations à risque ?
- Fiche n° 3 : La culture de sécurité
- Fiche n° 4 : Comment identifier un fait ?
- Fiche n° 5 : L'erreur humaine et les apports de James Reason
- Fiche n° 6 : Les causes immédiates et les causes profondes
- Fiche n° 7 : Les facteurs humains (FHO) et l'équipe (HRO)
- Fiche n° 8 : Les aspects juridiques
- Fiche n° 9 : Communiquer et partager

