

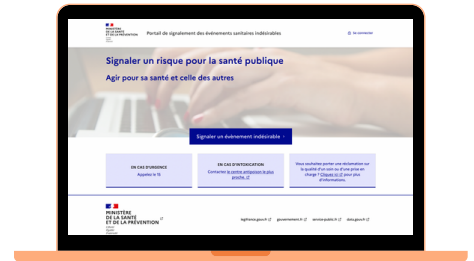
## VOILET 1



Type d'EIGS/circonstances de survenue avant/pendant/après l'EIGS  
Description chronologique (acteurs anonymes, lieux, matériels, informations utiles, pratiques impliquées)



Décès  
Mise en jeu du pronostic vital  
Probable déficit fonctionnel permanent/malformation congénitale



Démarche médico-légale (article L.1142-4 du code de la santé publique + KIT HAS mars 2011)



Cause immédiate : ce que l'on sait/voit avant l'analyse approfondie  
Il s'agit de(s) écart(s) de soins à l'origine de l'EIGS.



Réflexion pluridisciplinaire sur les défaillances organisationnelles techniques et humaines (ALARM)



qui ont fonctionné

- Dysfonctionnements
- Barrières de sécurité
- Évitabilité

qui n'ont pas fonctionné

## VOILET 2

=

Analyse approfondie



## COMMENT RÉDIGER LE VOLET 1 ?

### Pré requis

Connaitre les termes et conditions du décret du 25 novembre 2016 :

**Déclarer tout EIGS (Événement Indésirable Grave associé à des Soins) sur le portail national.**

**Notion de soins en cause amorce de l'évènement :**

Actes d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique, actes de prévention (tout soin fait non correctement ou non fait).

Ayant comme conséquence de **gravité**: le décès, la mise en jeu du pronostic vital, un probable déficit permanent y compris une malformation congénitale.

### Qu'avez-vous constaté ?\*

Nature/typologie de l'évènement indésirable : quel est l'EIGS que vous voulez déclarer ?

*Chute, suicide, surdosage médicamenteux, défaut de surveillance, erreur de diagnostic, erreur de côté, oubli d'une compresse...*

**Q** Faire une phrase d'accroche avant de renseigner les circonstances de survenue : *L'EIGS est la chute d'une résidente*

Caractéristiques du patient :

Age, antécédents, traitements (noms et doses surtout si lien possible avec l'évènement ou si risques associés) diagnostic de prise en charge, comportement, IMC, GIR, troubles cognitifs...

*Ex : se déplace avec déambulateur, la résidente était connue à risque de chute et avait été opérée d'un col du fémur 8 mois auparavant. Elle est sous anticoagulant à dose préventive (préciser nom, dose) sous neuroleptiques (préciser nom, dose) et a un comportement calme sauf la nuit où elle s'agite et fait des cauchemars.*

## Exemples en italique

## Caractéristiques de l'événement indésirable selon les circonstances de survenue dans un ordre chronologique :

Décrire comment est arrivé l'EIGS (avant sa survenue, pendant et après) :

**J1 - 20h** lors du change, l'AS P. du service et l'AS L. intérimaire (venue en renfort à la dernière minute suite à un absentéisme non programmé) recouchent la résidente pour la nuit après le change.

L'AS L. intérimaire ne connaît pas les consignes médicales (prescription de contention pour la nuit) car elle n'a pas eu le temps de lire le dossier de la résidente ni d'avoir la relève.

**20h10** : Un résident sonne et appelle en criant.

L'AS P. du service sort de la chambre et va s'occuper du résident qui voulait boire.

**20h20** : L'AS L. intérimaire restée seule dans la chambre ne met pas la barrière du lit et termine l'installation de la résidente pour la nuit. Elle transmet à l'AS P. qu'elle est installée pour la nuit. L'AS P. ne revient pas dans la chambre et elles continuent la tournée.

**J2 1h du matin** : Durant le tour de surveillance, Mme X est retrouvée inconsciente au sol sans plaie apparente par l'AS P. : la résidente est livide, marbrée, ne répond pas aux appels. Pas de déformations des membres visuels.

**1h05** Devant ces signes de gravité, l'AS P. appelle l'IDEC et le méd. co qui lui demandent de joindre le centre 15. Elle n'ose pas toucher la patiente et demande à l'AS L. de rester avec la résidente pour la surveiller.

**1h25** : Les pompiers arrivent sur les lieux suivies quelques minutes après d'une équipe de SMUR : la résidente est consciente mais semble « absente » répond aux ordres simples, elle est perfusée, prise des constantes vitales (TA 12/7 pouls 60, SAO2 100% Glasgow à 8) et elle est transférée au CH voisin en transport médicalisé par le SMUR.

**2h** : La famille est avertie par le méd co du transfert.

**J3** : Appel du médecin chef de la réanimation qui indique que la patiente est décédée des suites d'une hémorragie cérébrale.



## Quelles sont les conséquences constatées pour la personne exposée ? \*

Conséquences pour le patient (avérées ou potentielles) Exemple : Hémorragie cérébrale

- Décès
- Mise en jeu du pronostic vital (*il est nécessaire de transférer le patient, de lui faire un massage cardiaque, d'administrer des drogues ou des antidotes...sinon il ne va sans doute pas récupérer, une simple surveillance n'entre pas dans le critère de mise en jeu du pronostic vital*).
- Probable déficit fonctionnel permanent (*par exemple, si chute sur la tête et si le patient est sous anticoagulants, il est conseillé de déclarer l'événement car on sait qu'il y a un risque d'hématome cérébral, fracture fémur patient âgé...*)

## Quel est le diagnostic principal de prise en charge du patient avant la survenue de l'EIGS ?

Cela nous permet de comprendre le contexte de prise en charge et de faire le lien avec le phénomène inattendu de l'événement (urgence, patient complexe ou pas, à risque ou pas...)

## Quelles sont vos premières hypothèses de causes de survenue de cet événement ?

Ce sont les premières pistes d'explications données par l'équipe sur les raisons de l'EIGS avant d'avoir fait l'analyse approfondie en équipe.



## COMMENT RÉDIGER LE VOLET 2 ?

### Pré requis

Réaliser l'analyse approfondie selon la méthode ALARM en équipe pluridisciplinaire.

Connaitre et distinguer les termes de causes immédiates et profondes.

**Avez-vous identifié une ou des causes immédiates à l'évènement ?\***

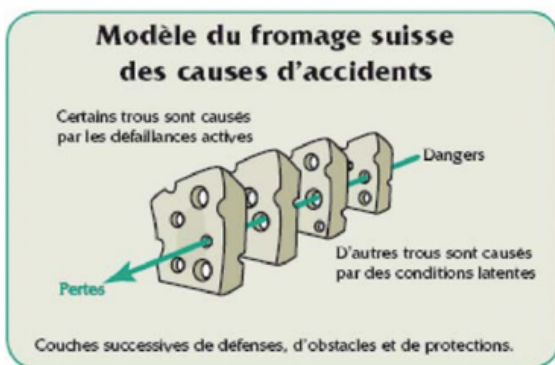
**Dans la plupart des cas, il est nécessaire de cocher oui à la cause immédiate car l'origine de l'EIGS est par définition lié à un soin.**

La cause immédiate = ce que l'on sait/voit avant de faire l'analyse approfondie (*erreur de dose de morphine/surdosage*) qui a déclenché l'évènement indésirable (*détresse respiratoire*).

Il s'agit de l'écart entre le résultat attendu (*soulager la douleur du patient*) et le résultat obtenu (*mise en jeu pronostic vital, antidote/réa*) lors des différentes missions et soins donnés par des professionnels de santé (une secrétaire ne peut être à l'origine d'un EIGS).

ET cela ne peut donc pas être le patient !

⚠ : s'il s'agit d'un suicide, d'une TS, d'une chute, d'une fugue = on recherche le défaut de soin, de surveillance, de détection de risque (ce que l'on attendait comme prise en charge pour le patient).



**Cause(s) immédiate(s) (erreurs humaines, patentes, actives, individuelles) :**

Rechercher le soin non fait par un professionnel de santé habilité ou fait incorrectement à l'origine de l'évènement indésirable (actes de prévention, diagnostic, traitement, réhabilitation).



## Causes profondes ou favorisants (erreurs latentes, systémiques) :

Ce sont les failles, les dysfonctionnements, les barrières de sécurité érodées qui ont permis à l'EIGS de se poursuivre et/ou d'être favorisé.

Ce sont les **causes profondes** (ou causes racines) de l'accident. Ils sont les **causes** des écarts de soin retrouvés précédemment (ils contribuent indirectement à l'évènement, expliquent le contexte et pourquoi il a pu se produire).

Sept catégories de facteurs latents ont été individualisées (voir [Alarm commenté HAS](#)) :

*Ex de causes profondes (cf chronogramme) :*

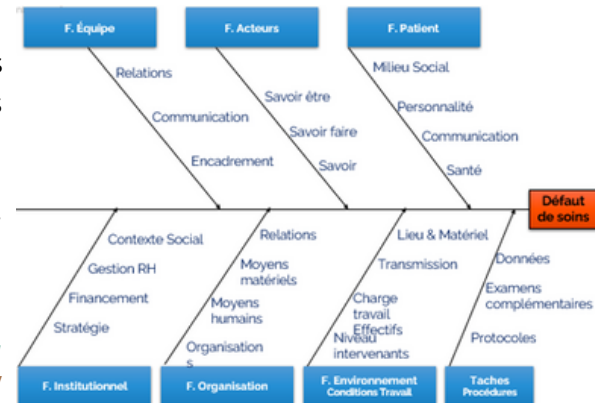
*Patient : patiente âgée, GIR 3 / Tâches : méconnaissance du*

*protocole prévention chutes/ Individu : personnel vacataire/*

*Equipe : prescriptions non lues, absence de relève/*

*Environnement de travail : période de nuit/ Organisation et au management : absence inopinée,*

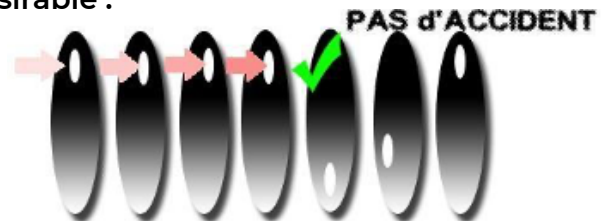
*Gestion RH perfectible/Institution : pas de CREX chute mis en place*



## Éléments de sécurité ou barrière :

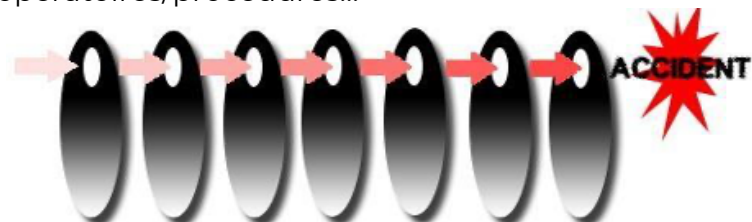
Ont-elles été suffisantes ? Adaptées ? Utilisées ? Y avait-il des barrières pour prévenir l'évènement ?

1) Barrières qui ont fonctionné : Qui ont permis de récupérer ou de limiter la gravité de l'évènement indésirable :



2) Barrières qui n'ont pas fonctionné et auraient pu empêcher la survenue de l'évènement ou limiter ses conséquences :

ce qu'il aurait fallu faire, les modes opératoires/procédures...



3) Pour analyser les barrières il s'agit de passer en revue et d'analyser les barrières de :

- Prévention : qui s'opposent à la survenue de l'évènement (*procédures, contrôles au lit du patient...*)
- Récupération : qui permettent d'annuler les conséquences d'un évènement
- Atténuation : qui permettent de limiter les conséquences

## L'évitabilité :

- Inévitable
- Probablement Inévitable
- Probablement évitable
- Évitable



Un EIGS est un évènement non prévu, inattendu en regard de l'état du patient et de sa pathologie. Il est donc rare de cocher inévitable ou probablement inévitable (cela peut être acté en fin d'analyse, lors d'un décès inexpliqué, un aléa thérapeutique...)

## Mesures prises et envisagées (plan d'action)

Différencier les objectifs (ce que l'on veut atteindre) des actions (moyens, mise en œuvre pour y parvenir) :

**Objectif : Améliorer la prise en charge médicamenteuse.**

**Action : Former 50% de l'effectif IDE à la formation prévention des erreurs médicamenteuses en 2023 et 50% en 2024 (dire qui est responsable de l'action/la tracer sur le PAQSS/échancier/indicateur suivi, impact...)**

Il faut que les actions répondent aux failles analysées (causes immédiates et profondes) et sécurisent les prises en charge futures.

- 3 ou 4 actions maximum mais en lien avec les points à améliorer, les pratiques à risques, et une évaluation prévue pour mesurer l'efficacité sur le terrain.

Et communiquer+++++++ pour un retour d'expérience utile, pédagogique et donc sécurisant.



*L'homme sage apprend de ses erreurs, l'homme plus sage encore apprend des erreurs des autres*

Confucius



L'approche non punitive des erreurs permet de favoriser la déclaration et l'analyse de l'événement.

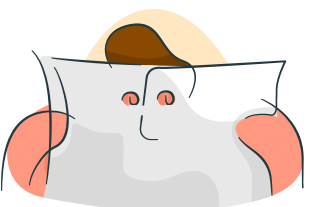
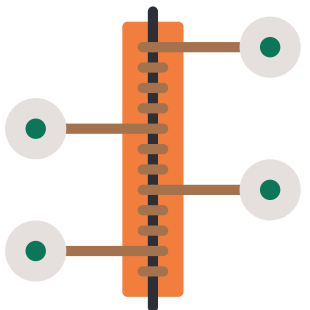
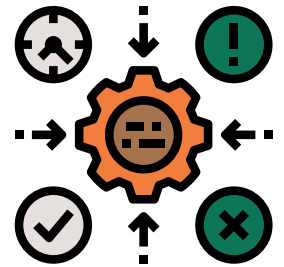
Ne pas chercher le coupable mais chercher à comprendre le contexte.

Le déroulement des faits est chronologique.

V1 : Faire apparaître uniquement les faits utiles à la compréhension et liés à l'événement.

V2 : l'analyse est faite en équipe pluridisciplinaire.

Respect de l'anonymat (IDE 1, interne 1...)



### Causes profondes ou favorisants (erreurs latentes, systémiques) :

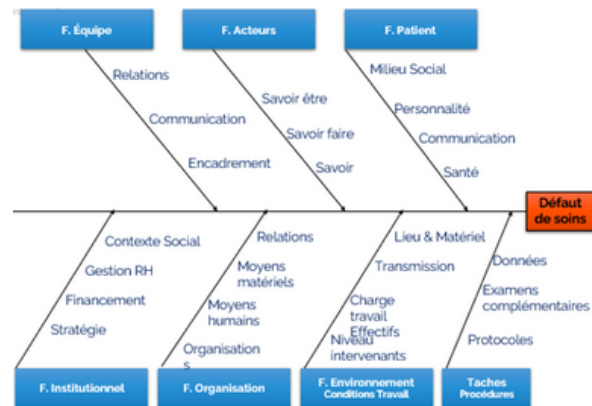
Ce sont les failles, les dysfonctionnements, les barrières de sécurité érodées qui ont permis à l'EIGS de se poursuivre et/ou d'être favorisé.

Ce sont les causes profondes (ou causes racines) de l'accident. Ils sont les causes des écarts de soin retrouvés précédemment (ils contribuent indirectement à l'évènement, expliquent le contexte et pourquoi il a pu se produire).

Sept catégories de facteurs latents ont été individualisées (voir Alarm commenté HAS) :

Ex : défaut de formation/actes en série/organisation du service/retour de congés maternité ....

Grille ALARM Commentée HAS. Cette grille est divisée en deux sections principales : 'Facteurs liés au patient' et 'Facteurs liés aux tâches à accomplir'. Elle contient des questions sous diverses catégories : Antécédents, Etat de santé (pathologies, comorbidités), Traitements, Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux, Relations conflictuelles, Protocoles, et Résultats d'examen complémentaires. Des cases à cocher (oui/non) sont présentes pour chaque question.



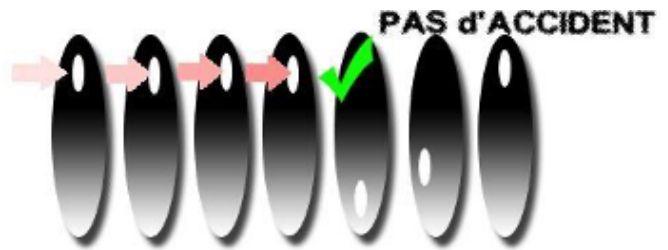
### L'évitabilité :

- Inévitable
- Probablement Inévitable
- Probablement évitable
- Évitable



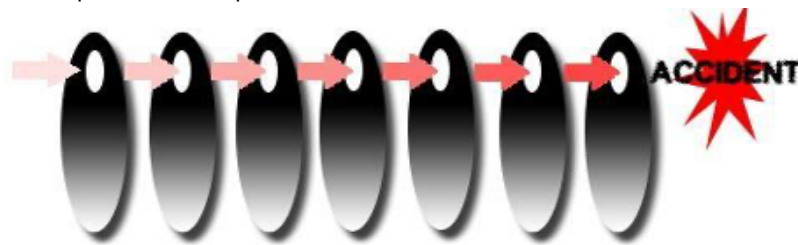
Un EIGS est un événement non prévu, inattendu en regard de l'état du patient et de sa pathologie. Il est donc rare de cocher inévitable ou probablement inévitable (cela peut être acté en fin d'analyse, lors d'un décès inexplicé, un aléa thérapeutique...)

1) Barrières qui ont fonctionné : Qui ont permis de récupérer ou de limiter la gravité de l'évènement indésirable :



2) Barrières qui n'ont pas fonctionné et auraient pu empêcher la survenue de l'évènement ou limiter ses conséquences :

ce qu'il aurait fallu faire, les modes opératoires/procédures...



### Éléments de sécurité ou barrière :

Pour analyser les barrières il s'agit de passer en revue et d'analyser les barrières de :

- Prévention : qui s'opposent à la survenue de l'évènement (*procédures, contrôles au lit du patient...*)
- Récupération : qui permettent d'annuler les conséquences d'un évènement
- Atténuation : qui permettent de limiter les conséquences

Ont-elles été suffisantes ? Adaptées ? Utilisées ? Y avait-il des barrières pour prévenir l'évènement ?

