

## Questions nécessitant un point d'attention

### Qu'avez-vous constaté ?

Description détaillée, précise, factuelle et chronologique des faits

### Aller à l'essentiel :



Nommer l'Événement  
Indésirable Graves liés aux Soins (EIGS)  
Expliquer ce qu'il s'est passé

### Critères obligatoires de l'EIGS

**Inattendu** = Non prévisible au regard de l'état de santé et de la pathologie  
+++++

**Grave** = Décès, Mise en jeu du pronostic vital, Probable déficit fonctionnel permanent

**Liés aux soins** = thérapeutique, diagnostique, esthétique, prévention

Un EIGS peut être lié à une vigilance (pharmacovigilance, hémovigilance...) Il faut alors réaliser une autre déclaration si l'EIGS est lié à une vigilance. Pour cela, le portail de signalement permet de cocher plusieurs cases en même temps, afin de réaliser les déclarations simultanément et ne pas ressaisir les informations générales.

## Les attendus

### Il faut être capable de nommer l'évènement grave inattendu lié aux soins

#### Nos conseils :

Description courte de l'EIGS mais qui doivent renseigner les éléments ci-dessous



#### Éléments importants à renseigner

Si l'écart de soins est évident, noter-le. (exemple : erreur de dosage d'un médicament)  
Si l'écart ne soin n'est pas évident et que c'est le caractère inattendu de l'événement qui vous a poussé à déclarer, renseigner la case « hypothèses de survenue de l'évènement » dans la question dédiée.

#### Écart de soins possible :

Erreur, oubli, confusion, mauvais geste, défaut de surveillance, retard...

**La circonstance immédiate de l'accident** (chute, fausse route, suicide, disparition, corps étranger, infection, transfert...)

**Le ou les dangers associés** (médicament, rayonnement, agent pathogène, acte...)

**Le contexte du patient** (sexe, âge...)

**Le contexte du secteur** (EHPAD, ville, bloc opératoire...)

## Pour mieux comprendre

### Exemples de constats attendus

Exemple 1 et 2 : nature de l'écart de soin identifiée au stade volet 1

- 1- Une erreur d'administration d'un médicament en service d'endocrinologie d'un patient de 60 ans ayant entraîné la mise en jeu de son pronostic vital
- 2- Défaut de contention qui a entraîné la chute d'un homme âgé de 80 ans de son fauteuil avec pour conséquence un hématome sous dural. (EHPAD)

Exemple 3 et 4 : nature de l'écart de soin non retrouvée au stade du volet 1

- 3- Patient de 60 ans sans antécédent particulier retrouvé mort dans sa chambre dans la suite d'une chirurgie de la hanche.
- 4- Tentative de suicide d'une femme hospitalisée pour une appendicectomie sans antécédent psychiatrique.

## Questions nécessitant un point d'attention

L'analyse approfondie des causes est-elle obligatoire ?

**Oui**

Indispensable pour la déclaration du volet 2

**Ce qu'il ne faut pas faire : ne pas impliquer ...**

- l'équipe concernée par l'analyse
- les référents gestionnaires des risques de votre établissement
- les autres établissements ou professionnels impliqués dans la survenue de l'EIGS
- Ne chercher pas des coupables



**Ce qu'il faut faire**

Mettre l'évènement dans une perspective de parcours de soins  
Communiquer



## Les attendus

Les essentiels pour une analyse pertinente et complète

**Les étapes de l'analyse**

- Faire un **chronogramme** factuel
- Rechercher des recommandations de **bonnes pratiques**
- Organiser une **analyse collective avec les professionnels concernés**



**A rajouter à l'analyse et à bien renseigner :**

- Le diagnostic de prise en charge
- La complexité de la situation clinique du patient
- Le but de l'acte de soins AVANT la survenue de l'EIGS

## Pour mieux comprendre

Quelques outils pour aller plus loin



- [Guide méthodologique de Revue Morbidité et Mortalité](#)
- Chronogramme
- [ALARM](#)



## Questions nécessitant un point d'attention

1

### Pourquoi cet EIGS a pu arriver ?

Description détaillée, précise, factuelle et chronologique des faits

2

### Quels sont les facteurs latents qui ont favorisé indirectement cette cause immédiate ?



#### Piège à éviter : ne pas...

- attribuer les causes profondes uniquement au patient
- analyser les causes indirectes organisationnelles, humaines et techniques



## Les attendus



### Identifier la ou les cause(s) immédiate(s)

Erreur ou défaut de prise en charge dont la conséquence est directement à l'origine de l'évènement (EIGS)



### Identifier la ou les cause(s) profonde(s)

→ Facteurs de la **grille ALARM**

- Le patient/résident (âgé, non-communicant, co-morbide...)
- Les tâches (complexes par ex)
- Les professionnels (intérim, étudiants etc....)
- L'équipe (communication...)
- L'environnement
- L'organisation et au management (manque de supervision...)
- Le contexte institutionnel (manque de moyens...)

## Pour mieux comprendre

### Exemples de causes immédiates

- Mauvaise évaluation diagnostique
- Non réalisation d'une surveillance indiquée
- Retard dans la mise en œuvre d'un acte
- Erreur lors d'un examen (préparation ou technique)
- Un retard dans la mise en œuvre d'un examen,
- Une erreur lors d'un acte (préparation ou technique)
- etc.

### Exemples de Facteurs de la grille ALARM

Lié au **patient** : personne âgée co-morbide

Lié aux tâches non-respect de la procédure de rangement de l'armoire à pharmacie

Lié aux **professionnels** : IDE intérimaire, règle des 5B non appliquée

Lié à l'**équipe** : absence de transmissions et de relève

Lié à l'**environnement** : absence de consignes concernant le rangement des médicaments

Lié à l'**organisation et au management** : non remplacement de l'ide manquante par l'encadrement.

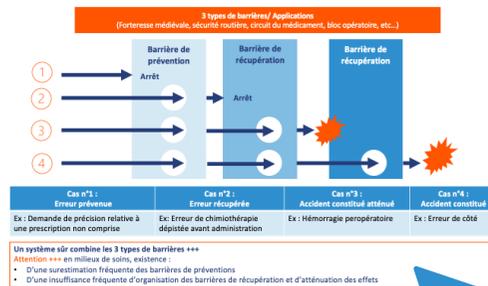
Lié au contexte **institutionnel** : culture du risque insuffisamment développé

## Questions nécessitant un point d'attention

3

### Existait-il des barrières qui sont des actions, des mesures de sécurité

- Qui ont fonctionné ?  
(et empêcher la survenue de l'EIGS ou diminuer les conséquences de cet événement) ?
- Qui n'ont pas fonctionné ?



4

Si la prise en charge avait été différente, l'événement serait-il arrivé ?

## Les attendus

### Identifier l'ensemble des barrières de sécurité :

Des barrières de prévention, de récupération et d'atténuation existent très souvent.

**Faire** la liste de ces barrières existantes, celles qui ont fonctionnées, celles qui n'ont pas fonctionnées.

→ Pour les barrières qui n'ont pas fonctionnées, **s'interroger** sur la cause de cette défaillance : pourquoi vous n'avez pas réussi à récupérer l'EIG

### Répondre sur l'évitabilité de cet EIGS à l'issue de l'analyse collective

Cet item concerne l'évitabilité de l'événement, et non l'évitabilité de la conséquence de l'événement.

## Pour mieux comprendre

### Exemples de barrières

- Barrières qui ont fonctionné
  - Antidote administré
  - Prise en charge rapide du patient en réanimation
- Barrières qui n'ont pas fonctionné
  - La règle des 5B
  - Protocole non suivi
  - Contrôle croisé

### Exemples d'inévitabilité

L'erreur d'administration était-elle évitable ?

- Aléa thérapeutique
- Décès inexpliqué et non prévisible
- Défaillance/ défaut de matériel imprévisible
- Problème technique (incendie...)

## Questions nécessitant un point d'attention

5

Quelles sont les actions à mettre en place pour éviter la **récidive** de cet EIGS ?



**Piège à éviter : ne pas...**

- mettre un nombre important d'actions
- tarder à la mise en œuvre des actions induisant un risque de récurrence de l'évènement.
- proposer une action qui existe déjà au sein de l'établissement



**Ce qu'il faut faire :**

- Les actions mises en place doivent répondre à un facteur contributif retrouvé lors de l'analyse.
- La mise en place d'une barrière de récupération peut aussi être une action à mettre en œuvre
- Mettre un pilote de l'action



## Les attendus



**Proposer un plan d'actions**

Question à se poser pour la mise en place de l'action :

- Qui ?
- Quand ?
- Comment ?
- Quoi ?
- Avec qui ?
- Où ?
- Pourquoi ?

**Nos conseils :**

- Actions ciblant l'EIGS
- Choix d'actions **faisables** rapidement (pour **éviter les récurrences**)
- Tableau de bord et suivi des actions prévues
- Prévion de mesures dérogatoires si l'action nécessite du temps



## Pour mieux comprendre

Quelques exemples sur le cas d'erreur médicamenteuse :

- Séparer les produits médicamenteux similaires de l'armoire à pharmacie
- Former les professionnels à la règle des 5 B avec le rappel des 12 never events
- Sensibiliser les professionnels sur la ressemblance des produits médicamenteux

