

**NUMÉRO
SPÉCIAL**

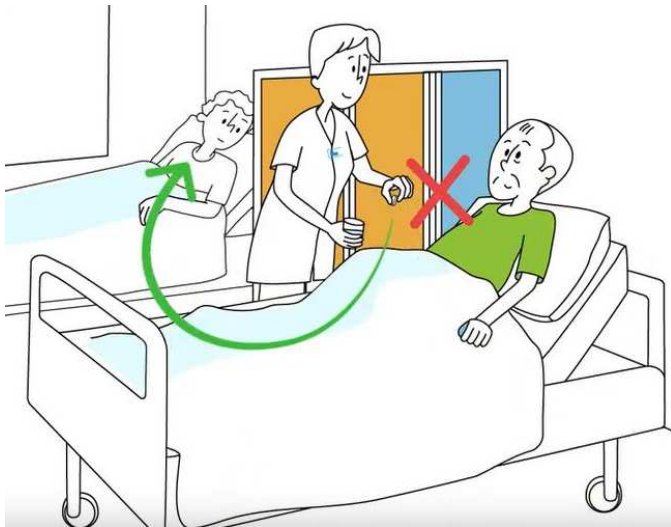
Évènements indésirables

Toute déclaration a pour but d'améliorer la visibilité et la connaissance des évènements indésirables (EI), de repérer les risques liés aux activités, d'en analyser les causes sans rechercher de faute éventuelle.

Chaque agent doit signaler tout incident, risque d'incident ou accident dont il est témoin et qui révèle un défaut dans l'organisation ou le fonctionnement de l'hôpital, qu'il ait eu des conséquences dommageables ou pas et doit en informer son responsable de service dès que possible.

En aucun cas, cela ne vient se substituer aux réflexes de prévention et de réaction que les professionnels doivent mettre en œuvre en présence d'une situation, d'un risque ou d'un événement critique. Elle ne tient pas lieu de signalement. Les circuits traditionnels de signalement en présence d'un risque clinique, logistique ou matériel demeurent : chef de service, cadre de proximité, administrateur de garde. En revanche, en lien avec le service qualité, l'analyse de la fiche peut permettre de comprendre pourquoi ce dysfonctionnement se reproduit fréquemment.

Évènements indésirables (EI) : Accident, incident ou tout dysfonctionnement qui perturbe la bonne marche de l'établissement et/ou qui nuit à la qualité de la prise en charge du patient, qui peut être dommageable révélant un état de risque, d'insécurité pour les patients, les professionnels, les visiteurs ou les biens.



Événement indésirable associé aux soins (EIAS) est :

- un évènement défavorable survenant chez un patient/résident
- qui est associé aux actes de soins et d'accompagnement
- qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour le patient /résident
- 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/résident, c'est un événement inattendu

Un « presque accident » est un évènement indésirable qui n'a pas provoqué de dommage. Le « presque accident » est parfois également appelé « presque atteinte » car les actes réalisés auraient pu causer un évènement indésirable si des mesures correctives n'avaient pas été prises à temps. Sa déclaration est fortement recommandée.

Les Never Events sont des évènements évitables qui n'auraient pas dû survenir si des mesures de prévention adéquates avaient été mises en œuvre. Ces erreurs ont été identifiées comme des évènements qui ne devraient jamais arriver et concernent principalement le champ du médicament.

« Même si je ne travaille pas en service de soins je suis aussi concerné par l'analyse des EI »

Gestion des EI

Une nouvelle feuille, un nouveau circuit



JE SIGNALE



Lors de la dernière visite de certification, les éléments suivants ont été pointés du doigt concernant les évènements indésirables:

- Déficit de culture de déclaration des EIAS
- Charte d'incitation à la déclaration non connue des professionnels
- Taux très bas de déclaration
- Notion de presqu'accident pas encore bien connue des professionnels

De plus, l'analyse des déclarations effectuée par le service qualité a fait apparaître d'autres observations :

- Formulaire de déclaration très souvent mal complété car trop compliqué
- Gravité de l'évènement mal cotée
- Gestion et suivi des déclarations perfectibles
- Faible taux de retour des pilotes désignés
- Propos parfois excessifs des soignants

Afin de développer la déclaration des évènements indésirables sur Blue Kango, plusieurs actions ont été menées :

- Simplification de la fiche de déclaration des EI
- Mise à jour de la procédure de gestion et de suivi des EI
- Désignation d'un gestionnaire des FSEI (voir gestion et circuit ci-dessous)
- Utilisation de l'échelle de cotation de la gravité du CH Lisieux, plus simple à appréhender
- Implication des pilotes désignés pour donner une réponse rapide à l'évènement
- Fréquence mensuelle de revue des EI et communication aux agents.
- Affichage dans toutes les chambres du SMR des coordonnées des RU et de la possibilité de déclarer un EIAS par courrier à la direction
- Rappel aux équipes de la nécessité de déclarer les EI

ACCIDENT DU TRAVAIL

VIGILANCES

TYPE D'EVENEMENT

CRITICITE

SUITE DONNEE A LA FSEI

PILOTE DE L'ACTION

ACTIONS



GESTIONNAIRE FSEI

Une nouvelle charte



CHARTRE DE CONFIANCE ET D'INCITATION A LA DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Je suis auteur, témoin ou victime d'un évènement qui perturbe le fonctionnement de l'établissement et qui peut porter atteinte à la sécurité des biens ou des personnes (patients, résidents, visiteurs et salariés)

- 1** Je le déclare spontanément et sans délai
- 2** J'utilise l'application de déclaration sur Blue Kango
- 3** Mon signalement est adressé au service qualité
- 4** J'ai la certitude de ne pas être inquiété par ma déclaration sauf en cas de manquement délibéré ou répété aux règles
- 5** Je permets par ma déclaration l'identification et l'analyse des causes, la mise en place des actions préventives et ou correctives nécessaires
- 6** Je suis ainsi un professionnel acteur de la démarche qualité de l'établissement

Déclarer un évènement indésirable c'est protéger les autres et se protéger soi

CENTRE HOSPITALIER de Pont l'Evêque

CGDR/PT/01-22-04.22 - Date de modification : 14/03/24 Version B

Testez vos connaissances sur les EIGS !



Signaler un risque pour la santé publique
Agir pour sa santé et celle des autres



Testez vos connaissances
EIGS ? Pas EIGS ?



COMMENCER



INATTENDU

EIGS ?

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

ars
Agence Régionale de Santé Normandie

Les EIGS



Evènements Indésirables Graves associés aux soins

Un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) est « un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont 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 ».

Exemples d'EIGS

Un décès sur un retard de prise en charge post opératoire qui se complique

Une chute de patient dans un service de médecine suivi d'une prise en charge au bloc opératoire entraînant un déficit fonctionnel (post hospitalisation)

Une erreur de délivrance d'un médicament suite à un défaut de vérification de l'identité du patient. Patient décédé.

Un surdosage en morphine causé par une erreur de programmation du débit du pousse seringue électrique. Pronostic vital engagé

Tous les évènements indésirables méritent d'être analysés afin de comprendre les raisons de leur survenue et définir les actions à mettre en œuvre afin d'éviter leur réitération. Les évènements graves sont déclarés à l'ARS afin de développer un partage d'expérience au niveau régional. Ces évènements une fois anonymisés du nom de l'établissement sont transmis à la Haute autorité de santé (HAS) qui les exploite pour réaliser un retour d'expérience national en identifiant des préconisations pour améliorer la sécurité des patients. La déclaration d'un EIGS se fait au Point Focal Régional de l'ARS par télé déclaration à partir du portail des signalement;

E I → G + S

L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE EST-IL INATTENDU ?

A-T-IL ENTRAÎNÉ DES CONSÉQUENCES POUR LE PATIENT ?

GRAVE TEL QUE ?

- Le décès ?
- La mise en jeu du pronostic vital ?
- Un probable déficit permanent ?
- Une malformation congénitale ?

EST-IL DIRECTEMENT ASSOCIÉ À DES SOINS RÉALISÉS LORS :

- D'investigations ?
- De traitement ?
- D'actes médicaux ?
- Ou d'actions de prévention ?

Par exemple: un défaut de soins

Posez vous toutes ces questions et procédez par élimination OUI OU NON

Vous devez avoir **100%** de **OUI** à toutes ces questions pour affirmer qu'il s'agit d'un EIGS ! 😊

*Selon la définition du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

octobre 2022

EPR - PRESQU'ACCIDENT
Evènement n'ayant pas engendré de conséquence grave pour le patient

EVÈNEMENT INDÉSIRABLE :
« Constitue un évènement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement » ART. R. 6111-1.

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE GRAVE
ayant pour conséquences avérées :
Décès, mise en jeu du pronostic vital (hospitalisation en réanimation ou ré-intervention non programmée au décours d'un acte thérapeutique) ou perte permanente de fonction

Déclaration sur le portail des signalements

Déclaration sur le logiciel interne de l'établissement

Les EIGS

Quelques données qui parlent d'elles-mêmes



3088 EIGS enregistrés à la HAS

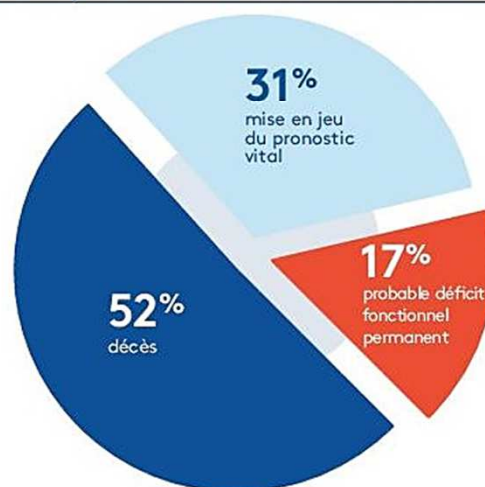


56% des EIGS sont évitables en 2020

Caractéristiques des EIGS déclarés en 2020

- Autant d'hommes que de femmes, **54%** de EIGS après 60 ans (1 EIGS sur 2 après 60 ans)
- 12%** des EIGS concernent un acte diagnostique **80%** un acte thérapeutique
- 58%** se déroulent sur une période de vulnérabilité (nuit, week-end, jour férié)
- 49%** des EIGS concernent des situations où la prise en charge du patient était urgente
- 83%** des EIGS sont déclarés par les établissements de santé, **11%** par les structures médico-sociales et **4%** par la ville.

Conséquences des EIGS déclarés en 2020



Dans 93% des cas, une information sur l'EIGS est délivrée au patient ou à ses proches

Tous les suicides déclarés en établissements de santé surviennent en secteur psychiatrique

43 % des déclarations d'EIGS en lien avec un suicide ont eu lieu dans un autre secteur d'hospitalisation que le secteur psychiatrique (retour d'expérience national).

FAUX

Les EIGS liés aux systèmes d'information sont des risques émergents qui peuvent conduire au décès du patient

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le décès du patient est observé dans près d'1 cas sur 3 (retour d'expérience).

VRAI

Les EIGS n'ont des conséquences que pour les patients et leurs proches

Les conséquences de l'EIGS touchent en premier lieu la personne exposée et son entourage ; mais dans 50 % des déclarations, l'événement a eu des conséquences pour les professionnels ; c'est la notion de seconde victime (cahier technique).

FAUX

Les EIGS ne sont pas uniquement déclarés à l'hôpital

Depuis l'ouverture du dispositif EIGS, 13 % ont été déclarés dans les structures médico-sociales et 4 % en ville ou au domicile du patient (cahier technique).

VRAI

L'importance de l'analyse des EI

Tout EI quelque que soit son niveau de gravité peut être analysé en équipe. Chaque service, reçoit à ce titre un tableau mensuel récapitulatif des EI qu'ils ont déclarés. **Un service qui ne déclarerait pas d'EI démontre une très faible culture de la qualité et de la sécurité des soins.**

L'analyse est essentielle afin de repérer et comprendre ces événements, si besoin avec d'autres services afin d'en tirer des enseignements pour l'avenir et éviter ainsi qu'ils ne se reproduisent.

Passer du temps sur l'analyse et la déclaration d'un EI, ce n'est pas perdre du temps, c'est enrichir la culture sécurité en équipe

La méthode d'analyse ALARM, c'est quoi ?

C'est un protocole d'analyse qui consiste, à partir d'une collecte de données, à chercher à comprendre l'ensemble des facteurs contributifs à la survenue d'un Événement Indésirable Grave (EIG) ou d'un Événement Indésirable Associé aux Soins (EIAS). Nous l'utilisons déjà dans l'établissement, notamment lorsque nous effectuons des CREX (Comité de Retour d'Expérience).

La grille ALARM-E est utilisée pour analyser :

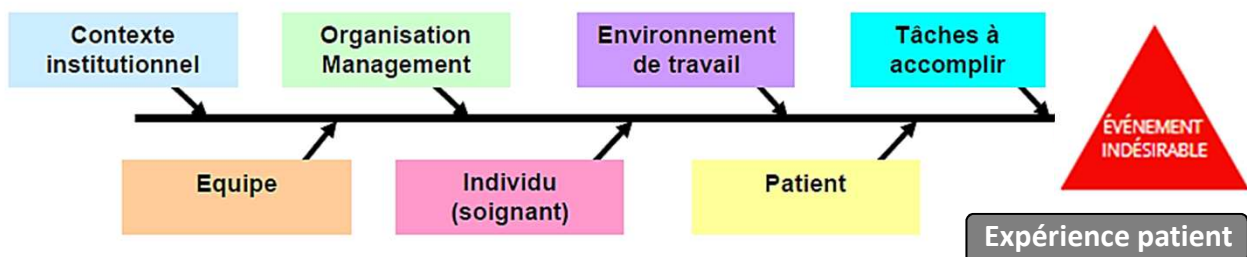
- Les Presqu'accidents (défaillance survenue avant un accident).
- Les Événements Indésirables en équipe.
- Pour les CREX (en complément de la méthode Orion).

ALARM → ALARM-E

La méthode ALARM a été actualisée devenant ALARM-E (E pour étendue en français).

Elle prend en compte 4 points-clés supplémentaires lors de l'analyse d'un EI :

- L'expérience du patient
- L'épisode de soins
- Les modalités de détection et de récupération de l'EIAS
- Le contexte



Dans l'analyse de l'événement indésirable relative à l'expérience patient, on contrôlera :

- Que l'annonce des dommages associés aux soins a été faite au patient et/ou à l'entourage (personne de confiance...).
- Que cette annonce fait l'objet d'une traçabilité dans le dossier médical.
- Que le recueil du vécu du patient par rapport à l'EI à fait l'objet d'un échange avec au moins un membre de l'équipe. Cette expérience du patient peut être tracée dans une fiche de signalement des événements indésirables ou être conservée par l'équipe en vue du futur.

La grille Alarm-e

Grille ALARM-E. Facteurs contributifs par catégorie (liste indicative) (version TL 28/11/2023)		O/N
1. Facteurs liés au patient		
1.1	Antécédents	
1.2	Etat de santé (pathologies, co-morbidités)	
1.3	Traitements	
1.4	Personnalité, facteurs sociaux et familiaux	
1.5	Relations conflictuelles	
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir		
2.1	Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)	
2.2	Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)	
2.3	Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)	
2.4	Définition des tâches	
2.5	Programmation, planification	
3. Facteur lié à l'individu (soignant)		
3.1	Qualifications, compétences	
3.2	Facteurs de stress physique ou psychologue	
4. Facteurs liés à l'équipe		
4.1	Communication entre professionnels (ø prescription illisible)	
4.2	Communication vers le patient et son entourage	
4.3	Informations écrites (dossier patient, etc.)	
4.4	Transmissions et alertes	
4.5	Répartition des tâches	
4.6	Encadrement, supervision	
4.7	Demandes de soutien ou comportements face aux incidents	
5. Facteurs liés à l'environnement de travail		
5.1	Administration	
5.2	Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)	
5.3	Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites	
5.4	Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)	
5.5	Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)	
5.6	Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)	
5.7	Charge de travail, temps de travail	
5.8	Retards, délais	
6. Facteurs liés à l'organisation et au management		
6.1	Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)	
6.2	Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant	
6.3	Politique de formation continue	
6.4	Gestion de la sous-traitance	
6.5	Politique d'achat	
6.6	Définition du process	
6.7	Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement	
6.8	Ressources financières	
7. Facteurs liés au contexte institutionnel		
7.1	Politique de santé publique nationale	
7.2	Politique de santé publique régionale	
7.3	Systèmes de signalement	
8. Expérience du patient sur l'EI		
8.1	Annonce du dommage lié aux soins effectué (Préciser date, patient et/ou entourage [personne de confiance?])	
8.2	Expérience du patient recueillie concernant l'EI (préciser texte libre)	
8.3	Souhait du patient de participer à un éventuel CREX / RMM avec l'équipe	

L'importance de l'analyse des EI

Qu'est ce qu'un CREX?

C'est une démarche collective, organisée, rétrospective et systémique de recueil et d'analyse des défaillances produites lors de la prise en charge d'un patient. Il consiste à identifier ce qui s'est passé (EI) avec l'objectif de la mise en œuvre et le suivi d'action(s) pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. C'est une démarche de gestion des risques, qui contribue à une prise en compte constructive de l'événement survenu en vue d'améliorer la qualité des soins.

« culture positive de l'erreur »



La méthode d'analyse ORION, c'est quoi ?

LES 6 ETAPES DE LA METHODE ORION

1. collecter les données,
2. reconstituer la **chronologie de l'événement**,
3. identifier les écarts,
4. identifier les facteurs contributifs et les facteurs influents,
5. proposer les actions à mettre en œuvre,
6. rédiger le rapport d'analyse.

La méthode Orion[®] est une démarche d'analyse visant à identifier les causes profondes des événements indésirables. Elle se distingue par sa simplicité et son accessibilité, permettant à tous les professionnels de terrain de contribuer à l'analyse des incidents.

Cette méthode s'inscrit dans une approche globale de l'amélioration de la sécurité des usagers, en contraste avec la recherche de responsabilités individuelles.

Quels sont ses objectifs ?

L'objectif principal de la méthode Orion[®] est d'améliorer l'organisation dans son ensemble en identifiant les causes profondes des événements indésirables. Elle vise à favoriser une culture de sécurité et à contribuer à la réduction des risques pour les patients et les personnes accompagnées. En s'appuyant sur une analyse systémique, la méthode Orion[®] cherche à répondre à deux questions essentielles :

- Pourquoi cet événement indésirable s'est-il produit ?
- Les mesures en place étaient-elles suffisantes pour l'empêcher ?

Les événements indésirables compatibles avec Orion[®]

La méthode d'analyse peut être utilisée en Comité de Retour d'Expérience (CREX) pour analyser tout type d'événement indésirable dans le secteur de la santé.

Que ce soit un incident médical, une erreur de traitement, une complication inattendue, ou tout autre événement à risque, la méthode Orion[®] peut aider à comprendre les facteurs qui ont contribué à l'incident et à proposer des actions correctives.

L'analyse des Événements Indésirables limite la survenue d'accident