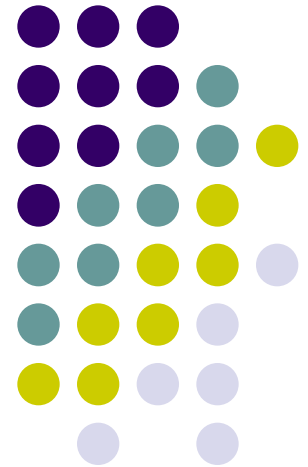


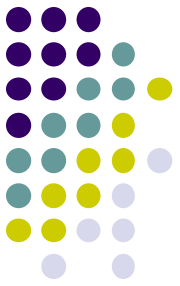
Gestion des événements indésirables

: le signalement

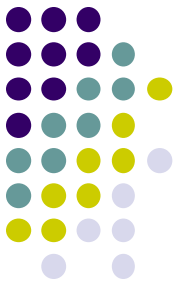


Outils de gestion des risques

L'enjeu est l'amélioration de la sécurité des soins



- Le signalement des événements indésirables et l'analyse approfondie des causes



Pourquoi signaler?

ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES : ITINÉRAIRE VERTUEUX DU SIGNALLEMENT

DESERT
DE
L'INSÉCURITÉ

QUALITÉ ET SÉCURITÉ
DES PRISES EN CHARGE

NE PAS SIGNALER
AVENTURE RISQUÉE

4
COMMUNIQUER
POUR ÉVITER LA RÉCIDIVE

3
AGIR
POUR AMÉLIORER

2
ANALYSER
POUR COMPRENDRE

1
SIGNALER
POUR CONNAÎTRE

ÉVÈNEMENTS
INDÉSIRABLES

Approuvé par
le directeur général,
le directeur des soins et
le président de CME de :

La prise en charge des patients est assimilée à la circulation d'un bus sur une route :

- dont la destination est la *qualité et la sécurité des prises en charge*
- mais qui présente des dangers, symbolisés par des clous.

Le bus roule sur un de ces clous ce qui entraîne une crevaison, qui symbolise l'évènement indésirable (EI) dans la prise en charge du patient.
2 voies sont possibles en théorie :

- Emprunter la voie de droite en suivant le giratoire, comme le préconise la mascotte = **itinéraire vertueux**
- **Continuer en ignorant la mascotte ... et aller vers d'autres dangers.**



L'ITINÉRAIRE VERTUEUX

1. Que faire face à un EI constaté ?

Il faut le signaler pour en partager la connaissance
Signaler pour connaître

2. Comment comprendre l'origine de cet EI ?

On prend alors le temps de l'analyse de cet EI en en recherchant les causes possibles, y compris les causes profondes.

Analyser pour comprendre

(Examen de la chaussée, des pneus, du pare-brise, des phares... ; des pneus en mauvais état, une mauvaise visibilité pouvant être des facteurs contributifs à la crevaison)

3. Comment nous améliorer pour supprimer le risque de cet EI ?

Après avoir décelé les défaillances patentes et les défaillances latentes, vient le temps de l'action pour mettre en place les mesures correctives

Agir pour améliorer

On voit sur le bas-côté les outils et résultats de ces actions d'amélioration : cric, pneus changés, clous balayés « neutralisés », ...)

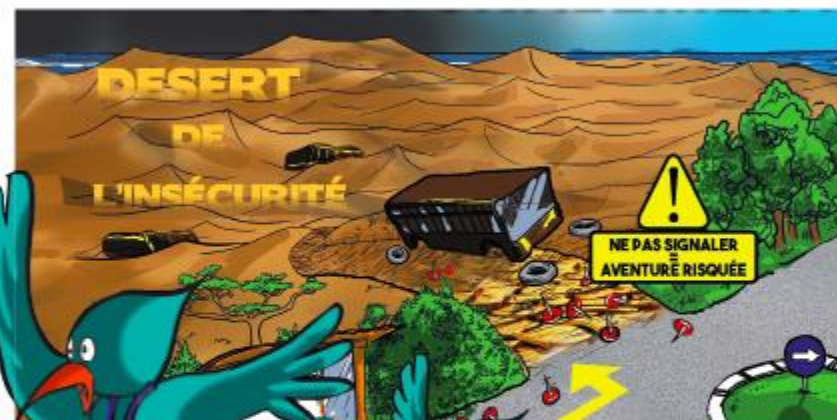
4. Comment éviter la récurrence de cet EI ?

Le bus, visiblement renforcé et sécurisé (matérialisé par une peinture réfléchissante) communique efficacement sur les leçons tirées de l'analyse et des actions mises en place

Communiquer pour éviter la récurrence



L'ITINÉRAIRE DE L'AVENTURE RISQUÉE

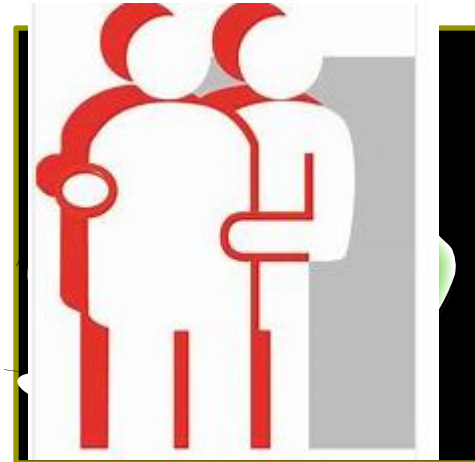
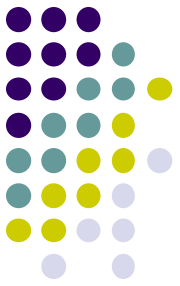


Malgré les incitations de la mascotte au sifflet, le choix est fait de ne pas signaler ou de ne pas analyser.

Un bus a poursuivi le chemin en serrant à gauche. Il s'est alors fourvoyé sur une route où les situations dangereuses se multiplient, le conduisant vers « LE DESERT DE L'INSECURITE », aux antipodes des légitimes attentes des patients et des soignants concernant la qualité des prises en charge.

Par l'itinéraire vertueux, la destination souhaitée
« **Qualité et Sécurité des prises en charge** »
est beaucoup plus facilement accessible.

Risques en établissements médico-sociaux

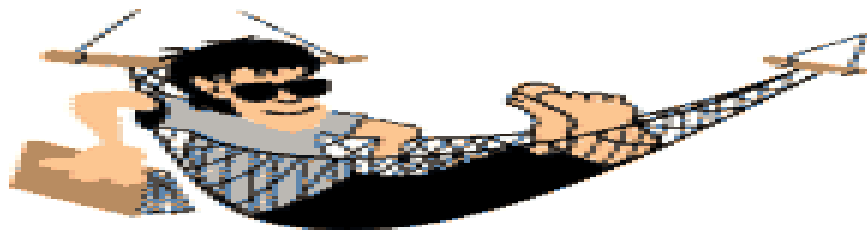
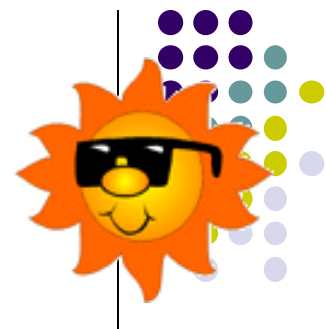


soins



Prise de risque (bénéfice/risque)

Monde idyllique



Evènements indésirables



grippe

gastro



Évènement indésirable grave



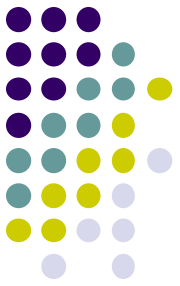
Le signalement des événements indésirables



méthode d'identification des risques à posteriori

- On peut prévoir le signalement de :
 - tous les événements indésirables (EI)
 - des événements indésirables en fonction de certains critères (gravité)
 - une liste d'événements prédéterminés (Evénements sentinelles)

Signalement des événements indésirables



- ***Qu'est-ce qu'un événement indésirable ?***

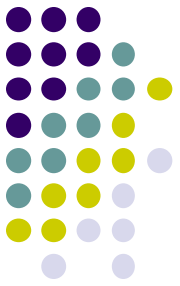
Une manifestation nocive et non recherchée, survenant chez un sujet exposé, sans préjuger d'un lien causal.

- ***Qu'est-ce qu'un événement indésirable grave (EIG) ?***

Un événement indésirable :

- Ayant pu contribuer à la survenue d'un décès,
- Susceptible de mettre en jeu le pronostic vital immédiat du sujet,
- Qui entraîne une invalidité ou une incapacité
- Qui provoque ou prolonge une hospitalisation.

- évènements indésirables graves (EIG)



(EIG)

Les évènements indésirables graves (EIG)



- Qui tue ou a failli tuer

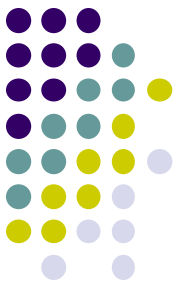
- Qui handicape

- Qui entraîne une hospitalisation

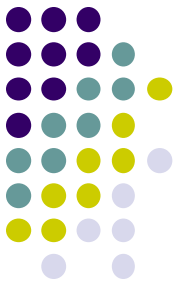
Les événements porteurs de risque

En secteur médicosocial, il y a aussi des Événements porteurs de risque

- Tout événement qui n'a pas engendré d'accident mais qui potentiellement pourrait en causer



Risques en établissements médico-sociaux



- Identification et...

EI

EIG

EPR



Signalement



Le signalement interne

- Tous les professionnels de santé sont incités à déclarer les incidents ou accidents qui sont arrivés, même (et surtout) ceux qui n'ont pas entraîné de conséquences pour le patient.
- Il s'agit d'une participation au système de vigilance de l'établissement



Comment signaler?

- En interne si EI non grave,
- En externe si EIG Grave:
 - devoir d'alerte réglementaire.

- Simplement par un mail au gestionnaire du signalement (IDEC, MedCo, Directeur...) désigné dans l'établissement ou à la cellule qualité.
- Par l'intermédiaire d'une fiche
Ex : Fiche de déclaration des EI

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE POINTE-A-PITRE/ ABYMES

Fiche de signalement des événements indésirables
FO/GEN/0011/03/2006

Fiche à transmettre à la DQCV* – Fax n°1604 et par courrier dans les plus brefs délais.

Attention : La fiche de signalement des événements indésirables ne remplace pas les documents de signalement obligatoires et réglementaires (fiches CERFA...) ou spécifiques.

N° d'enregistrement : Cadre réservé à la DQCV		Date et heure de rédaction : Le : / / à : h	
1. Déclarant : - Service : - Fonction : - Nom : - Prénom : - Tél. : - Fax :	2. Personne(s) impliquée(s) : Noms, date de naissance, sexe) ☐ Patient ☐ Visiteur ☐ Personnel	3. Produit(s) et/ou matériel(s) impliqué(s) :	
4. Date, heure et lieu de l'évènement : Date: / / Heure: h Lieu (unité, zone, couloir, ...) :			
5. Nature et description de l'évènement (décrivez brièvement les faits) :			
6. Gravité estimée : ☐ Vitale (mise en péril de la sécurité des personnes, des biens et de la qualité des soins) ☐ Critique (nécessite une correction pour maintenir la sécurité des personnes, des biens et la qualité des soins) ☐ Non critique (pas de mise en péril mais peut perturber le fonctionnement)			
7. Conséquence(s) immédiate(s) apparente(s) : ☐ Aucune ☐ Arrêt de travail ☐ Hospitalisation ☐ Prolongation de l'hospitalisation ☐ Autres : Transfert { ☐ en réanimation ☐ dans un autre service : ☐ dans un autre hôpital : ☐ Décès ☐ Plaintes prévisibles			
8. Personnes et /ou services informés de cet évènement :			
9. Mesures immédiates prises (Précisez) :			
10. Quelle(s) action(s) correctives proposez-vous ?			

Guide d'utilisation au verso

En cas de difficulté pour compléter cette fiche, contactez rapidement le coordonnateur des vigilances sanitaires et de la gestion des risques au **0590 89 16 06** ou le secrétariat DQCV au **0590 89 16 00**.

« Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente. » Article L. 1413-14 de la loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique modifiant la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

ES

Portail de
signalement
des ESI*

Signalement externe

ESI: évènements sanitaires indésirables

EMS

EIGAS

U

R
S

P

Portail

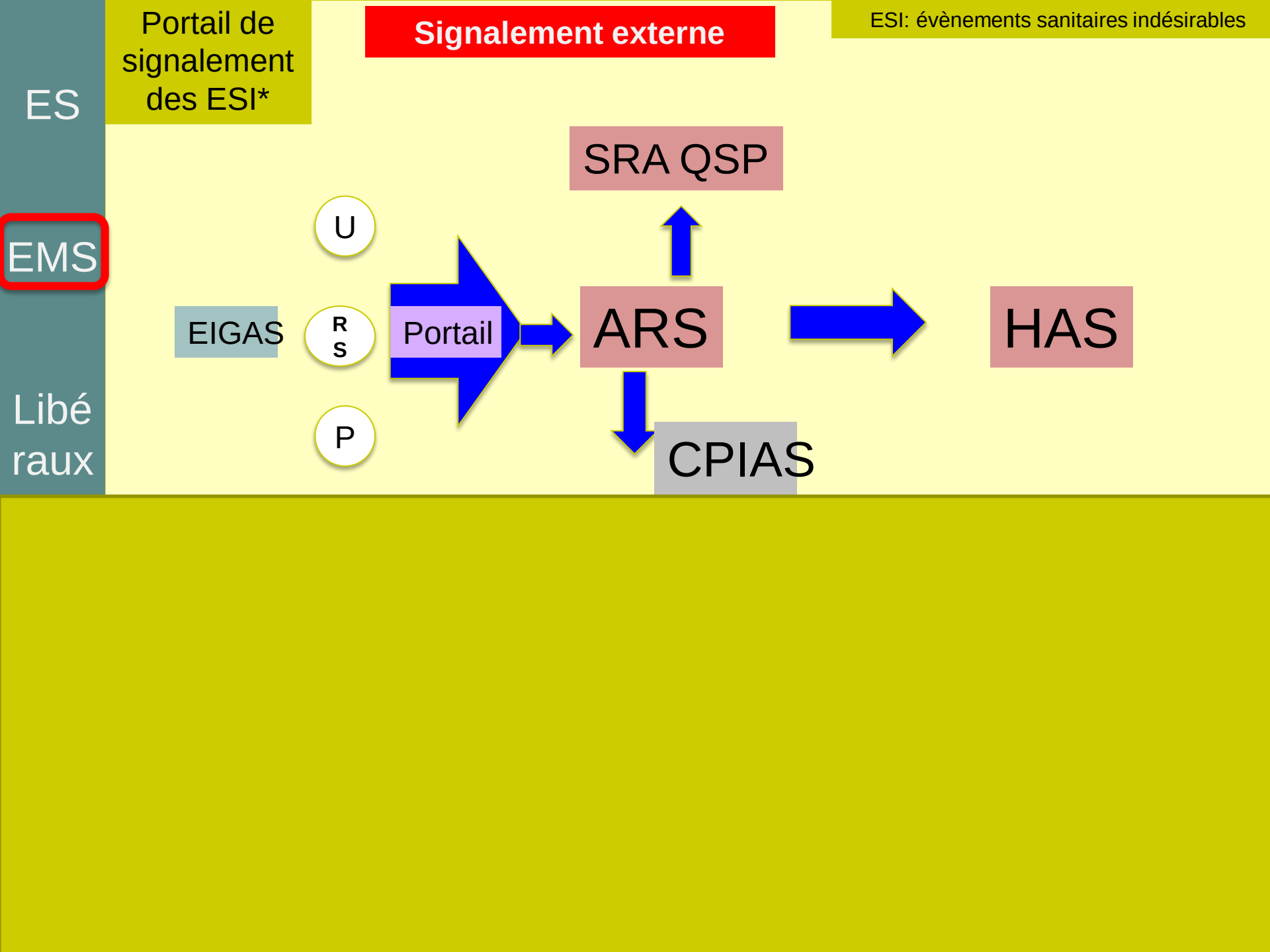
SRA QSP

ARS

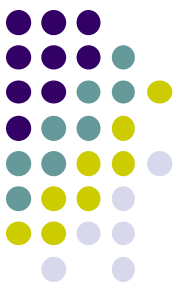
CPIAS

HAS

Libé
raux



L'ITINÉRAIRE VERTUEUX



1. Que faire face à un EI constaté ?

Il faut le signaler pour en partager la connaissance

Signaler pour connaître



2. Comment comprendre l'origine de cet EI ?

On prend alors le temps de l'analyse de cet EI en recherchant les causes possibles, y compris les causes profondes.

Analyser pour comprendre

(Examen de la chaussée, des pneus, du pare-brise, des phares... ; des pneus en mauvais état, une mauvaise visibilité pouvant être des facteurs contributifs à la crevaison)



3. Comment nous améliorer pour supprimer le risque de cet EI ?

Après avoir décelé les défaillances patentes et les défaillances latentes, vient le temps de l'action pour mettre en place les mesures correctives

Agir pour améliorer

On voit sur le bas-côté les outils et résultats de ces actions d'amélioration : cric, pneus changés, clous balayés « neutralisés », ...)

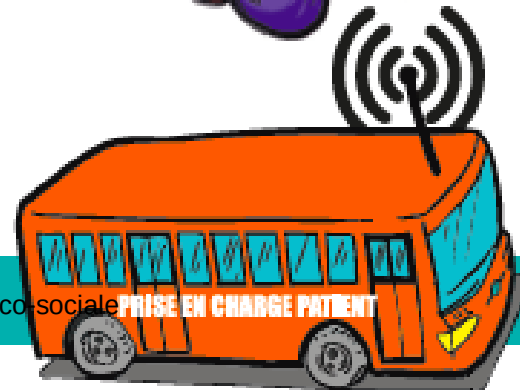


4. Comment éviter la récurrence de cet EI ?

Le bus, visiblement renforcé et sécurisé

(matérialisé par une peinture réfléchissante) communique efficacement sur les leçons tirées de l'analyse et des actions mises en place

Communiquer pour éviter la récurrence



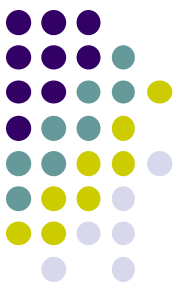
Analyse des causes



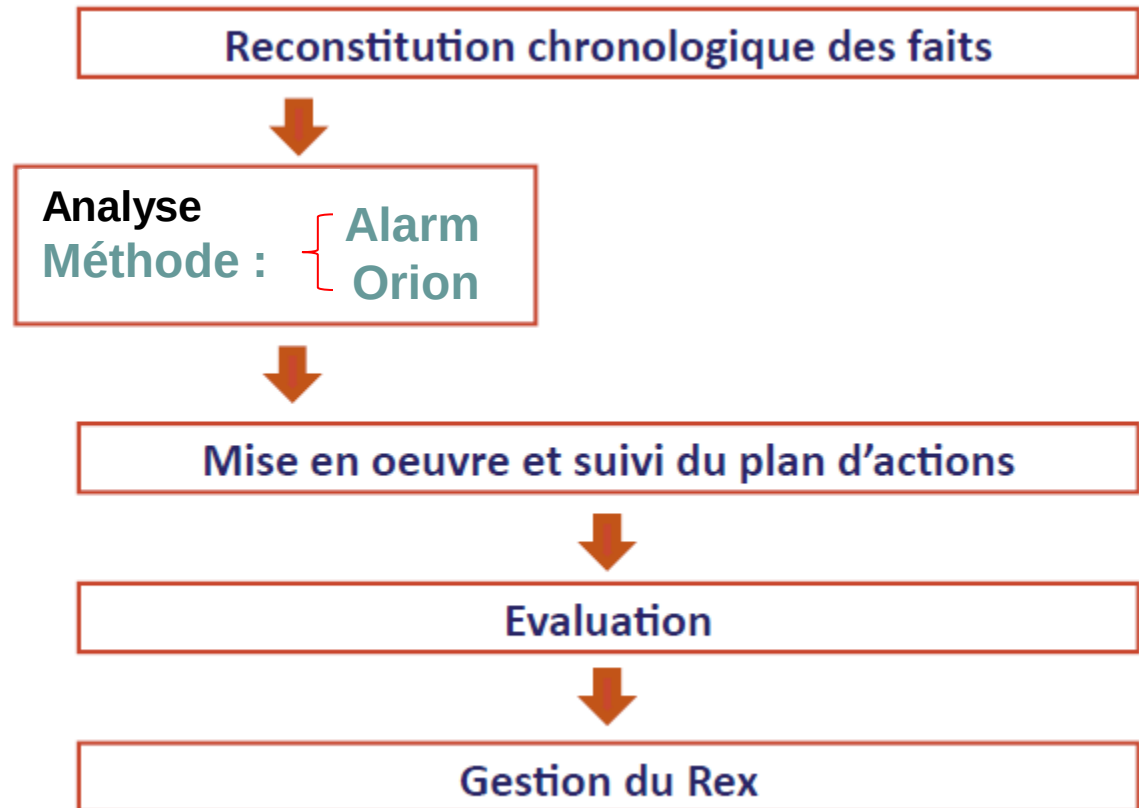
QU'EST-CE
qui a causé
l'EI ?



Faire une analyse approfondie des causes



- Identifier les facteurs contributifs (causes immédiates) **et les facteurs influents (causes profondes)**



Objectif de l'analyse des causes



Etudier le contexte et les conditions de survenue d'un EI afin de consolider les barrières de défense



- Rechercher l'existence de terrains favorables appelés des **causes latentes ou causes racines** : facteurs organisationnels pré-existants
 - le plus souvent inconnues ou ignorées des professionnels de santé.
- rechercher l'existence de **causes patentes** : Identifier les défaillances des acteurs concernés
 - omission ou acte mal réalisé, sans intention de nuire.





Recherche des causes

5 parce qu'elle vit seule avec peu de moyens ...

Pourquoi ?

4 parce que la vieille dame n'a personne pour l'aider à arroser ses fleurs

Pourquoi ?

3 parce qu'elle arrosait ses fleurs et qu'il n'y a pas de rambarde

Pourquoi ?

2 parce que le pot de fleur était posé sur le rebord de la fenêtre et que la dame a poussé

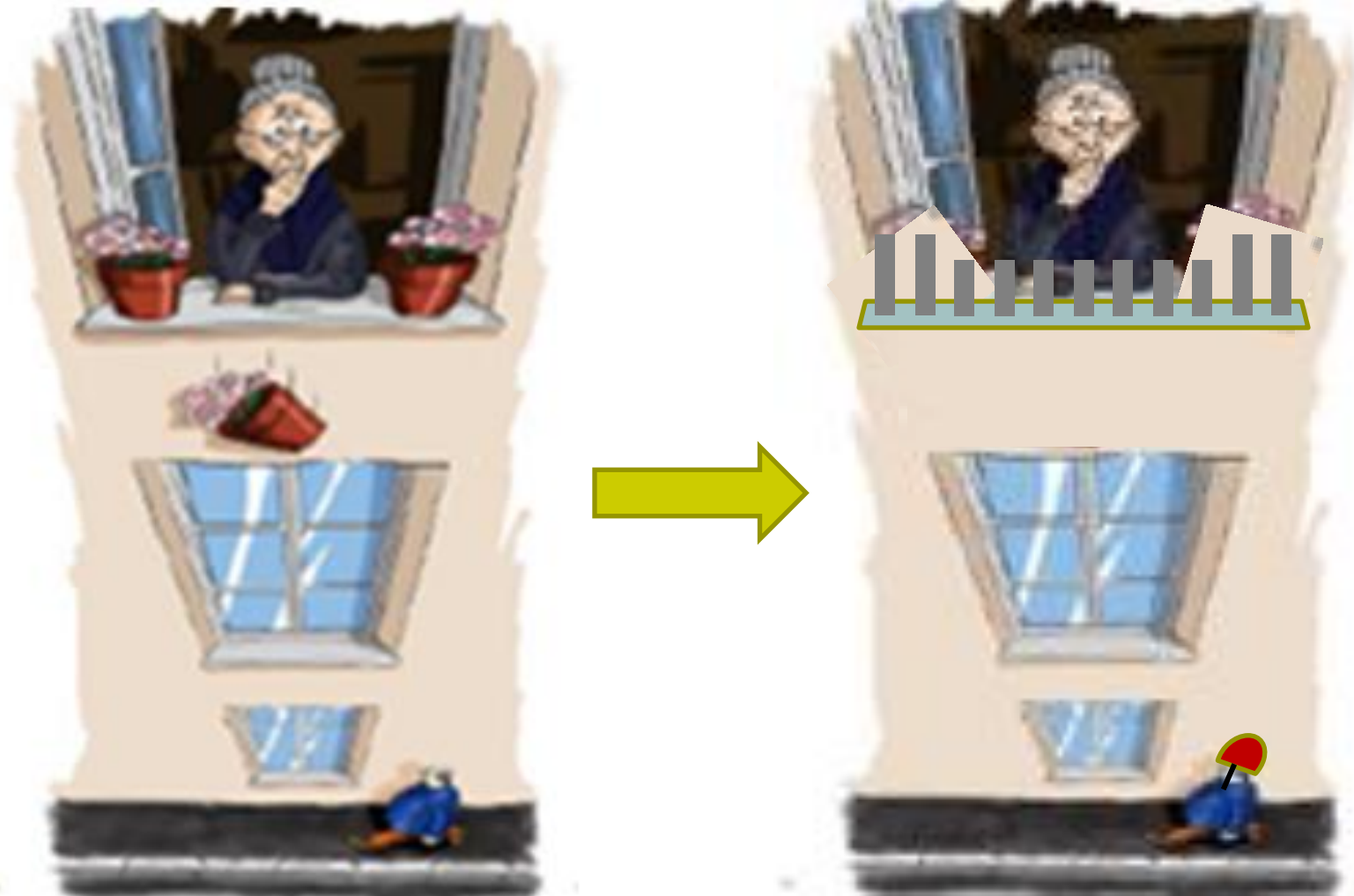
Pourquoi ?

1 parce que le pot de fleur est tombé

Pourquoi ?

Objectif de l'analyse des

causes • Mettre en œuvre des actions d'amélioration



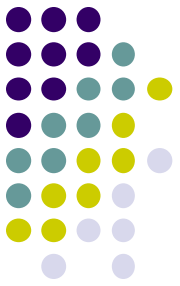
Ne pas en faire une usine à gaz...



2 ou 3 actions
d'amélioration
Pas plus !

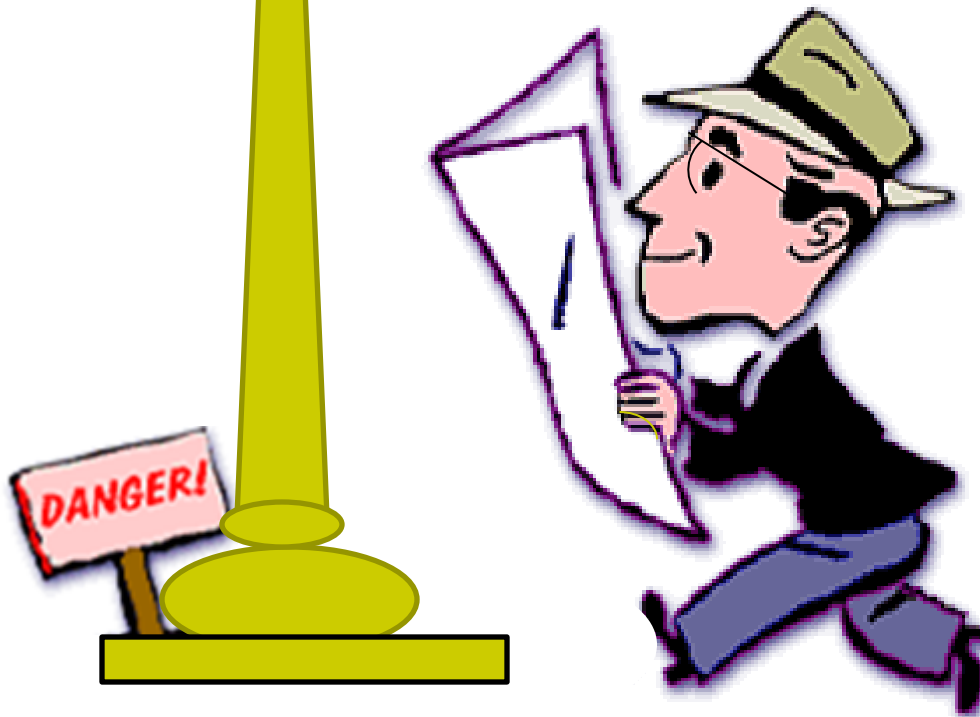
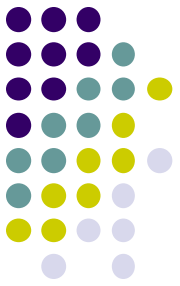
actions d'amélioration

Écarter le danger en éliminant les causes patentes (immédiates)



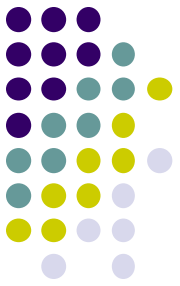
actions d'amélioration

Écarter le danger en éliminant les causes patentes



actions d'amélioration

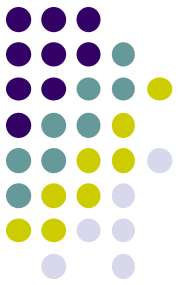
Écarter le danger en éliminant les
causes **patentes et surtout les**
causes profondes (racines)



C'était nul de
lire en
marchant
J'ai bien fait
d'arrêter

actions d'amélioration

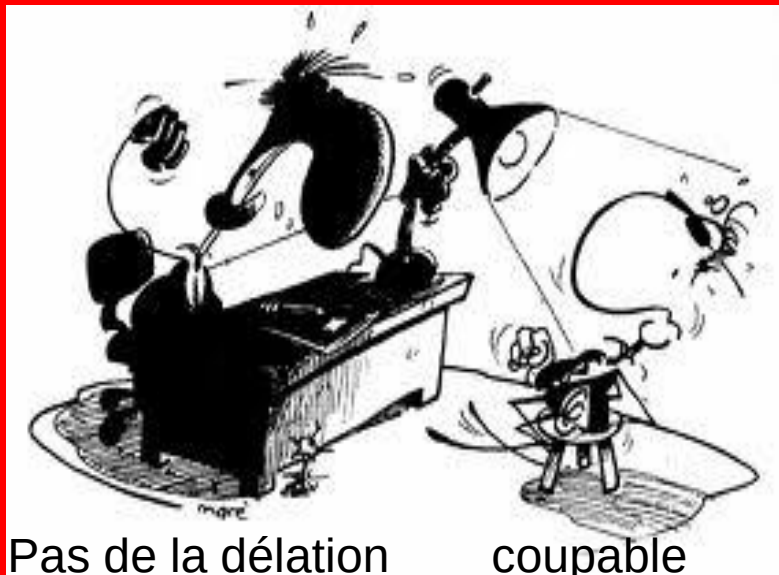
Faisables
Acceptables
Efficientes



But du signalement



Sortir de la culture de la faute



punition

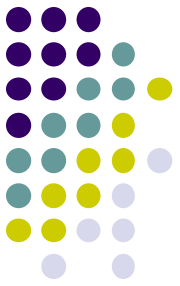
Entrer dans la culture de l'erreur



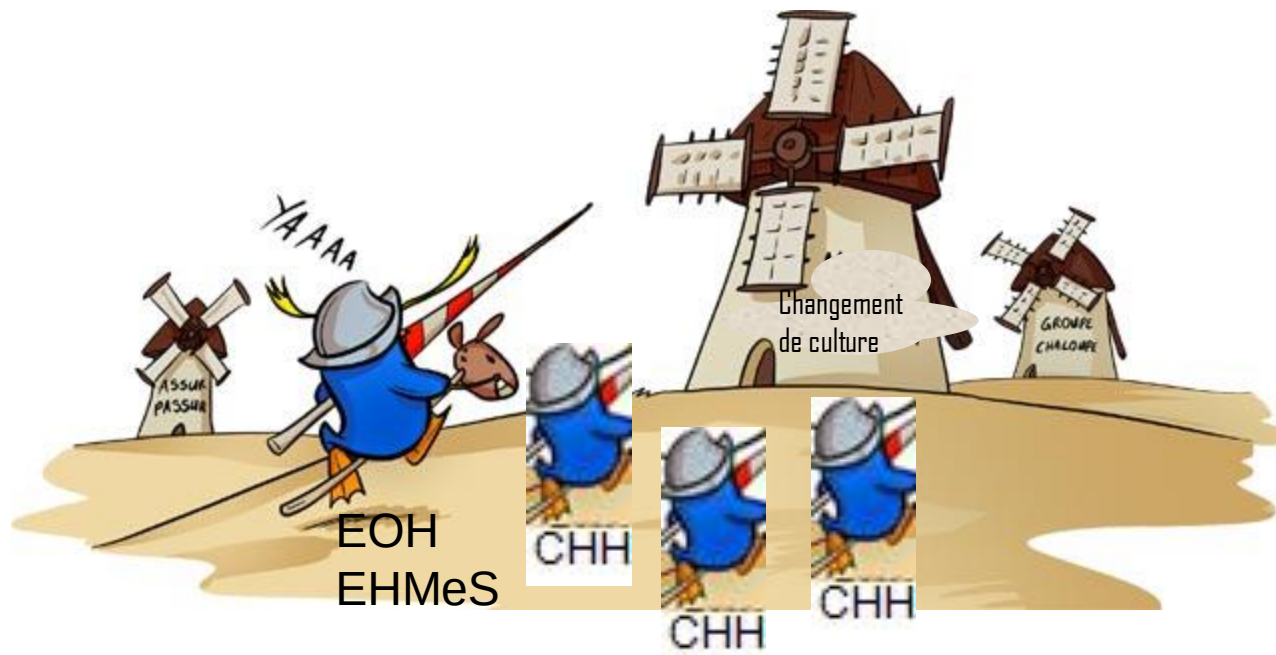
Quelle leçon
on peut tirer
de cet
évènement?

**APPRENDRE DE NOS
ERREURS**

Rôle du CHH



- Identifier des EIG et EPR dans le service
- Remonter vers l'IDEC, le MedCo et l'EhMeS → signalement
- Préparer et participer à la réunion d'analyse dans le service
- Aider à l'identification des causes immédiates et surtout profondes
- Aider à l'identification et au suivi des actions d'amélioration

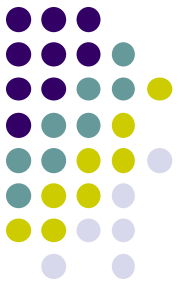


Établissement de santé et médico-social



Culture de sécurité

Grimpe
c'est facile



Merci pour

votre attention et



surtout votre **engagement**



auprès de nos résidents Guadeloupéens.