



AVANT DE DÉBUTER UNE ANALYSE : S'assurer que les actions immédiates ou de mise en sécurité face à cet événement indésirable ont bien été prises

1 à 3 semaines

1 • UNE CHRONOLOGIE DES FAITS ANONYMISÉE

- À CHAUD, FACTUELLE et non interprétative
- PRÉCISE (HORODATÉE)
- À partir des écrits (dossiers et autres supports)
- Et des récits croisés de tous les acteurs

Le patient⁽¹⁾ est aussi acteur. Son récit est important. Il peut être recueilli une fois l'annonce du dommage aux soins réalisée.

IDENTIFIER LES ÉCARTS DE SOINS

REPÉRER : LES BARRIÈRES, LES BONNES PRATIQUES, MISES EN ŒUVRE

2 • ANALYSE SYSTÉMIQUE

environ 3 mois



Rencontre pluri-professionnelle et collective : avec les acteurs impliqués et un pilote formé

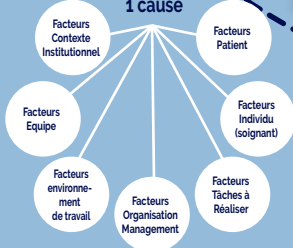
VALIDER LA/LES CAUSE(S) IMMÉDIATES DE L'EIAS

Ecart de soin nécessaire et suffisant pour que l'EIAS se produise

ANALYSE DES FACTEURS CONTRIBUTIFS

7 facteurs à questionner pour chaque cause immédiate identifiée

1 cause



3 • PLAN D' ACTIONS POUR ÉVITER LA REPRODUCTION DE L'EIAS

- En lien avec les facteurs contributifs
- Echéance de mise en place
- Un responsable /action
- Prévion du SUIVI //Efficacité

(1) la personne soignée, l'usager, le résident, ses proches ou son représentant légal



www.has-sante.fr

HAS, L'analyse des Événements Indésirables
Associés aux Soins (EIAS), avril 2020.



LEXIQUE

EIAS : Événements indésirables associés aux soins



L'EIAS répond à plusieurs critères ; il s'agit :

- d'un événement défavorable survenant chez un patient,
- associé aux soins ou aux actes d'accompagnement à la vie courante, pour les secteurs d'hébergement médico-sociaux,
- 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 = **événement inattendu**.



Barrières de sécurité : 3 niveaux de barrières de sécurité

- **prévention** : ce qui aurait/a permis d'éviter la survenue de l'EIAS ?
- **récupération** : ce qui aurait/a permis de récupérer la situation et de revenir à l'état antérieur ?
- **atténuation** : ce qui aurait/a été mis en place pour empêcher la survenue de conséquences encore plus graves ?



Écart de soin

Écarts ou ruptures dans le processus de soin par rapport à des bonnes pratiques attendues, définies soit en interne soit dans les référentiels de soins en vigueur qui ont été identifiés dans le récit de l'événement.



Cause immédiate

Ce sont les écarts de soin apparents, évidents à l'origine de l'EIAS et ses conséquences. Il s'agit souvent d'une erreur humaine commise par un professionnel de santé lors de la réalisation d'un acte de soin au plus près du patient. Par exemple : un oubli, un lapsus, un raté dans l'exécution, une mauvaise décision.



Facteurs contributifs

Ce sont des causes « **systemiques** », plus profondes, liées à des facteurs organisationnels et techniques, identifiées uniquement si recherchées par une analyse approfondie, en référence à la méthode ALARM-e.

Structure d'appui régionale : QualiREL Santé

Tel : 02 40 84 69 30 - Mail : appuleigs@qualirelsante.com

Site : www.qualirelsante.com

