

Quel que soit le niveau de gravité de l'évènement que vous avez choisi d'analyser, une analyse des causes d'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) ne démontrera son utilité que par la définition et la mise en oeuvre d'un plan d'actions qui vise à :

- ▶ **Réduire la probabilité de survenue de l'évènement,**
- ▶ **limiter les conséquences pour le patient.**

Le temps consacré à la définition du plan d'action n'est pas à sous-estimer. Il intervient en clôture d'une démarche d'analyse de causes et peut, parfois, en raison de l'énergie déployée pour mener une analyse, manquer de méthode et de structuration de réflexion.

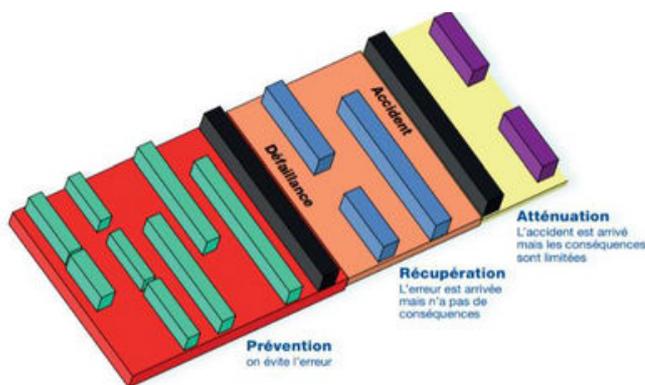
Au-delà du risque de disposer d'un plan d'actions qui ne permette pas de réduire la probabilité de survenue de l'évènement et/ou d'en limiter ses conséquences pour le patient ; ne pas établir un plan d'actions via une méthode structurée peut entraîner la mise en place de démarches qui :

- ▶ se superposent aux pratiques et organisations déjà en place et en complexifient le fonctionnement,
- ▶ insistent de façon non efficace sur des actions relevant du rappel de bonnes pratiques et font percevoir une responsabilité unique des professionnels.

Cette fiche repère a pour objectif d'accompagner votre questionnement afin d'optimiser les enseignements et répondre à un plan d'actions validé sécurisant en limitant efficacement la reproductibilité et les conséquences de l'EIAS.

Comprendre les différents types de barrières de sécurité pour son plan d'actions

Il existe 3 types de **barrières de sécurité**. Elles peuvent être **définies en regard des causes profondes** mises en évidence lors de l'analyse, et peuvent **dépasser le seul périmètre de l'équipe de soin** afin de contribuer à l'ensemble des enjeux de sécurité du patient.



- ▶ Les **barrières de prévention** évitent la survenue de l'écart de soin/erreur (ex : *rappel de bonnes pratiques, formation*)
- ▶ Les **barrières de récupération** rattrapent l'écart de soin/erreur avant qu'il n'atteigne le patient (ex : *check list, double contrôle avant administration d'un médicament*)
- ▶ Les **barrières d'atténuation** limitent la gravité des conséquences pour le patient (ex : *administration d'antidote après erreur d'administration médicamenteuse*)

La HAS nous rappelle dans le guide « La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique - Partie 5 » que : « **Les pratiques médicales et organisationnelles en établissement de santé surestiment souvent l'efficacité des barrières de prévention** (ex : *rappel de bonnes pratiques*), tandis qu'elles peuvent **fortement sous-estimer l'importance des deux autres types de barrières** (récupération, atténuation). »

Outre leurs différentes fonctions (prévention, récupération, atténuation), les barrières peuvent être de différentes natures :

- ▶ **Barrières immatérielles** : mesures organisationnelles et humaines telles que lois et réglementation, consignes, bonnes pratiques de sécurité, recommandations, procédures et protocoles, programme de formation, organisation du travail, etc.
- ▶ **Barrières matérielles** : mesures techniques telles que détrompeur physique (ex : en branchement des fluides en anesthésie, en prescription médicamenteuse informatisée), alarme, verrouillage d'un dispositif, etc.

L'objectif est de réduire le risque de survenue et de prévoir une ou des actions permettant d'en atténuer les conséquences si cet écart se reproduisait.

Structurer et organiser sa réflexion pour un plan d'actions sécurisé

Lors de l'analyse des causes de l'EIAS avec les professionnels, un certain nombre d'actions sont identifiées. Un temps de recul est utile afin de s'assurer de leur complète cohérence avec la survenue de l'EIAS. Aussi, il convient de s'autoriser à prendre un temps de synthèse et réflexion pour un plan d'action validé par les parties prenantes concernées.

En pratique, il est nécessaire de questionner pour chaque cause profonde (retrouvée lors de l'analyse de chaque cause immédiate de l'EIAS) les pratiques et organisations déjà en place et leur niveau d'efficacité réelle.

Un enchaînement de questions, proposées ci-dessous, peut aider à structurer et organiser la réflexion :



- ▶ Qu'avons-nous déjà en place dans nos pratiques et organisations en lien avec cette vulnérabilité retrouvée ?
- ▶ Dans le cas de notre évènement, ces pratiques et organisations auraient-elles dû/pu contenir le risque ?
 - ▶ Si oui, qu'est ce qui n'a pas fonctionné dans ce qui est normalement prévu ?
- ▶ Quelles actions seraient à mettre en œuvre au regard de ce qui n'a pas fonctionné ?
- ▶ Est-il nécessaire de mettre en place de nouvelles pratiques ou de nouvelles organisations ?
 - ▶ Si oui, lesquelles ?
- ▶ Pour chacune des actions, permettent-elles de :
 - ▶ Prévenir le risque de survenue de l'écart/erreur ?
 - ▶ Récupérer un écart/erreur avant l'impact auprès du patient ?
 - ▶ Atténuer les conséquences de l'impact sur le patient ?

Posez-vous une question de clôture : « Les actions d'amélioration que nous avons identifiées en réunion d'analyse de l'EIAS permettent-elles de prévenir le risque d'écart de soin, de le récupérer ou de l'atténuer ? »

Si l'un des types de barrière n'est pas investigué, il serait bien d'y réfléchir en équipe afin de s'assurer d'avoir envisagé des actions sécurisantes pour ce type d'évènement. La prévention du risque ne suffit pas à sécuriser un éventuel EIAS du même ordre.

Ces barrières sont de natures diverses : organisationnelles, techniques et humaines (comportementales par exemple).

Il est nécessaire de réfléchir à des **combinaisons de barrières** de différents types et différentes natures à mettre en place ou à améliorer si elles existent déjà, et à se fixer des priorités dans la mise en oeuvre du plan d'actions (par une matrice impact-effort, par exemple).

Enfin, il est bien entendu nécessaire **d'impliquer les professionnels de soin** dans cette démarche d'amélioration, au-delà de leur contribution à l'analyse et de leur participation ponctuelle à une action, afin de l'ancrer dans le terrain et d'en maximiser les impacts. Ces professionnels peuvent être amenés à contribuer à toutes les étapes : réflexion sur les actions possibles, sélection des actions à mener, pilotage de la mise en oeuvre d'une action, suivi du plan d'action, etc.

Sans sous-estimer le temps à dégager pour le suivi du plan d'actions par un professionnel identifié afin de faire vivre et éventuellement de consolider celui-ci.

Pour vous aider à élaborer votre plan d'action, nous vous invitons à utiliser un document de travail de type document Word® ou Excel® ou encore des post-it sur un tableau en suivant le schéma de réflexion proposé. Une illustration de réflexion à partir d'une situation vous est proposée en pages suivantes.

Pour vous accompagner et aller plus loin

- ▶ A retrouver sur le site internet de la Haute Autorité de Santé et sur le site de QualiREL Santé
 - ▶ **Fiche 27, 28 du guide La sécurité des patients** « Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé » HAS : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages65a220.pdf
 - ▶ **Fiche repère 13 du guide EasyREX**, « Guide pour la rédaction du plan d'action suite à l'analyse », QualiREL Santé : <https://www.qualirelsante.com/publications-outils/guide-easyrex/>
- ▶ Des **fiches REX** accessibles sur le site internet de QualiREL Santé intégrant des barrières de prévention, de récupération et d'atténuation
 - ▶ Disparition inquiétante en EHPAD : <https://www.qualirelsante.com/wp-content/uploads/2019/12/fiche-rex.pdf>
 - ▶ Chute d'un patient de son lit par-dessus les barrières de lit : <https://www.qualirelsante.com/wp-content/uploads/2022/06/FR2022-12-chute-avec-barriere.pdf>
- ▶ **Vidéo** illustrant le rôle des barrières sur le site de l'ICSI (institut pour la sécurité industrielle), exemple est en lien avec le monde de l'entreprise mais transposable dans le domaine de la santé. vidéo : <https://www.icsi-eu.org/mag/repenser-systeme-defense>



Exemple d'un EIAS analysé : Choc allergique (amoxicilline)

<p>Causes profondes retrouvées</p>	<p>Qu'avons-nous déjà en place dans nos pratiques et organisations en lien avec cette vulnérabilité ?</p>	<p>Dans le cas de notre évènement, ces pratiques et organisation auraient-elles dû / pu contenir le risque ?</p>	<p>Si OUI, qu'est ce qui n'a pas fonctionné dans ce qui est normalement prévu ?</p>	<p>Quelles actions seraient à mettre en oeuvre au regard de ce qui n'a pas fonctionné ?</p>	<p>Chacune des actions permettent-elles de : - Prévenir le risque de survenue ? - Récupérer un écart avant l'impact auprès du patient ? - Atténuer les conséquences chez le patient ?</p>
<p>Défaut de partage d'information auprès de l'IDE</p>	<p>Temps des transmissions</p> <p>Traçabilité dossier patient</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Absence IDE lors des transmissions (interruptions de tâches)</p> <p>Omission de traçabilité de l'allergie (dossier patient)</p>	<p>Protection des temps de transmission des interruptions de tâches</p> <p>Travailler sur les reprises de tâches après interruptions de tâches</p> <p>Rappel des bonnes pratiques de traçabilité dans le dossier patient</p>	<p>Prévention</p> <p>Récupération</p> <p>Prévention</p>
<p>Est-il nécessaire de mettre en place de nouvelles pratiques ou de nouvelles organisations ? Si oui, lesquelles ?</p>					
<p>Gestion des interruptions de tâches sur les situations à risques</p>					
<p>Récupération</p>					

Exemple d'un EIAS analysé : Choc allergique (amoxicilline)

<p>Causes profondes retrouvées</p>	<p>Qu'avons-nous déjà en place dans nos pratiques et organisations en lien avec cette vulnérabilité ?</p>	<p>Dans le cas de notre évènement, ces pratiques et organisation auraient-elles dû / pu contenir le risque ?</p>	<p>Si OUI, qu'est ce qui n'a pas fonctionné dans ce qui est normalement prévu ?</p>	<p>Quelles actions seraient à mettre en oeuvre au regard de ce qui n'a pas fonctionné ?</p>	<p>Chacune des actions permettent-elles de : - Prévenir le risque de survenue ? - Récupérer un écart avant l'impact auprès du patient ? - Atténuer les conséquences chez le patient ?</p>
<p>Défaut de mise à jour du protocole sur la gestion des chocs anaphylactiques en secteur d'hospitalisation</p>	<p>Protocole en place</p>	<p>Oui</p>	<p>Non actualisé sur la conduite à tenir depuis la mise à jour du protocole institutionnel sur les urgences vitales (appel unique)</p>	<p>Mise à jour du protocole intégrant le numéro unique d'urgence vitale</p>	<p>Prévention</p>
<p>Est-il nécessaire de mettre en place de nouvelles pratiques ou de nouvelles organisations ? Si oui, lesquelles ?</p>			<p>Mettre en place une action de formation/simulation à la prise en charge des urgences vitales</p>	<p>Atténuation</p>	