



# Prise en charge et analyse des EIGS par le CEPPRAAL

Dr Jean-Michel ORIOL  
Co-Directeur CEPPRAAL



# QUI SOMMES-NOUS ?

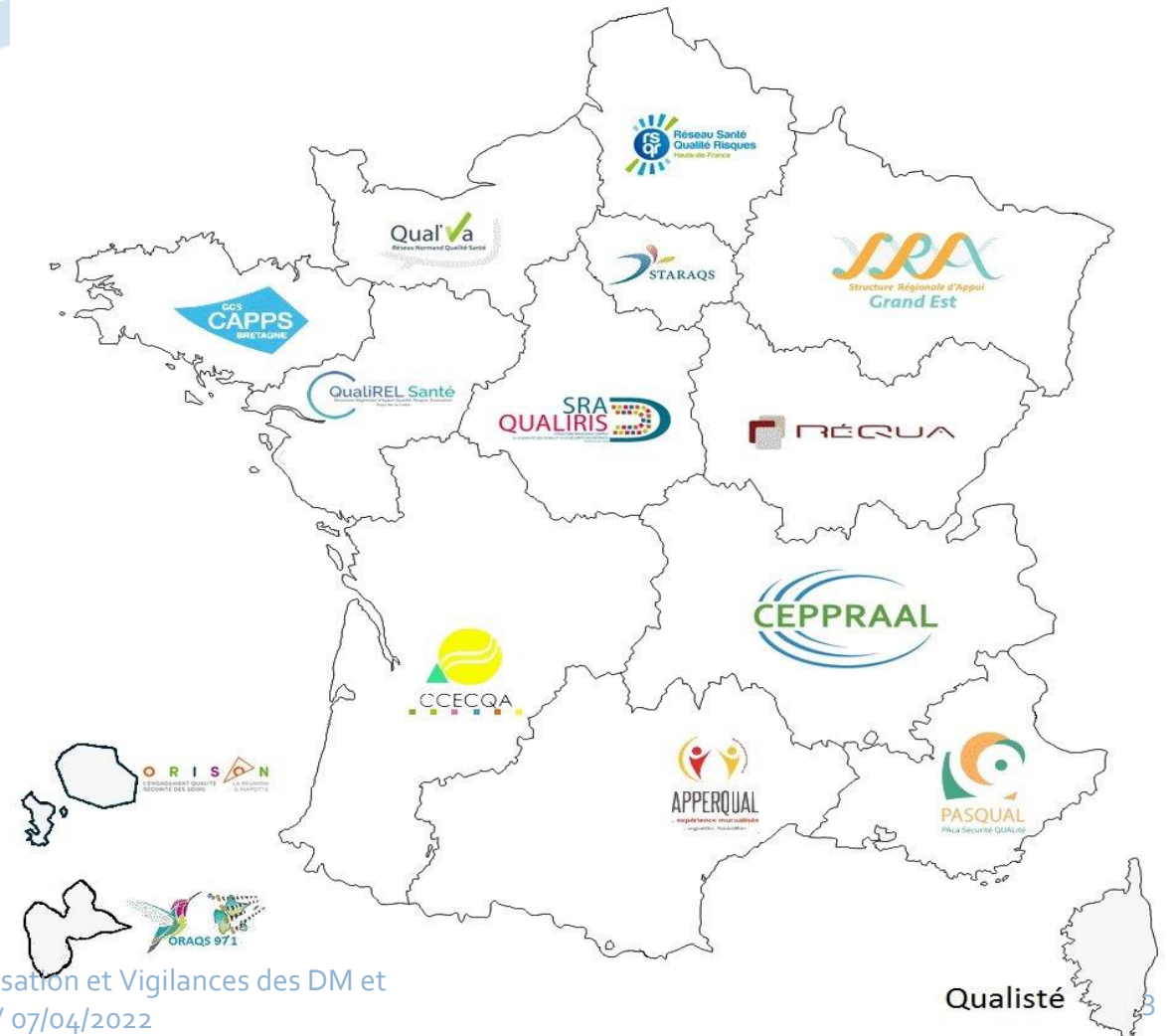
# Une Structure Régionale d'Appui qualité et sécurité en santé

## Les SRA

- Organismes à but non lucratif
- **Indépendantes des tutelles**
- Contribuent aux politiques régionales de santé et de soin
- Au service des professionnels pour les usagers

## La FORAP

- 14 SRA
- Près de 1 000 établissements
- Partage/mutualisation  
Co-construction



# Une équipe pluriprofessionnelle



**Perrine Van Straaten**  
Directeur



**Jean-Michel Oriol**  
Co-directeur  
Médecin généraliste



**Sandra Genevois**  
Chargée de mission qualité-  
sécurité

**Anaïs Gautheron**  
Chargée de mission qualité-  
sécurité



**Margot  
Panasewicz**  
Assistante administrative



**Marie-Claude Ribes**  
Assistante comptable



**Neziha Bensalem**  
Assistante administrative

# Le CEPPRAAL

**Association, acteur régional de la qualité et de la  
sécurité  
tout au long du parcours de santé**

**16 ans d'expérience**

**9 ans auprès des professionnels du secteur médico-social**

**Déploiement au niveau de la ville**

**300 structures sanitaires et médico-sociales ont adhéré au  
CEPPRAAL**

**50 professionnels de ville participent à nos actions**

**1 500 professionnels bénéficient chaque année de nos activités**

# Conseil accompagnement

Formation-action



Campagnes  
(inter)régionales



Innovation



Outils



# Thématiques

## La gestion des évènements indésirables

- Déclaration
- Analyse
- Retour d'expérience
- Annonce d'un dommage
- Seconde victime

POURQUOI LES DÉCLARER ?



## Travail en équipe



## Parcours de soins



## Implication du Management



## Soins centrés patient/résident



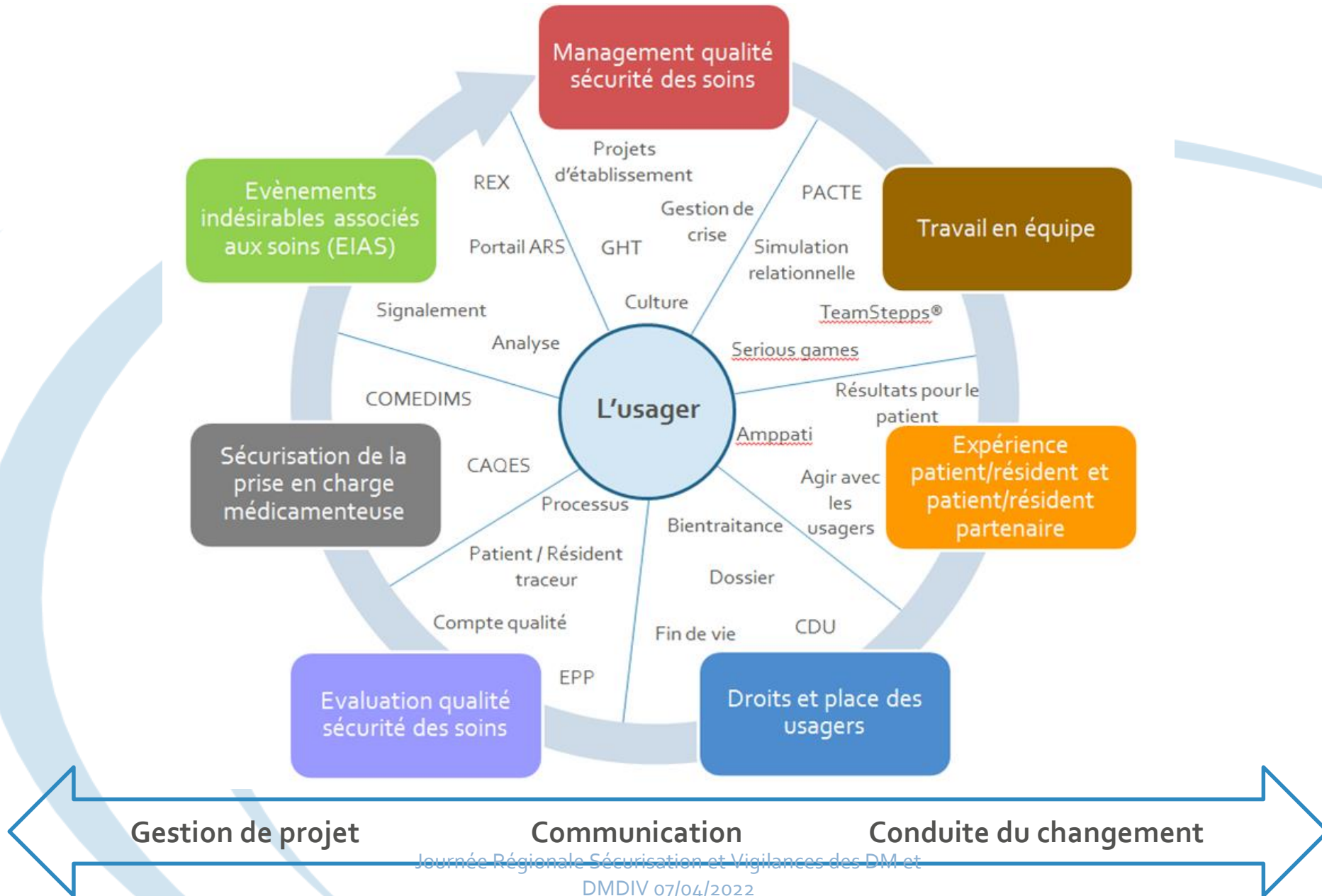
## Evaluation



# Gouvernance

# Coordination

# Opérationnel



Gestion de projet

Communication

Conduite du changement





# ANALYSE SYSTÉMIQUE D'UN ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE

# L'analyse systémique

d'un événement consiste à :

- comprendre ce qu'il s'est passé et pourquoi cela s'est passé
- identifier les dysfonctionnements et leurs causes racine
- proposer des barrières à mettre en place

C'est une démarche collective et constructive, sans jugement de valeur des personnes impliquées dans la survenue d'un EIAS

Porte un regard critique sur la prise en charge du patient, et interroge sur le caractère évitable

Recherche des dysfonctionnements et causes profondes

Décide avec les professionnels des actions d'amélioration

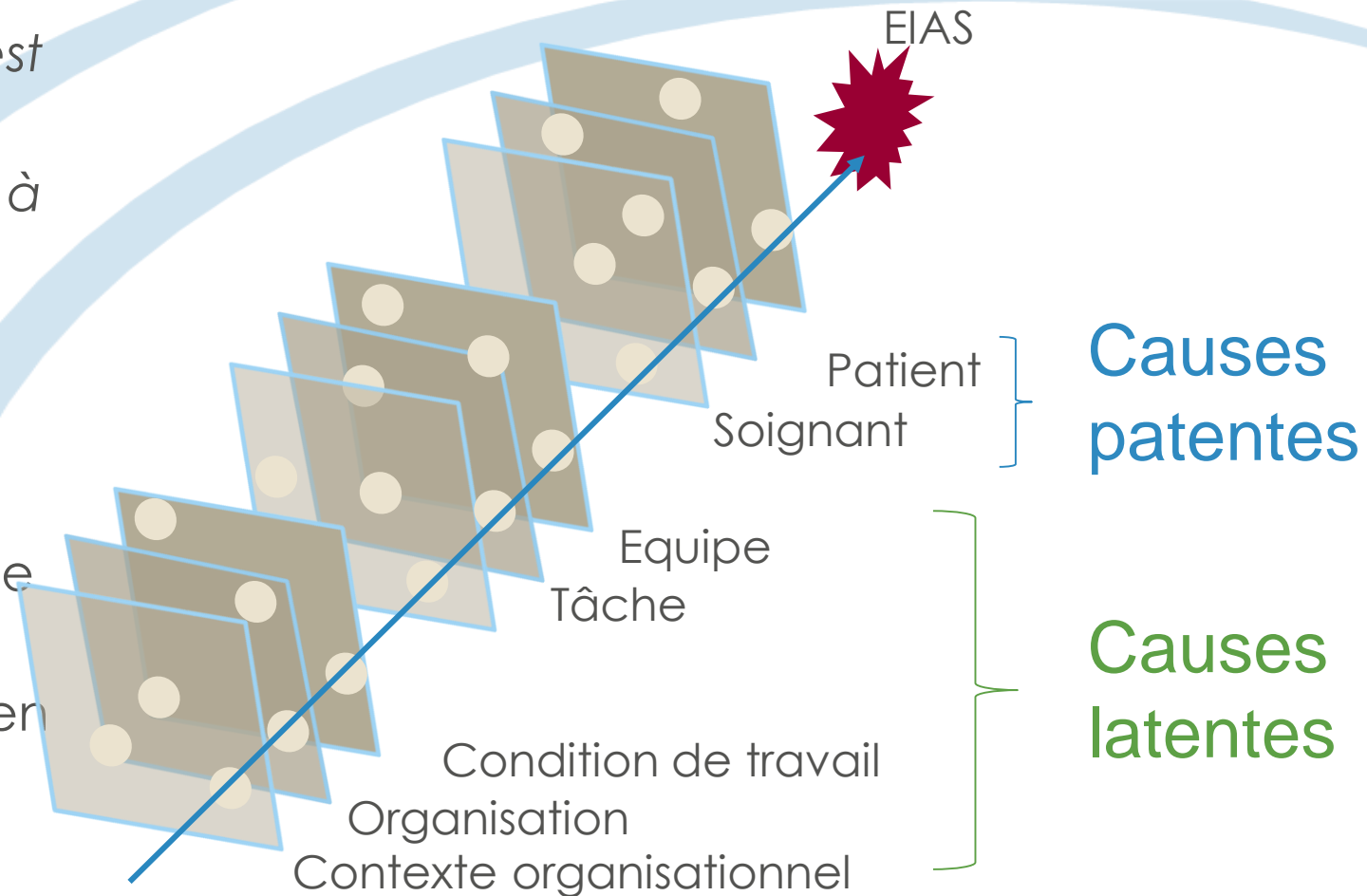
Durée 2 h

Guidée par le support d'analyse systémique Méthode ALARM : 7 familles de causes

# Place de l'erreur dans la survenue d'un EIAS

**Cascade d'erreurs : Le modèle de Reason** : c'est la succession de défaillances qui conduit à l'accident

« L'accident ne doit pas être compris comme la défaillance d'une plaque isolée, il est toujours la défaillance du système entier »



# Grille ALARM

## ALARM (Association of Litigation And Risk Management)

- Facteurs liés au patient
- Facteurs individuels (personnel)
- Facteurs d'équipe
- Facteurs liés aux protocoles (tâches à effectuer)
- Facteurs liés à l'environnement de travail
- Facteurs organisationnels et de gestion
- Contexte institutionnel

# La grille ALARMe

## Sept catégories de causes

### 1. Facteurs liés au patient

2. Facteurs liés aux tâches à accomplir

3. Facteurs liés à l'individu

4. Facteurs liés à l'équipe

5. Facteurs liés à l'environnement de travail

6. Facteurs liés à l'organisation et au management

7. Facteurs liés au contexte institutionnel



## Antécédents

Etat de santé (pathologies, co-morbidités)

## Traitements

Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux

Relations conflictuelles

## Quels facteurs liés au patient ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?

- Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'événement ?
- Est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?
- Quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?
- Le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'événement (ex : un traitement particulier) ?
- Le patient avait-il des problèmes d'expression ? Une communication difficile ?
- Est-ce que le patient/son entourage était utile et coopératif ?
- Quelle était l'implication du patient dans la prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant, ..) ?

# La grille ALARMe

## Sept catégories de causes

1. Facteurs liés au patient

**2. Facteurs liés aux tâches à accomplir**

3. Facteurs liés à l'individu

4. Facteurs liés à l'équipe

5. Facteurs liés à l'environnement de travail

6. Facteurs liés à l'organisation et au management

7. Facteurs liés au contexte institutionnel

Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)

Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)

Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)

Définition des tâches

Programmation, planification

**Quels facteurs liés aux tâches à accomplir ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?**

- Existe-t-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause ?
- Si les protocoles existent, sont-ils connus, disponibles et utilisés ?
- Les examens complémentaires ont-ils été réalisés et les résultats disponibles en temps utile ?
- Les moyens nécessaires à une prise de décision sont-ils disponibles ?
- Les tâches concernées étaient-elles bien définies et planifiées ?
- Existe-t-il une incompréhension de la part du personnel sur les tâches à effectuer ?
- L'intervention était-elle programmée ? Le programme a-t-il été respecté, modifié ?

# La grille ALARMe

## Sept catégories de causes

1. Facteurs liés au patient
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir
3. Facteurs liés à l'individu
4. Facteurs liés à l'équipe
5. Facteurs liés à l'environnement de travail
6. Facteurs liés à l'organisation et au management
7. Facteurs liés au contexte institutionnel



Qualifications, compétences

Facteurs de stress physique ou psychologique

Quels facteurs liés à l'individu ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?

- Pensez-vous que vous aviez suffisamment de connaissances et d'expérience pour prendre en charge ce problème, cette complication ?
- Aviez-vous déjà réalisé ce geste, cette procédure ?
- Vous sentiez-vous fatigué, affamé ou malade ?
- Etiez-vous stressé ?
- Etc.

# La grille ALARMe

## Sept catégories de causes

1. Facteurs liés au patient
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir
3. Facteurs liés à l'individu
- 4. Facteurs liés à l'équipe**
5. Facteurs liés à l'environnement de travail
6. Facteurs liés à l'organisation et au management
7. Facteurs liés au contexte institutionnel



Communication entre professionnels

Communication vers le patient et son entourage

Informations écrites (dossier patient...)

Transmissions et alertes

Répartition des tâches

Encadrement, supervision

Demandes de soutien ou comportements face aux incidents

**Quels facteurs liés à l'équipe ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?**

- La collaboration et l'ambiance sont-elles satisfaisantes ?
- La communication entre vous et les autres membres de l'équipe était-elle effective ?
- L'équipe a-t-elle eu suffisamment de temps avec le patient pour lui expliquer les procédures et les conséquences possibles ou complications ?
- Quel est le niveau de partage des informations écrites dans l'équipe ?
- L'équipe a-t-elle défini qui prend en charge le patient ?
- Avez-vous eu un encadrement (supervision) ou un soutien suffisant ?
- Un conseil ou l'aide d'un autre membre de l'équipe étaient-ils disponibles tout le temps ?



# La grille ALARMe

## Sept catégories de causes

1. Facteurs liés au patient
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir
3. Facteurs liés à l'individu
4. Facteurs liés à l'équipe
- 5. Facteurs liés à l'environnement de travail**
6. Facteurs liés à l'organisation et au management
7. Facteurs liés au contexte institutionnel

- . Administration
- . Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)
- . Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites
- . Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)
- . Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)
- . Effectifs (adaptés en nombre et en compétences)
- . Charge de travail, temps de travail
- . Retards, délais

## Quels facteurs liés à l'environnement de travail ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?

- Votre pratique a-t-elle été affectée par l'environnement de travail (chaleur, bruit...)?
- Avez-vous disposé des fournitures ou des matériels médicaux nécessaires ?
- Les équipements que vous avez utilisés ont-ils fonctionné de façon adéquate et efficacement ?
- La composition de l'équipe était-elle appropriée ?
- Avez-vous eu une augmentation de la charge de travail non prévue ou soudaine ?
- Y a-t-il eu des retards dans la mise en œuvre des procédures de soins ?
- Etc.

# La grille ALARMe

## Sept catégories de causes latentes

1. Facteurs liés au patient
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir
3. Facteurs liés à l'individu
4. Facteurs liés à l'équipe
5. Facteurs liés à l'environnement de travail
- 6. Facteurs liés à l'organisation et au management**
7. Facteurs liés au contexte institutionnel

. **Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)**

. **Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant**

. **Politique de formation continue**

. **Gestion de la sous-traitance**

. **Politique d'achat**

. **Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement**

. **Ressources financières**

## Quels facteurs liés à l'organisation et au management ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?

- Les circuits de décision et de délégation sont-ils définis, diffusés et connus des professionnels ?
- Pensez-vous que votre période d'adaptation à l'hôpital vous a préparé à cette situation ?
- Avez-vous dû collaborer avec un nouveau médecin ou personnel de soins (intérim) avec qui vous n'aviez jamais travaillé ?
- Comment sont assurés les approvisionnements en situation normale, en urgence, les jours fériés, les week-ends ?
- Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont-elles identifiées ?
- Etc.

# La grille ALARMe

## Sept catégories de causes

1. Facteurs liés au patient
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir
3. Facteurs liés à l'individu
4. Facteurs liés à l'équipe
5. Facteurs liés à l'environnement de travail
6. Facteurs liés à l'organisation et au management
7. Facteurs liés au contexte institutionnel

- . Politique de santé publique nationale
- . Politique de santé publique régionale
- . Systèmes de signalement

## Quels facteurs liés au contexte institutionnel ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?

- L'établissement fait-il l'objet actuellement de mesures de la part d'un organe de l'état ?
- Existe-t-il des contraintes réglementaires en vigueur pour cet établissement ayant influencé le déroulement de l'événement (CPOM...) ?
- L'établissement a-t-il mis en place des partenariats en cohérence avec les pathologies qu'il prend en charge ?
- L'établissement est-il organisé en relation avec d'autres établissements pour le type de prise en charge concerné par l'événement ? Si oui, le personnel connaît-il les modalités de cette organisation ?
- Etc.

# Pour une analyse réussie

- Climat de confiance (pas un tribunal), confidentialité des informations
- Culture juste (pas de sanction sauf situation inacceptable)
- Liberté d'expression (de tous) : chacun doit prendre la parole et compléter les informations
- Avec les professionnels concernés et volontaires
- Analyse objective et basée sur des faits (méthode)
- Importance d'un regard extérieur
- Système apprenant : porter un regard critique sur ses pratiques pas sur ses collègues. Dépasser la culture de la faute
- Proposer des actions pertinentes en nombre limité

# Exemples

- Fiche analyse ALARM SSR
- Fiche REX 73 de la PRAGE