

CRITÈRE N°10

Événements indésirables liés aux soins

DESCRIPTION DU CRITÈRE :

Un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un événement inattendu (au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne) qui perturbe ou retarde le processus de soin ou impacte directement la santé du patient.

1 La déclaration de l'événement 2 Le traitement

Les événements indésirables associés aux soins et les presque-accidents doivent être déclarés **dans le logiciel YES** :

- Renseigner le formulaire avec les informations demandées
- Décrire l'événement : on peut s'aider en pensant à la méthode QQQQCP (Qui Quoi Où Quand Comment Pourquoi)
- Donner les faits et rester objectif

Attention : Noter le numéro du YES qui est communiqué après enregistrement. Il vous servira à retrouver votre déclaration et les réponses apportées.

- La déclaration est réceptionnée par le service qualité.
- Elle est systématiquement transmise aux cadres des services concernés.
- Sa criticité est évaluée (gravité x fréquence)
- Des actions immédiates sont mises en œuvre (annulation de bilan sanguin si erreur d'identité patient, rappel aux équipes....)

3 L'analyse

La gravité et la fréquence des événements permettent de **les hiérarchiser et les prioriser**. Différentes instances sont en place au sein d'UNEOS afin d'initier des démarches d'analyse collective permettant de s'interroger sur les pratiques et l'organisation pour améliorer la sécurité des patients et mieux prendre conscience des risques :

- Comité de Retour d'Expérience (CREX):
 - Bloc opératoire
 - Stérilisation
 - Chute
 - Hémovigilance
 - Identitovigilance
 - pré-analytique
- Revue des Erreurs liées aux Médicaments et Dispositifs Associés (REMEDI)
- Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)

Les événements les plus critiques font l'objet d'une étude approfondie sous la forme :

- **Soit d'une analyse de cause (méthode ALARM)** : c'est un questionnement qui permet d'identifier les causes et les facteurs ayant contribué à la survenue de l'événement.

Tous les personnels impliqués sont invités car leur participation est impérative pour mener à bien l'analyse

- **Soit d'une revue de Morbi-Mortalité (RMM)** : c'est une démarche structurée et systémique qui permet l'analyse collective, rétrospective et approfondie de cas marqués par la survenue d'un décès ou d'une complication.

La RMM est menée par l'équipe médicale, en coopération avec l'ensemble des personnels impliqués dans la prise en charge du patient.

4 Les actions décidées

Les analyses de causes et RMM permettent de trouver des axes d'amélioration pour que l'évènement ne se produise plus.

Les actions issues de ces analyses sont inscrites dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS), avec une échéance et un responsable d'action.

QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

QUESTION 1

Je me rends compte que ce matin, j'ai étiqueté le prélèvement de Monsieur A au nom de Madame B. Que dois-je faire ?

- A – J'informe les médecins de ne pas tenir compte du CR
- B – J'appelle le laboratoire pour les prévenir d'annuler le bilan et je prélève à nouveau le patient
- C – Je déclare l'évènement dans le logiciel YES

Réponse : A), B) et C)

L'ensemble des acteurs concernés par une erreur doivent être informés afin de prendre les mesures immédiates pour corriger l'erreur et limiter son impact.

L'évènement doit être déclaré sur YES afin d'analyser ce qui a provoqué cette erreur

QUESTION 2

Une erreur de côté lors d'une résection pulmonaire est un :

- A – Jour de malchance
- B – Événement Indésirable Associé aux Soins (EIAS)
- C – Événement Indésirable Grave Associé aux Soins (EIGS)

Réponse : C)

Un Evènement 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.

Ici l'erreur de côté provoque la mise en jeu du pronostic vital. C'est donc un EIGS

QUESTION 3

Une analyse de cause est :

- A – Un échange qui permet de comprendre les causes d'un évènement
- B – Une opportunité de trouver des actions d'amélioration pour que les évènements indésirables ne se produisent plus
- C – Un gain de temps : prendre 1 heure pour améliorer l'organisation, les pratiques plutôt que perdre des heures à rattraper les erreurs

Réponse : A), B) et C)

QUESTION 4

Madame M. m'interpelle sur le médicament que je lui apporte. Je me rends compte qu'il est destiné à Madame F. sa voisine de chambre. Que dois-je faire ?

- A – Je donne à chacune le médicament qui lui est destiné et ne dis rien à personne
- B – Je revérifie la PM et donne à chacune le médicament qui lui est destiné et je signale dans le logiciel YES
- C – Je donne quand même le somnifère de Mme F à Mme M, elle dormira bien et ne dira rien à personne

Réponse : B)

Le signalement permettra d'alerter et d'analyser cet évènement, peut-être que ce presque-accident s'est déjà produit pour un(e) de mes collègues et que l'organisation de la préparation des médicaments est à revoir dans le service, peut-être que les deux médicaments sont semblables ce qui nécessite une alerte à l'ensemble des utilisateurs

QUESTION 5

Un évènement indésirable est survenu la semaine dernière pendant mes congés. La cadre de mon service évoque cet évènement et propose des ajustements dans l'organisation de l'équipe pour mettre en place des barrières de sécurité. Que dois-je faire ?

- A – je cherche à savoir qui était en poste lors de cet évènement
- B – je n'étais pas là la semaine dernière, ce n'est pas ma faute, je ne vais pas changer mes habitudes
- C – je participe à la réflexion pour trouver des axes d'amélioration

Réponse : C)

Peu importe qui a fait l'erreur cette fois-ci.

La plupart des erreurs ont des causes profondes autres que l'erreur humaine.

Il ne s'agit pas de trouver un coupable.

Il s'agit d'identifier les causes profondes (problème de matériel, d'organisation, de défaut de formation,...)

