

## Fiche réflexe



### Conduire une réunion d'analyse approfondie des causes d'un Événement Indésirable Grave Associé Aux Soins

#### Le contexte

L'objectif principal de cette réunion est de valider collectivement l'analyse de cet événement et le plan d'actions.

Cette réunion regroupe tous les professionnels impliqués dans l'événement ou concernés par cette situation.

Elle a pour buts de :

- Faire prendre conscience des difficultés et des vulnérabilités identifiées lors de cet événement,
- Favoriser la communication et le partage d'expériences entre les professionnels,
- Valoriser l'équipe en tirant des enseignements des décisions et des actions qu'elle a effectués et prendre en compte son vécu.

#### Les objectifs opérationnels

- Appréhender collectivement la complexité des faits ayant abouti à l'EIGS
- Identifier les écarts / bonnes pratiques et réglementation
- Décider du plan d'actions
- Valider collectivement l'analyse et le plan d'actions

#### Les pré-requis

La réussite de cette réunion tient en grande partie aux qualités de l'animateur, et des personnes ressources présentes actrices de l'EIGS. Celui-ci aura préalablement préparé avec soin la réunion. Il aura rédigé avec l'aide du déclarant et des acteurs de l'EIGS une version provisoire du dossier d'analyse.

Tous les professionnels invités auront eu connaissance des objectifs de la réunion, dont la réalisation d'un plan d'actions.

Selon les cas, cette réunion peut être co-animée avec un responsable institutionnel.

Il est essentiel que l'animateur instaure dès le début de la réunion un climat de bienveillance.

### LE DEROULEMENT DE LA REUNION

1. Introduire la réunion d'analyse
2. Présenter le contexte
3. Etablir la chronologie des faits et identifier les causes immédiates
4. Rechercher les causes profondes par la méthode ALARME et les hiérarchiser
5. Apprécier l'évitabilité des causes
6. Procéder à une analyse/lecture systémique
7. Définir un plan d'actions d'amélioration
8. Conclure et remercier les participants de leur implication.

## Fiche réflexe

### 1. Introduire la réunion d'analyse

- *Tour de table*

La réunion d'analyse est introduite par l'animateur qui se présente et explique son rôle et invite ensuite chaque participant à se présenter et à préciser s'il était présent ou pas au moment de l'événement.

- *Présenter les objectifs de la réunion*

A l'issue du tour de table, l'animateur remercie les participants et rappelle la finalité de la démarche : établir un plan d'actions pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il précise l'intérêt de réaliser *une analyse approfondie des causes* et indique la méthode utilisée.

La priorité est de mettre en lumière tous les éléments de l'organisation ayant contribué à la survenue de l'EIGS.

- *Rappeler les principes à respecter*

- L'analyse est centrée sur le patient, son parcours et la compréhension de l'événement dans un souci d'améliorer les pratiques et les organisations et non pas sur la recherche de responsables(s) et encore moins de coupable(s)
- Il ne s'agit pas de réaliser une analyse clinique centrée sur la pathologie et le traitement
- Il s'agit d'assurer le respect de la confidentialité des informations et des discussions
- D'autres principes sont également à énoncer comme la confiance entre les participants, la liberté de prise de parole et la prise de décision par consensus.

- *Indiquer le déroulement de la réunion*

L'animateur précise les 3 phases principales de la réunion : la présentation du contexte, l'analyse des causes et la définition d'un plan d'actions.

### 2. Présenter le contexte

L'animateur présente de façon factuelle et synthétique, la situation le jour de l'événement : charge de travail, effectifs, compétences présentes et particularités.... (Ces éléments seront repris dans l'analyse des causes avec la méthode ALARME). Il précise si des événements identiques se sont déjà produits et les mesures mises en place.

Il indique déjà les modalités de signalement de cet événement.

Il précise également les modalités de l'annonce du dommage au patient et/ou à sa famille et si une réclamation ou une plainte a été faite ou est susceptible de l'être.

Il aborde, le cas échéant, l'impact médiatique.

Enfin, il annonce les mesures de soutien des professionnels impliqués dans l'événement éventuellement mises en place.

## Fiche réflexe

### 3. Etablir la chronologie des faits et identifier les causes immédiates

- *Qu'est-il arrivé ?*
  - Présentation synthétique du patient : âge, antécédents, diagnostic et gravité, le parcours de soins, le traitement, la complexité de la prise en charge, le motif d'hospitalisation, le contexte socioculturel ...
  - Présentation de l'événement en précisant la date, l'heure et le lieu de survenue, les modalités de détection de l'événement, la mesure de la gravité, les conséquences de l'EIGS pour le patient, les décisions et les mesures immédiates, l'information donnée au patient et/ou son entourage ainsi que l'évolution clinique du patient et sa prise en charge depuis l'événement.

Qui présente ? Il est préférable que cette présentation soit faite par un soignant ayant pris en charge le patient car il s'agit le plus souvent d'une approche « clinique ». Celui-ci aura été sollicité lors de la préparation de la réunion. Cette présentation doit être anticipée avec le chef de service et/ou le cadre de santé du service concerné.

- *Quelle a été la chronologie des faits ?*

L'animateur présente la chronologie en précisant l'épisode concerné mais également la prise en charge en amont et en aval de l'événement (chronologie reconstituée au décours de l'enquête et/ou lors de la préparation de la réunion). Un chronogramme peut être présenté pour mieux visualiser la chronologie et faciliter la remémoration des circonstances par les professionnels.

Il sollicite les professionnels impliqués dans la prise en charge pour préciser certains faits ainsi que leur enchaînement et valider la chronologie.

- *Quelles sont les causes immédiates ?*

A **chaque étape de la prise en charge**, l'animateur invite l'ensemble des participants à identifier :

- **Les écarts** par rapport aux bonnes pratiques et à la réglementation et se poser la question de savoir s'ils auraient pu être évités,
- **Les dysfonctionnements**,
- **Les barrières de sécurité** ayant ou non fonctionné : il s'agit des **barrières de prévention** évitant les sources d'erreurs, **des barrières de récupération** qui permettent d'agir rapidement quand on a détecté une erreur et d'éviter ainsi que l'accident ne se produise et des **barrières d'atténuation** quand on comprend que l'accident est arrivé et que l'on veut en limiter rapidement les effets.

Certains écarts ou dysfonctionnements peuvent constituer à eux-seuls les causes immédiates, sans oublier que le patient peut lui aussi avoir contribué à la survenue de l'EIGS.

L'animateur s'attachera également à valoriser la réactivité, les décisions, l'efficacité des mesures prises et plus globalement le professionnalisme de l'équipe.

## Fiche réflexe

Il est nécessaire de faciliter l'expression de certains acteurs susceptibles d'apporter leur contribution au déroulement des faits. Cette étape est importante car les points de vue des acteurs peuvent diverger et compte tenu des éventuels rapports de force.

Le groupe doit aussi s'appuyer sur la consultation des documents disponibles (dossier patient, planning des équipes, document qualité en lien avec l'EIGS ...).

L'animateur clôt cette étape en s'assurant de l'adhésion de tous les participants.

### **4. Rechercher les causes profondes et les hiérarchiser**

#### ▪ *Pourquoi cela est-il arrivé ?*

En faisant référence à la chronologie et pour chacun des écarts constatés, l'animateur s'attachera à en rechercher les causes. Il pose des questions ouvertes explorant les sept catégories de la méthode ALARME qui sont abordées dans la partie 2 du formulaire de déclaration sur le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables :

- patient,
- professionnels,
- équipe,
- tâche,
- environnement,
- organisation,
- institution.

Dans un souci d'exhaustivité, un listing de questions (formulaire détaillé) doit être anticipé afin de faciliter la recherche des causes profondes. Mais, en aucun cas, il ne constitue un questionnaire à administrer de façon linéaire.

Pour chaque facteur identifié dans chacune des catégories, l'animateur approfondit la recherche en utilisant la technique des « 5 pourquoi » : *à chaque réponse apportée, l'animateur demande « pourquoi » jusqu'à épuisement des réponses.*

Cette analyse est un processus dynamique. En fonction des informations données par les participants, l'animateur adapte son questionnement, ce qui implique parfois d'effectuer des aller/retour d'une dimension à l'autre pour établir les liens et dégager par cette analyse globale des causes profondes.

A la fin de cette analyse des causes profondes, l'animateur s'assure que tous les participants sont d'accord avec les causes identifiées.

## Fiche réflexe

### **5. Apprécier l'évitabilité des causes**

Au regard de la réflexion sur l'évitabilité engagée dès la phase d'identification des causes immédiates et au regard des causes profondes, il faut identifier les arguments en faveur ou en défaveur de l'évitabilité de l'événement. L'ensemble des participants peut se prononcer alors sur le degré de présomption du caractère évitable ou non de l'EIGS. Une échelle sur 4 niveaux peut être utilisée comme dans la partie 2 du formulaire du portail :

- 1 : inévitable
- 2 : probablement inévitable
- 3 : probablement évitable
- 4 : évitable.

Le sujet de l'évitabilité de l'EIGS est un sujet sensible qui renvoie à la notion de responsabilité. C'est dans le cadre de la préparation de cette réunion, que l'animateur prévoira comment aborder ce sujet. Le niveau d'évitabilité devra se faire par consensus.

### **6. Procéder à une analyse/lecture systémique**

L'animateur rappelle les facteurs contributifs les plus marquants identifiés par les participants.

Il invite les participants à prendre de la hauteur pour observer les relations entre ces différents facteurs sans s'attarder sur les éléments eux-mêmes. Il invite également les participants à s'interroger et à en comprendre les raisons communes.

Cette approche doit être constructiviste ; elle ne vise pas à se « lamenter » sur les difficultés contextuelles ou les résistances au changement. Elle doit au contraire viser à transformer les contraintes en données à traiter et à définir les meilleures stratégies pour réduire les risques et les situations de danger qui ont été identifiés.

### **7. Définir un plan d'actions d'amélioration**

Le but du plan d'actions est de supprimer ou de réduire au maximum les écarts et/ou dysfonctionnements pour réduire les risques et les situations de danger identifiés, et aussi d'éviter que l'évènement ne se reproduise.

Trois stratégies sont possibles :

- Agir sur la source du danger, du risque,
- Renforcer et/ou mettre en place des barrières de sécurité : barrières de prévention, de récupération et d'atténuation,
- Agir sur les professionnels en les sensibilisant aux dangers.

## Fiche réflexe

Lors de cette réunion et avant de commencer à définir le plan d'actions, il est utile d'examiner la pertinence des actions correctives et/ou préventives ayant été mises en place immédiatement après l'EIGS et décider ou non de leur poursuite.

Ce plan d'actions doit requérir l'adhésion de tous les acteurs présents et de l'encadrement.

Les actions d'amélioration doivent :

- Être corrélées aux causes profondes fortement associées à l'EIGS
- Offrir une solution au problème à long terme (pérennité)
- Ne pas engendrer de nouveaux risques.

Il faut distinguer :

- Les actions à mener au niveau de l'unité concernée (ou des unités)
- Les actions nécessitant une validation par la direction en fonction des impacts (impact financier, du domaine des ressources humaines, équipements et infrastructure, informatique, système d'information...)

Les améliorations recherchées doivent se traduire par des actions concrètes réalisables et applicables dans des délais donnés.

Il s'agit d'élaborer le plan d'actions en précisant pour chaque action :

- Le responsable de l'action
- Les modalités de mise en œuvre,
- La date de début et l'échéance prévisionnelles,
- Les modalités d'évaluation et de suivi (audit, mise en place d'un indicateur...).

Les actions validées seront inscrites au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) de la structure.

De plus, il faut prévoir un suivi de la mise en œuvre du plan d'actions et de son efficacité au travers d'indicateurs.

### **8. Conclure et remercier les participants de leur implication.**

L'animateur remercie les participants et sollicite leur avis sur le déroulement de la réunion d'analyse.

Il interroge l'assistance sur les principales leçons à tirer de cet événement qui pourraient être utiles à d'autres professionnels de l'unité et/ou de la structure.

Il clôture la séance en rappelant les modalités de restitution du compte rendu de l'analyse (anonymisation), et les éventuelles suites qui seront données.

Il insiste sur l'importance des axes d'amélioration retenus et s'assure du suivi du plan d'actions, en planifiant une ou plusieurs réunions de suivi avec l'encadrement et/ou les personnes en charge d'actions d'amélioration.

## Fiche réflexe

### AUTRE DOCUMENT SUPPORT EN LIEN

Dossier d'analyse des causes d'un Événement Indésirable Grave Associé aux Soins

### POUR EN SAVOIR PLUS...

Guide d'analyse approfondie des causes d'événements. - CCECQA – Février 2017

Conduite de réunion d'analyse approfondie des causes d'un Événement Indésirable Associé aux Soins (EIGS) – Site internet de Prage - CCECQA – Fiche 4 - v2 /02-02-2017

Repères – Pas d'erreur sur l'erreur – Avril 2016  
Philippe Chevalier – Mission sécurité du patient – HAS

Grille ALARM Commentée – 2010 - HAS

L'analyse des causes profondes Identification des causes profondes des événements indésirables médicaux avec la méthode « ALARM » - 2010 - HAS