

Références bibliographiques

Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

Haute Autorité de Santé - Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé – Mars 2012

ANESM - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - Décembre 2008

Organisation Mondiale de la Santé. Guide pédagogique pour la sécurité des patients : Edition multi-professionnelle ; 2011.

Reason JT. Managing the Risks of Organizational Accidents. Classic. Aldershot, Hampshire, England: Ashgate; 1997.

Pour aller plus loin

L'ERAGE est à votre disposition

erage@requa.fr

www.requa.fr

Antenne de Besançon

03.81.61.68.10

Antenne de Dijon

03.80.42.55.40



Réseau Qualité des établissements de santé de Bourgogne Franche-Comté

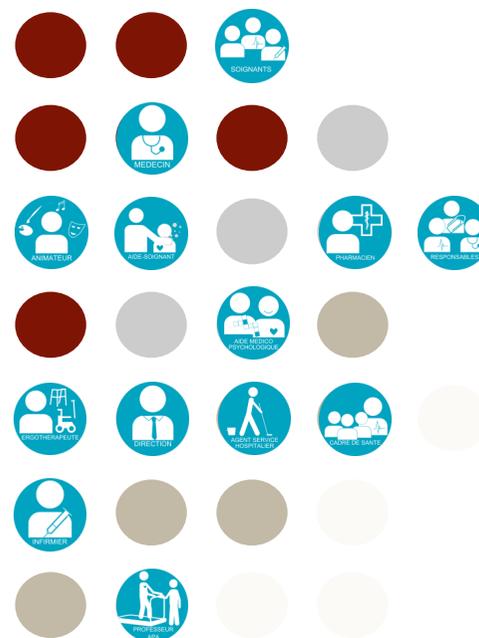


ERAGE

Equipe Régionale d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables

Managers et responsables

Le signalement responsable, on en est tous capables



Le management positif de l'erreur

Flyer de sensibilisation au signalement d'évènements indésirables associés aux soins

Novembre 2017



Errare Humanum Est : acceptons-le !

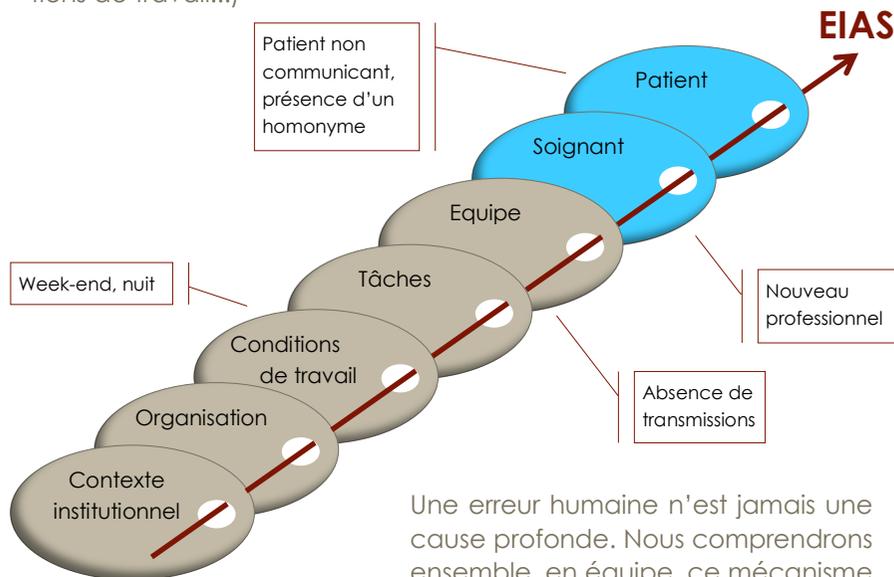
L'**erreur** est une **action** ou une séquence d'actions **qui ne produit pas le résultat attendu**.

« Le système doit accepter les erreurs comme le verso indissociable de l'intelligence humaine (...) L'erreur est la contrepartie des performances cognitives » James Reason.

Dans les soins, comme dans toute activité humaine, **des erreurs peuvent se produire**. La sécurité ne peut pas reposer sur l'absence d'erreur. Notre **capacité à détecter et à traiter** les erreurs permettra une amélioration pérenne du système de prise en charge.

Mécanisme de survenue d'un EIAS : comprenons-le !

L'évènement indésirable associé aux soins (EIAS) est la conséquence d'un **enchaînement de plusieurs défaillances** qu'elles soient individuelles ou systémiques (liées à l'organisation, à l'équipe, aux conditions de travail...)



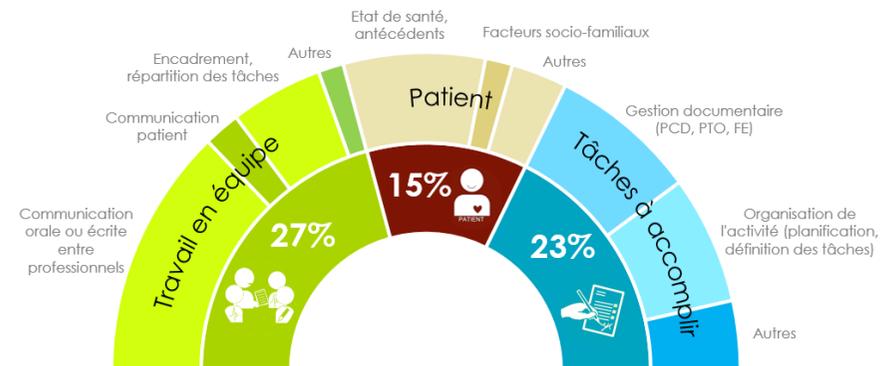
Une erreur humaine n'est jamais une cause profonde. Nous comprendrons ensemble, en équipe, ce mécanisme afin de **tirer des enseignements de ce qui s'est produit**.

Un EIAS est survenu : exploitons-le !

Analyser les situations en équipe permet à l'équipe de comprendre ce qu'il s'est passé et pourquoi cela s'est passé, d'**identifier les causes profondes et les corriger** afin d'éviter la reproduction de l'EIAS ou de mieux y faire face.

Causes principales d'un EIAS

Suite à l'analyse de plus de 47000 évènements porteurs de risques, la HAS a pu identifier 3 causes majeures, qui sont les mêmes que celles identifiées dans l'analyse des EIAS :



Climat de confiance : instaurons-le !

Répondre à l'erreur par la sanction systématique du professionnel ne permet pas de corriger la situation. Pour cela, il faut **inciter les acteurs à ne pas cacher les informations utiles**, par peur de la sanction.



C'est un climat de confiance qui engagera les professionnels à fournir des renseignements essentiels à la sécurité des soins.

Pour autant, il n'est pas envisageable d'être dans une culture totalement non punitive. Il est nécessaire d'établir une ligne de démarcation claire entre **le comportement acceptable et le comportement inacceptable** (culture juste). Des outils peuvent faciliter cette démarche (ex : arbre décisionnel de James Reason).