

## 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.

Pour aller plus loin

L'ERAGE est à votre disposition

[erage@requa.fr](mailto:erage@requa.fr)

[www.requa.fr](http://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

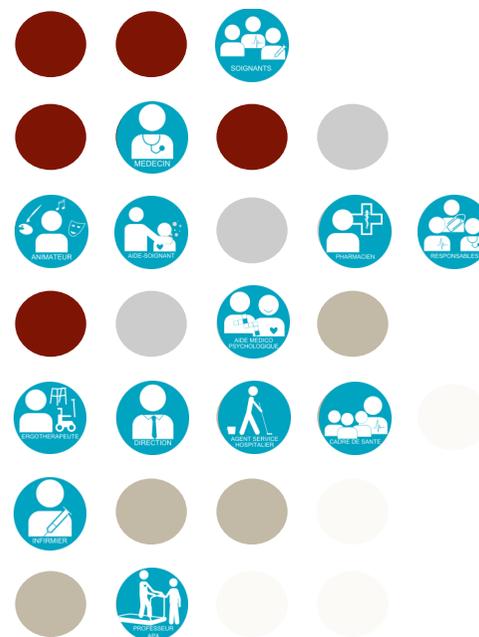


ERAGE

Equipe Régionale d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables

## Professionnels de santé

**Le signalement : un petit pas pour le soignant, un grand pas pour la sécurité des patients**



## L'utilité du signalement

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

Novembre 2017



## Les Evénements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) : je les détecte !



Un EIAS est un **événement inattendu** survenant lors de la prise en charge, en lien avec les soins délivrés au patient. C'est un événement qui a entraîné des **conséquences pour le patient** (blessures légères, soins supplémentaires, hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation, mise en jeu du pronostic vital, décès...) mais il peut aussi s'agir d'un **événement potentiellement dommageable** pour le patient.

## Les EIAS : je les signale !

**Seul ou en équipe**, sur un support en place dans l'établissement (fiche, logiciel, etc.)

Seules les situations connues peuvent être traitées... parler de l'événement en équipe et **remplir une Fiche** d'Evénement Indésirable, c'est décrire ce qui s'est passé, exposer des faits.

## Les EIAS : je participe à leur compréhension !

L'**analyse collective et systémique**, réalisée selon une méthode précise, permet de comprendre ce qui s'est passé en regardant le problème dans son ensemble et en recherchant les causes profondes. **On identifie des dysfonctionnements, pas des responsables.**



Tous les EIAS ne sont pas analysés, le choix peut être fait selon certains critères : le potentiel d'amélioration, la fréquence, la priorité du thème, la gravité... Mieux vaut analyser moins d'EIAS, mais analyser ceux qu'on a choisis en se posant les vraies questions.

Lors de cette étape d'analyse, **je peux être sollicité pour apporter des informations** complémentaires sur l'événement ou pour participer à l'analyse.

## Grâce aux signalements : passons à l'action !

L'analyse de l'événement que j'ai signalé permettra de mettre en place des actions d'amélioration et donc de **tirer un apprentissage de la situation**.

**Des actions d'amélioration** sont mises en place pour répondre aux dysfonctionnements liés à l'organisation, au fonctionnement, à la communication. **Elles bénéficient à la fois aux patients, aux soignants et aux équipes.**

Ces actions doivent prendre en compte le fait qu'on n'évitera pas tous les EIAS : il faut chercher des actions de prévention, mais aussi des actions qui nous permettront de mieux faire face à l'EIAS s'il survient à nouveau.

## Les EIAS : partageons nos expériences !

Je peux être amené à mettre en œuvre ces actions d'amélioration sur le terrain. L'événement que nous avons analysé peut survenir dans un autre service et/ou mettre un collègue en difficulté. **Pour éviter qu'un événement se reproduise**, nous partageons notre analyse de la situation et les solutions que nous avons apportées.

