

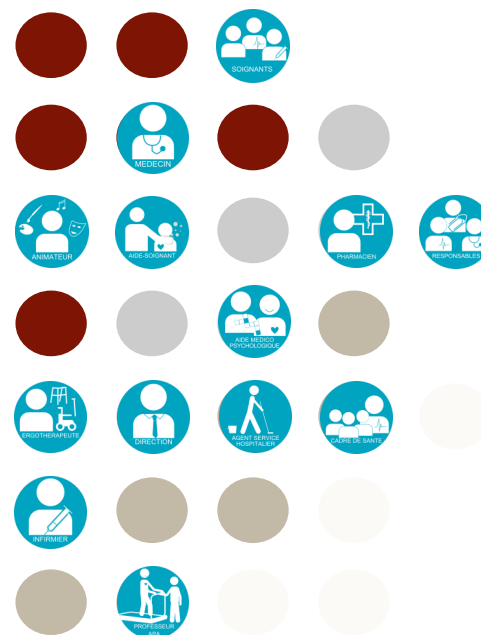
ERAGE
Equipe Régionale d'Appui à la Gestion des Evénements Indésirables

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

Antenne de Dijon
03.80.42.55.40



Le signalement responsable, on en est tous capables



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

Novembre 2022



Errare Humanum Est : acceptons-le !

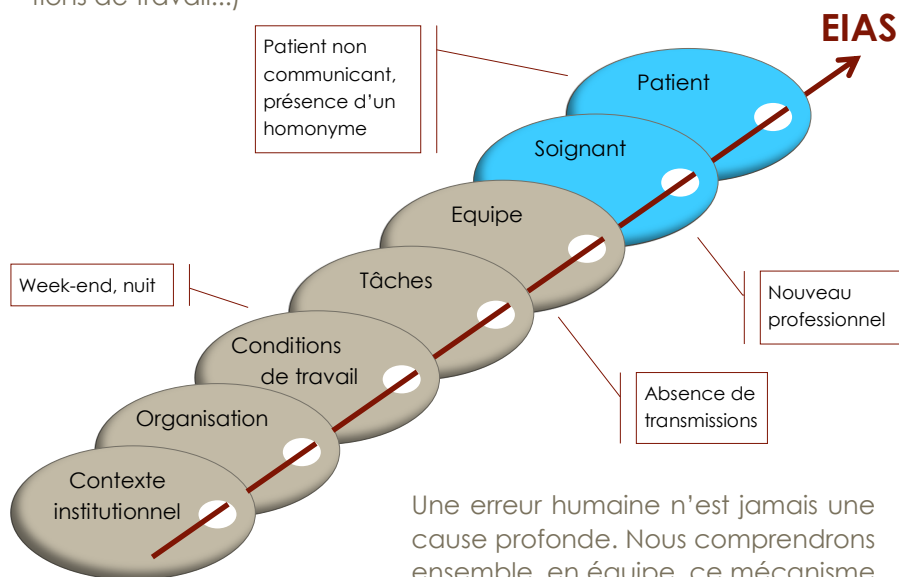
L'**erreur** est une **action** ou une séquence d'actions **qui ne produit pas le résultat attendu**.

« 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...)



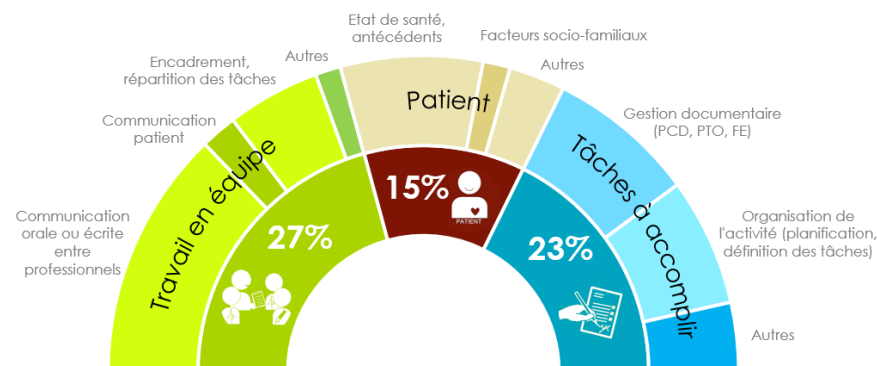
Une erreur humaine n'est jamais une cause profonde. Nous comprendrons ensemble, en équipe, ce mécanisme afin de **tirer des enseignements de ce qui s'est produit**.

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 événements 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).