SUPPORT D’ANALYSE

Analyse des causes profondes

d’un Evènement Indésirable Associé aux Soins et à l’Institutionnalisation (EI-ASAI)

Etablissement :

Service :

Date de l’analyse : ……/……/…………

Informations sur le patient/résident avant la survenue de l’EI-ASAI

Sexe : [ ]  Masculin [ ]  Féminin Age :

Admission / consultation : [ ]  Programmée [ ]  Non programmée

Date d’admission dans l’établissement : ………/………/……………

Date d’admission dans le service (si différent) : ………/………/……………

Type de prise en charge du patient/résident lors de cette admission/consultation :

[ ]  Hospitalisation / hébergement permanent

[ ]  Hospitalisation ambulatoire / accueil de jour

[ ]  Consultation ou examen en externe

[ ]  Consultation aux urgences

[ ]  Autre :

Diagnostic principal de prise en charge avant EI-ASAI :

Antécédents et comorbidités contributifs au moment de la survenue de l’EI-ASAI :

Traitement en cours au moment de la survenue de l’EI-ASAI :

| **Description détaillée de l’EI-ASAI** (sans interpréter ni tenter de donner d’explication ; respecter la chronologie et préciser les heures et les jours) | **Dysfonctionnements / Facteurs contributifs** |
| --- | --- |
|  |  |

Caractéristiques de l’Evènement Indésirable Associé aux Soins et à l’Institutionnalisation (EI-ASAI)

**EI-ASAI :**

Date et Heure de survenue de l’EI-ASAI : ……… /……… /…………… à ………… h …………

Jour de la semaine : [ ]  lundi [ ]  mardi [ ] mercredi

[ ]  jeudi [ ]  vendredi [ ]  samedi [ ]  dimanche

Lieu de survenue de l’EI-ASAI :

[ ]  Chambre du patient / résident

[ ]  Bloc opératoire / salle interventionnelle

[ ]  Salle d’examen (imagerie, laboratoire, rééducation, ateliers thérapeutiques…)

[ ]  Lieu de vie en commun du patient/résident

[ ]  Unité d’hospitalisation / consultation

[ ]  Lors d’un déplacement au sein de l’établissement (même entité juridique)

[ ]  Lors d’un déplacement entre établissements

[ ]  Après la sortie du patient/résident

[ ]  Autre :

Période particulière : [ ]  Nuit [ ]  Jour férié [ ]  Week-end [ ]  Heure de changement d’équipe

[ ]  Aucune [ ]  Autre

Cause(s) immédiate(s) :

Acte ou produit de santé susceptible d’être à l’origine de l’EI-ASAI :

Conséquences de l’EI-ASAI pour le patient/résident :

|  |  |
| --- | --- |
| Conséquences immédiates | Conséquences au jour de l’analyse |
| [ ]  Décès[[1]](#footnote-1) | [ ]  Décès1 |
| [ ]  Probable déficit fonctionnel permanent1 | [ ]  Probable déficit fonctionnel permanent1 |
| [ ]  Mise en jeu du pronostic vital1 | [ ]  Mise en jeu du pronostic vital1 |
| [ ]  Aucune | [ ]  Aucune |
| [ ]  Autres : | [ ]  Autres : |

En cas de décès :

[ ]  Mortalité attendue ou prévisible au moment de l’admission

[ ]  Mortalité inattendue à l’entrée mais évolution naturelle de la maladie peut l’expliquer

[ ]  Mortalité inattendue à l’entrée, non expliquée par l’évolution naturelle de la maladie

Analyse des causes profondes selon ALARM

L’analyse approfondie des causes racines a été menée en présence des équipes concernées. Les dysfonctionnement ou défaillances identifiés ont été classés selon une typologie inspirée de la grille ALARM.

|  |
| --- |
| ***A. Facteurs favorisants liés au patient/résident*** |
| [ ]  Antécédents |
| [ ]  Etat de santé (pathologies, comorbidités) |
| [ ]  Traitement  |
| [ ]  Personnalité, facteurs sociaux et familiaux |
| [ ]  Relations conflictuelles  |
| [ ]  Information lors de la sortie inadéquate/ incomplète |
| [ ]  Insuffisance d’échanges d’information entre les professionnels de santé et le patient/résident |
| [ ]  Insuffisance d’échanges d’information entre les professionnels de santé et l’entourage du patient/résident  |
| [ ]  Autre : ………………………………………………………………………………………………… |
| **B. *Facteurs favorisants liés aux tâches à accomplir*** |
| [ ]  Mauvaise définition des tâches  |
| [ ]  Programmation/planification des tâches non adaptées |
| [ ]  Limitation trop restrictive de la prise de décision des professionnels |
| [ ]  Résultats d’examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents) |
| [ ]  Protocoles ou procédures (indisponibles, non adaptés ou non utilisés) |
| [ ]  Autre : ………………………………………………………………………………………………… |
| **C. *Facteurs favorisants* liés aux professionnels à titre individuel** |
| [ ]  Défaut de qualification des professionnels |
| [ ] Défaut de connaissances théoriques / techniques des professionnels |
| [ ]  Défaut d’aptitude, de compétence, d’expérience des professionnels |
| [ ]  Mauvaise disposition physique et mentale (fatigue, maladie, stress…) |
| [ ]  Non-respect des consignes |
| [ ]  Autre : ………………………………………………………………………………………………… |
| **D. *Facteurs favorisants* liés à l’équipe (coordination, communication…)** |
| [ ]  Mauvaise composition de l’équipe au moment de l’EIAS |
| [ ]  Défaut de communication interne orale |
| [ ]  Défaut de communication interne écrite  |
| [ ]  Difficulté dans la recherche d’information auprès d’un professionnel  |
| [ ]  Conflits – mauvaise ambiance au sein de l’équipe au moment de l’EIAS |
| [ ]  Défaut de supervision médicale ou paramédicale |
| [ ]  Défaut de répartition des tâches  |
| [ ]  Autre : ………………………………………………………………………………………………… |
| **E. *Facteurs favorisants* liés à l’environnement de travail** |
| [ ]  Locaux inadaptés |
| [ ]  Fournitures ou équipements non disponibles ou inadaptés |
| [ ]  Fournitures ou équipements défectueux |
| [ ]  Supports d’information du matériel non disponibles ou inadaptés |
| [ ]  Défaut de formation ou entraînement des personnels au matériel |
| [ ]  Conditions de travail inadéquates (interruption de tâche, horaires …) |
| [ ]  Retard dans la prestation ou la programmation des examens cliniques et paracliniques |
| [ ]  Charge de travail trop importante |
| [ ]  Autre : ………………………………………………………………………………………………… |
| **F. *Facteurs favorisants* liés à l’organisation et au management** |
| [ ]  Changement récent d’organisation interne |
| [ ]  Mauvaise définition des responsabilités et des tâches |
| [ ]  Soins ne relevant pas du champ d’activité du service |
| [ ]  Défaut de coordination entre services |
| [ ]  Gestion du personnel ou des ressources humaines inadéquate (nombre, compétence) |
| [ ]  Politique d’achat non définie ou inadaptée |
| [ ]  Politique de formation continue non définie ou inadaptée |
| [ ]  Autre : ………………………………………………………………………………………………… |
| **G. *Facteurs favorisants* liés au contexte institutionnel** |
| [ ]  Contraintes financières au niveau de l’hôpital |
| [ ]  Ressources insuffisantes ou défectueuses (matériels, nombres de lits, SAMU…) |
| [ ]  Défaut d’échanges ou de relations avec d’autres établissements ou structures de soins |
| [ ]  Absence de culture sécurité et gestion des risques au sein du service |
| [ ]  Absence de culture sécurité et gestion des risques au sein de l’établissement |
| [ ]  Autre : ………………………………………………………………………………………………… |

Eléments de sécurité ou barrières (prévention, atténuation, récupération)

Mesures qui ont fonctionné et qui ont permis de limiter les conséquences de l’événement :

Autres éléments discutés lors de l’analyse :

Evitabilité

Estimation de l’évitabilité

[ ]  Caractère inévitable

[ ]  Caractère probablement inévitable

[ ]  Caractère probablement évitable

[ ]  Caractère évitable

Propositions d’actions d’amélioration

Des mesures sont-elles proposées en termes :

* **d’organisation :**  [ ]  Oui [ ]  Non

(Composition d’équipe, procédures écrites, protocoles de soins, approvisionnement…)

* **de communication** : [ ]  Oui [ ]  Non

(Entre professionnels de santé, entre professionnels de santé et patients ou entourage…)

* **de formation** : [ ]  Oui [ ]  Non

(interne, externe…)

Si oui, lesquelles (les actions sont à hiérarchiser et à compléter) :

Responsable : Echéance :

Diffusion de l’information :

Evaluation prévue (et échéance) :

Responsable : Echéance :

Diffusion de l’information :

Evaluation prévue (et échéance) :

Responsable : Echéance :

Diffusion de l’information :

Evaluation prévue (et échéance) :

*Les actions proposées ne sont pas forcément*

*en lien direct avec la survenue de l’évènement indésirable.*

Mesures de signalement / déclaration

Cet événement a-t-il fait l’objet d’une déclaration à un (des) organisme(s) suivant :

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Evénement indésirable grave associé aux soins (ARS)[[2]](#footnote-2) – date  | [ ]  Pharmacodépendance |
| [ ]  Dysfonctionnement grave (ARS et/ou Conseil Dép.) – date  | [ ]  Matériovigilance |
| [ ]  Signalement infections associées aux soins | [ ]  Biovigilance |
| [ ]  Défaut de qualité d’un médicament sans effet | [ ]  Cosmétovigilance |
| [ ]  Effet(s) indésirables(s) consécutif(s) à un tatouage | [ ]  Réactovigilance |
| [ ]  Erreur médicamenteuse sans effet | [ ]  Addictovigilance |
| [ ]  Maladie à Déclaration Obligatoire (MDO) | [ ]  Nutrivigilance |
| [ ]  Incident de sécurité des systèmes d’information | [ ]  Toxicovigilance |
| [ ]  Hémovigilance | [ ]  Radiovigilance |
| [ ]  Pharmacovigilance | [ ]  AMP Vigilance |
| [ ]  Autre organisme/système de signalement : ……………………………………………………………………………… |

Information du patient/résident

|  |  |
| --- | --- |
| Le dossier patient/résident comporte-t-il la **traçabilité de la survenue d’un évènement indésirable** associé aux soinsLe patient/résident (ou son entourage) a-t-il été **informé, oralement ou par écrit, de la survenue d’un évènement indésirable** associé aux soins | [ ]  Oui [ ]  Non[ ]  Oui [ ]  Non |
| Si oui, **le dossier patient/résident comporte-t-il la traçabilité de l’information donnée** au patient/résident sur la survenue d’un évènement indésirable associé aux soins | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Des **mesures d’accompagnement du patient et/ou de ses proches** ont- été mises en place  | [ ]  Oui [ ]  Non |

Accompagnement de l’équipe soignante

L’équipe soignante ou les professionnels ayant prise en charge [ ]  Oui

le patient/résident ont-ils besoin de soutien ou d’accompagnement ? [ ]  Non

Si oui, ce soutien [ ]  a été organisé

[ ]  est prévu

**Fiche de présence**

Service(s) :

Date de la **séance d’analyse des causes par la méthode ALARM**  : ………/………/……………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonction** | **Service/ Etablissement** | **Présent lors de l’événement****(oui/non)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Gestionnaire de risques – CDMQ  | SRA (Structure Régionale d’Appui) RéQua-ERAGE |  |
| IDE – CDMQ  | SRA (Structure Régionale d’Appui) RéQua-ERAGE |  |
| Médecin – CDMQ  | SRA (Structure Régionale d’Appui) RéQua-ERAGE |  |
| Pharmacien – CDMQ  | SRA (Structure Régionale d’Appui) RéQua-ERAGE |  |
| Responsable Qualité – CDMQ  | SRA (Structure Régionale d’Appui) RéQua-ERAGE |  |

1. Tout événement indésirable grave associé à des soins doit être déclaré à l’ARS. Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 [↑](#footnote-ref-1)
2. Tout événement indésirable grave associé à des soins doit être déclaré à l’ARS. Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 [↑](#footnote-ref-2)