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 soins  Le 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)