



Le Signalement des Événements Indésirables et leur Analyse en CREX

Delphine Champonnois, IDE Coordinatrice EHPAD St Hilaire - Pesmes

Anne Guyot, Cadre Supérieure de Santé CHVS - Gray

Journée régionale RéQua

Les Événements Indésirables Associés aux Soins

21 septembre 2017 - Dijon

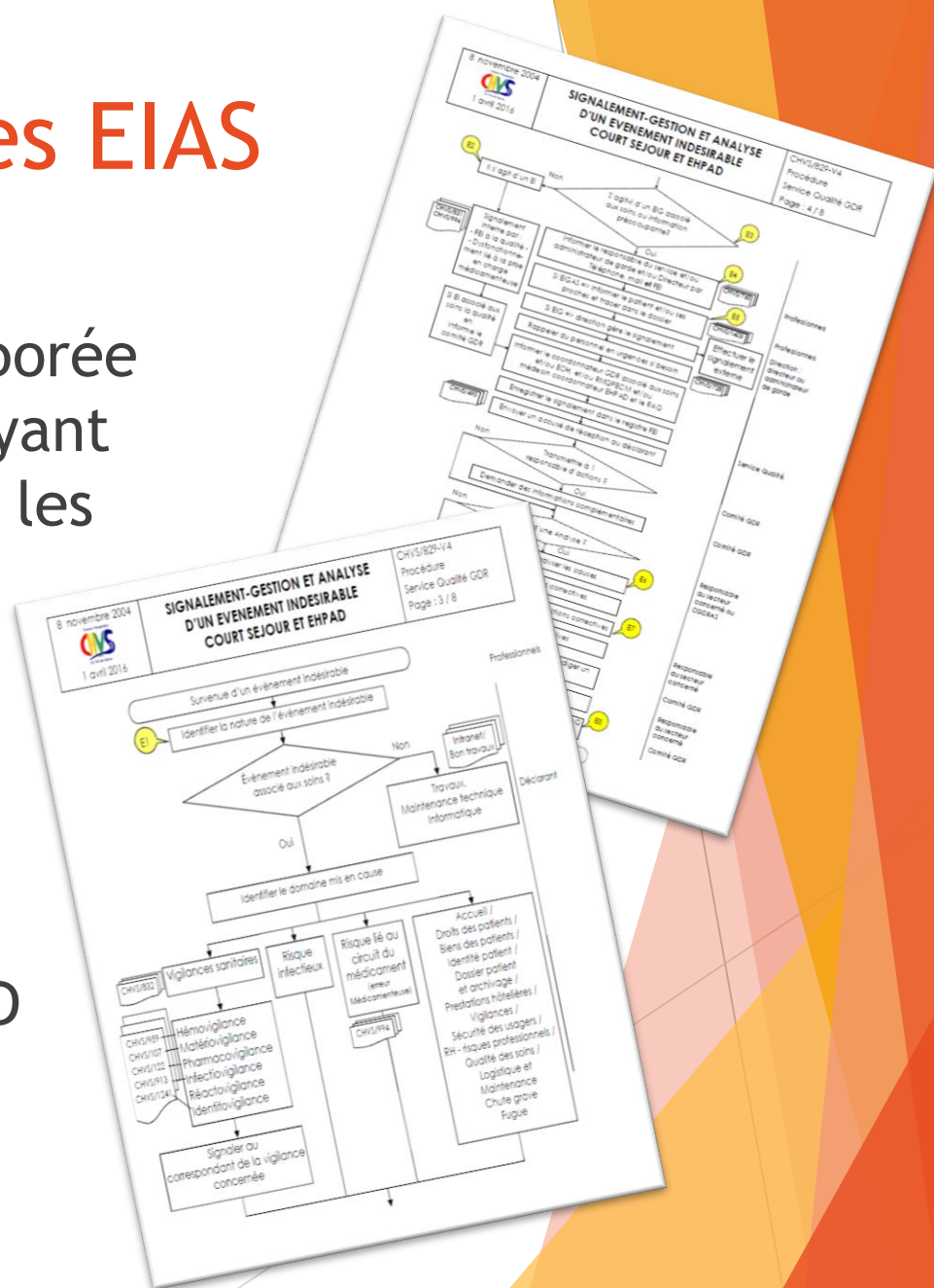


Centre Hospitalier du Val de Saône

- ▶ 350 lits d'EHPAD sur 5 sites
- ▶ Dont l'EHPAD Saint Hilaire de Pesmes:
 - Service de 40 résidents
 - 23 professionnels
 - encadrés par une IDE Coordinatrice

Le Signalement des EIAS

- ▶ Une procédure a été élaborée avec le service Qualité ayant pour objectif de préciser les outils et les circuits des signalements
- ▶ Cette procédure est à destination de tous les professionnels de l'EHPAD



Le Signalement des Dysfonctionnements

- ▶ Tous les professionnels sont tenus de signaler tous dysfonctionnements.
- ▶ Il existe plusieurs fiches de signalement
 - incident technique → bon travaux sur intranet
 - incident informatique → signalement sur intranet
 - événement indésirable

Le Signalement des EIAS

- ▶ Pour les EI, le professionnel renseigne une FEI en précisant le domaine concerné
- ▶ Exemples de domaines:
 - Risques - vigilances
 - Accueil
 - Droits des résidents, biens des résidents
 - Identité résident,
 - Dossier résident et archivage
 - Prestations hôtelières
 - Sécurité des usagers/professionnels : maltraitance, vol, violences, etc...
 - RH, risques professionnels
 - Qualité des soins

8 novembre 2004 CHVS 13 novembre 2015		FICHE DE SIGNALEMENT D'ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES		CHVS/831-V11 Enregistrement Gestion des risques Page : 1/2	
Tout professionnel doit signaler sans délai tout événement indésirable observé : situation qui a causé ou qui aurait pu causer des dommages aux patients, aux visiteurs, aux professionnels ou à l'institution.					
Professionnel signalant		Victime		Événement	
Nom Prénom : Service : Fonction :		Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> Patient/résident <input type="checkbox"/> Agent <input type="checkbox"/> Visiteur		Date : .../.../... Heure : Lieu : Confidentialité demandée <input type="checkbox"/>	
Que s'est-il passé ?					
Accueil		Droits des patients		Biens des patients	
<input type="checkbox"/> Attente <input type="checkbox"/> Problème d'accès, stationnement <input type="checkbox"/> Report ou anticipation rendez-vous, hospitalisation <input type="checkbox"/> Autre(s) :		<input type="checkbox"/> Défaut d'information <input type="checkbox"/> Problème confidentialité <input type="checkbox"/> Non respect libre choix, absence consentement <input type="checkbox"/> Autre(s) :		<input type="checkbox"/> Perte ou bris appareil auditif, dentaire, lunettes <input type="checkbox"/> Perte et bris autres biens personnels <input type="checkbox"/> Autre(s) :	
Identité patient		Dossier patient et archivage		RH- Risques pro	
<input type="checkbox"/> Erreur de saisie d'identité <input type="checkbox"/> Erreur d'identification pendant hospitalisation : remplir la fiche de liaison Identito-vigilance CHVS/1241 <input type="checkbox"/> Autre(s) :		<input type="checkbox"/> Défaut de traçabilité <input type="checkbox"/> Dysfonctionnement dossier informatisé <input type="checkbox"/> Dossier inaccessible, perte de dossier <input type="checkbox"/> Autre(s) :		<input type="checkbox"/> Glissement de tâche <input type="checkbox"/> Indisponibilité agent d'astreinte <input type="checkbox"/> Manque de personnel <input type="checkbox"/> Problème relationnel entre agents <input type="checkbox"/> Non respect règles professionnelles <input type="checkbox"/> Risques professionnels <input type="checkbox"/> Autre(s) :	
Risques - Vigilances		Sécurité des soins		Sécurité des locaux	
<i>si vous cochez 1 des critères ci-dessous, merci de bien vouloir suivre les instructions au verso</i>					
Prévenir le correspondant et renseigner.		<input type="checkbox"/> Violences sexuelles <input type="checkbox"/> Viols <input type="checkbox"/> Violences psychologiques et morales <input type="checkbox"/> Violences physiques <input type="checkbox"/> Maltraitements <input type="checkbox"/> Non-respect des prescriptions médicales <input type="checkbox"/> Epidémie/infection <input type="checkbox"/> Négligence graves/erreurs successives <input type="checkbox"/> Privation de droit <input type="checkbox"/> Accident corporels <input type="checkbox"/> Suicides (suspect ou avérés) <input type="checkbox"/> Tentatives de suicides <input type="checkbox"/> Anomalies du circuit du médicament <input type="checkbox"/> Chute grave (fracture, décès, ...) <input type="checkbox"/> Autres :		<input type="checkbox"/> Vols récurrents <input type="checkbox"/> Fugues <input type="checkbox"/> Actes de malveillance <input type="checkbox"/> Événements climatiques (inondation, ...) <input type="checkbox"/> Départ de feu <input type="checkbox"/> Intoxication alimentaire <input type="checkbox"/> Incendie <input type="checkbox"/> Autres :	
<input type="checkbox"/> Matériorvigilance CHVS/107 <input type="checkbox"/> Hémovigilance CHVS/959 <input type="checkbox"/> Pharmacovigilance CHVS/122 <input type="checkbox"/> Infectio vigilance CHVS/913 <input type="checkbox"/> Identitovigilance CHVS/1241 <input type="checkbox"/> Réactovigilance Tél Labo : 6380 <input type="checkbox"/> Chute CHVS/043 <input type="checkbox"/> PECM dysfonctionnement médicamenteux CHVS/994					
Qualité des soins (si conséquences graves, merci de bien vouloir suivre les instructions au verso)					
<input type="checkbox"/> Retard prise en charge initiale <input type="checkbox"/> Erreur diagnostic <input type="checkbox"/> Non prise en charge douleur <input type="checkbox"/> Prescription non conforme <input type="checkbox"/> Non respect protocole soins <input type="checkbox"/> Manque de soins <input type="checkbox"/> Non respect régime <input type="checkbox"/> Problème transport patients <input type="checkbox"/> Rupture continuité soins <input type="checkbox"/> Défaut préparation sortie <input type="checkbox"/> Défaut organisation décès <input type="checkbox"/> Constitution d'escarres <input type="checkbox"/> Autre(s) :					
Logistique et Maintenance			Prestations hôtelières		
Problème de : <input type="checkbox"/> Déchets <input type="checkbox"/> Linge <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Incident écologique <input type="checkbox"/> Défaut d'approvisionnement ; Défaut de maintenance : <input type="checkbox"/> biomédicale : technique <input type="checkbox"/> informatique ; <input type="checkbox"/> Autre(s) :			<input type="checkbox"/> Absence de chambre particulière <input type="checkbox"/> Restauration <input type="checkbox"/> Insatisfaction /TV/téléphone/services <input type="checkbox"/> Confort des chambres <input type="checkbox"/> Autre(s) :		
Description des faits					
.....					
Gravité estimée		Fréquence		Conséquence immédiate apparente	
<input type="checkbox"/> Inconfort <input type="checkbox"/> Gêne prolongée <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Séquelle <input type="checkbox"/> temporaire <input type="checkbox"/> permanente		<input type="checkbox"/> < 1 par an <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par jour		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Séquelle <input type="checkbox"/> Transfert <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Autre(s) :	
Mesures prises immédiatement et propositions d'amélioration					
Actions immédiates, Propositions :					
Personnes informées :					
→ Remplir cette fiche et la transmettre sans délai au service Qualité					

Le Signalement des EIAS

- Au départ une fiche unique était utilisée, elle a été complétée par d'autres fiches spécifiques

Fiche Dysfonctionnement lié à la
Prise en Charge Médicamenteuse

15 janvier 2014 CHVS 15 janvier 2014	FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT LIÉ À LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE (PECM)	CHVS/994-V1 Enregistrement GDR Page: 1/2
N° enregistrement qualité: / N° /		Date de déclaration: / /
Rédacteur du signalement: Nom obligatoire pour l'analyse: /		Confidentialité assurée <input checked="" type="checkbox"/>
Fonction: / Service: /		
Étiquette patient et/ou Nom - Prénom: /		Visa du chef de service? du cadre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Description de l'événement: /		Date de l'événement: / /
Étapes de survenue dans la prise en charge médicamenteuse (Cocher 1 item ou plus items)		
<input type="checkbox"/> Prescription: <input type="checkbox"/> Surveillance et/ou information patient		
<input type="checkbox"/> Dispensation: <input type="checkbox"/> Administration:		
<input type="checkbox"/> Préparation pilulier: <input type="checkbox"/> Préparation injectable:		
<input type="checkbox"/> Transport: <input type="checkbox"/> Autre et/ou précisions: /		
Le type d'erreur: cocher 1 ou plusieurs items		
<input type="checkbox"/> Erreur de patient: préciser les 2 noms		
<input type="checkbox"/> Erreur de médicament: (latin/français)		
<input type="checkbox"/> Erreur liée au logiciel CEBNER (préciser): /		
<input type="checkbox"/> Posologie ou concentration: <input type="checkbox"/> Dose		
<input type="checkbox"/> Voie administration: <input type="checkbox"/> Omission		
<input type="checkbox"/> Délai administration: <input type="checkbox"/> Communication		
<input type="checkbox"/> Durée administration: <input type="checkbox"/> Etiquetage		
<input type="checkbox"/> Moment administration: <input type="checkbox"/> Facteurs humains		
<input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique et clinique: <input type="checkbox"/> Conditionnement		
<input type="checkbox"/> Médicament périmé ou défectueux: <input type="checkbox"/> Conception		
<input type="checkbox"/> Non respect des protocoles en vigueur (préciser): /		
<input type="checkbox"/> Autre ou précisions: /		
Erreur détectée: comment a-t-elle été détectée?		
<input type="checkbox"/> Avant administration: <input type="checkbox"/> Au moment de l'administration:		
<input type="checkbox"/> Immédiatement après la prise: <input type="checkbox"/> Dans un délai après l'administration de: <input type="checkbox"/> 1H après <input type="checkbox"/> 24H <input type="checkbox"/> 48H <input type="checkbox"/> 1sem <input type="checkbox"/> 1mois		
<input type="checkbox"/> Autre ou précisions: /		
Gravité		
<input type="checkbox"/> Erreur Interceptée avant administration <input type="checkbox"/> Erreur sans préjudice pour le patient		
<input type="checkbox"/> Erreur avec préjudice pour le patient <input type="checkbox"/> Erreur avec décès du patient		
Information patient <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Si oui tracée dans le dossier patient: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Avec conséquences? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Si oui, lesquelles: /		
Actions immédiates? Propositions d'amélioration: /		
Partie réservée service qualité		
Date de réception qualité: / /		
CREX: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Retour d'information au déclarant: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
D'après les caractéristiques des erreurs médicamenteuses SFPC (REMEDI)		

Fiche Chute

19 Jun 2008 CHVS 4 septembre 2015	FICHE DE CHUTE	CHVS/043-V9 Enregistrement Qualité-GDR Page: 1/1
Déclarant: 1 ^{er} soignant informé de la chute		Nom: / Prénom: /
Fonction: /		Service: /
Personne soignée ou hébergée		ETIQUETTE PATIENT ou remplir ci-dessous: /
Nom: /		Prénom: /
Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		Age: /
Autonomie		Date de la chute: / /
Sujet autonome: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Heure de la chute: / /
Sujet âgé fragile: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
FACTEURS LIÉS À LA PERSONNE SOIGNÉE OU HÉBERGÉE		
Chute impliquant un fiert? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Action en cours au moment de la chute		
<input type="checkbox"/> Chute du lit		
<input type="checkbox"/> Chute du fauteuil		
<input type="checkbox"/> Marche		
<input type="checkbox"/> Autre: /		
FACTEURS LIÉS AUX MOYENS		
Port de chaussures adaptées: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Contention physique prescrite: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Contention effective au moment de la chute: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Chute due à la contention: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT		
Lieu de la chute		
<input type="checkbox"/> Chambre <input type="checkbox"/> Salle de bain <input type="checkbox"/> Toilettes <input type="checkbox"/> Couloir		
<input type="checkbox"/> Hall <input type="checkbox"/> Salle d'activité <input type="checkbox"/> Salle à manger <input type="checkbox"/> Boialier		
<input type="checkbox"/> Ascenseur <input type="checkbox"/> Extérieur <input type="checkbox"/> Autre: /		
Facteurs précipitants		
<input type="checkbox"/> Présence d'un obstacle, si oui lequel: <input type="checkbox"/> Sol Glissant <input type="checkbox"/> Sol Défectueux		
<input type="checkbox"/> Éclairage absent ou insuffisant		
<input type="checkbox"/> Autres facteurs: /		
EVALUATION MÉDICALE POST CHUTE		
A remplir par le médecin		
Mobilité avant la chute		
<input type="checkbox"/> Get up and go test normal avec marche en ligne droite (stable, position unipodale possible, marche en effectuant une autre action (double tâche) possible)		
<input type="checkbox"/> Get up and go test altéré, station unipodale impossible = instabilité		
Facteurs prédisposants		
Exemples: Démence, hypotension orthostatique, pathologie neurologique, séquelles d'hémiplégie, parkinson, médicaments (psychotropes), dénutrition, malaise... Si oui, lesquels? /		
CONSEQUENCES DE LA CHUTE		
Conséquences physiques		
<input type="checkbox"/> Sans conséquence apparente		
<input type="checkbox"/> Douleur		
<input type="checkbox"/> Contusion, hématome, plaie		
<input type="checkbox"/> Autre: /		
Si vous cochez 1 des critères ci-dessous, merci de faire une déclaration par FEI CHVS/831 et signaler au cadre de salle de service et/ou administrateur de garde.		
<input type="checkbox"/> Fracture		
<input type="checkbox"/> Transfert pour hospitalisation		
<input type="checkbox"/> Décès		
Conséquences sur la prise en charge		
<input type="checkbox"/> Prescription d'examen complémentaires: résultats: /		
<input type="checkbox"/> Surveillance spécifique		
<input type="checkbox"/> Intervention		
<input type="checkbox"/> Transfert dans un autre service		
<input type="checkbox"/> Transfert dans un autre établissement		
<input type="checkbox"/> Prolongation de l'hospitalisation		
<input type="checkbox"/> Autre: /		
Médecin (nom/tampon): /		
Signature: /		
Fiche à envoyer au service qualité (un exemplaire à mettre dans le dossier médical)		
Version 9 validée en COPIL Qualité le 4/09/15		

Le traitement des FEI

- ▶ Le signalant envoie la FEI au service Qualité par courrier interne
- ▶ Le service Qualité envoie un accusé de réception au signalant et effectue une classification de la FEI
- ▶ Un suivi et une analyse des causes sont réalisés en comité Gestion Des Risques associés aux soins
- ▶ Des compléments d'information peuvent être demandés au signalant et/ou à l'IDE Coordinatrice
- ▶ Les propositions d'actions correctives sont faites par mail et/ou courrier
- ▶ Le comité Gestion Des Risques s'assure de la mise en place, de la pertinence et de la pérennité des actions

L'analyse des EIAS

- ▶ A l'EHPAD Saint Hilaire, une organisation a été mise en place pour analyser les EIAS:
 - le Comité de Retour d'Expérience (CREX)
- ▶ Les équipes pluri-professionnelles ont bénéficié d'une formation à la méthode CREX par l'équipier mobile du RéQua Mme Grisot
- ▶ L'IDE Coordinatrice est le responsable du CREX dans le service
- ▶ Le groupe est constitué d'une IDE, d'une AS de jour, d'une AS de nuit, et en fonction de l'événement des experts du thème peuvent être invités

L'analyse des EIAS

- ▶ Le groupe se réunit 4 fois par an
- ▶ Chaque réunion se déroule en 3 temps et dure 1 heure
 - 1) Choix de l'événement à analyser
 - 2) Résumé de l'analyse
 - 3) Suivi des actions en cours

L'analyse des EIAS

- ▶ Le choix de l'événement est fait avec le groupe en fonction de la fréquence et de la gravité
- ▶ Exemples d'évènements analysés en CREX:
 - ▶ Risque de chute chez un résident dément déambulant
 - ▶ Lavage oculaire avec de la Chlorexidine 0,2 à la place de sérum physiologique

L'analyse des EIAS

- L'analyse de l'événement est faite entre 2 réunions par un binôme du groupe auprès des autres membres de l'équipe

L'analyse est réalisée à l'aide des outils RéQua

2. PENDANT - le déroulement de l'événement

3. APRES - la gestion de l'événement et le retour à une situation normale

Compte rendu de réunion CREX

Date de la réunion : / /

Présents :
Liste préalable des Attributés et experts extérieurs invités (Prénom - nom - fonction)

Excusés :

Prochains CREX : Préciser les dates des 2 prochains CREX

Merci d'être présent ou de déléguer sa présence à une personne

+Grille d'analyse standard d'un cas traité en CREX

A - Identification de l'événement : Quel est l'événement ?

Pilote de l'analyse : Date de rédaction :

Libellé succinct :

Résumé succinct en 5 lignes max (aspects cliniques ou techniques, quand et où ?) :

Quel est le dommage ou la conséquence de l'événement ?

Préciser la gravité des conséquences : Gravité réelle Gravité potentielle

En cas de gravité réelle, la question de la déclaration à l'autorité compétente (Directeur de l'ARS, Conseil Départemental, Préfet) doit se poser, ainsi que l'intérêt de réaliser une analyse collective des causes profondes.

B - Chronologie des faits : Que s'est-il passé ?

La chronologie présente les faits (sans commentaires ni jugements) dans leur ordre d'apparition et met en évidence la chaîne des événements qui a mené à l'événement indésirable aux trois moments de l'événement :

1. AVANT - le contexte et les circonstances

2 - Restitution de l'analyse de l'événement sélectionné précédemment

1 - Choix d'un événement

Liste des événements retenus :

Nombre d'événements retenus :

Choix de l'événement à étudier :

Préciser l'événement :

Préciser la charge de l'analyse :

2 - Restitution de l'analyse de l'événement sélectionné précédemment

Résumé et résumé succinct de l'événement étudié pendant le mois écoulé

Résumé de l'analyse OBIÈNE menée

Joindre au CR ou attacher au le rapport de l'analyse (à insérer > Objet > et choisir le document à insérer, en cochant la case > afficher sous forme d'onglet <

Actions d'amélioration retenues (maximum 3)			
n° action	Libellé de l'action	Responsable	Échéance prévue

3 - Suivi des actions en cours

Joindre ici le plan d'action, annexe 6

Page 1 sur 1

Page 2 sur 2

L'analyse des EIAS

- ▶ Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu anonymisé
- ▶ Ce CR est envoyé au service Qualité pour clôturer l'événement signalé
- ▶ Le CR est à disposition de l'ensemble du personnel du service

Leviers et points forts de la gestion des EIAS

- ▶ Appropriation de la démarche par l'équipe (AS ASH IDE)
- ▶ Implication de l'ensemble des catégories de professionnels
- ▶ La formation continue des professionnels
- ▶ Meilleure lisibilité de la prise de décision
- ▶ Donne du sens à l'action
- ▶ Les analyses permettent de clarifier la survenue de l'événement même si celui-ci n'est pas évitable

Freins à la mise en place des CREX

- ▶ Importance d'avoir un pilote « moteur » pour porter et faire vivre le CREX
- ▶ La taille de l'équipe et l'absentéisme
- ▶ La capacité et le niveau de compétence

Perspectives

- ▶ L'objectif est de développer ce type de fonctionnement sur l'ensemble des autres services d'EHPAD