

Une méthode de détection des événements indésirables graves liés aux soins : les événements déclencheurs

Introduction

L'enquête ENEIS réalisée en 2004 dans des établissements de court séjour a permis d'estimer la densité d'incidence des événements indésirables graves liés aux soins (EIG) à 6,6 pour 1000 journées d'hospitalisation, soit environ un par semaine dans une unité de 30 lits d'hospitalisation¹. Les résultats de la deuxième enquête ENEIS viennent confirmer ces résultats. L'intérêt de recenser les EIG est double. Au niveau d'un service ou d'un établissement, l'analyse des causes profondes de l'EIG doit permettre de repérer les événements évitables, puis de proposer des mesures afin d'éviter leur reproduction ou d'en limiter les conséquences. Au niveau national, l'analyse de la fréquence et de la gravité des EIG déclarés doit contribuer à l'orientation de la politique nationale de gestion des risques et au développement de recommandations de pratiques. Quelque soit l'objectif, la phase initiale de détection de l'EIG (avant signalement, analyse et déclaration) apparaît capitale.

Les systèmes permettant de détecter les événements indésirables graves liés aux soins sont de trois types selon Amalberti et collaborateurs² : les systèmes passifs reposant sur la déclaration des acteurs médicaux, les systèmes passifs reposant sur la déclaration des patients, et les systèmes actifs. Parmi ces derniers, on regroupe les systèmes fondés sur l'analyse rétrospective des dossiers par des pairs (par exemple lors de revues de morbi-mortalité), les systèmes de revues de risques sur site (dérivées de l'industrie) et les systèmes fondés sur l'analyse systématique de traces dans les dossiers ou sur tout support contenant de l'information (le plus souvent informatisés).

Les systèmes passifs sont peu efficaces pour la détection des EIG, et de nombreuses études ont montré qu'il existait une sous-déclaration très importante, puisque 5 à 10% des EIG seulement sont déclarés, que le système ait un caractère obligatoire ou

¹ Michel P, Quenon J-L, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta A-M, Bernet C, et al. Quels événements indésirables graves dans les établissements de santé publics et privés en France ? Principaux résultats ENEIS. *Risques et Qualité* 2005;2(3):131-8.

² Amalberti R, Gremion C, Auroy Y, Michel P, Salmi R, Parneix P, Pouchadon ML, Hoarau H, Occelli P, Quenon JL, Hubert B. Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. *Etudes et Résultats*, n° 584 ; juillet 2007.

non^{3,4,5,6}. Cette sous-déclaration s'explique par la crainte de remise en cause des compétences, notamment chez les médecins, mais aussi par le manque de reconnaissance des événements indésirables liés aux soins. Ces systèmes ne doivent pas pour autant être remis en cause, car ils permettent de développer une culture de sécurité dans les établissements de santé. Mais ils doivent être complétés par des systèmes de détection actifs.

Les trigger-tools ou événements déclencheurs

Les trigger-tools sont des outils développés initialement aux Etats-Unis par le Institute for Healthcare Improvement (IHI). Ils permettent une approche standardisée pour identifier les événements indésirables liés aux soins^{7,8}. Cette approche a fait la preuve de son efficacité, apportant des informations plus précises et plus cohérentes que les approches traditionnelles comme le système de signalement ou la revue de dossiers classique^{9,10,11}.

L'identification d'un trigger-tool ne permet pas de conclure à la présence d'un événement indésirable lié aux soins. Un trigger-tool est un « indice » permettant d'identifier un éventuel événement indésirable lié aux soins ayant eu des conséquences pour un patient (du dommage temporaire au décès).

L'IHI a élaboré un kit de trigger-tools « généraliste », c'est-à-dire applicable à la majorité des services, et des kits adaptés à certaines spécialités ou activités (réanimation et soins intensifs, maternité, néonatalogie, santé mentale, erreurs médicamenteuses).

Les listes de trigger-tools par type d'activité sont présentées en annexe de ce document.

³ Cullen, D., Bates, D., Small, S., Cooper, J., Nemeskal, A., Leape, L. The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. *J Qual Improv*, 1995, 21, 541-548.

⁴ Ricci, M., Goldman, A. P., de Leval, M. R., Cohen, G. A., Devaney, F. and J. Carthey. Pitfalls of adverse event reporting in paediatric cardiac intensive care. *Archives of Disease in Childhood* 2004;89:856-859.

⁵ Murff, H., Patel, V. L., Hripcsak, G., Bates, D. W. Detecting adverse events for patient safety research: a review of current methodologies. *J Biomed Inform*, 2003, 36, 131-143.

⁶ Jha, A., Hupeerman, G., Teich, J., et al. Identifying adverse drug events. *J. Am Med Inform Ass (JAMIA)*, 1998, 5 (3): 305-14.

⁷ Resar, R. K., Rozich, J. D., Classen, D. Methodology and rationale for the measurement of harm with trigger tools. *Qual Saf Health Care* 2003;12 Suppl 2:ii39-45.

⁸ Beyea, S. C. Using trigger tools to enhance patient safety. *AORN J* 2005;82:115-6.

⁹ Griffin, F. A., Classen, D. C. Detection of adverse events in surgical patients using the Trigger Tool approach. *Qual Saf Health Care* 2008;17:253-8.

¹⁰ Resar, R. K., Rozich, J. D., Simmonds, T., Haraden, C. R. A trigger tool to identify adverse events in the intensive care unit. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;32:585-90.

¹¹ Szekendi, M. K., Sullivan, C., Bobb, A., Feinglass, J., Rooney, D., Barnard, C., Noskin, G. A. Active surveillance using electronic triggers to detect adverse events in hospitalized patients. *Qual Saf Health Care* 2006;15:184-90.

Les trigger-tools sont habituellement identifiés à partir d'une revue de dossiers patients, mais ils peuvent également être mesurés à partir d'autres ressources puis utilisés en lien avec les revues de morbi-mortalité.

Méthode d'application traditionnelle des trigger-tools ou évènements déclencheurs

1. Choix des trigger-tools à inclure :

Après avoir choisi la liste des trigger-tools sur lesquels un établissement, un pôle ou un service souhaite plus particulièrement travailler, l'identification des trigger-tools est réalisée par des auditeurs à partir d'une revue de dossiers-patients. Vingt dossiers seront analysés chaque mois par des auditeurs pour l'unité de mesure retenue (service, pôle...), si possible en deux fois (10 dossiers tous les 15 jours).

2. Choix des auditeurs :

Il est conseillé de former deux auditeurs à la revue de dossiers. Ces auditeurs peuvent être des médecins, des cadres de santé, des infirmiers, des pharmaciens...

Si aucun médecin ne fait partie des auditeurs, il est nécessaire de désigner un médecin qui sera disponible pendant l'analyse, pour éventuellement arbitrer les cas difficiles.

3. Sélection des dossiers à analyser pour identifier la survenue d'un ou plusieurs trigger-tools :

Vingt dossiers patient sont tirés au sort par unité d'analyse, avec une liste de réserve de deux dossiers pour pallier à des éventuels dossiers non retrouvés. Les dossiers concernent des patients :

- de plus de 18 ans (hors activité spécifique comme pédiatrie ou néonatalogie),
- hospitalisés plus de 24 heures,
- et sortis de l'établissement entre J-60 et J-30 par rapport à la date de tirage au sort (ou entre J-30 et J-1 si le trigger-tool « réadmission dans les 30 jours » n'a pas été retenu, mais il est nécessaire de disposer de dossiers complets avec courrier de fin d'hospitalisation).

4. Analyse du dossier et identification des trigger-tools :

- chaque auditeur analyse 10 dossiers, et échange avec l'autre auditeur en cas de doute ;
- la présence de chaque trigger-tool est vérifiée dans le dossier, à partir des éléments suivants qui seront consultés si possible dans cet ordre :
 - diagnostics de sortie (codes PMSI du RSS),
 - lettre de sortie ou courrier de fin d'hospitalisation,
 - fiche de prescription et d'administration médicamenteuse,
 - résultats de laboratoire,
 - compte-rendu opératoire,
 - notes du dossier de soins,
 - réactualisations de l'état de santé au cours du séjour.
- les trigger-tools sont listés sur une fiche de recueil standardisée (cf. annexe) ;

- le temps d'analyse de chaque dossier ne doit pas excéder 20 minutes.

5. Lien avec un évènement indésirable grave lié aux soins :

- Lorsqu'un trigger-tool est identifié, l'auditeur vérifie qu'il est bien en lien avec un évènement indésirable grave lié aux soins. Si c'est le cas, l'auditeur note cet EIG, ses causes directes et ses conséquences pour le patient (cotation de E à I) sur la fiche de recueil (cf. annexe).
- Plusieurs trigger-tools peuvent être identifiés par dossier, en lien avec un ou plusieurs EIG.
- Parfois, un EIG peut être directement retrouvé dans le dossier, sans identification de trigger-tool. Ces EIG sont eux-aussi colligés, reliés à la mention « Autre trigger ».

6. Analyse des données recueillies :

Les données sont saisies sur une application informatisée, permettant une analyse automatisée répétée tous les mois (cf. exemple en annexe). Cette analyse présente notamment un suivi d'indicateurs sur les évènements ciblés, qui sont calculés mensuellement :

- nombre d'évènements pour 1 000 journées-patients (la plupart des établissements américains reportent un taux d'environ 90 évènements pour 1 000 journées patients¹²),
- nombre d'évènements pour 100 admissions (la plupart des établissements américains reportent un taux d'environ 40 évènements pour 100 admissions),
- proportion d'admissions avec au moins un évènement (la plupart des établissements américains reportent une proportion d'environ 30% d'admissions avec au moins un évènement).

Les résultats peuvent ensuite être analysés en réunion pluriprofessionnelle tous les mois, avec discussion des actions d'amélioration potentiellement nécessaires.

Méthode dérivée des trigger-tools ou évènements déclencheurs proposée par la CRAGRC-FC

La méthode d'application traditionnelle des trigger-tools peut être assez difficile à mettre en place car elle nécessite un temps de revue de dossiers important (environ 6 à 7 heures par mois), sans compter le temps nécessaire à leur exploitation et leur discussion en équipe pluri-professionnelle.

Par ailleurs, si la notion d'exhaustivité de détection des EIG est importante à moyen terme, notamment pour évaluer l'impact d'une politique de réduction des risques liés aux

¹² Resar R. Reflections on the Institute for Healthcare Improvement Global Trigger Tool. In: Triggers and Targeted Injury Detection Systems (TIDS) Expert Panel Meeting: Conference Summary. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD. AHRQ Pub. n° 090003. Feb. 2009.

soins, elle semble illusoire à obtenir avant l'installation d'une culture sécurité mature chez les professionnels de santé.

Enfin, l'obligation dans le cadre de la certification v2010 faite à de nombreuses activités (anesthésie-réanimation, chirurgie, oncologie) de mettre en place des revues de morbi-mortalité ou des méthodes d'analyse équivalentes peut apparaître redondante avec la mise en place des trigger-tools.

Pour ces différentes raisons, le CRAGRCFC propose une méthode dérivée des trigger-tools qui s'intègre plus facilement dans le contexte des établissements français.

L'objectif de cette méthode est de détecter de manière systématique certains EIG liés aux soins à partir de quelques trigger-tools ciblés et adaptés à l'activité du service ou du pôle concerné, puis d'identifier à partir d'une analyse rapide les causes profondes à l'origine de l'EIG et de définir au besoin des actions de prévention pour éviter la reproductibilité de l'évènement. Cette méthode permet de répondre aux exigences de la v2010 évoquées plus haut puisqu'elle correspond à une démarche :

- permettant d'analyser des décès, des complications ou des événements qui auraient pu causer un dommage au patient (presque accidents),
- basée sur une méthode structurée et explicite,
- et donnant lieu à des analyses collectives.

Un service ou un pôle pourra ainsi choisir un nombre limité de trigger-tools (entre 3 et 5) sur lesquels porter son attention. Les critères de sélection des trigger-tools à retenir sont les suivants :

- trigger-tool en lien avec les EIG les plus fréquemment observés dans le service ou pôle concerné ;
- trigger-tool en lien avec des EIG ayant des conséquences particulièrement graves pour les patients ;
- possibilité de sélection des dossiers à partir de bases de données ou de registres déjà existants et facilement accessibles, ne demandant donc pas un accès direct au dossier patient (idéalement, une extraction des patients concernés par un trigger-tool à partir d'une base de données informatisée).

Une information est faite au sein du service pour présenter la méthode, les trigger-tools retenus, et informer du rôle de chacun dans l'identification des trigger-tools.

Au sein du service ou du pôle, un registre est mis en place pour identifier les patients chez qui un des trigger-tools retenu est survenu (cf. annexe). Un responsable du registre est nommé (médecin ou cadre de santé), mais l'ensemble des professionnels de santé du service ou du pôle peuvent signaler au responsable la survenue d'un trigger-tool. Si la survenue d'un ou plusieurs des trigger-tools retenus peut être repérée à partir d'une base de données existante, une extraction est effectuée dans la semaine précédant la réunion d'analyse. Après la réunion, le responsable du registre élabore la

synthèse mensuelle permettant le suivi d'indicateurs comme dans la méthode traditionnelle (à la différence près que les EIG ne sont pas exhaustifs) :

- nombre d'évènements pour 1 000 journées-patients,
- nombre d'évènements pour 100 admission,
- proportion d'admissions avec au moins un évènement.

Des réunions d'analyses sont programmées régulièrement au sein du service ou du pôle (tous les 2 mois par exemple, avec programme prévisionnel annuel). La durée de cette réunion n'excède pas 1h30. Cette réunion rassemble des représentants de tous les professionnels de santé exerçant dans le service ou le pôle (médecins, internes, cadre de santé, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes...). Les membres de la structure de gestion des risques peuvent y être associés. La réunion est sous la responsabilité du chef de service ou d'un médecin désigné par celui-ci. A chaque réunion, un (ou plusieurs) rapporteur(s) médicaux sont au préalable désignés pour présenter sommairement les dossiers des patients chez lesquels un trigger-tool est survenu. Cette présentation est réalisée à partir d'une fiche de synthèse pré-remplie par le rapporteur (cf. annexe). Pour chaque dossier présenté, une discussion collective permet de conclure sur :

- l'existence d'un EIG lié aux soins (le trigger-tool n'est en effet pas synonyme d'EIG) ;
- si oui, les causes immédiates et profondes ayant conduit à l'EIG (à partir des dysfonctionnements constatés : cf. grille générale d'analyse en annexe) ;
- en fonction des causes identifiées, les actions d'amélioration à mettre en œuvre (avec dans ce cas nomination d'un responsable et d'un calendrier de mise en œuvre).

Les éléments discutés sont notés sur la fiche de synthèse.

Lors de chaque réunion, un suivi de la mise en place des actions d'amélioration définies lors des réunions précédentes est effectué, et leur impact est discuté collégalement.

Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu précisant notamment :

- les professionnels présents ;
- le nombre de dossiers présentés, par type de trigger-tools ;
- les décisions du groupe concernant les actions d'amélioration proposées ;
- le suivi des éventuelles actions d'amélioration.

Après quelques mois, un trigger-tool peut être remplacé par un autre, si la fréquence de survenue d'EIG en lien avec ce trigger-tool diminue, suite à la définition d'actions d'amélioration et la mise en place de barrières préventives ou curatives.

Annexes

- Fiche de recueil des trigger-tools et EIG par patient (méthode traditionnelle)
- Fiche de synthèse mensuelle des trigger-tools et EIG (méthode traditionnelle)
- Exemple de résultat mensuel (méthode traditionnelle)
- Registre d'inclusion des patients pour la réunion d'analyse (méthode dérivée)
- Fiche de synthèse d'un cas présenté en réunion d'analyse (méthode dérivée)
- Grille générale d'analyse d'un cas présenté en réunion d'analyse (méthode dérivée)
- Liste des trigger-tools généralistes et par spécialité

Libellé	Spécifique à une activité							
	Généraliste	Médicament	Chirurgie-Bloc	Réanimation	Maternité	Urgences	Néonatalogie	Médicament en santé mentale
Accident vasculaire cérébral au cours de l'hospitalisation	X							
Administration d'anticoagulants au cours de l'hospitalisation							X	
Administration d'anti-diarrhéiques au cours de l'hospitalisation				X				X
Administration de laxatifs au cours de l'hospitalisation				X				X
Administration d'anti-émétiques (Dropéridol, Ondansétron, Prométhazine, Hydroxyzine...) au cours de l'hospitalisation (en dehors du service des urgences)		X						X
Administration d'antihistaminiques (Chlorpheniramine, Prométhazine, Diphenhydramine)								X
Administration d'ocytociques durant la période du post-partum					X			
Administration de Benzatropine au cours de l'hospitalisation								X
Administration de Diphenhydramine au cours de l'hospitalisation (en dehors du service des Urgences)		X		X				X
Administration de Flumazénil au cours de l'hospitalisation (en dehors du service des urgences)		X		X				X
Administration de Naloxone au cours de l'hospitalisation (en dehors du service des urgences)		X		X			X	X
Administration de Phenobarbital au cours de l'hospitalisation							X	
Administration de Sulfonate de polystyrène au cours de l'hospitalisation (en dehors du service des urgences)		X		X				X
Administration de Terbutaline					X			
Administration de Tétrabénazine au cours de l'hospitalisation								X
Administration de vitamine K au cours de l'hospitalisation (en dehors du service des urgences)		X		X				X
Anesthésie générale lors de l'accouchement					X			
Arrêt brutal et inattendu d'un médicament au cours de l'hospitalisation		X					X	X
Arrêt cardiaque ou respiratoire per ou post-interventionnel			X					
Arrêt cardiaque ou respiratoire, recours à l'équipe d'urgences intra-hospitalières	X							

Libellé	Spécifique à une activité							
	Généraliste	Médicament	Chirurgie-Bloc	Réanimation	Maternité	Urgences	Néonatalogie	Médicament en santé mentale
Arrêt respiratoire au cours de l'hospitalisation							X	
Associations médicamenteuses non recommandées (2 antidépresseurs, plus d'un antipsychotique, lithium et diurétique thiazidique...)								X
Augmentation de la troponinémie à plus d'1,5 µg/l en période post-interventionnelle			X					
Augmentation du taux sanguin de l'urée ou de la créatinine de plus de 100% au cours de l'hospitalisation		X		X				X
Chute du taux d'hémoglobine ou de l'hématocrite de 25% ou plus au cours de l'hospitalisation	X							
Chute du taux d'hémoglobine ou de l'hématocrite de 4 unités ou plus au cours de l'hospitalisation				X				
Complication survenue suite à un acte invasif	X							
Créatininémie supérieure à 1,0 mg/dl ou augmentation de la créatininémie de plus de 0,4 mg/dl en 24 heures							X	
Décès inattendu au cours de l'hospitalisation ou de l'intervention			X				X	X
Découverte d'une anomalie cérébrale en imagerie							X	
Demande de consultation spécialisée au cours de l'hospitalisation					X			
Dialyse rénale aiguë non programmée	X						X	
Digoxinémie supérieure à 2 ng/ml au cours de l'hospitalisation (en dehors du service des urgences)		X						X
Diminution de dose brutale et inattendue d'un médicament au cours de l'hospitalisation								X
Durée de passage aux urgences supérieur à 6 heures						X		
Examen d'imagerie demandé pour suspicion d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse périphérique (datant de plus de 72 heures après l'admission)	X			X				
Extraction instrumentale					X			
Extubation accidentelle au cours de l'hospitalisation							X	

Libellé	Spécifique à une activité							
	Généraliste	Médicament	Chirurgie-Bloc	Réanimation	Maternité	Urgences	Néonatalogie	Médicament en santé mentale
Hémoculture positive (sur un prélèvement datant de plus de 48 heures après l'admission)	X		X	X				
Hémorragie de la délivrance de plus de 500 ml en cas d'accouchement par voie basse ou de plus de 1 000 ml en cas de césarienne					X			
Hyperglycémie inférieure à 200 mg/dl ou à 11,1 mmol/l au cours de l'hospitalisation							X	
Hypoglycémie du nourrisson inférieure à 50 mg/dl ou à 2,8 mmol/l					X			
Hypoglycémie inférieure à 50 mg/dl ou à 2,8 mmol/l, avec signes fonctionnels, au cours de l'hospitalisation		X		X				X
Hyponatrémie inférieure à 135 mmol/l								X
Hypotension au cours de l'hospitalisation							X	
International Normalized Ratio (INR) supérieur à 6		X		X				X
Intubation ou réintubation							X	
Intubation ou réintubation ou utilisation de BiPap en salle de surveillance post-interventionnelle			X					
Lacérations de 3ème et 4ème degrés					X			
Leucopénie inférieure à 3 000 GB/mm ³ au cours de l'hospitalisation		X						X
Lithémie supérieure à 1,0 mmol/l								X
Mise en place d'un sondage pour rétention urinaire								X
Mise en place d'une contention	X							
Modification de la procédure chirurgicale prévue lors d'une intervention			X					
Modification du mode d'anesthésie au cours d'une intervention			X					
pH au sang du cordon < 7,1					X			
Prélèvement positif à Clostridium difficile dans les selles		X		X				X
Prescription d'antibiotiques (hors prophylaxie par Fluconazole)							X	
Prise de poids importante au cours du séjour								X

Libellé	Spécifique à une activité							
	Généraliste	Médicament	Chirurgie-Bloc	Réanimation	Maternité	Urgences	Néonatalogie	Médicament en santé mentale
Réadmission au service des urgences dans les 48 heures suivant un passage dans le service						X		
Réadmission dans le service dans les 30 jours suivant la sortie	X		X					
Réadmission en soins intensifs ou en réanimation au cours d'une même hospitalisation				X				
Ré-intervention chirurgicale non programmée			X				X	
Score d'Apgar inférieur à 7 après 5 minutes de vie					X			
Survenue d'une chute au cours de l'hospitalisation	X							X
Survenue d'une complication per ou post-interventionnelle (insuffisance rénale, embolie pulmonaire, thrombose veineuse périphérique, infarctus du myocarde, escarres de décubitus...)			X					
Survenue d'une entérocolite nécrosante							X	
Survenue d'une éruption cutanée au cours de l'hospitalisation		X						X
Survenue d'une escarre de décubitus (plus de 72h après l'admission)	X							
Survenue d'une infection associée aux soins (plus de 48 heures après l'admission)	X		X				X	
Survenue d'une lésion ou ablation imprévue d'un organe pendant l'intervention chirurgicale			X					
Survenue d'une pneumopathie				X				
Survenue d'une sédation excessive ou d'une hypotension importante au cours de l'hospitalisation		X	X	X				X
Survenue de convulsions							X	
Survenue de signes d'inflammation au niveau d'un cathéter							X	
Temps de céphaline activée (TCA) supérieur à 100 secondes		X		X				X
Thrombopénie inférieure à 50 000 GB/mm ³ au cours de l'hospitalisation		X			X			X
Transfert dans un autre établissement de santé								X
Transfert de la mère					X			
Transfert du nourrisson en néonatalogie ou réanimation néonatale dans les 24 heures					X			
Transfert en réanimation (interne ou externe à l'établissement)	X							

Libellé	Spécifique à une activité							
	Généraliste	Médicament	Chirurgie-Bloc	Réanimation	Maternité	Urgences	Néonatalogie	Médicament en santé mentale
Transfert non prévu en réanimation ou en soins continus après une intervention			X					
Transfusion de Concentrés de Globules Rouges ou de Plasma Frais Congelé non programmée	X		X		X			
Utilisation au bloc opératoire d'Adrénaline, de Noradrénaline, de Naloxone ou de Flumazenil			X					
Utilisation non programmée d'une imagerie au bloc opératoire ou en salle de surveillance post-interventionnelle			X					
Ventilation mécanique durant plus de 24 heures après l'intervention			X					

Fiche de recueil des trigger-tools et EIG par patient (méthode traditionnelle)

Numéro patient : Age : ans Date de sortie :/...../..... Durée de séjour : jours

Rappel des trigger-tools à rechercher

- | | |
|--|--|
| <p>T1 : Transfusion de CGR ou PFC non programmée</p> <p>T2 : Arrêt cardiaque ou respiratoire, recours à l'équipe d'urgences intra-hospitalières</p> <p>T3 : Dialyse rénale aiguë non programmée</p> <p>T4 : Hémo-culture positive (48 h après admission)</p> <p>T5 : Infection associée aux soins (48 h après admission)</p> <p>T6 : Suspicion d'EP ou de TVP (72 h après admission)</p> <p>T7 : Chute de l'hémoglobine ou de l'hématocrite de 25% ou plus</p> | <p>T8 : Chute au cours de l'hospitalisation</p> <p>T9 : Escarre de décubitus (72 h après admission)</p> <p>T10 : Réadmission dans les 30 jours suivant la sortie</p> <p>T11 : Mise en place d'une contention</p> <p>T12 : Accident vasculaire cérébral au cours de l'hospitalisation</p> <p>T13 : Transfert en réanimation</p> <p>T14 : Complication survenue suite à un acte invasif</p> <p>T15 : Autre</p> |
|--|--|

Trigger identifié (numéro)	EIG détecté		Description de l'EIG (causes immédiates)	Sévérité
	Oui	Non		
Total :	Total :			

Sévérité : codée de E à I (adapté du NCC MERP Index)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - E : incapacité temporaire, nécessitant une intervention médicale (modification de traitement, surveillance accrue, prescription d'examen...) - F : incapacité temporaire, entraînant une prolongation de l'hospitalisation - G : incapacité permanente | <ul style="list-style-type: none"> - H : mise en jeu du pronostic vital nécessitant une intervention médicale urgente - I : décès |
|--|---|

Fiche de synthèse mensuelle des trigger-tools et EIG (méthode traditionnelle)

Mois :

Année :

Patient	Durée de séjour	Triggers présents (codes)	Triggers liés à un EIG (codes)	EIG détecté (O/N)	Nombre d'EIG détectés
n° 1					
n° 2					
n° 3					
n° 4					
n° 5					
n° 6					
n° 7					
n° 8					
n° 9					
n° 10					
n° 11					
n° 12					
n° 13					
n° 14					
n° 15					
n° 16					
n° 17					
n° 18					
n° 19					
n° 20					
Totaux	(a)			(b)	(c)

Calcul des indicateurs :

➤ nombre d'évènements pour 1 000 journées-patients :

$$\frac{[\text{nombre total d'EIG détectés (c)} \times 1\,000]}{\text{nombre total de journées d'hospitalisation évaluées (a)}} = \dots\dots\dots \text{EIG} / 1\,000 \text{ jours-patients}$$

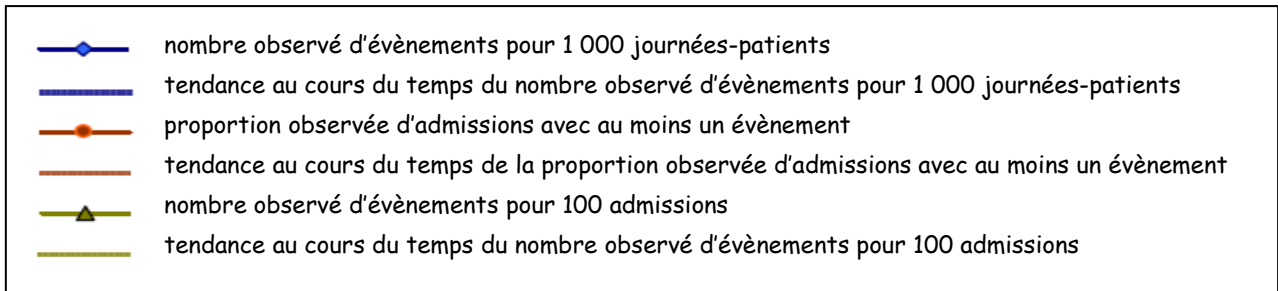
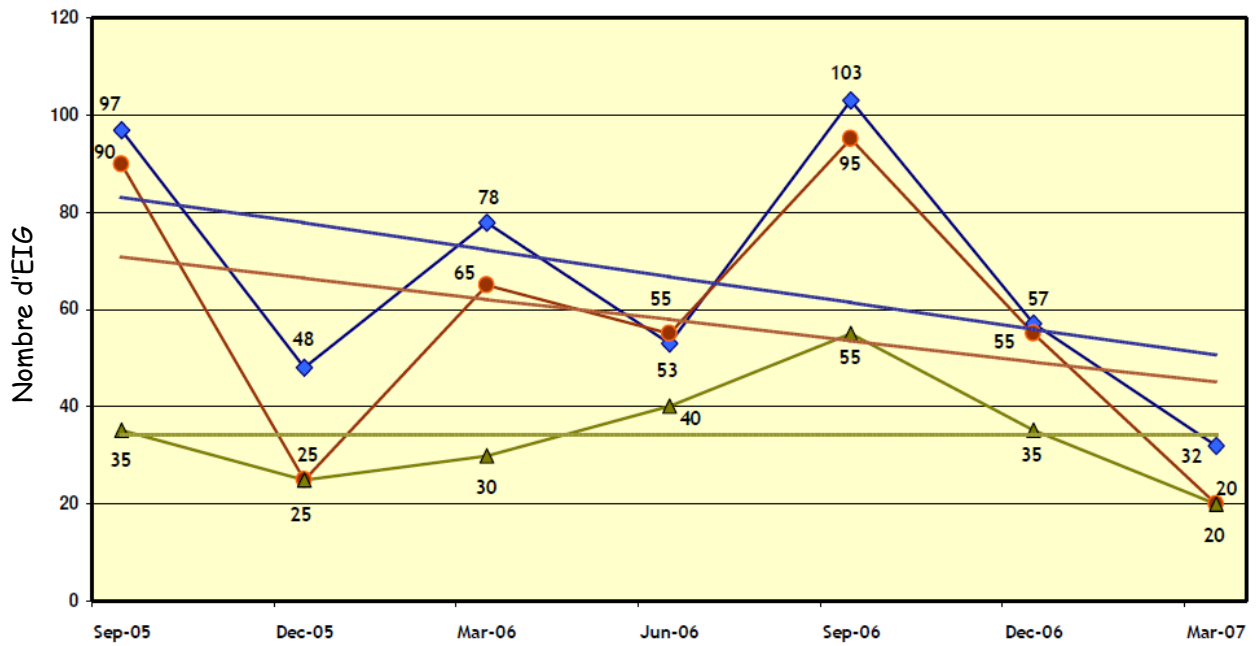
➤ nombre d'évènements pour 100 admissions :

$$\frac{[\text{nombre total d'EIG détectés (c)} \times 100]}{\text{nombre de dossiers analysés (20)}} = \dots\dots\dots \text{EIG pour 100 admissions}$$

➤ proportion d'admissions avec au moins un évènement :

$$\frac{[\text{nombre de patients avec EIG détectés (b)} \times 100]}{\text{nombre de dossiers analysés (20)}} = \dots\dots\dots \% \text{ de patients avec EIG}$$

Exemple de résultat mensuel (méthode traditionnelle)



Registre des patients présentés en réunion d'analyse (méthode dérivée)

Service :

Période d'inclusion : du / / au / /

A analyser au cours de la réunion de mortalité morbidité du / /

Numéro	Patient (numéro ou nom)	Trigger-tool identifié	Rapporteur
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Nom :

Prénom :

Sexe : Homme Femme

Age :

**Fiche de synthèse d'un cas présenté en réunion d'analyse
(méthode dérivée) n°**

Date d'admission : dans le service / /

Durée de séjour : dans le service jours

Motif d'hospitalisation, diagnostic :

.....
.....
.....

Facteurs de risques :

.....
.....

Interventions au cours de l'hospitalisation (nature et date) :

.....
.....

Trigger-tool identifié :

.....

Lien avec un EIG ? Oui Non (→ arrêt)

Typologie de l'évènement :

.....

Description de l'évènement :

Qu'est-il arrivé ?

.....

Quand ?

Où ?

Qui était là ?

.....

Conséquences de l'évènement (niveaux OMS) :

- incapacité temporaire, nécessitant une intervention médicale
- incapacité temporaire, entraînant une prolongation de l'hospitalisation
- incapacité permanente
- mise en jeu du pronostic vital nécessitant une intervention médicale urgente
- décès

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

Causes immédiates apparentes :

.....
.....
.....
.....

Causes latentes identifiées :

.....
.....
.....
.....
.....

Évitabilité : EIG jugé évitable potentiellement évitable non évitable

Actions proposées ou déjà mises en œuvre :

1)

.....

Responsable : Échéance :

Diffusion de l'information :
.....
.....

Evaluation prévue (et échéance) :
.....
.....

2)

.....

Responsable : Échéance :

Diffusion de l'information :
.....
.....

Evaluation prévue (et échéance) :
.....
.....

Exploitation de l'évènement :

Enseignement : Internes élèves IDE Autres :

Présentation :

.....

Dossier clôturé le/...../..... (découpage de la partie identifiante)

Grille générale d'analyse d'un cas présenté en réunion d'analyse (méthode dérivée)

Objectif : Rédiger la description clinique du cas et envisager les grandes lignes de l'analyse générale des causes

Que s'est-il passé ?

1. Quel est l'événement (aspects cliniques ou techniques, lieu et temps) ? Quel est le dommage ou la conséquence ?
2. Quelle est la chaîne des événements qui a mené à l'événement indésirable (chronologie des faits) ?

Pourquoi cela est-il arrivé (recherche des causes immédiates) ?

3. La survenue est-elle liée à un produit de santé ou à une procédure de soins (intervention, acte de soins) ?
4. Y-a-t-il eu une erreur humaine à l'origine de l'événement indésirable, et notamment : les personnes ont-elles fait ce qu'elles étaient supposées faire ? Connaissaient-elles ce qu'elles avaient à faire ? Une meilleure supervision aurait-elle été nécessaire ?

Pourquoi cela est-il arrivé (recherche des causes latentes ou profondes) ?

5. L'organisation des activités, et les responsabilités, étaient-elles explicitement définies ?
6. La communication entre professionnels ou entre services, et entre les professionnels et le patient ou son entourage, a-t-elle été suffisante ?
7. La composition des équipes de soins était-elle adéquate au moment des soins liés à la survenue de l'événement, en nombre et en compétence ?
8. Les locaux, les équipements, les fournitures et les produits de santé étaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue de l'événement indésirable ?
9. Y a-t-il eu un défaut de culture qualité ou sécurité, un défaut dans la politique de l'établissement ou dans la gestion des ressources humaines ?

Cette interrogation permet de rechercher des facteurs concernant :

- le patient (antécédents, co-morbidité, traitement, information...),
- le personnel impliqué (fonction, expérience, formation, état physique et psychologique, information...),
- l'équipe (composition, communication interne, relations, information...),
- la tâche en cours (description, protocoles, disponibilité d'information...),
- l'environnement (locaux, matériel, supports d'information, conditions et organisation du travail...),
- l'organisation (structure, encadrement, politique et culture du risque, systèmes d'information, moyens...),
- le contexte institutionnel (réglementaire, économique, social...).

Quelles sont les défenses prévues ou à développer ?

10. L'évènement était-il évitable ? Est-il nécessaire de revoir le système en question ? Des leçons ont-elles été tirées pour éviter que l'évènement ne se répète ? Comment l'information doit être partagée ?

Fiche de synthèse des trigger-tools et EIG (méthode dérivée)

Mois :

Année :

Dossier	Durée de séjour	Triggers présents (codes)	Triggers liés à un EIG (codes)	EIG détecté (O/N)	Nombre d'EIG détectés
n° 1					
n° 2					
n° 3					
n° 4					
n° 5					
n° 6					
n° 7					
n° 8					
n° 9					
n° 10					
n° 11					
n° 12					
n° 13					
n° 14					
n° 15					
n° 16					
n° 17					
n° 18					
n° 19					
n° 20					
Totaux	(a)			(b)	(c)

Calcul des indicateurs :

➤ nombre d'évènements pour 1 000 journées-patients :

$$\frac{[\text{nombre total d'EIG détectés (c)} \times 1\,000]}{\text{nombre total de journées d'hospitalisation évaluées (a)}} = \dots\dots\dots \text{EIG} / 1\,000 \text{ jours-patients}$$

➤ nombre d'évènements pour 100 admissions :

$$\frac{[\text{nombre total d'EIG détectés (c)} \times 100]}{\text{nombre de dossiers analysés lors de la réunion}} = \dots\dots\dots \text{EIG pour 100 admissions}$$

➤ proportion d'admissions avec au moins un évènement :

$$\frac{[\text{nombre de patients avec EIG détectés (b)} \times 100]}{\text{nombre de dossiers analysés lors de la réunion}} = \dots\dots\dots \% \text{ de patients avec EIG}$$