



# Animer la réunion d'analyse approfondie des causes d'un EI

## Objectifs de cette étape

Comprendre collectivement la complexité des faits ayant abouti à l'EI  
 Tirer les leçons de l'analyse de cet EI pour en prévenir la répétition  
 Prendre des décisions pour améliorer la sécurité des soins

### Les temps clés

- Introduire la réunion d'analyse
- Etablir la chronologie des faits
- Identifier les causes immédiates
- Rechercher et hiérarchiser les facteurs favorisants
- Rechercher les solutions pour améliorer la sécurité
- Faire une synthèse de l'analyse et en tirer les leçons
- Conclure

### Pré-requis

Avoir défini au préalable qui sera en position d'animation et qui assurera la prise de notes  
 Fiches outils utiles pour cette étape : la check list, « la grille d'analyse approfondie »

<p><b>Introduire la réunion d'analyse</b></p>	<p><u>Présentation de chaque participant</u>          La réunion d'analyse est introduite par l'animateur qui se présente et explique son rôle, le contexte de l'expérimentation nationale sur la déclaration des EI, il invite ensuite chaque participant à se présenter.</p> <p><u>Les objectifs et la finalité de la réunion</u>          A l'issue du tour de table, l'animateur précise l'intérêt d'une <b>analyse approfondie des causes centrée sur le système</b> plutôt que sur les individus. La priorité est de mettre en lumière tous les éléments de l'organisation ayant contribué à la survenue de l'EI plutôt que de rechercher des responsabilités individuelles.          Il rappelle la finalité de la démarche, établir des recommandations pour améliorer la sécurité des soins.</p> <p><u>Le déroulement de la réunion</u>          L'animateur décrit les différents temps de l'analyse et la durée prévue de la réunion.</p> <p><u>Les règles de conduite de la réunion</u>          Il conclue cette introduction en insistant sur les règles de base de conduite de la réunion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le respect de la confidentialité des discussions,</li> <li>- le respect des individus et des opinions exprimées</li> <li>- le respect du temps et du partage de parole</li> <li>- la prise de décision par consensus sur les actions correctives et préventives à</li> </ul>
---	--

	mettre en place
<p><b>Etablir la chronologie des faits et identifier les causes immédiates</b></p>	<p>A partir de cette étape, l'animateur peut s'aider de la « <b>fiche d'analyse approfondie des causes</b> » pour conduire la réunion.</p> <p><b>Qu'est il arrivé ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'animateur demande à un participant de présenter succinctement le <b>patient</b> (âge, antécédents, traitement, diagnostic, gravité et complexité de la prise en charge), <b>l'événement</b> en précisant le dommage ou la conséquence de l'EI pour le patient, la date, l'heure et le lieu de survenue ainsi que l'information donnée au patient et/ou sa famille.</li> </ul> <p>Dans l'exemple suivant le médecin responsable du service expose les faits :  <i>« ... Mme X. âgée de 50 ans, a des antécédents d'entérocolite nécrosante. Elle a été opérée d'une résection du grêle il y a 2 semaines et a été transférée du service de chirurgie dans le service de SSR jeudi dernier à 23h 40. C'est une dame confuse, désorientée, la communication avec cette patiente est difficile car elle est d'origine étrangère et comprend mal le français. A son arrivée elle était porteuse d'une voie veineuse centrale avec une alimentation parentérale, d'une duodénostomie et d'une colostomie. Vendredi en fin d'après-midi, une poche d'alimentation entérale a été branchée par erreur sur la voie veineuse centrale. En début de nuit, la patiente a été transférée en urgence en réanimation car son état général s'était dégradé. Son évolution a été favorable et elle a regagné sa chambre 48 h plus tard... ».</i></p> <p><b>Comment cela est-il arrivé ?</b></p> <p>A partir de la présentation synthétique de l'événement, l'animateur va solliciter chaque professionnel ayant contribué à la prise en charge du patient, afin d'obtenir les précisions nécessaires à la reconstitution chronologique. Il s'agit d'ordonner les faits selon leur apparition dans le temps, en indiquant le jour, la date et l'heure.</p> <p>Le groupe peut aussi s'appuyer sur la consultation des documents disponibles (dossier patient, planning...).</p> <p>Cette narration chronologique et factuelle retrace les trois grandes étapes de la prise en charge du patient, avant l'événement, pendant et après.</p> <p>Elle précise tout particulièrement la séquence des faits entourant la survenue de l'événement.</p> <p>Exemple de reconstitution chronologique des faits :</p> <p><u>Jeudi 10 septembre 23h40 :</u>  <i>Admission de Mme X en service de soins et de réadaptation (SSR)</i></p> <p><u>Vendredi 11 septembre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 h : Lors de la visite médicale, prescription d'un mélange d'alimentation parentérale</li> <li>- 14 h : le produit de nutrition n'étant pas disponible, l'interne prescrit un produit de remplacement. Il transmet cette information oralement à l'infirmier.</li> <li>- 19 h 30 : l'infirmier prend une poche de nutrition entérale présente sur la paillasse de la salle de soins et la branche sur la voie veineuse centrale de Mme X.</li> <li>- 21 h : l'infirmier quitte son service.</li> <li>- 22h : L'infirmier de nuit se rend au chevet de Mme X, il constate des vomissements et se rend compte qu'une poche de nutrition entérale a été branchée sur la voie centrale.</li> <li>- 22 h30 : devant l'aggravation de l'état général la patiente, le médecin de garde</li> </ul>

	<p><i>décide de son transfert en service de réanimation.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 23 h 00 : La patiente quitte le service.</li> <li>- Lundi 14 septembre</li> <li>- 14 H 00 : La patiente quitte la réanimation et retourne en SSR.</li> </ul> <p>A l'issue de cette reconstitution l'animateur va aider à identifier les soins à l'origine de l'événement (un acte invasif, l'utilisation d'un médicament, une surveillance...) et les principales défaillances humaines associées (déviation par rapport à la pratique, indication de soins, réalisation de soins, retard de mise en œuvre ...). Ces défaillances constituent les causes immédiates.</p> <p>La recherche des causes immédiates ne doit pas exclure le patient qui peut lui aussi être à l'origine de l'événement indésirable (par exemple interruption volontaire du traitement AVK ayant entraîné une embolie pulmonaire).</p> <p><i>Dans le cas clinique pris pour exemple les causes immédiates identifiées sont l'erreur de produit (erreur de sélection et erreur de contrôle) et l'erreur de voie d'administration.</i></p>
<p><b>Rechercher les facteurs favorisants et les hiérarchiser</b></p>	<p><b>Pourquoi cela est-il arrivé ?</b></p> <p>Pour chacune des causes immédiates identifiées, l'animateur s'attachera à rechercher les facteurs ayant favorisés leur survenue.</p> <p>Il pose des questions ouvertes explorant les sept dimensions définies par le modèle de James Reason (patient, professionnels, équipe, tâche, environnement, organisation et institution).</p> <p>Pour chaque facteur identifié, dans chacune des dimensions, il approfondi la recherche en utilisant la technique des « 5 pourquoi » : <i>à chaque réponse apportée, l'animateur demande « pourquoi » jusqu'à épuisement des réponses.</i></p> <p>ATTENTION; Cette analyse est un processus dynamique. En fonction des informations données par les professionnels, l'animateur adapte son questionnement, ce qui implique parfois d'effectuer des aller/retour d'une dimension à l'autre.</p> <p>Dans un souci d'exhaustivité, les questions proposées ci-dessous à titre d'exemple doivent faciliter la recherche des facteurs favorisants. En aucun cas elles ne constituent un questionnaire à administrer de façon linéaire.</p> <p><u>Facteurs liés au patient :</u></p> <p><b>Quels sont les facteurs liés au patient qui ont favorisé la survenue de l'événement ?</b></p> <p>Quel était son état de santé, ses antécédents, la comorbidité, ses traitements?</p> <p>Sa prise en charge était elle complexe, grave, urgente?</p> <p>L'environnement psycho social, l'entourage du patient ont t'ils eu une influence?</p> <p>Quel était le comportement du patient vis-à-vis des soins et de sa maladie?</p> <p>Etait-il compliant au traitement ?</p> <p>Etait-il informé du déroulement de sa prise en charge, des soins effectués des précautions à prendre... ?</p> <p>Ses capacités cognitives permettaient-elles une bonne communication et une</p>

bonne compréhension des informations ? ...

Facteurs liés aux professionnels :

**Quels sont les facteurs liés aux professionnels qui ont favorisé la survenue de l'événement ?**

Qualification, compétence, formation, connaissance, aptitude physique et psychologique (fatigue, stress, vigilance...), la qualité de la relation entre le professionnel et le patient et sa famille, les informations échangées entre le professionnel le patient et sa famille

Facteurs liés à l'équipe :

**Quels sont les facteurs liés à l'équipe qui ont favorisé la survenue de l'événement ?**

Composition de l'équipe (changement récent, composition inhabituelle...), communication orale et écrite entre les professionnels, collaboration entre soignants, supervision (donner détails), ambiance de travail (qualité des relations entre les soignants, conflit)

Facteurs liés aux tâches :

**Quels sont les facteurs liés aux tâches qui ont favorisé la survenue de l'événement ?**

Protocoles, procédures (existence, connaissance par les professionnels, adaptation, compréhension, disponibilité),  
Programmation et planification (par ex des examens cliniques, transports...),  
disponibilité de l'information en temps voulu,  
Respect du champ d'activité du service (ex patient opéré d'une chirurgie orthopédique pris en charge en service de médecine)

Facteurs liés à l'environnement (matériel et conditions de travail) :

**Quels sont les facteurs liés à l'environnement qui ont favorisé la survenue de l'événement ?**

Matériel (nouveau matériel, disponibilité, adaptation, état de marche, bonne utilisation, formation et entraînement des professionnels à l'utilisation, notices ou procédures d'utilisation disponibles, adaptées, compréhensibles)

Conditions de travail :

- locaux (travaux, changement, environnement sonore, thermique, lumineux, ergonomie...)
- horaires de travail, charge de travail, continuité des tâches

Facteurs liés à l'organisation :

**Quels sont les facteurs liés à l'organisation qui ont favorisé la survenue de l'événement ?**

Coordination interne au service et externe

Adaptation à une situation imprévue

Gestion des ressources humaines

Définition des responsabilités et des tâches

Changement récent d'organisation interne ou externe

Prise d'initiative

Organisation des processus de prise en charge (par ex, procédure d'admission ou de sortie des patients, consultations spécialisées...)

	<p><u>Facteurs liés à l'institution :</u>  <b>Quels sont les facteurs institutionnels qui ont favorisé la survenue de l'événement ?</b>  Ressources financières, ressources sanitaires  Qualité des relations avec les autres structures de soins  Culture de sécurité (incitation au signalement et à l'analyse des situations dangereuses et des événements indésirables)</p> <p><b>Hiérarchisation des facteurs favorisants :</b>  Il s'agit de sélectionner les facteurs favorisants en fonction de leur importance dans la survenue de l'événement. Cette sélection permettra de définir des priorités d'action.  Pour aider le groupe d'analyse dans cette réflexion, l'animateur pose la question suivante « <i>l'absence ou la correction de ce facteur aurait elle empêché la survenue de l'EI ?</i> »  Les facteurs reconnus comme fortement associés à l'événement indésirable seront la cible prioritaire des actions d'amélioration.</p>
<p><b>Définir les actions d'amélioration</b></p>	<p>Des actions correctives ou préventives ont pu être mises en place immédiatement après l'EI, sans attendre la réunion d'analyse. Leur pertinence sera examinée au regard des facteurs favorisants identifiés.</p> <p>Les actions d'amélioration doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- être proposées en cohérence avec les facteurs favorisants fortement associés à l'EI afin de les éliminer</li> <li>- offrir une solution au problème à long terme (pérennité)</li> <li>- être réalistes, réalisables, acceptables et mesurables</li> <li>- ne pas engendrer de nouveaux risques.</li> </ul> <p>Le choix des actions doit aussi tenir compte de leur niveau d'efficacité dans la réduction du risque qui peut être variable.</p> <p>Les solutions très efficaces sont par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'engagement de la direction et son soutien en faveur de la sécurité des patients,</li> <li>- la standardisation des équipements, des processus ou leur simplification avec la suppression des étapes inutiles,</li> <li>- la modification de l'ergonomie des locaux,</li> <li>- l'évolution de la conception des matériels avec la mise en place de détrompeurs...</li> </ul> <p>Les solutions moyennement efficaces sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'augmentation des ressources,</li> <li>- la diminution de la charge de travail,</li> <li>- le rappel ou les listes de vérification,</li> <li>- l'amélioration de la documentation et du partage d'information,</li> <li>- la modification des logiciels.</li> </ul> <p>Les solutions faiblement efficaces sont la rédaction de procédures, la formation, les affichettes, les doubles vérifications.</p>

<b>Apprécier l'évitabilité</b>	Après la prise en considération des résultats de l'analyse, chaque participant sera invité à se prononcer sur le caractère évitable ou pas de l'EI, selon une échelle à 4 niveaux (1: inévitable, 2: probablement inévitable, 3: probablement évitable, 4: évitable). Pour aider les participants l'animateur peut demander « si la prise en charge avait été différente, l'événement serait il arrivé ? »
<b>Faire une synthèse de l'analyse et tirer les leçons de l'EI</b>	L'animateur fait la synthèse de la réunion en reprenant les causes immédiates, les facteurs favorisants fortement associés à l'EIG en insistant sur les axes d'amélioration retenus. Il rend compte du jugement d'évitabilité donné par l'assistance en respectant les différences d'appréciation. Il redonne la parole à l'assistance pour compléter éventuellement cette synthèse et obtenir son accord. Il interroge l'assistance sur les leçons tirées de l'analyse de cet événement qui pourraient être utiles à d'autres professionnels du service ou d'autres services.
<b>Conclusion</b>	L'animateur sollicite l'avis de chaque participant sur le déroulement de la réunion d'analyse. Il clôture la séance en rappelant les modalités de validation et de restitution du compte rendu de l'analyse.

### **Pièges à éviter**

- *s'arrêter à la première façon de raconter l'histoire*
- *centrer l'analyse sur la recherche d'un coupable plutôt que sur la compréhension des mécanismes de survenue*
- *porter des jugements*
- *rechercher les causes immédiates avant d'avoir établi la séquence précise des faits*
- *rechercher des facteurs favorisants alors que les causes immédiates n'ont pas été identifiées*
- *ne pas avoir exploré de façon satisfaisante l'ensemble des dimensions*
- *ne pas dégager d'axes d'amélioration ou proposer des actions qui ne sont en cohérence avec les facteurs favorisants identifiés*

# Animer la réunion d'analyse approfondie des causes

*Pour ne rien oublier !*

<b>Introduire la réunion</b>	
Se présenter et organiser le tour de table de présentation des participants	
Présenter les objectifs de l'analyse et sa finalité	
Présenter les différents temps de la réunion	
Préciser la durée de la séance	
Rappeler les règles de confidentialité et de partage du temps de parole	
<b>Décrire la chronologie des faits et identifier les causes immédiates</b>	
Demander à un participant de présenter le patient et l'EI	
Etablir la séquence des faits de manière chronologique	
Identifier les causes immédiates	
<b>Rechercher et hiérarchiser les facteurs favorisants</b>	
Explorer toutes les dimensions de facteurs favorisants (patient, professionnels, équipe, tâches, environnement, organisation, institution)	
Hiérarchiser les facteurs favorisants en fonction de leur importance dans la survenue de l'EI	
<b>Définir des actions d'amélioration (correctives et/ou préventives)</b>	
Apprécier le niveau d'évitabilité de l'EI	
<b>Tirer les leçons de l'EI</b>	
<b>Recueillir les commentaires de chaque participant sur le déroulement de l'analyse</b>	
<b>Conclure en rappelant les modalités de restitution des résultats de l'analyse</b>	