



Conférence

Quand l'analyse des soins devient un facteur d'amélioration

Saint-Brieuc, 11 juin 2026

Pascal Jarno





CAPPS BRETAGNE : STRUCTURE REGIONALE D'APPUI A LA QUALITE DES SOINS ET A LA SECURITE DES PATIENTS

Une équipe pluri-professionnelle (10 ETP)

- Assistantes
- Cadre de santé
- Cadre socio-éducatif
- Chargés de mission Partenariat Usager/Professionnel
- Diététicienne
- Ingénieures qualité
- Médecin
- Patiente partenaire
- Pharmacien

Un site internet

www.gcscapps.fr

Sur toute la région Bretagne



Nos adhérents

Les établissements sanitaires et les établissements et services médico-sociaux

De statut public, privé et privé à but non lucratif

Nos modes d'accompagnement



Partage d'expérience

Journée régionale

Groupe de travail



Conférence thématique

Evaluation régionale



Publication scientifique et professionnelle

Formation

Construction d'outils



Nos thématiques

CULTURE SECURITE

**RETOUR
D'EXPERIENCE**

EVALUATION ET CERTIFICATION

ANNONCE D'UN DOMMAGE ASSOCIE AUX SOINS

ALIMENTATION/NUTRITION

PROJET PERSONNALISE

PARTENARIAT USAGERS/PROFESSIONNELS

EVALUATION DES PRATIQUES

IDENTITOVIGILANCE

PROFESSIONNELLES

Nos principaux partenariats régionaux et nationaux



Coordination pour l'amélioration des pratiques des professionnels de santé en Bretagne

CAPPS Bretagne

Notre approche : « *construire ensemble* » ; « *ne pas se substituer* »



NOS MISSIONS

L'équipe du CAPPS

Co-construction

NOS PRINCIPAUX AXES DE TRAVAIL

Professionnels et patients



SOUTENIR

Soutenir et accompagner les établissements et les professionnels de santé de la région dans leur démarche qualité et gestion des risques (par exemple, l'accompagnement dans le dispositif régional des événements indésirables graves associés aux soins)



FORMER

Animer des formations adaptées aux besoins des professionnels grâce à des méthodes participatives et innovantes (simulation en santé, ateliers pédagogiques, films, e learning ...)



INFORMER

Etre le relai et favoriser la diffusion d'information entre les instances régionales et nationales et les acteurs de terrain



PARTAGER

Organiser des temps d'échanges de pratiques entre professionnels et usagers pour mutualiser les pratiques et partager les expériences



CO CONSTRUIRE

Promouvoir des réflexions collectives entre professionnels et usagers (groupes de travail régionaux et nationaux) amenant à la construction d'outils communs

Culture sécurité et EIGS

Développement de la culture sécurité et accompagnement des professionnels dans le cadre du dispositif régional des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)

Partenariat usagers professionnels

Accompagnement au déploiement des pratiques de partenariat, développement de formations, d'actions de recherche ...

Certification, évaluation interne et externe

Accompagnement des établissements dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en tenant compte des évolutions des procédures d'évaluation

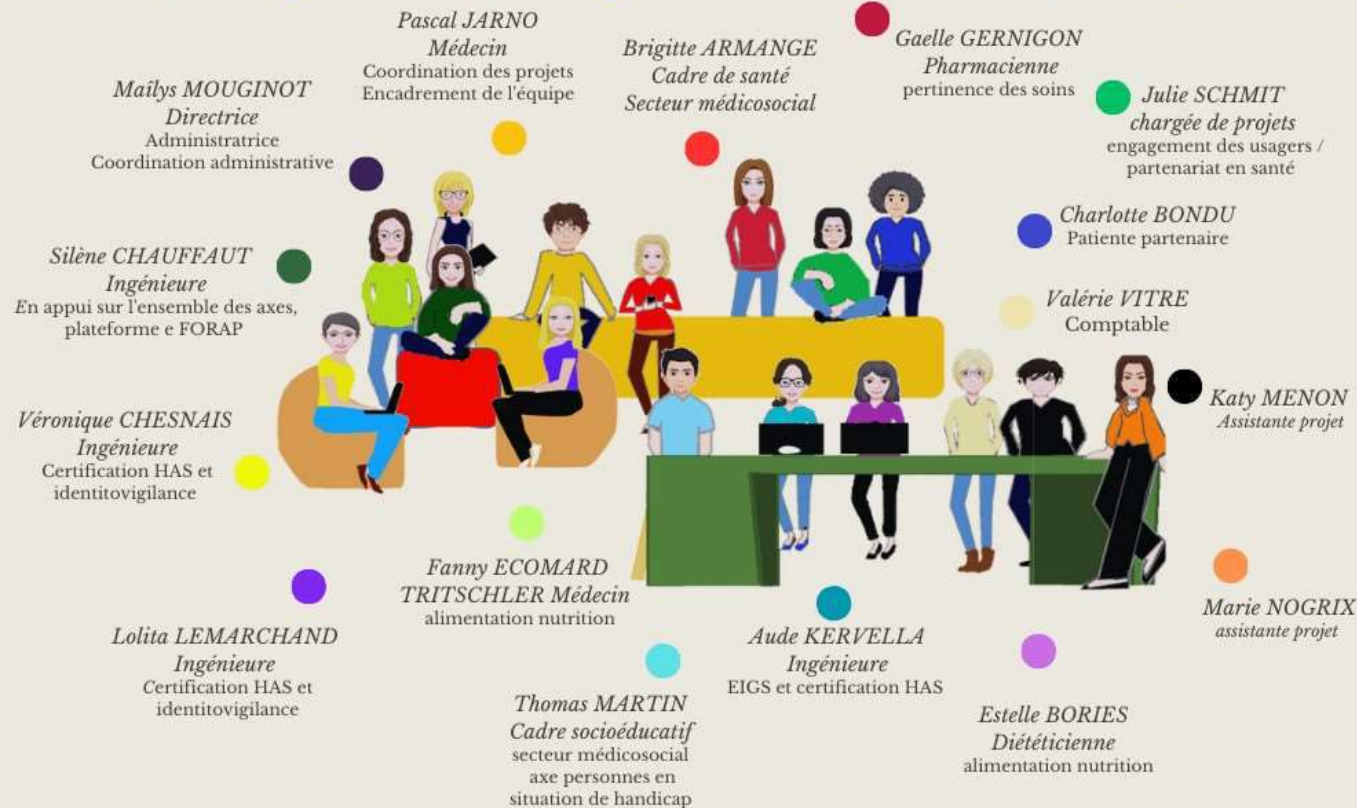
Pertinence des soins

Accompagnement d'actions, notamment d'évaluations des pratiques professionnelles, en lien avec les instances régionales (IRAPS) pour développer la culture pertinence des soins

Alimentation nutrition

En s'appuyant sur les acteurs de la région, développement d'une structure de coordination régionale pour répondre aux besoins d'appui en alimentation nutrition

EQUIPE
CAPPS
BRETAGNE

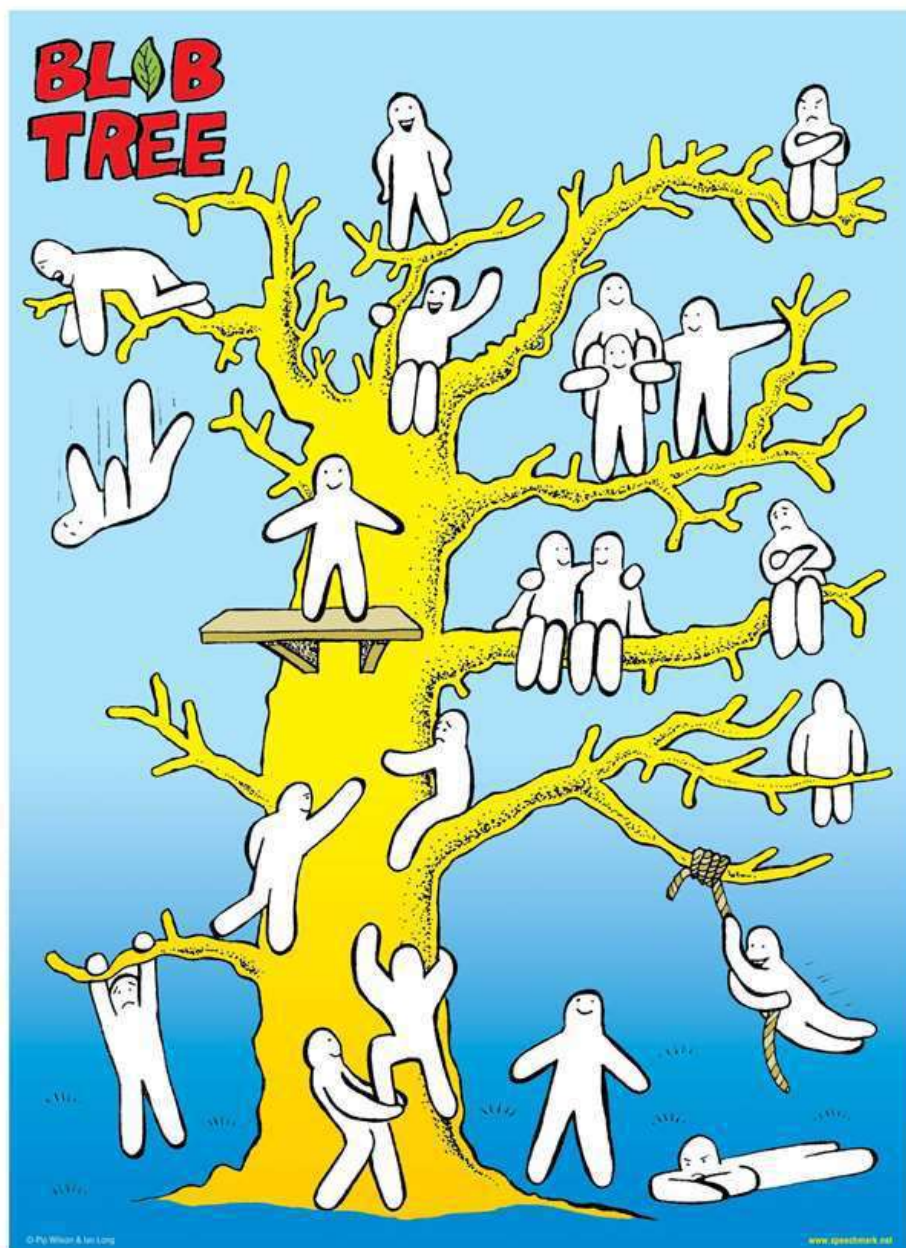




Objectifs pédagogiques

- *Bien identifier les éléments clé de « l'analyse des soins »*
- *Comprendre à quoi sert « l'analyse des soins »*
- *Avoir les bases pour mener une « analyse des soins » dans son organisation*

Où je me situe?



Quand j'entends « évènement indésirable associé aux soins »...

Où est-ce que je me situe?



Où je me situe?

La qualité et la sécurité des soins, et notamment l'analyse d'évènements non désirés, c'est d'abord une affaire de spécialiste



Où je me situe?

*La qualité et la sécurité des soins ça améliore
la qualité de vie au travail*



Où je me situe?

La qualité et la sécurité des soins c'est la même chose que l'amélioration des pratiques et des organisations

**Pourquoi notifier (déclarer, signaler...) et
analyser un évènement ?**

Pourquoi notifier et analyser un évènement ?

**On travaille dans un système complexe donc on peut faire des erreurs DONC
qu'est-ce qu'on en fait ?**

On documente ou déclare ou notifie ou signale pour

- ALERTER

- Informer le groupe (l'équipe) d'un écart ou d'un risque

- SECURISER

- Prendre des mesures pour protéger les patients/usagers
- Sécuriser les pratiques par la mise en place d'action adéquates permettent de mieux maîtriser l'avenir

Pourquoi notifier et analyser un évènement ?

On analyse pour

- APPRENDRE

« L'erreur est humaine » mais souvent évitable, nous sommes tous perfectibles => par exemple **l'analyse d'un évènement grave associé aux soins permet de tirer des enseignements pour éviter qu'il ne se reproduise**

PARTAGER

- Les enseignements des uns peuvent servir aux autres..

- ACCOMPAGNER

- La 1^{ère} victime
- ...mais aussi la « seconde victime »
- et la 3^{ème} victime

Pas facile : nécessité au moins au début d'un soutien méthode en interne ou externe

Pourquoi analyser ses pratiques et ses organisations?

Cela permet

- d'améliorer les prises en soins
- D'améliorer le bien-être des professionnels
- D'améliorer le travail en équipe



Cela nécessite une culture partagée avec des postures participatives (du descendant au faire avec).

Il s'agit de donner du sens +++.

L'analyse des pratiques et des organisations

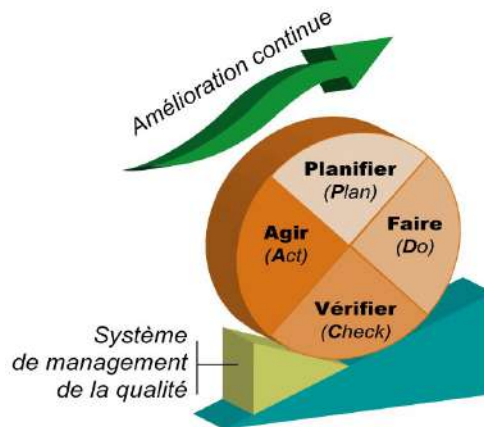
C'est

- ✓ Une démarche à **finalité formative**
- ✓ Qui prend sens dans le cadre d'un **travail d'équipe**
 - ✓ « Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et **collectives**, elles comportent une **dimension organisationnelles** » (HAS 2005)
- ✓ Dans un objectif **d'amélioration continue de la qualité** de la prise en soin des patients



Ce n'est pas

- ✓ Une démarche qui viserait à contrôler ou à sanctionner les pratiques d'une personne



Les différentes méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Approche	Méthodes d'EPP
Comparaison de la pratique courante (la vraie vie) à ce qu'elle pourrait être « dans l'idéal »	• Revue de pertinence • Audit clinique
Optimisation de prise en charge intégrées à la pratique clinique	• Staff-EPP • Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)
Approche par processus	• Chemin clinique • Patient traceur, Parcours traceur • Analyse de processus
Approches par problèmes (apprendre de ses erreurs)	• Analyse des événements indésirables associés aux soins • Revues de morbi-mortalité (RMM) • Comités de retour d'expérience (CREX)
Surveillance	• Mise en place et suivi d'indicateurs

Pourquoi analyser ?

1 erreur « active » ... cause immédiate de l'EIAS

Action ou omission commise dans le processus de soin impliquant souvent un soignant

(lapsus, erreur de discernement, oubli, geste non sur, mise en œuvre incorrecte ou incomplète d'une procédure, manquement délibéré aux pratiques sûres, aux procédures ou aux standards...)

Les pièges de l'analyse superficielle :

La focalisation sur l'erreur
la simplification à une cause unique
L'évidence a posteriori



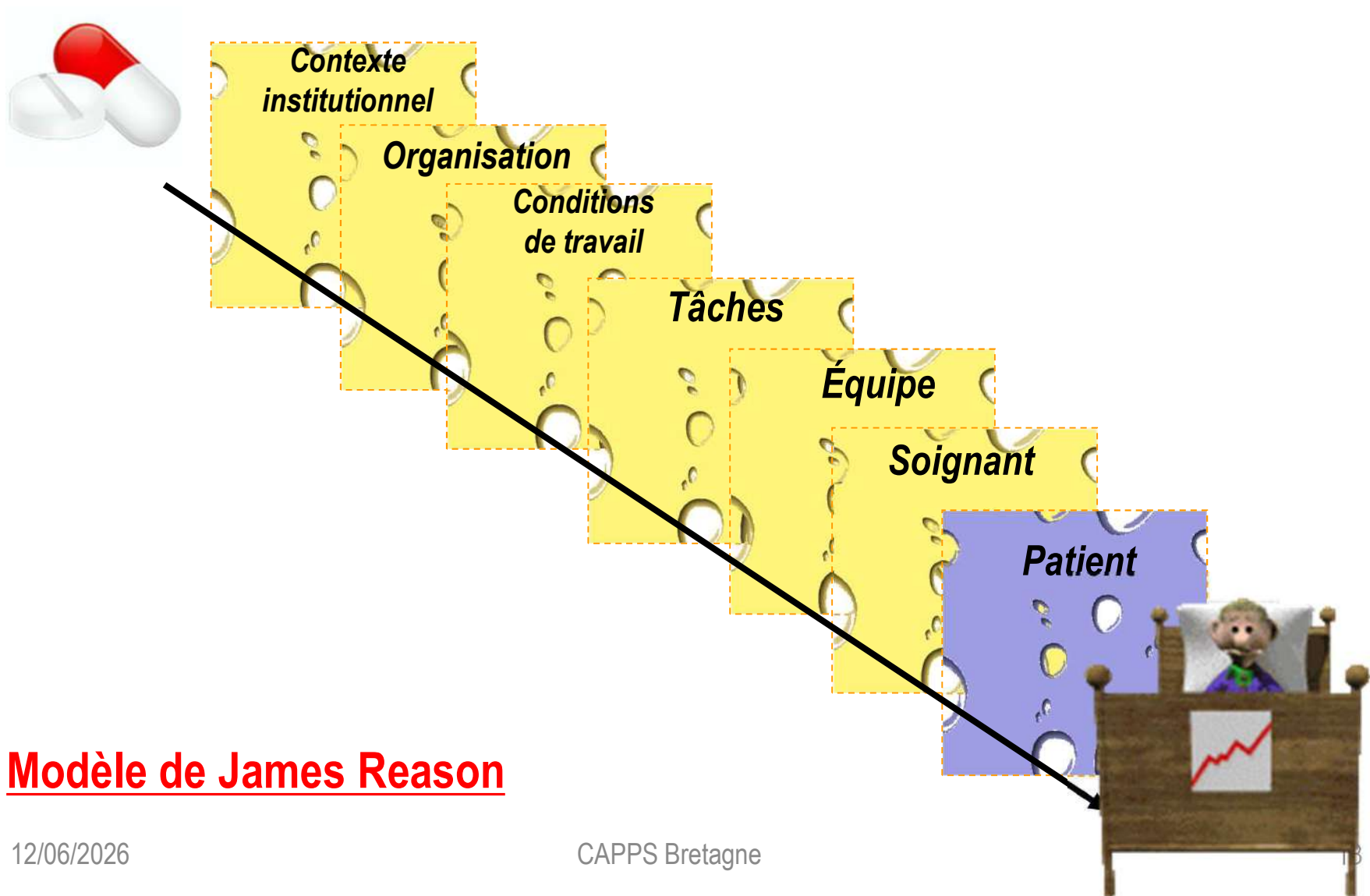
→ **Tendance des professionnels à s'arrêter à la cause immédiate**

« Si un accident se produit,
l'important n'est **pas de savoir qui** a
fait une erreur, mais d'identifier
pourquoi et **comment** le système de
sécurité a failli »

James REASON

Pourquoi analyser les EIAS ?

1 erreur ... et de multiples causes profondes liées



Modèle de James Reason

Pourquoi analyser les EIAS ?

1 erreur « active » ... cause immédiate de l'EIAS

Tendance des professionnels à s'arrêter à la cause immédiate

Or d'autres facteurs ont contribué à l'erreur (*succession « d'erreurs », des erreurs latentes*)

• **Facteurs humains** (fonctionnement humain, fiabilité humaine....)

- Fatigue, stress, manque de formation
- Erreur de communication entre professionnels

• **Facteurs organisationnels**

- Protocoles absents ou non suivis
- Sous-effectif, surcharge de travail

Facteurs humains et organisationnels

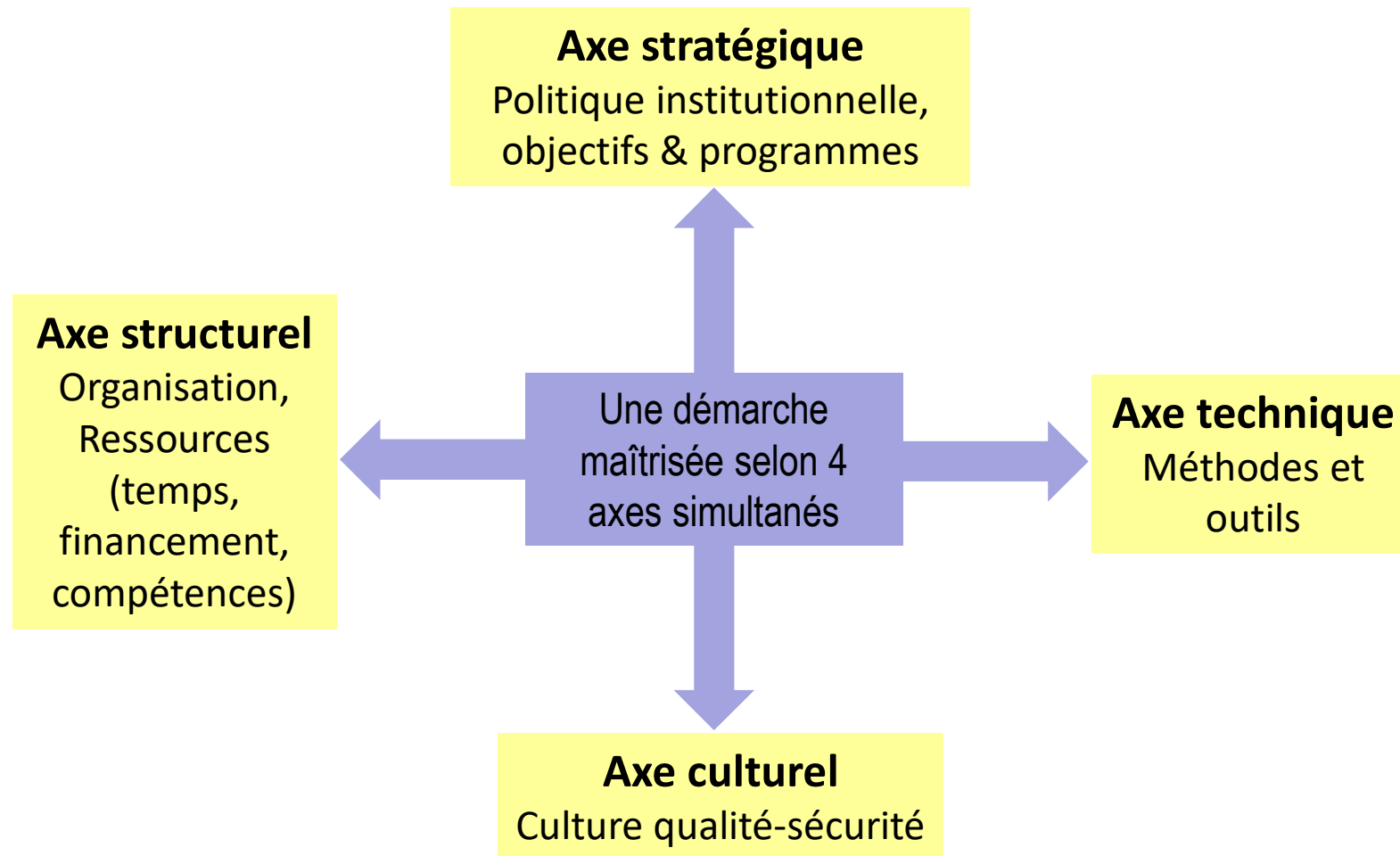
• **Facteurs techniques**

- Matériel défectueux
- Problème informatique (dossier patient)

• **Facteurs systémiques**

- Culture punitive de l'erreur
- Manque de retour d'expérience

Modèle organisationnel (Shortell)

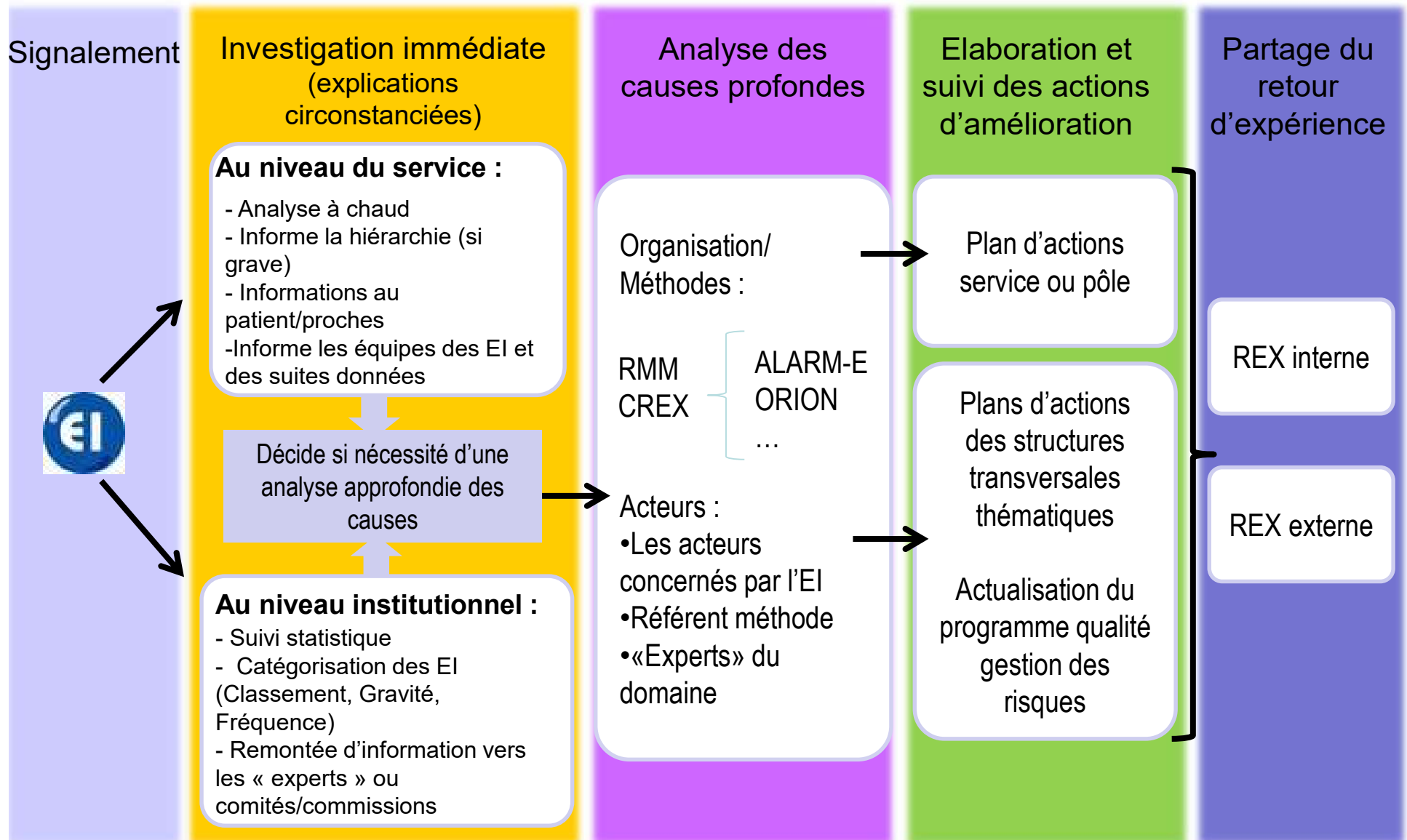


RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

**Référentiel de
compétences en
facteurs humains
au service de la
qualité et la
sécurité des soins
(compétences non
techniques)**

Du signalement des EIA(G)S au partage du retour d'expérience



Définition EIAS

« Un **évènement indésirable associé aux soins** (EIAS) répond à plusieurs critères. Il s'agit :

- d'un évènement défavorable survenant chez un patient/résident/usager ;
- associé aux actes de soins et d'accompagnement ;
- **qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour le patient/résident/usager ;**
- qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin ;
- qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance du patient/résident/usager, c'est un **évènement inattendu »**



Guide – L'analyse des EIAS – HAS/FORAP - 2021

Evènements indésirables associés aux soins : de quoi parle-t-on ?

- « Événement indésirable : « situation qui s'écarte de **procédures** ou de **résultats escomptés** dans une situation habituelle et, qui est ou qui serait, potentiellement source de dommages » (ANAES, 2003).
- N'importe quel événement inattendu, non anticipé, survenu au cours de votre pratique, et dont vous pensez : « *Ceci a menacé le bien-être du patient et n'aurait pas dû arriver. Je ne veux pas que cela se reproduise à nouveau* ». Un tel événement est susceptible d'affecter la qualité des soins que vous prodiguez à vos patients. Il peut être petit ou grand, administratif ou clinique, mais vous considérez qu'il doit être évité à l'avenir. (*Prescrire Rédaction, Prescrire 2003, 23(241), p 543-544.*)
- EI Évitable : « événement qui ne serait pas survenu si les soins ou leur environnement avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante »

La déclaration de l'EI est une action distincte qui se déroule parallèlement selon les circuits définis dans l'établissement

Des précurseurs à l'événement indésirable grave (EIG)

Précurseur



Incident



Presque accident



Accident



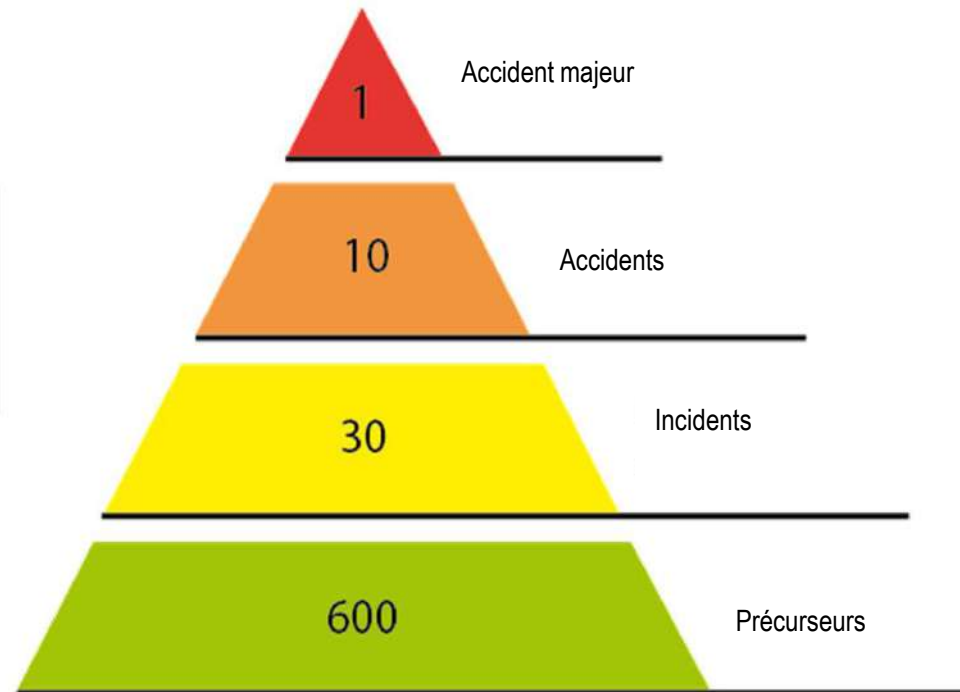
Accident grave (EIG)



*Un établissement sûr n'est pas un établissement qui n'a pas d'accident ...
... c'est un établissement qui a mis en œuvre un système de prévention efficace.
Notamment en détectant les écarts, anomalies sans gravité.*

La pyramide de BIRD

La probabilité qu'un accident grave survienne augmente avec le nombre d'accidents et incidents



« *Événements indésirables associés aux soins (EIAS)* »



Quand l'EIAS est-il considéré comme étant « grave » ?

Définition de l'événement indésirable grave associé aux soins (EIGS)

Ce sont des EIAS dont « les **conséquences** « sont le **décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent** y compris une anomalie ou une malformation congénitale » (décret du 25 novembre 2016)

« **Tout professionnel de santé** quels que soient son lieu et son mode d'exercice ou **tout représentant légal d'établissement de santé, d'établissement ou de service médico-social** ou la personne qu'il a désignée à cet effet **qui constate un événement indésirable grave associé à des soins le déclare** au directeur général de l'agence régionale de santé au moyen du formulaire prévu à l'article R. 1413-70. »

OBLIGATION DE LES DECLARER A L'AGENCE REGIONALE SANTE

« Comité de retour d'expérience »

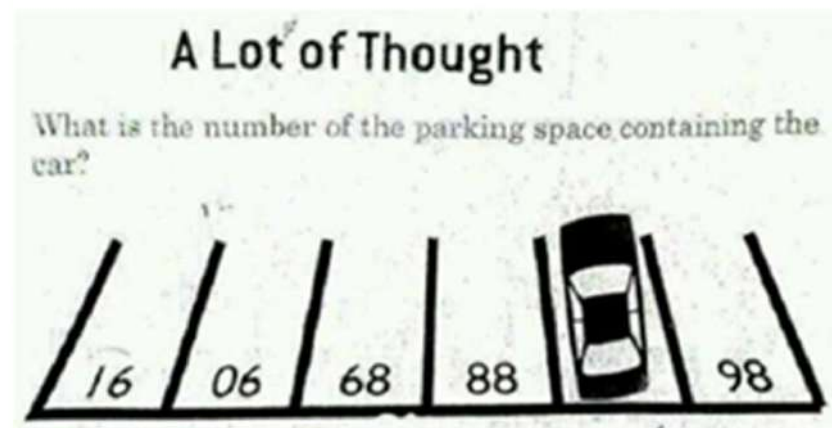
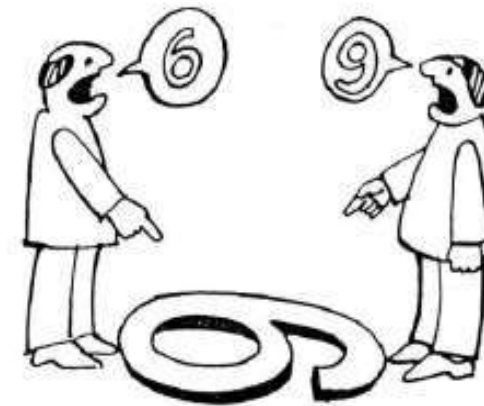
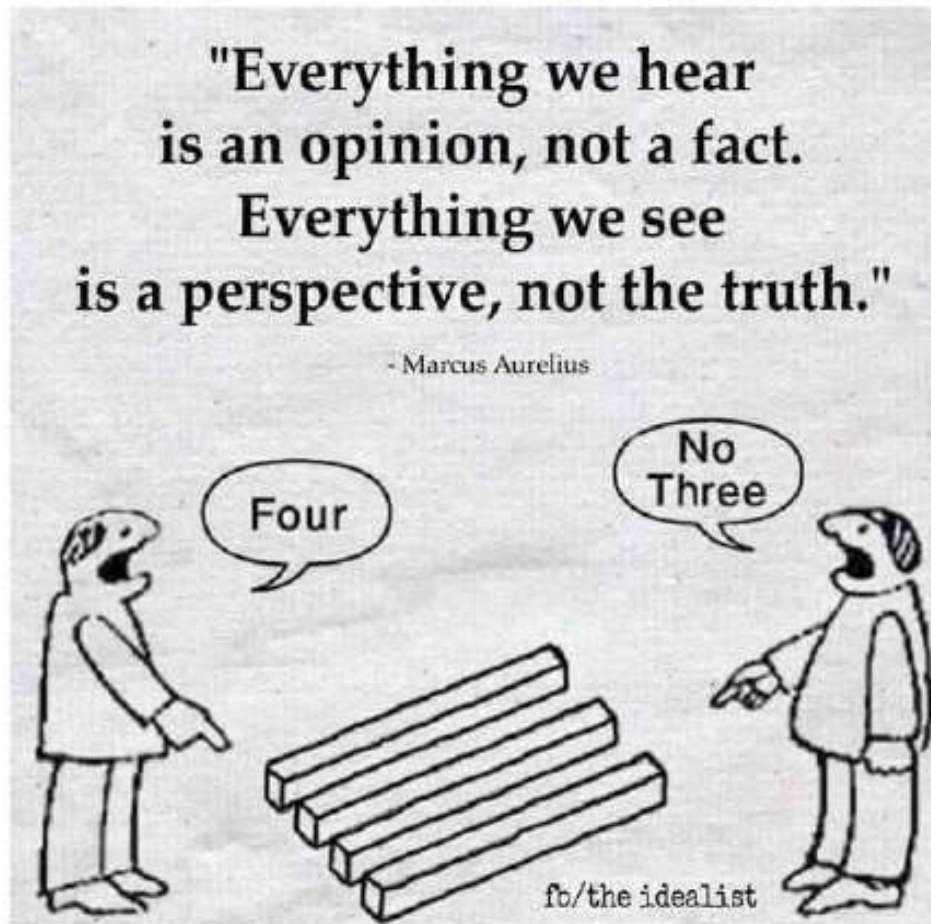
De quoi s'agit-il ?



Qu'est-ce qu'un CREX ?

Les comités de retour d'expérience sont des **démarches d'analyse collective** des EIAS ayant pour objectif de **s'interroger en équipe sur ses pratiques et son organisation (voire son système)** pour améliorer la qualité et la sécurité des patients et mieux prendre en compte des risques

Pourquoi analyser **collectivement** les EI(G)AS ?



Qu'est-ce que le retour d'expérience?

Le REX c'est	Le REX ce n'est pas
Une démarche collective d'équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire	Une démarche individuelle, une affaire d'expert ou de groupe trop restreint
Une démarche qui associe collecte, analyse approfondie, actions d'amélioration, partage et communication des enseignements retirés	Un simple enregistrement dans une base et/ou un traitement administratif des EIAS
Une démarche pour améliorer la sécurité des patients	Une inspection, une expertise judiciaire, une recherche de responsabilité individuelle, de faute
Une analyse qui prend aussi en compte les organisations et les facteurs humains	Une analyse centrée exclusivement sur la maladie du patient, la thérapeutique, la technique
Une démarche qui conduit les professionnels à s'interroger en équipe sur leurs pratiques et à prendre conscience du risque pour mieux le maîtriser	Une exercice de style déconnecté de la réalité

Quels sont selon vous les éléments clé à prendre en compte pour analyser un évènement ?

Qu'est-ce qu'un CREX ?

- Le CREX suppose la connaissance des EIAS, et repose donc sur l'existence d'un **système de signalement (notification, déclaration) fonctionnel** au sein de l'établissement
- Le CREX est **mené au sein d'une entité** (unité de vie, service, MSP, établissement)
- Le CREX est composé de **membres désignés** qui se réunissent périodiquement **pour examiner les signalements**, choisir un événement prioritaire et désigner un « pilote » chargé d'investiguer l'événement. L'investigation de l'événement est réalisée à l'aide d'une **méthode d'analyse systémique** et donne lieu à un écrit qui est présenté à la réunion suivante du comité. Le comité décide des **actions d'amélioration** suggérées par l'analyse et **suit leur mise en œuvre**.
- C'est une **instance de décision**, reconnue comme tel par la Direction, qui s'inscrit dans une **politique globale de gestion des risques**

Système sûr et apprenant



Apprendre

(car tout professionnel fait des erreurs)

L'erreur est acceptée

- ⇒ confiance
- ⇒ erreurs signalées, discutées et analysées
- ⇒ les systèmes peuvent se protéger

Amélioration sécurité des patients

Système à risques persistants et punitifs



Sanctionner

(car croyance qu'un bon professionnel ne fait pas des erreurs)

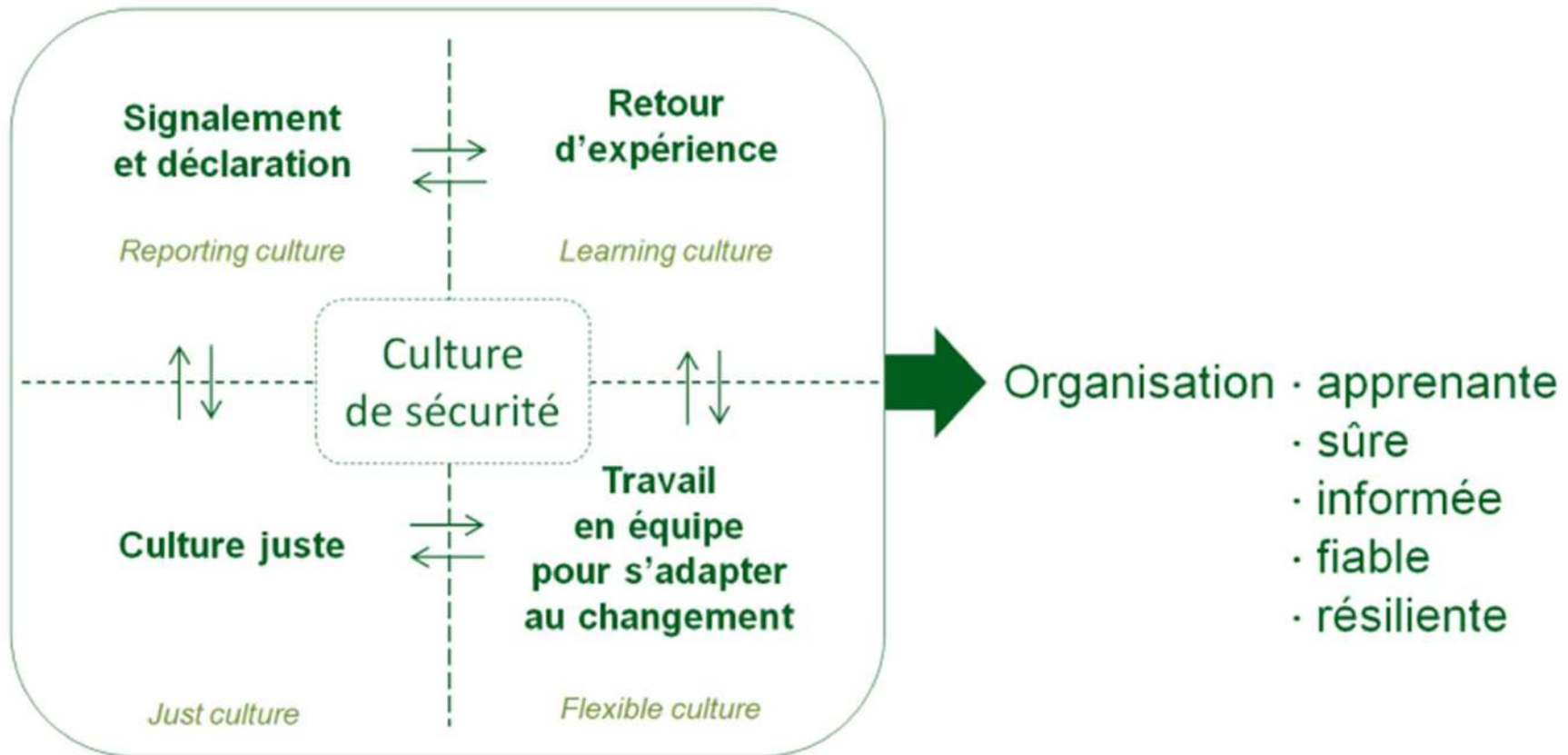
L'erreur est stigmatisée, blâmée

- ⇒ peur
- ⇒ erreurs cachées, ignorées
- ⇒ systèmes à risques

Conséquences graves pour les patients

Différence entre les 2 systèmes :
« culture sécurité »

Les 4 composantes de la culture sécurité



Source : HAS, *Enquêtes sur la culture qualité*, 2019