

Classification des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) rencontrés hors établissement de santé

Juin 2015

Lors de l'analyse d'un EIAS survenu hors établissement de santé (voir document sur « Analyser un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) dans le cadre d'un exercice hors établissement de santé » il est utile de disposer de classifications adaptées aux soins primaires. Ces classifications ont surtout un intérêt épidémiologique mais elles peuvent aussi être utilisées comme support d'analyse et pour alimenter l'exhaustivité de la recherche des causes profondes.

Classifications utilisables

La classification la plus universelle est celle de l'Organisation mondiale de la santé¹ (OMS) mais le nombre conséquent d'items en limite l'utilisation courante. D'autres classifications (par exemple la grille ALARM²) sont plutôt adaptées aux établissements de santé. Pour les professionnels exerçant hors établissement de santé, il existe des classifications qui correspondent davantage à leurs spécificités.

Trois d'entre elles font l'objet d'une présentation dans ce document :

- la *Threats to Australian Patient Safety - TAPS taxonomy* ;
- la méthode des Tempos ;
- la grille Cadya.

La TAPS taxonomy³

Elle utilise une distinction primaire entre erreurs inhérentes au processus de soins (type 1) et erreurs inhérentes à la connaissance/compétence des acteurs (type 2). Il existe ensuite un second niveau d'analyse qui distingue pour le type 1 cinq sous-classes (fonctionnement du cabinet, examens complémentaires, médicaments, traitements non médicamenteux et communication) et pour le type 2 les erreurs de diagnostic et les erreurs de prise en charge du patient. Au troisième niveau, on retrouve 35 descripteurs des thèmes précédents.

La traduction française présentée en annexe a été soumise à l'un de ses auteurs qui l'a validée. La procédure utilisée pour cette validation est indiquée à la fin du texte.

La méthode des Tempos^{4,5}

Cette méthode privilégie le temps comme critère de classification des évènements en mettant en avant que le temps est à la fois un « prédicteur » constant des erreurs en médecine générale et un élément qui a du sens pour les médecins. La classification est structurée en cinq catégories : le tempo de la maladie et du traitement, le tempo du médecin, le tempo

du cabinet, le tempo du patient et le tempo du système médical. Chaque tempo est décliné en deux ou trois types de dysfonctionnements à identifier et à contrôler également dans un créneau de temps. Le médecin, comme un chef d'orchestre, doit prendre en compte de façon synchrone l'ensemble des tempos afin de maîtriser le parcours de chaque patient tout en contrôlant l'activité globale du cabinet et en ménageant son propre équilibre physique et mental (le temps est effet un fort contributeur à la fatigue et au *burn-out*⁶). Chaque fois qu'un tempo particulier est privilégié, on assiste à une dégradation des autres éléments car les risques s'échangent (effet domino du risque lié à la maîtrise du temps).

La grille Cadya⁷ (catégorisation des dysfonctionnements en ambulatoire)

Elle permet de caractériser un EIAS par les dysfonctionnements sous-jacents concourant à sa survenue. Plus qu'une typologie de l'erreur (comme la TAPS *taxonomy*), elle permet aux soignants de cibler les actions correctives à mettre en oeuvre et se prête particulièrement à un usage pédagogique.

Réduite à quatre dimensions principales, elle se distingue par son caractère transversal et pluriprofessionnel. Elle s'inscrit en complémentarité de la méthode des Tempos, en explorant plus précisément les processus relatifs à la décision médicale et sa réalisation.

TAPS TAXONOMY	
1. Erreurs en rapport avec les processus de soins	1.2 Erreurs en rapport avec les examens complémentaires
1.1 Erreurs dans le fonctionnement du cabinet médical	1.2.1 Mauvaise identification du patient (nom adresse, téléphone)
1.1.1 Erreur d'identification du patient	1.2.2 Erreurs en relation avec la demande d'examens complémentaires
1.1.2 Erreurs de prise de RV ou de transmission de messages	1.2.3 Erreurs en rapport avec la décision de réalisation d'examens complémentaires
1.1.3 Erreurs dans le dossier du patient ou dans son archivage	1.2.4 Erreurs dans les résultats (délivrance des résultats) ou la gestion des résultats
1.1.4 Erreurs dans les rappels automatiques (<i>reminders</i>) ou les systèmes d'alerte	1.2.5 Erreurs liées à des examens complémentaires autres que celles déjà citées
1.1.5 Erreurs dues au système informatique	1.3 Erreurs liées aux médicaments
1.1.6 Erreurs dans la maintenance d'un environnement (de soin) sûr	1.3.1 Erreurs dans la rédaction de l'ordonnance informatisée ou dans le tableau des médicaments
1.1.7 Erreurs liées aux soins dispensés hors des horaires habituels ou en cas d'insuffisance de personnel disponible	1.3.2 Autres erreurs de prescription médicamenteuse ou d'enregistrement dans le dossier du patient
1.1.8 Erreurs en rapport avec la confidentialité des données des patients	1.3.3 Erreurs d'administration ou de délivrance des médicaments
1.1.9 Erreurs liées au fonctionnement du cabinet ou au système de soins, non précisées ailleurs	1.3.4 Erreurs liées à l'automédication du patient
	1.3.5 Autres erreurs dans la prescription médicamenteuse

TAPS TAXONOMY

1.4 Erreurs de traitements non médicamenteux	2. Erreurs en rapport avec les connaissances/compétences des professionnels de santé
1.4.1 Erreurs de processus lors d'une vaccination	2.1 Erreurs de diagnostic
1.4.2 Erreurs survenant dans le processus d'un acte interventionnel	2.1.1 Erreurs dans le recueil des antécédents et de l'histoire de la maladie
1.4.3 Autres erreurs dans les traitements non médicamenteux	2.1.2 Erreurs dans l'examen clinique du patient
1.5 Erreurs de communication et autres erreurs dans le processus de soins	2.1.3 Erreurs dans la prescription, la réalisation ou l'interprétation des examens complémentaires
1.5.1 Erreurs de communication avec les patients	2.1.4 Autres erreurs non spécifiées de diagnostic
1.5.2 Erreurs de communication lors du séjour à l'hôpital ou à l'occasion de la sortie du patient	2.2 Erreurs de prise en charge du patient
1.5.3 Erreurs dans l'orientation d'un patient vers un autre professionnel de soins	2.2.1 Erreurs dans la prise en charge médicamenteuse
1.5.4 Erreurs de communication avec les autres professionnels de soins	2.2.2 Erreurs de connaissance ou de compétence en rapport avec une vaccination
1.5.5 Autres erreurs de communication ou de processus de soins non spécifiées	2.2.3 Erreurs de connaissances ou défaut de compétences
	2.2.4 Autres erreurs non spécifiées de gestion de prise en charge

MÉTHODE DE VALIDATION DE LA TRADUCTION FRANÇAISE

Une traduction française (v1) de la TAPS *taxonomy* a été proposée par un groupe de travail de la HAS constitué pour élaborer des documents concernant la sécurité des patients hors établissements de santé. Cette v1 a ensuite été traduite de nouveau en anglais (v2) par deux personnes anglophones (l'une des deux personnes avait la langue anglaise comme langue maternelle). Cette deuxième version a été envoyée à l'auteur principal du document, Meredith Makeham, qui a fait part de ses commentaires. La version finale (v3) a pris en compte ces commentaires et a été transmise à son auteur pour validation finale.

MÉTHODE DES TEMPOS

1. Tempo de la maladie ou du traitement

- Pathologie trompeuse ou atypique, évoluant plus rapidement ou plus lentement que la pathologie habituelle
- Action thérapeutique trop lente, peu efficace
- Assurance donnée au patient d'une évolution favorable sur la base d'une évolution habituelle
- Explication de la pathologie pauvre. Instructions non fournies au patient ou à sa famille sur l'évolution à attendre et sur les symptômes qui doivent alerter
- Autre (à déterminer)

2. Tempo du médecin

- Difficultés d'accès à la bonne connaissance au bon moment (pression de la fatigue, des interruptions etc.)
- Technique requise pour acte médical mal appliquée
- Compétences insuffisantes du médecin
- Autre (à déterminer)

3. Tempo de cabinet

- Interruptions fréquentes (téléphone, patients, secrétaire, etc.)
- Données médicales insuffisamment tracées
- Autre (à déterminer)

4. Tempo du patient

- Délai dans l'expression des symptômes
- Expression incorrecte des symptômes
- Mauvaise observance
- Relation médecin-patient non optimale
- Autre (à déterminer)

5. Tempo du système

- Retard dans l'obtention des rendez-vous pour les examens (imagerie, biologie)
- Retard dans l'obtention des rendez-vous avec des spécialistes
- Perte d'information entre professionnels de santé
- Retour à domicile inapproprié d'un patient envoyé à l'hôpital
- Autre (à déterminer)

GRILLE D'ANALYSE CADYA

Catégorie principale	Sous-niveau 1	Sous-niveau 2 (le cas échéant)	Aspects explorés par l'axe
Facteurs environnementaux	Contexte social du patient		Lieu et contexte de vie, situation sociale du patient (sens large)
	Contexte d'action du soignant	Acte non planifié	Urgence ou recours urgent, demande non programmée
		Lieu de prise en charge	Patient vu au cabinet, au domicile ou ailleurs (EHPAD)
		Gestion de la charge de travail	Retard, absence de rendez-vous disponible ou surcharge
	Perturbateur contextuel		Élément physique « parasite » (téléphone, irruption d'un tiers)
	Système de santé	Offre de soins	Absence de soignant ou offre de soins inadaptée
Aspects financiers ou administratifs		Défaut de couverture sociale, tout aspect financier empêchant ou retardant une prise en charge médicale	
Facteurs humains	Lié au patient	Un mot -clé précise la nature du dysfonctionnement, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ● affects inadaptés (exemple : défaut d'empathie) dans la relation ; ● troubles du comportement (violence, colère) ; ● fatigue ou stress (altérant la performance individuelle) ; ● croyances et représentations (culturelles, religieuses ou éthiques) ; ● autre 	
	Lié au soignant		
	Lié aux autres soignants		
	Lié à un autre tiers		
Facteurs techniques	Facteur matériel	Panne, défautuosité, indisponibilité	Toute anomalie en rapport avec le matériel lors d'un acte technique
		Défaut d'usage	Non-respect de l'usage habituel du matériel (sciemment ou non)
	Système d'information	Données erronées ou manquantes	Information fausse ou manquante (exemple : mention d'une allergie)
		Défaillance du système de communication	Une information n'a pu être transmise en temps et en heure (exemple : fax, e-mail ou courrier non reçu)

GRILLE D'ANALYSE CADYA

Catégorie principale	Sous-niveau 1	Sous-niveau 2 (le cas échéant)	Aspects explorés par l'axe
Processus de soin	Dimension cognitive	Défaut de formation	Défaut de savoir (dans la formation initiale ou continue)
		Défaut de restitution	Défaut de remémoration d'un savoir ou de manière incomplète
		Défaut de synthèse	Décision inadaptée en dépit d'une formation et d'un raisonnement qui paraissent adaptés
	Procédure de soins	Procédure non réalisée ou inadaptée	Procédure de soins non réalisée ou partiellement (exemples : inobservance ou non-délivrance d'un traitement)
		Défaut de protocole	Protocole de soins défaillant, non à jour ou absent
	Coordination des soins	Défaut de communication	Défauts de communication - autres qu'une défaillance du système d'information
		Suivi absent ou inadapté	Défaut de mise en place d'un suivi ou suivi non adapté
		Absence de rétroaction	Suivi en place, mais non-prise en compte d'un retour d'information ou décision inadaptée

Bibliographie

- World Alliance For Patient Safety Drafting Group, Sherman H, Castro G, Fletcher M; World Alliance for Patient Safety, Hattie M, Hibbert P, Jakob R, Koss R, Lewalle P, Loeb J, Perneger T, Runciman W, Thomson R, Van Der Schaaf T, Virtanen M. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. *Int J Qual Health Care* 2009 Feb;21(1):2-8.
- How to investigate and analyse clinical incidents. Vincent C, *BMJ* 2000;320:777-781.
- Makeham MA, Stromer S, Bridges-Webb C, Mira M, Saltman DC, Cooper C, Kidd MR. Patient safety events reported in general practice: a taxonomy. *Qual Saf Health Care* 2008 Feb;17(1):53-7.
- Amalberti R, Brami J. 'Tempos' management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf* 2012 Sep;21(9):729-36.
- Brami J, Amalberti R, Wensing M. Patient safety and the control of time in primary care. The French tempos framework; a proposal by the Linneaus collaboration on patient safety in primary care (EJGP in press).
- Linzer M, Manwell L, Williams E, Bobula J *et al* Working conditions in primary care: Physicians reactions and care quality *Ann Int Med* 2009;151:28-36.
- Chanelière M, Oriol J-M, Senez B, Keriel-Gascou M, Fanjat H, Blanc M-D, Colin C. Cadya : un outil pour analyser des incidents en soins primaires. *Risques & Qualité* 2014 XI(2):34-40.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00