



Guide d'analyse d'un Événement Indésirable Grave associé aux Soins en lien avec une Fausse Route

Table des matières

Introduction	3
1. VOLET 1 - Evènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) – La déclaration	4
1-1 Circonstances de l'évènement	4
1-2 Autres conséquences constatées au moment de la déclaration	5
1-3 Mesures immédiates prises pour le résident.....	5
1-4 Mesures immédiates pour les proches	6
1-5 Organisation pour réaliser l'analyse de l'EIGS	6
2. VOLET 2 - Evènement indésirable grave associé à des soins - L'analyse des causes	6
2-1 Informations sur la prise en charge	6
2-2 Les causes immédiates et les causes profondes (facteurs favorisants)	7
2-3 Eléments de sécurité ou « mesures barrières »	15
2-4 Evitabilité	16
2-5 Mesures prises et envisagées (plan d'actions).....	17
2-6 Réalisation de l'analyse.....	18
3. LES ESSENTIELS... pour limiter le risque de fausse route grave	19
Annexe : Le comité de pilotage et le groupe de relecture	20

Introduction

Dans le cadre du Programme National de Sécurité des Patients et des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins, les établissements de santé et les structures médico-sociales ont pour obligation depuis le décret de 2016, de déclarer à l'ARS les Événements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS)⁽¹⁾. Les déclarations se font sur le portail national de signalement des Événements Sanitaires Indésirables : signalement-sante.gouv.fr

Ce même décret précise la création des structures régionales d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients et leurs missions. Un Événement Indésirable Grave associé aux Soins (EIGS) se définit comme un événement inattendu survenant lors d'un acte de prévention, de diagnostic ou de traitement, entraînant une mise en jeu du pronostic vital, un déficit fonctionnel permanent probable ou un décès.⁽¹⁾

La déclaration d'un EIGS amène l'équipe à analyser les causes profondes ayant contribué à sa survenue, à mettre en évidence les barrières qui n'ont pas fonctionné et à définir et mettre en œuvre un plan d'amélioration afin de diminuer le risque de récurrence au sein de la structure. La structure dispose d'un délai de 3 mois pour réaliser cette analyse et renseigner le volet 2 de la déclaration sur le portail national.

Les fausses routes représentent un problème de santé publique, par leur fréquence, leur gravité, leur méconnaissance leur sous-estimation et leur morbi-mortalité.

En effet, les fausses routes, conséquences notamment des troubles de la déglutition, peuvent être responsables de complications sévères telles que les pneumopathies d'inhalation, la dénutrition, les difficultés à prendre certains médicaments, la mortalité en institution, mais peuvent aussi être responsables d'un isolement social et d'une altération de la qualité de la vie.⁽²⁾

Les fausses routes, qu'elles soient d'origine alimentaire ou médicamenteuse font partie des 10 causes principales identifiées parmi les EIGS déclarés et analysés par la HAS dans le rapport annuel d'activité 2018.³ Ces événements se sont produits principalement dans les services de psychiatrie et de médecine, le secteur du handicap et des personnes âgées et les lieux de vie. Ils concernent dans 80% des cas les hommes de plus de 50 ans. Les fausses routes entraînent le décès dans plus de 50% des EIGS déclarés et sont évitables dans 55 % des cas. Dans le rapport annuel d'activités de 2019⁽⁴⁾, les fausses routes sont situées en 11^{ème} position (56 EIGS signalés en lien avec une fausse route sur 2007 EIGS déclarés dans la base complète).

Depuis sa création, la STARAQS a réalisé plusieurs actions d'appui auprès des professionnels de santé dans l'analyse approfondie de ces fausses routes, essentiellement pour des fausses routes d'origine alimentaire, dans les structures médico-sociales et en soins palliatifs.

Ce document concerne les fausses routes alimentaires et médicamenteuses mais n'aborde pas les fausses routes accidentelles par corps étranger non associées aux soins.

Ce document a pour objectif de vous aider à structurer votre analyse approfondie des causes, avec la méthode ALARME, préconisée par la HAS. Cette phase d'analyse est à conduire avec l'ensemble des acteurs impliqués dans l'événement indésirable grave au cours d'une réunion collective de type Revue de Morbidité-Mortalité (RMM), de Comité de Retour d'Expériences (CREX) ou d'une réunion d'analyse approfondie des causes.

Ce document a également pour but de contribuer à une meilleure qualité de renseignement du volet 1 de déclaration de l'EIGS sur le portail et de l'analyse des causes et du plan d'actions sur le volet 2.

¹ Décret 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

² Rev Mal Respir 2009 ; 26 : 587-605 Revue Générale : Troubles de la déglutition du sujet âgé- la Société de Pneumologie de Langue Fausse Routeanaise (SPLF) et la Société Fausse Routeanaise de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)

³ Rapport annuel d'activité 2018 sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – Haute Autorité de Santé

⁴ Rapport annuel d'activité 2019 sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – Haute Autorité de Santé

1. VOLET 1 - Evènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) – La déclaration

Dans les tableaux ci-dessous, la colonne de gauche reprend les items du formulaire de déclaration. Certaines réponses sont à sélectionner dans un menu déroulant, d'autres se présentent sous forme de questions fermées ou en mode rédactionnel. La colonne de droite apporte des éléments de réflexion ou des informations à rechercher afin de vous orienter et de faciliter votre démarche d'analyse.

1-1 Circonstances de l'évènement

Items du formulaire de déclaration	Éléments de réflexion et/ou informations factuelles à rechercher	
Date de constat de l'évènement	La date et l'heure de survenue de l'évènement ne sont pas toujours la date et l'heure du constat. (ex : dans une erreur de traitement médicamenteux, le constat peut être fait plus tard lors de l'apparition de symptômes ou lors de transmissions.)	
Lieu de constat de l'évènement	Préciser s'il s'agit d'un lieu collectif (salle à manger, cafétéria, salle d'animation, espace extérieur...) ou individuel (chambre du patient/résident, domicile du patient lorsque celui-ci est en permission ou pris en charge par une HAD...)	
Qu'avez-vous constaté ?	<p>Importance de la chronologie : qui a fait quoi où quand et comment ? Décrire les faits chronologiquement et sans interprétation en précisant les dates et les horaires, les acteurs, les lieux, les matériels, les informations, les pratiques impliquées, l'organisation.</p> <p>Attention : ne pas nommer les structures, désigner les personnes concernées par leur fonction et non par leur nom. Exemple : l'infirmière N°1, l'infirmière N°2, le médecin N°1, le médecin N°2, le cadre de santé, le bénévole, le parent ...</p>	
Quelles sont les conséquences constatées pour la personne exposée ?	<ul style="list-style-type: none"> • Décès • Mise en jeu du pronostic vital • Probable déficit fonctionnel permanent 	Si aucune de ces trois conséquences ne correspond à votre évènement, rapprochez-vous du point focal régional de votre ARS ou de la STARAQS afin de confirmer qu'il s'agit bien d'un EIGS ARS Idf : E-mail : ars75-alerte@ars.sante.fr Tél : 0 800 811 411 - Fax : 01 44 02 06 76 (jours ouvrés) STARAQS : contact@staraqs.com - Tél : 01 40 07 12 40
Quel est le diagnostic principal de prise en charge du patient/résident avant la survenue de l'évènement ?	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic principal s'il est connu ou motif d'admission ou vulnérabilité 	
Quel est l'acte de soin impliqué dans l'évènement ?	Acte de soins est celui au cours duquel est survenu l'EIGS <ul style="list-style-type: none"> • Prise alimentaire : aide au repas • Surveillance d'un patient/résident autonome ou pas • Stimulation à la prise alimentaire • Aide au soin de bouche • Soins de trachéotomie, intubation (ex : inhalation d'une dent ...) • Prise médicamenteuse : forme galénique (gros comprimé, liquide, écrasement des médicaments) • Alimentation par sonde : sonde naso-gastrique, sonde de gastrostomie Préciser le type d'alimentation : <ul style="list-style-type: none"> • Texture modifiée (mixée, hachée...) • Boissons : liquide ou épaisse (soupe, eau gélifiée, gazeuse...), 	

	<p>Préciser les conditions d'alimentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Installation du patient/résident : <u>au lit, à table, en fauteuil roulant</u> • Environnement bruyant, distraction
Quelles sont vos premières hypothèses de causes de survenue de cet événement ?	<p>Premières hypothèses expliquant la fausse route et ses conséquences</p> <p><i>Exemples :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Texture non adaptée, mauvais positionnement de la personne ; Non-respect des consignes (type alimentation, installation, matériel...) • Troubles de la déglutition induits par un traitement (neuroleptiques, ...) • Forme médicamenteuse inadaptée • Troubles du comportement alimentaire (ex : mangeur rapide...) • Troubles de la vigilance, fatigue excessive du patient/résident • Post-intubation • Pathologie neurologique ou neuromusculaire • Encombrement bronchique ; inhalation de vomissements • Complication d'une chirurgie (ORL, stomato...)

1-2 Autres conséquences constatées au moment de la déclaration

A votre connaissance, l'événement a-t-il eu également des conséquences pour le personnel ?	<ul style="list-style-type: none"> • Culpabilité • Choc ou traumatisme psychologique (en cas de décès notamment) • Anxiété, appréhension en particulier pour les autres patients/résidents à risque de fausse route • Perte de confiance dans ses pratiques, dans le travail en équipe, dans les personnels intérimaires non suffisamment formés... • Peur de fausses routes chez d'autres patients/résidents • Sanction disciplinaire
A votre connaissance, l'événement a-t-il eu également des conséquences pour la structure ?	<ul style="list-style-type: none"> • Impact sur le fonctionnement du service/lieu de vie • Perte de confiance des patients/résidents et des proches • Risque de plainte, de réclamation ou de contentieux • Risque médiatique • Préjudice sur le recrutement de patients/résidents

A ce stade de votre analyse, vous êtes en capacité de qualifier et d'explicitier l'EIGS

1-3 Mesures immédiates prises pour le résident

Des mesures immédiates ont-elles été prises pour le patient/résident ?	<p>Gestion de l'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manœuvre de Heimlich, aspiration • Appel de renfort • Amener sans délai le chariot d'urgence, extraction d'un corps étranger (pince de Magill), évaluation clinique • Appel d'urgence du médecin / 15 / 112 • Manœuvres de réanimation cardiorespiratoires, oxygénothérapie • Surveillance rapprochée : prise des paramètres vitaux <p>Organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfert : préciser le service/lieu de vie • Prise en charge des autres patients/résidents présents lors de l'évènement
--	--

1-4 Mesures immédiates pour les proches

Une information sur le dommage associé aux soins a-t-elle été délivrée aux proches ?	<p>L'information d'un EIGS est une obligation légale envers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La personne de confiance • La famille/ les proches • Le représentant légal, tuteur/curateur <p>cf. Fiches réflexes sur cette thématique pour le secteur ESSMS et en ES</p>
--	--

1-5 Organisation pour réaliser l'analyse de l'EIGS

Décrivez comment vous allez vous organiser pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS	Mise en place d'une cellule de crise ou organisation d'une réunion (débriefing, Revue de Morbidité-Mortalité (RMM), réunion d'analyse approfondie des causes, Comité de Retour d'Expériences ...)
Souhaitez-vous l'appui d'une expertise externe pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS ?	En répondant « oui », votre demande est automatiquement transmise à la structure régionale d'appui : La STARAQS, en IDF.

2. VOLET 2 - Événement indésirable grave associé à des soins - L'analyse des causes

2-1 Informations sur la prise en charge

Quel est le diagnostic de prise en charge avant l'EIGS ?	Préciser le diagnostic principal et éventuellement un épisode aigu associé	
Avant la survenue de l'EIGS, quelle était la complexité de la situation clinique du patient/résident ?	<ul style="list-style-type: none"> • Très complexe • Plutôt complexe • Plutôt non complexe • Non complexe • Ne sait pas 	<p>La complexité peut être appréciée en fonction de l'existence d'un cumul de plusieurs facteurs de risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pathologie complexe ou mal équilibrée (ORL, neurodégénérative, neurologique, néoplasique...) - Pluri-handicap ou polyhandicap - Troubles du comportement importants, refus de soins - Polymédication - Prise en charge lourde (temps, coordination...)
Quel était le but de l'acte de soins ?	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic • Thérapeutique • Esthétique • Prévention • Non concerné 	<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic : une exploration ORL, digestive... - Thérapeutique : Les médicaments - Prévention : Aide à l'alimentation, prévention des troubles de la déglutition (textures, aides techniques, posture du patient et du professionnel).
Quel était le degré d'urgence de la prise en charge lors de la survenue de l'événement ?	<ul style="list-style-type: none"> • Non urgent • Urgence relative • Urgence différée • Urgence immédiate (acte devant être réalisé sans délai) • Non concerné 	<p>Il s'agit du degré d'urgence AVANT la survenue de l'EIGS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urgence relative : prise en charge pouvant être reportée de quelques jours (Ex : une exploration) - Urgence différée : prise en charge pouvant être reportée de quelques heures (Ex : l'aide au repas) - Urgence immédiate : prise en charge devant être réalisée sans délai (Ex : intubation)
Précisez, le cas échéant, si une technique innovante a été utilisée (pratique, matériel, clinique, informatique...)	Innovante au vu des connaissances et des pratiques actuelles	

2-2 Les causes immédiates et les causes profondes (facteurs favorisants)

Cette analyse s'appuie sur le recueil des données (rapport circonstancié, observations, entretiens, étude du dossier du patient, projet personnalisé, transmissions, outils de liaison, plannings, procédures, courriers/emails...).

Seuls les facteurs favorisants ayant contribué à l'événement (causes profondes) sont à reporter sur le formulaire de signalement des EIGS.

<p>Avez-vous identifié une ou des causes immédiates à l'événement ?</p>	<p>Au regard des hypothèses formulées dans le volet 1, se poser la question « pourquoi cet événement est survenu ? » afin d'identifier une ou plusieurs causes immédiates en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les pratiques professionnelles : non-respect des consignes... - L'état du patient : pathologie à risque de fausse route... - L'organisation des prises en charge : personnel non informé du risque de fausse route...
<p>Facteurs favorisants liés au patient</p>	
<p>Dans la plupart des situations, l'état de santé du patient aura une influence sur la survenue de l'EIGS ou ses conséquences.</p>	
<p>Antécédents</p>	<p>Les antécédents médicaux du patient/résident ont-ils influencé le cours de l'événement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antécédents de fausse route, de troubles de la déglutition, de dysphagie <input type="checkbox"/> Toux chronique, pneumopathies à répétition, fièvre inexpliquée <input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Dénutrition
<p>Etat de santé (pathologies, comorbidités) en rapport avec l'événement</p>	<p>Le patient/résident présentait-il une vulnérabilité ou un risque particulier pouvant être en lien avec l'EIGS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Symptômes évocateurs : gêne pour avaler / fuites alimentaires par la bouche / reflux nasal / blocage alimentaire / modification de la voix (voix mouillée) / maintien prolongé des aliments en bouche et la prolongation de la durée des repas / raclements de gorge / régurgitations / perte d'appétit / amaigrissement <input type="checkbox"/> Age > 80 ans = Presbyphagie <input type="checkbox"/> Pathologie psychiatrique <input type="checkbox"/> Handicap..... <input type="checkbox"/> Affection de la sphère ORL (cancers), maladies du larynx, du pharynx, ou de la cavité buccale <input type="checkbox"/> Maladies du sphincter supérieur de l'œsophage (achalasia, Zenker, troubles du péristaltisme), reflux gastro-œsophagien <input type="checkbox"/> Mauvais état bucco-dentaire / mycose oro-pharyngée, édentation, prothèse amovible absente et/ou inadaptée, sècheresse de la bouche, hyposialie, troubles praxiques buccaux <input type="checkbox"/> Suite d'un acte chirurgical, réanimatoire ou anesthésique, ou geste ORL <input type="checkbox"/> Maladie neurologique ou dégénérative (AVC, SLA, SEP, Huntington, démence, Parkinson...) <input type="checkbox"/> Toux ou encombrement chronique <input type="checkbox"/> Troubles de la vigilance (sommolence, asthénie, sédation médicamenteuse) <input type="checkbox"/> Dénutrition, déshydratation, refus ou réduction de prise alimentaire <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels <input type="checkbox"/> Troubles importants du comportement ou cognitifs, incapacité de respecter les précautions à prendre, syndrome du « mangeur rapide » <input type="checkbox"/> Changement récent du comportement (hyper activité) ou agitation soudaine <input type="checkbox"/> Patient porteur d'une sonde d'alimentation (Sonde nasogastrique ou de gastrotomie) <input type="checkbox"/> Fin de vie

<p>Traitements en rapport avec l'événement</p>	<p><input type="checkbox"/> Modifications récentes dans les prescriptions médicales qui ont contribué à la survenue de cet événement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non-compliance au traitement ?</p> <p>Risque connu en lien avec un traitement particulier ayant influencé l'événement ?</p> <p>Traitement :</p> <p><input type="checkbox"/> Ayant un effet sédatif</p> <p><input type="checkbox"/> Provoquant des dyskinésies, des syndromes extrapyramidaux, une sécheresse buccale</p> <p><input type="checkbox"/> De radiothérapie / Chimiothérapie</p> <p><input type="checkbox"/> Ayant une présentation galénique non adaptée</p> <p><input type="checkbox"/> Polymédication.</p>
<p>Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux en rapport avec l'événement</p>	<p>Le patient/résident avait-il des problèmes d'expression ? Des difficultés de communication, de compréhension des informations ? Par exemple :</p> <p><input type="checkbox"/> Non-adhésion aux textures recommandées</p> <p><input type="checkbox"/> Dénier de la pathologie ou du risque de fausse route</p> <p><input type="checkbox"/> Patient/résident désinhibé ne respectant pas les consignes</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés linguistiques</p> <p><input type="checkbox"/> Contexte socio-culturel (habitudes alimentaires, croyances...)</p> <p>L'environnement psycho-social du patient/résident, son entourage ont-ils influencé la survenue de cet événement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Précarité sociale, économique</p> <p><input type="checkbox"/> Entourage peu compliant ou non informé, déni de la pathologie ou du risque</p>
<p>Relations conflictuelles</p>	<p>L'entourage avait-il des relations conflictuelles avec un ou des membres de l'équipe ?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne respectant pas les consignes</p> <p><input type="checkbox"/> N'ayant pas confiance dans les consignes communiquées par les soignants</p> <p><input type="checkbox"/> Ne comprenant pas le risque encouru</p>
<p>Facteurs favorisant liés aux tâches à accomplir</p>	
<p>Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)</p>	<p>Étape 1 - Existence des protocoles ou des procédures en rapport avec les actes ou le processus en cause dans l'événement :</p> <p><input type="checkbox"/> Protocole d'évaluation des troubles de la déglutition et du risque de fausse route</p> <p><input type="checkbox"/> Protocole de prise en charge d'un trouble de la déglutition (installation, aide technique...)</p> <p><input type="checkbox"/> Protocole de prescription d'un régime et d'une texture alimentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Protocole de distribution des repas incluant l'information au service par lieu de restauration</p> <p><input type="checkbox"/> Protocole d'organisation des repas dans les différents lieux de restauration</p> <p><input type="checkbox"/> Protocole ou fiche technique définissant l'utilisation des épaississants et revu à chaque changement de marché</p> <p><input type="checkbox"/> Protocole relatif à l'écrasement des médicaments, analyse pharmaceutique</p> <p><input type="checkbox"/> Protocole d'urgence en cas de fausse route</p> <p><input type="checkbox"/> Protocole en cas d'urgence vitale</p> <p><input type="checkbox"/> Conduite à tenir d'appel en cas d'urgence (circuit interne, appel Pompiers, du SAMU...)</p> <p>Étape 2 – Evaluer les causes de non-mise en œuvre des protocoles et procédures :</p> <p><input type="checkbox"/> Indisponibilité</p> <p><input type="checkbox"/> Non-actualisation</p> <p><input type="checkbox"/> Non-adaptation à la situation en lien avec l'EIGS</p> <p>Étape 3 – Rechercher et définir les motifs de non-utilisation des protocoles par les professionnels impliqués dans l'EIGS :</p> <p><input type="checkbox"/> Méconnaissance de l'existence de ces protocoles, procédures</p> <p><input type="checkbox"/> Incompréhension des protocoles, procédures</p> <p><input type="checkbox"/> Non-utilisation de ces protocoles et procédures</p> <p><input type="checkbox"/> Absence d'adhésion au protocole</p>

<p>Résultats d'examens complémentaires en rapport avec l'événement (non disponibles ou non pertinents)</p>	<p>1- Le patient/résident compte tenu de ses pathologies et de ses facteurs de risque nécessitait -il des examens complémentaires ? Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bilan orthophonique <input type="checkbox"/> Bilan ORL <input type="checkbox"/> Bilan Neurologique <input type="checkbox"/> Bilan Bucco-dentaire <input type="checkbox"/> Bilan diététique <input type="checkbox"/> Fibroscopie nasopharyngée <p>2- Préciser si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Absence ou non réalisation d'examens complémentaires <input type="checkbox"/> Difficulté ou absence de consensus dans l'interprétation des résultats <input type="checkbox"/> Absence d'alerte d'un résultat anormal ou non-respect du délai de transmission, défaut de traçabilité, <input type="checkbox"/> Difficulté d'accès ou indisponibilité des résultats <input type="checkbox"/> Indisponibilité du professionnel en capacité de réaliser l'examen <input type="checkbox"/> Non prise en compte de contre-indications
<p>Aide à la décision (Équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)</p>	<p>L'événement est-il lié à un défaut d'aide à la décision ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Absence, insuffisance ou non-utilisation d'outils d'aide à la décision (arbre décisionnel, conduite à tenir...) <input type="checkbox"/> Absence d'évaluation du risque de fausse route (ex : Bilan de déglutition)
<p>Définition des tâches en rapport avec l'événement</p>	<p>La définition des tâches est-elle en lien avec la survenue de l'événement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inadéquation entre la définition des tâches et les compétences professionnelles <input type="checkbox"/> Interruption de tâches <input type="checkbox"/> Défaut de définition ou d'anticipation de la tâche en solutions dégradées <input type="checkbox"/> Définition des tâches imprécises ou absentes ou non communiquées
<p>Programmation, planification en rapport avec l'événement</p>	<p>La programmation ou planification des soins ou des tâches est-elle en lien avec la survenue de l'événement ? Il peut s'agir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> D'une demande d'évaluation des troubles de la déglutition non prise en compte <input type="checkbox"/> D'une absence d'évaluation des troubles de la déglutition à l'entrée <input type="checkbox"/> En cas d'anomalie d'une absence de réévaluation des troubles de la déglutition au cours d'une hospitalisation <input type="checkbox"/> D'une absence de réévaluation périodique dans le médico-social (au retour d'hospitalisation, lors d'un épisode aigu, lors de l'élaboration du projet personnalisé ...) <input type="checkbox"/> D'une absence de traçabilité <input type="checkbox"/> D'une absence de programmation de l'alimentation entérale
<p>Autre en rapport avec l'événement</p>	<p>L'erreur dans l'identification du patient/résident est-elle en cause ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Une texture d'un autre patient servie au patient/résident ayant fait une fausse route <input type="checkbox"/> Absence de contrôle de l'identité du patient/résident avant la distribution du repas, de boisson ou la prise d'un médicament <input type="checkbox"/> Absence ou non-respect de système de prévention en place (photo, trombinoscope, système de vérification des plateaux, bracelet d'identification ...)
<p>Facteurs favorisants liés aux professionnels</p> <p>Il s'agit de facteurs individuels comprenant la connaissance, la qualification et l'expérience de chaque membre de l'équipe qui vont affecter leur pratique clinique. Identifier par leur fonction, sans les nommer, le ou les professionnels impliqués.</p>	
<p>Qualifications, compétences des professionnels impliqués dans l'EIGS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les professionnels en poste n'avaient pas les compétences requises pour surveiller un patient/résident présentant des troubles de la déglutition

	<input type="checkbox"/> Les professionnels en poste n'avaient pas les compétences nécessaires pour réaliser les gestes d'urgence (ex : désobstruction avec pince de Magill, utilisation d'un aspirateur trachéal, manœuvre de Heimlich...) Le personnel présent était-il : <input type="checkbox"/> Sans ou avec peu d'expérience au sein de l'établissement, dans l'unité / le service/lieu de vie concerné (stagiaire/vacataire/intérimaire/personnel d'une autre unité ou de renfort, jeune diplômé) <input type="checkbox"/> Ne connaissant pas ou peu le patient/résident <input type="checkbox"/> Non formé à la prévention des fausses routes <input type="checkbox"/> Non formé à la conduite à tenir en cas de fausse route <input type="checkbox"/> Non à jour sur la formation de l'AFGSU ⁽⁵⁾
Facteurs de stress physique ou psychologique	<input type="checkbox"/> Arrivée récente dans l'unité <input type="checkbox"/> Relations difficiles, conflit dans le service <input type="checkbox"/> Charge mentale importante pour les professionnels impliqués <input type="checkbox"/> Liés à la gestion de la situation d'urgence <input type="checkbox"/> Manque de sommeil, faim ou jeûne
Facteurs humains	<input type="checkbox"/> Défaut de vigilance, de concentration, inattention, oubli, trou de mémoire <input type="checkbox"/> Excès de confiance en soi, absence de recherche d'aide ou d'information <input type="checkbox"/> Difficulté à appliquer les procédures et protocoles <input type="checkbox"/> Manque de motivation, refus de se déplacer
Facteurs favorisants liés à l'équipe	
Dans le cadre d'une fausse route, on entend par équipe : le médecin, le pharmacien, le cadre de santé, l'IDE, l'AS et les personnes en charge de l'alimentation du patient/résident, le service/lieu de vie de restauration, la diététicienne, l'orthophoniste, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le psychomotricien...	
Communication entre les professionnels	<input type="checkbox"/> Des difficultés de communication entre les professionnels qui ont contribué à la survenue de l'EIGS <input type="checkbox"/> Communication imprécise, incomplète, divergente ou ambiguë <input type="checkbox"/> Les temps de communication et de transmission au sein de l'équipe sont non identifiés et non respectés <input type="checkbox"/> Les supports de communication inter-équipes ne sont pas connus ou utilisés (ex : schéma de positionnement d'un résident pour ses repas ...) <input type="checkbox"/> L'utilisation d'un jargon professionnel pas toujours compréhensible par les nouveaux arrivants, les stagiaires... <input type="checkbox"/> La collaboration et l'ambiance sont non satisfaisantes, existence de conflit
Communication envers le patient/résident et ses proches	L'équipe n'a pas informé le patient/résident et ses proches : <input type="checkbox"/> De l'existence d'un trouble de la déglutition et du risque de fausse -route <input type="checkbox"/> Des conséquences possibles d'une fausse route <input type="checkbox"/> De l'évaluation du bénéfice-risque : d'une modification de texture ou de galénique Il existe : <input type="checkbox"/> un défaut de communication entre les professionnels et le patient/résident et son entourage en raison de barrières culturelles ou de non-adaptation du mode de communication <input type="checkbox"/> une absence d'information des visiteurs sur l'importance de se rapprocher d'un membre du personnel avant toute prise alimentaire d'un patient/résident autre que son proche
Informations écrites, en rapport avec l'événement	1 – Dans le service de soins : <input type="checkbox"/> Le dossier du patient/résident ne mettait pas suffisamment en évidence les facteurs de risques de fausse route et les vulnérabilités du patient/résident <input type="checkbox"/> Le dossier du patient/résident non accessible, non identifié, non lisible <input type="checkbox"/> Les documents de transmission d'information non à jour (ex : liste, plan de table ...)

⁵ Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Absence de prescription d'une texture modifiée <input type="checkbox"/> Défaut de prescription médicale pour l'écrasement des médicaments <li style="padding-left: 20px;">2 – Coordination entre le service de soins et l'intervenant en charge de la préparation de l'alimentation <input type="checkbox"/> Absence de fiche de liaison/transmission sur l'alimentation (texture repas modifiée, aliments à risque de fausse route...) ou fiche non à jour <input type="checkbox"/> Multiplicité de supports (informatique et papier) <li style="padding-left: 20px;">3 – Dans le service de restauration <input type="checkbox"/> Les supports d'information utilisés par l'intervenant en charge de la préparation de l'alimentation n'étaient pas suffisamment complets et précis ou non à jour <input type="checkbox"/> Pas de fiche technique pour définir les aspects qualitatifs des textures validées par le diététicien et le médecin
<p>Transmissions et alertes, en rapport avec l'événement</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un défaut d'alerte, d'expression d'un doute, d'une incompréhension (par ex. sur une prescription) a favorisé la survenue de cet EIGS <input type="checkbox"/> Les transmissions orales n'ont pas abordé les problèmes de déglutition, les difficultés d'aide à la prise alimentaire, l'absorption des médicaments <input type="checkbox"/> Une désorganisation inopinée n'a pas permis la transmission d'une bonne information <input type="checkbox"/> Absence de réunion d'équipe élargie ou un staff spécifique pour aborder la prise en charge de ce patient/résident <input type="checkbox"/> Les informations sur le risque de fausse route ou troubles de la déglutition chez le patient/résident ainsi que les actions de prévention décidées (texture modifiée, posture, écrasement des médicaments) n'ont pas été partagées et utilisées par l'ensemble de l'équipe <input type="checkbox"/> Sous-estimation des facteurs de risque
<p>Communication entre les services/lieux de vie, les structures et les professionnels des soins de ville, en rapport avec l'événement</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Absence de communication avec le service de restauration ou l'intervenant en charge de la préparation de l'alimentation et les différents intervenants <input type="checkbox"/> Absence de communication avec la pharmacie en cas d'écrasement d'un traitement Dans le cadre d'un parcours de soins, y compris lors d'un changement de service/lieu de vie, la communication entre les professionnels n'a pas permis d'assurer la continuité des soins et d'alerter sur les facteurs de risques et les vulnérabilités du patient/résident : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de transmissions paramédicales <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de transmissions des informations sur le risque de fausse route / la texture modifiée / l'écrasement des traitements <input type="checkbox"/> Non-accessibilité au dernier compte-rendu d'hospitalisation, au dossier de liaison des urgences, à la lettre du médecin traitant et au compte rendu de consultation (ex : ORL, diététicien ...)
<p>Répartition des tâches, en rapport avec l'événement</p>	<p>Les tâches en lien avec une fausse route peuvent être la distribution du repas, l'aide à l'alimentation et l'hydratation incluant l'installation, la prescription d'une texture modifiée, l'administration d'un médicament</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La répartition des tâches n'était pas définie <input type="checkbox"/> La répartition des tâches n'était pas connue ou appliquée par les soignants présents le jour de l'événement <input type="checkbox"/> Existence d'un glissement de tâches
<p>Encadrement, supervision</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Absence d'encadrement ou de supervision suffisant par le management le jour de l'EIGS <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de concertation/ communication / coordination entre le management et les professionnels dans la gestion de la situation
<p>Demande de soutien ou comportements face aux incidents</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Insuffisance ou absence d'un dispositif de soutien au niveau institutionnel <input type="checkbox"/> Manque de soutien par le management <input type="checkbox"/> Manque de soutien entre professionnels

Facteurs favorisant liés à l'environnement de travail	
L'environnement de travail au sein d'un service/lieu de vie ou d'un secteur d'activités, qu'il soit humain, physique (locaux, matériels, fournitures, informatique...) ou organisationnel (effectifs, horaires...) conditionne la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients.	
Administration	<input type="checkbox"/> L'événement est lié à des lourdeurs ou des défaillances du fonctionnement administratif du service/lieu de vie
Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)	<input type="checkbox"/> Changement récent de l'environnement (déménagement, travaux de la salle de restauration...) pouvant induire une surveillance inadaptée ou insuffisante pendant les repas <input type="checkbox"/> La disposition des tables et fauteuils dans la salle ne permettait pas une surveillance optimale par l'équipe de soins <input type="checkbox"/> Locaux/environnement du patient/résident inadaptés (conception, fonctionnalités)
Déplacements, transfert de patient/résident entre unités ou sites	<input type="checkbox"/> Le transfert d'un patient/résident a contribué à la survenue de la fausse route <input type="checkbox"/> Les modalités de transfert d'un patient/résident porteur d'une sonde d'alimentation ont contribué à la survenue de la fausse route
Fournitures ou équipements (non disponible, inadapté, défectueux)	<p>Absence, insuffisance, défectuosité de fonctionnement :</p> <input type="checkbox"/> De vaisselle adaptée et/ou ergonomique : coupelles, ramequins, fourchettes ergonomiques... <input type="checkbox"/> Absence de mixer pour réaliser les textures modifiées en production, <input type="checkbox"/> Du matériel nécessaire à une alimentation par sonde de Gastrostomie Percutanée Endoscopique ou par sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> Du matériel pour le broyage des comprimés : écrase- comprimés <input type="checkbox"/> D'équipements : adaptables, télécommande du lit <input type="checkbox"/> De matériel nécessaire au bon positionnement (fauteuil, coussin ...) <input type="checkbox"/> Du dispositif/matériel pour épaissir les boissons (nouveau produit, non disponible...) <input type="checkbox"/> Fonctionnalité insuffisante de ces matériels (ergonomie, conception, sécurité...) <p>Dans la situation d'urgence :</p> <input type="checkbox"/> Absence de matériel d'urgence (aspirateur trachéal, pince de Magill, prise de vide ou d'oxygène, chariot d'urgence, système d'appel d'urgence) <input type="checkbox"/> Matériel d'urgence non accessible, non fonctionnel ou non opérationnel <input type="checkbox"/> défaut ou absence des moyens d'alerte : appel malade, téléphone, bip d'urgence, D.E.C.T. ⁽⁶⁾
Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)	<input type="checkbox"/> Le dossier patient/résident informatique n'était pas disponible ou partiellement accessible <input type="checkbox"/> Il existe un dossier patient/résident partiellement informatisé et un dossier papier <input type="checkbox"/> Dysfonctionnement, panne du matériel informatique <input type="checkbox"/> Le logiciel de commande repas n'était pas disponible <input type="checkbox"/> Absence de solution dégradée en cas de panne informatique
Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)	<input type="checkbox"/> Absence de personnel non remplacé, turn-over important des personnels <input type="checkbox"/> Quota IDE/AS/Patient/Résident non respecté <input type="checkbox"/> Absence de médecin au moment de l'évènement ou astreinte médicale non effective <input type="checkbox"/> Absence d'orthophoniste et ou de diététicien <input type="checkbox"/> Vacances de postes, dont les postes d'encadrement <input type="checkbox"/> Equipe composée de remplaçant(s) <input type="checkbox"/> Personnel présent n'ayant pas les compétences pour assurer les gestes d'urgences

⁶ Signifie « Digital Enhanced Cordless Télécommunications », autrement dit « téléphone sans fil numérique amélioré »

Charge de travail, temps de travail	<input type="checkbox"/> Charge de travail inadaptée ou excessive (nombre de patients/résidents, complexité des patients/résidents, personnel absent...) Ex : nombre important de patients/résidents à aider au repas <input type="checkbox"/> Augmentation non prévue ou soudaine de la charge de travail <input type="checkbox"/> Ambiance de travail difficile, conflictuel, délétère <input type="checkbox"/> Professionnel intervenant seul auprès du patient/résident
Retards, délais	<p>Pour la prise en charge du résident/patient, avez-vous eu des retards :</p> <input type="checkbox"/> Dans l'évaluation de trouble de la déglutition <input type="checkbox"/> Dans l'obtention d'un RDV pour un bilan des troubles de la déglutition <input type="checkbox"/> Dans la prescription d'une texture modifiée <input type="checkbox"/> Dans la prise en compte d'une prescription de texture modifiée <input type="checkbox"/> Dans l'obtention d'une texture modifiée ou de produits nécessaires à la modification de texture (ex : épaississant, gestion du stock à disposition) <input type="checkbox"/> Dans la gestion de la situation d'urgence
Facteurs favorisant liés à l'organisation et au management	
<p>L'équipe est influencée par les actions de management et les décisions prises à un niveau supérieur dans l'organisation. Ceci inclut les différentes politiques : ressources humaines, formation continue, achat, gestion des équipements ainsi que la politique de la qualité et la gestion des risques.</p>	
Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)	<input type="checkbox"/> Organigramme absent ou imprécis, méconnu <input type="checkbox"/> Changement récent d'organisation interne <input type="checkbox"/> Niveaux décisionnels trop nombreux <input type="checkbox"/> Circuits de décision insuffisamment définis et non connus des professionnels <input type="checkbox"/> Degré d'autonomie insuffisant/limitation trop restrictive de la prise de décision des acteurs de terrain <p>L'événement est-il lié à des facteurs concernant l'organisation de l'unité ?</p> <input type="checkbox"/> Définition de l'organisation du secteur de soins absente, insuffisante ou imprécise <input type="checkbox"/> Défaillance dans la continuité des soins et/ou la permanence des soins
Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant	<p>Au niveau de l'institution, l'événement est-il lié à des facteurs en lien avec la gestion des ressources humaines ?</p> <input type="checkbox"/> Absence de politique d'intégration des nouveaux arrivants dans l'institution <input type="checkbox"/> Absence ou non-respect de procédure de tutorat des étudiants, des nouveaux arrivants et des vacataires <input type="checkbox"/> Période d'adaptation insuffisante à la spécialité/poste/service <input type="checkbox"/> Description des postes absente ou insuffisante <input type="checkbox"/> Absence de vérification des diplômes <input type="checkbox"/> Absence d'évaluation des compétences <input type="checkbox"/> Gestion du personnel inadaptée, notamment de l'absentéisme <input type="checkbox"/> Utilisation fréquente de personnel intérimaire <input type="checkbox"/> Multiplicité des intervenants auprès d'un patient/résident
Politique de formation continue	<p>Au niveau de la structure, l'événement est-il lié à des facteurs en lien avec la politique de formation continue ?</p> <input type="checkbox"/> Politique de formation continue insuffisante <input type="checkbox"/> Plan de formation non établi en accord avec les besoins des services/lieux de vie <input type="checkbox"/> Formation ou entraînement du personnel insuffisant <input type="checkbox"/> L'acte de soin impliqué dans la fausse route n'a pas fait l'objet d'une action de formation ou d'un entraînement <p>Le plan de formation ne prévoit pas de formation :</p> <input type="checkbox"/> Sur la prévention des fausses routes et les troubles de la déglutition ;

	<input type="checkbox"/> Sur les gestes d'urgences lors d'une fausse route, sur la gestion de l'urgence vitale (ex AFGSU ⁽⁷⁾) <input type="checkbox"/> Sur l'alimentation entérale <input type="checkbox"/> Des équipes de production aux textures modifiées <input type="checkbox"/> Sur les médicaments écrasables lors de trouble de la déglutition
Gestion de la sous-traitance	<p><i>En cas de sous-traitance de la restauration ou de prestation d'hébergement, veuillez-vous rapprocher de votre prestataire pour évaluer les compétences et la formation du personnel dépendant de leur service/lieu de vie.</i></p> <p>L'événement est-il lié à des facteurs concernant une fonction sous-traitée ?</p> <input type="checkbox"/> Une insuffisance ou défaillance des prestations sous traitées en lien avec la production des aliments non adaptés aux personnes ayant des troubles de la déglutition <input type="checkbox"/> Une absence de suivi de cette sous-traitance : suivi des contrats et des exigences, volonté de collaboration, analyse conjointe des EI/EIG <input type="checkbox"/> Une absence de maîtrise et de matériels favorisant la production des textures modifiées <input type="checkbox"/> Une relation conflictuelle avec le sous-traitant qui ne prend pas en compte les recommandations nutritionnelles liées à la production des repas
Politique d'achat	<input type="checkbox"/> Défaillance dans la politique d'achat et d'approvisionnement (Ex : en matériel de prévention des troubles de la déglutition) <input type="checkbox"/> Politique d'achat ne prenant pas en compte l'avis des soignants/patients sur la qualité des matériels et équipements avant de contractualiser avec les prestataires (ex : la contractualisation n'intègre pas la spécificité d'adaptation des textures modifiées pour la production...)
Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement	<input type="checkbox"/> Absence de politique ou de programme structuré de la qualité et de la gestion des risques <input type="checkbox"/> Absence de leadership ou de compétences dans le domaine qualité -gestion des risques <input type="checkbox"/> Absence de démarche d'évaluation des risques <input type="checkbox"/> Absence d'une politique d'évaluation de pratiques professionnelles <input type="checkbox"/> Absence ou défaillance dans la veille réglementaire <input type="checkbox"/> Défaillance de gestion documentaire (organisation, accessibilité, informatisation, mise à jour) <input type="checkbox"/> Absence de politique nutritionnelle (ex : objectifs CPOM sur la nutrition...) <input type="checkbox"/> Absence de politique de réduction du risque médicamenteux et de son suivi Si cas de fausses routes d'origine médicamenteuses sévères ou non dans le service <input type="checkbox"/> Absence de prise en compte des troubles de déglutition et du risque de fausse route dans les projets personnalisés et/ou de soins des patients/résidents
Ressources financières	Existe-t-il des facteurs financiers ayant influencé cet événement ? <input type="checkbox"/> Pression de réduire le Coût de Repas Journalier <input type="checkbox"/> Le budget prévu à l'achat de produits ou matériaux nécessaires à la modification des textures est insuffisant <input type="checkbox"/> Le budget prévu à l'achat de vaisselle ergonomique est insuffisant <input type="checkbox"/> Le budget prévu à l'achat de matériel d'installation et de positionnement des patients et du matériel d'urgence est insuffisant <input type="checkbox"/> Le budget de formation est insuffisant
Facteurs favorisant liés au contexte institutionnel	
Les pratiques et les organisations mises en place pour assurer la qualité et la sécurité des prises en charge sont influencées par le contexte institutionnel, la réglementation, le contexte économique et la politique de la structure	
Politique de santé publique nationale	<input type="checkbox"/> Existence de stratégies contradictoires <input type="checkbox"/> Autre ?

⁷ Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence

Politique de santé publique régionale	<p>Existe-t-il des contraintes ayant influencé la survenue de cet événement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Ressources sanitaires insuffisantes ou défectueuses (ex : difficulté de prise en charge en urgence)</p> <p><input type="checkbox"/> Restructuration territoriale difficile ou conflictuelle (ex : rachat, fusion, mutualisation)</p>
Le contexte institutionnel	<p><input type="checkbox"/> Absence de concertation dans la structure (dialogue social, dans les projets...)</p> <p><input type="checkbox"/> Tensions, conflits... entre l'encadrement et l'équipe de soins</p> <p><input type="checkbox"/> Situation de crise, épidémie de type COVID +</p> <p><input type="checkbox"/> Manque d'informations communiquées sur les changements d'organisation</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de partenariat (ex : conventions...) permettant l'accès à des avis spécialisés (Ex : consultation ORL) dans le cadre de la prise en charge de patients/résidents ayant des troubles de la déglutition ou présentant des risques de fausse route</p>
Système de signalement	<p><input type="checkbox"/> Absence de promotion de la culture du signalement interne et externe</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de dispositif de signalement des événements indésirables</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de charte d'incitation au signalement</p> <p><input type="checkbox"/> Absence d'une culture positive de l'erreur</p> <p><input type="checkbox"/> Système de signalement pas connu des professionnels</p> <p><input type="checkbox"/> Freins au signalement des événements indésirables de la part du personnel</p> <p><input type="checkbox"/> Absence ou insuffisance d'exploitation des événements indésirables</p> <p><input type="checkbox"/> Absence ou insuffisance de Revue de Morbidité-Mortalité (RMM) ou autre démarche structurée d'analyse approfondie des causes (CREX...)</p> <p><input type="checkbox"/> Absence ou difficultés de mise en œuvre et d'évaluation des plans d'actions</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de promotion des Retours d'Expériences auprès de l'équipe concernée et auprès des autres services/unités...</p>

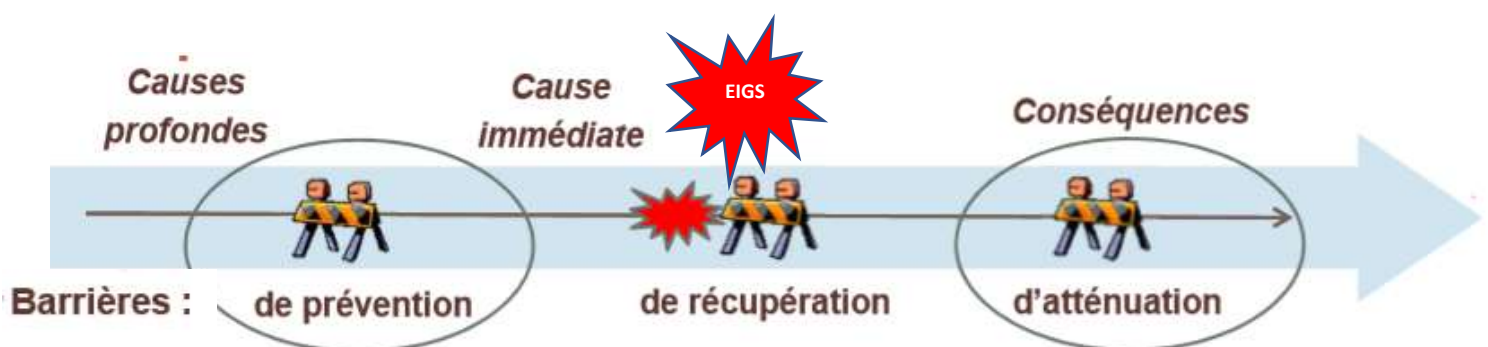
2-3 Eléments de sécurité ou « mesures barrières »

→ Rechercher les barrières qui ont fonctionné, s'assurer de leur fiabilité

→ Rechercher les barrières qui n'ont pas fonctionné, par absence, par non-respect ou non prise en compte.

Une « barrière » est une mesure installée pour renforcer la sécurité des soins et de la prise en charge. Lors de l'analyse de l'EIGS, il convient d'analyser les mesures barrières ayant fonctionné et celles n'ayant pas fonctionné ou manquantes au regard des processus de soins standard, des bonnes pratiques, des recommandations...

On distingue 3 types de barrières pouvant intervenir dans la chronologie d'un EIGS :



➤ **Les barrières de prévention** : elles empêchent la survenue de l'EIGS

Exemples de barrières de prévention :

- Evaluation des troubles de la déglutition du patient/résident, transmise et prise en compte (prescription alimentaire, mesures préventives)
- Evaluation régulière et l'adaptation du traitement, de sa galénique et de son mode d'administration
- Texture alimentaire proposée au patient/résident adaptée à ses capacités de déglutition
- Matériel nécessaire à la prévention d'une fausse route disponible
- Patient/résident et/ou ses proches ayant la capacité d'alerter du risque de fausse route
- Information et éducation du patient et de son entourage
- Risque de fausse route du patient/résident connu de tous les soignants et en particulier des nouveaux arrivants et des vacataires
- Personnel formé à l'installation du patient/résident à risque de fausse route
- Signes de fausse route connus de tous les professionnels
- Répartition adaptée du personnel fixe qualifié
- Equipe de restauration informée des prescriptions de texture modifiée
- Dispositifs médicaux disponibles pour modifier l'alimentation en restauration ou dans le service/lieu de vie : épaississant, eau gélifiée/gazeuse, mixeur...
- Proches informés des troubles de la déglutition et respectueux des recommandations du personnel (ex : aliments déconseillés, installation du patient lors des repas...)

➤ **Les barrières de récupération** : l'EIGS est survenu mais des mesures en ont limité les conséquences

Exemples de barrières de récupération :

- Le matériel nécessaire à la prise en charge en urgence d'une fausse route était à disposition et rapidement accessible
- Les professionnels présents ont su prendre en charge efficacement la fausse route (méthode Heimlich, désobstruction buccale, aspiration, pince de Magill, oxygène)
- Les proches sont informés des risques de fausse route et formés à la méthode de Heimlich

➤ **Les barrières d'atténuation** : l'EIGS est survenu, mais les mesures mises en place en limitent la gravité.

Exemples de barrières d'atténuation :

- La réactivité du **patient** à la situation lui avait permis de tousser, alerter...
- Le **matériel** nécessaire à la prise en charge en urgence d'une fausse route était à disposition et rapidement accessible
- Prise en charge rapide par un service d'urgence, le SAMU ...
- Transfert rapide en milieu spécialisé (service d'urgence ou de réanimation)

2-4 Évitable

<p>Comment qualifieriez-vous le caractère évitable de cet événement ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inévitable • Probablement inévitable • Probablement évitable • Évitable 	<p>Évitabilité :</p> <p>Le caractère évitable d'un EIGS peut se définir par le fait qu'il ne se serait pas produit si les actions entreprises avaient été conformes aux bonnes pratiques et recommandations et/ou si les organisations avaient été efficaces.</p>
---	--	---

2-5 Mesures prises et envisagées (plan d'actions)

Que l'EIGS ait été considéré comme évitable ou non la structure doit s'engager dans un plan d'actions d'amélioration afin de diminuer le risque de récurrence de l'EIGS ou d'en limiter les conséquences.

Le plan d'actions s'appuie sur :

- **Le bilan des mesures prises au décours de l'EIGS, mesures immédiates et lors du temps d'analyse** (pertinence, qualité, difficultés rencontrées, stade d'avancement...)
 - 2-3.1 Pour le patient/résident
 - 2-3.2 Pour ses proches
 - 2-3.3 Pour d'autres patients/résidents
 - 2-3.4 Pour le personnel
 - 2-3.5 Au niveau institutionnel
- **L'identification des facteurs favorisant ou causes profondes** (dysfonctionnements, erreurs, écarts) mis au jour lors de l'analyse réalisée précédemment
- **Le bilan des mesures barrières**
 - Qui existaient mais n'ont pas été activées ou ont été défaillantes
 - Qui n'existaient pas
 - Qui ont fonctionné mais qui ne sont pas suffisamment « solides »

Le plan d'actions doit se composer de mesures concrètes, réalisables et applicables dans des délais donnés et évaluables (SMART : Spécifiques/Mesurables/Atteignables/Réalistes/Temporellement définies).

Les actions doivent être définies avec les professionnels concernés, validées par l'encadrement et la direction. Un pilote doit être identifié.

Le plan d'actions doit intégrer des indicateurs de suivi et d'évaluation ainsi que des actions de communications.

Il est important de prioriser les actions en fonction de leur impact dans l'amélioration des pratiques et la sécurisation des soins, mais aussi d'amorcer des actions facilement applicables qui permettront d'instaurer une dynamique d'équipe.

Il faut distinguer :

- Les actions à déployer au sein de l'unité ou de la structure (protocoles, formations, outils de traçabilité...)
- Les actions nécessitant un délai de réalisation important dans leur mise en application doivent être complétées par des actions transitoires sécurisant la prise en charge.

Des actions ont-elles été mises en œuvre ou vont-elles être mises en œuvre ?	Un plan d'actions correctives est incontournable au décours d'un EIGS Le formulaire de signalement impose un plan d'actions sous forme rédactionnelle. Indiquez pour chaque action l'énoncé de l'action avec un verbe d'action à l'infinitif, un responsable (fonction), une date de début et une date de fin Pour votre suivi ultérieur, un format tableau sera plus fonctionnel)
Un suivi des actions est-il prévu ?	Définir des modalités de suivi d'avancement Le suivi du plan d'actions peut se faire soit par un comité de pilotage dédié, soit être inclus dans un comité de pilotage ou de direction déjà existant

2-6 Réalisation de l'analyse

L'analyse a-t-elle été réalisée collectivement ?	Composition du groupe ayant réalisé l'analyse, en ne faisant mention que des fonctions	
Avec quelle méthode/organisation a été réalisée l'analyse approfondie de l'EIGS ?	<ul style="list-style-type: none"> • RMM • CREX • REMED • ALARM • Groupe de pairs • Autre 	ALARMe : méthode utilisée pour renseigner la partie 2.
Avez-vous bénéficié de l'appui d'une expertise ? *	<ul style="list-style-type: none"> • SRA • OMEDIT • CPIAS • Structure de gestion des risques de mon établissement 	SRA Structure régionale d'appui, STARAQS pour l'Ile de France

3. LES ESSENTIELS... pour limiter le risque de fausse route grave

LES ESSENTIELS... pour limiter le risque de fausse route grave

- **Dépister, évaluer et réévaluer** les troubles de la déglutition et les tracer dans le dossier
- **Informier le patient/résident et ses proches** de l'existence de troubles de la déglutition et du risque de fausse route
- **Former les professionnels et les patients/ résidents et leurs proches** aux bonnes pratiques de prévention de fausse route
- **La bonne texture alimentaire au bon patient** : identifier et protocoliser le processus de la prescription jusqu'à la prise alimentaire par le patient / résident, en incluant la confection ou préparation des repas, la distribution, l'installation du patient et la vérification la concordance entre la texture alimentaire prescrite et celle donnée au patient/résident
- **Adapter la galénique des médicaments** aux troubles de la déglutition en respectant les bonnes pratiques d'écrasement
- **Savoir réagir** face à une fausse route
- **Avoir le matériel d'urgence** accessible et opérationnel

Annexe : Le comité de pilotage et le groupe de relecture

➤ Le Comité de pilotage

Dr TANGRE	Isabelle	Médecin, chargée de projet secteur médico-social	STARAQS
BIGAIGNON	Catherine	Chargée de projet secteur médico-social	STARAQS
BREDILLOT	Monique	Coordinatrice générale des soins CESAP	Membre du bureau du GRRIFES
STACHOWIAK	Marie José	Coordinatrice de la STARAQS	STARAQS

➤ Le Comité de relecture

- Acteurs de la qualité gestion des risques

BARRANDE	Maud	Ingénieur Gestionnaire de risques	ASM13 - GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Paris (75)
BEAUSSIER	Frédéric	Responsable qualité	Groupe Hospitalier Paul Guiraud, Villejuif (94)
BESSEIGE	Laure	Responsable qualité Clinéa France	Clinique Villa des Pages, Groupe Clinéa Orpéa, Le Vésinet (78)
DOMERCQ	Maïalen	Responsable de la gestion des risques usagers	SAMU SOCIAL, Paris (75)
HERVOUET	Antoinette	Chargée de mission qualité	Fondation les Amis de l'Atelier (75)
LAMENDIN	Julien	Directeur Qualité Adjoint IDF	Groupe Almaviva Santé
Dr MANGIN	Christine	Gestionnaire de risques / responsable qualité	AP-HP, Paris (75)
PORET	Catherine	Gestionnaire de risques / responsable qualité	Fondation Santé Service HAD/SSIAD, Puteaux (92)
QUINTART	Claire	Responsable Qualité Gestion Des Risques	CRF IEM Ellen Poidatz, St. Fargeau Ponthierry (77)
REPESSE	Laura	Chargée de mission qualité	Hôpital Privé Cognacq-Jay, Paris 15 ^e (75)

- Acteurs de santé du secteur Sanitaire

AGNETTI	Richard	Direction Patient, Qualité, Affaire médicale	AP-HP, Paris (75)
Dr ALBERT	Thierry	Médecin MPR	CMPR Fondation Cos, Bobigny (93)
CABON	Gaétane	Kinésithérapeute	CRF IEM Ellen Poidatz, St. Fargeau Ponthierry (77)
Dr DE LA DORIE	Aude	Médecin anesthésiste réanimateur	Institut Curie, Paris (75)
DESSERPRIT	Nathalie	CSS	Groupe Hospitalier Paul Guiraud, Villejuif (94)
DUVAL	Hélène	Orthophoniste	CRF IEM Ellen Poidatz, St. Fargeau Ponthierry (77)
EDET	Laurence	Cadre de santé Coordinatrice des Soins	SSR la Chataigneraie, Menucourt (95)
GUILLAUME	Catherine	Ergothérapeute	CRF IEM Ellen Poidatz, St. Fargeau Ponthierry (77)
Dr LESNIK	Maria	Chirurgien ORL	Institut Curie, Paris (75)
PAYAN TERRAL	Sandrine	Cadre de rééducation	CRF IEM Ellen Poidatz, St. Fargeau Ponthierry (77)
PEPEIRA	Agnès	Orthophoniste	Hôpital Forcilles-Férolles-Attilly (77)
PERNOT	Bénédicte	IDE référente gestion des risques	Fondation Santé Service HAD/SSIAD, Puteaux (92)
POUSSELGUE	Bénédicte	Cadre de santé soins palliatifs	Hôpital Privé Cognacq-Jay, Paris 15 ^e (75)
RICHARD	Odile	IDE Cadre de Santé	CRF IEM Ellen Poidatz, St. Fargeau Ponthierry (77)
VAN DER MYE	Carine	Diététicienne	Fondation Santé Service HAD/SSIAD, Puteaux (92)

- Acteurs de santé du secteur Médico-social

Dr BRISSE	Catherine	Médecin MPR	CESAP et SSR, Paris (75)
Dr GILBERT	Christine	Médecin	Résidence Harmonie, LNA- Santé, Moret sur Loing (77)
Dr RAVALISON	Béby	Médecin coordonnateur	EHPAD Les Jardins de Bussy, Bussy Saint Georges (77)
ROUX	Bertrand	IDE Cadre de Santé	Maison de retraite Notre Dame, Le Pecq (78)
SELZER	Aurélien	Responsable hébergement	EHPAD Saint Vincent de Paul - FOCSS, Stains (93)

- Représentants d'organismes régionaux

Dr BONNET -ZAMPONI	Dominique	Médecin Gériatre	Omédit Ile de France (75)
BOREL	Céline	Pharmacien	Omédit Ile de France (75)
DIAGNE	Fatou	Coordonnatrice Régionale médico-sociale	ARS Ile de France (75)
GIBET	Lydie	Directrice	CREAI Ile de France (75)
MONNOT	Virginie	Présidente du Conseil Scientifique	GRRIFES

- Représentante des usagers

OLLIVET	Catherine	Représentante des usagers	Association France Alzheimer Seine Saint Denis
----------------	-----------	---------------------------	--