

## 5<sup>ÈME</sup> JOURNÉE DES CREX

# Apprendre de ses erreurs



- l'erreur est humaine, fréquente et parfois inévitable : il faut la traiter !
- faire progresser la culture de sécurité, c'est identifier les erreurs, les analyser, en parler pour pouvoir les dépasser et en tirer des enseignements afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent
- un événement indésirable analysé et traité collectivement dans un climat constructif permet de sécuriser la prise en charge des patients

# Actions retirées des analyses

Au vu des rapports d'étapes 2016 du CBU :

**La dissémination ne dépasse généralement pas celle du service.**

***Le partage sur les risques et incidents,  
une culture qu'il faut encore installer***

Chemin à parcourir : passer d'un état descriptif de ce qu'il faut faire à une réelle mise en action.

Diffuser quelles leçons sont retirées des analyses.

Levier générationnel + **changement culturel** pour arriver à

**« mettre en place la culture de la sécurité des patients »**

# 5° journée régionale des CREX

## Organiser la prise en charge des EI

Un REX promu et soutenu par les leaders

Un REX lisible et intégré dans le milieu professionnel

Un REX éthique et accepté par tous

**Avec pour chaque étape** (HAS - *évaluation des analyses des évènements indésirables* - mis en ligne le 22 nov. 2016)

<p><b>1. Engagement</b></p>	<p>Les responsables s'engagent explicitement à améliorer le dispositif de REX et à mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité.</p>
<p><b>2. Evaluation</b></p>	<p><b>Objectifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Réaliser une évaluation du REX selon les critères issus du référentiel générique et identifier les points forts, les points à améliorer et les actions d'amélioration à mettre en œuvre</li> </ul> <p><b>Comment faire ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ L'évaluation est effectuée par au moins deux personnes.</li> <li>⊗ Un responsable de l'évaluation est désigné et coordonne l'ensemble de la démarche.</li> <li>⊗ L'évaluation mobilise les professionnels de santé de la structure : réalisation, relecture, avis, etc.</li> <li>⊗ Le référentiel (liste des critères) générique ou spécifique est utilisé.</li> <li>⊗ Une évaluation est réalisée. Elle comporte notamment : les résultats de la cotation de chaque critère, les points forts, les points à améliorer retranscrits sur une grille d'évaluation et la proposition d'un plan d'action au regard des points à améliorer.</li> </ul>
<p><b>3. Amélioration</b></p>	<p><b>Objectifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Mettre en œuvre et suivre les actions d'amélioration identifiées à l'étape précédente.</li> </ul>



Analyse EI : nécessaire mais réel gain pour la sécurité ?  
Analyse EI : efficace si elle porte des fruits

*« On reste petits bras dans l'analyse des causes »*

*« Il est plus intéressant d'analyser moins d'événements,  
de le faire très bien et de diversifier les sources pour  
trouver les événements à analyser »*

# Des analyses parfois mal faites

- **Contrainte routinière :**

Pour répondre à la demande de la direction, à l'administration  
Analyses menées par 1 ou 2 personnes dédiées,  
Travail seul, **partage quasi inexistant**

- **Analyse routinière :**

On s'arrête sur les **causes locales**.

« *C'est M.X ou Mme Y, c'est tel service qui n'a pas fait les choses correctement ...* »

Pas d'analyse sur l'organisation du service ou de l'établissement

Du coup, les solutions envisagées ne seront pas efficaces sur le long terme

***On rate souvent les causes réelles et profondes de l'événement analysé***

# Des analyses parfois mal faites

- **L'événement unique:** le choix des événements que l'on considère comme pertinents, que l'on identifie comme indésirables.

Tous repérés par des professionnels, **jamais ceux en provenance de la parole des patients** (car pas identifiés comme prioritaires)

- **La solution unique:**

But de l'analyse : trouver des solutions pour corriger un dysfonctionnement, éviter que l'EI ne se reproduise ou au moins qu'il engendre des conséquences sur la sécurité du patient

Si analyse partielle et imparfaite, **les solutions le sont aussi.**

1 solution qui s'impose à tout le monde : « il faut respecter ce qui doit être fait »

Le « Pourquoi, on n'a pas pu respecter » cet item est éludé.

Recherches jamais envisagées : comment « ne pas mettre le service en surcharge de travail », « mieux organiser le flux des patients », « revoir les horaires pour limiter la fatigue » ...



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# Sécurité du patient : implication du patient avec l'équipe

Expérimentation Pacte

Yasmine Sami  
Chef de projet  
Mission Sécurité du Patient  
Haute Autorité de santé



Jeudi 19 Janvier 2017

CH de Blois de 9h à 17h30



# Les grands enjeux de la sécurité du patient



<https://www.youtube.com/watch?v=WREBljh7qYM>

# Impliquer le patient

De quoi parle t-on ? Impliquer le patient/entourage, **c'est faire avec lui**



**Partenaire :**  
Personne avec qui l'on est associé dans une activité d'intérêt commun.

**Le patient est dans l'équipe, c'est un partenaire**

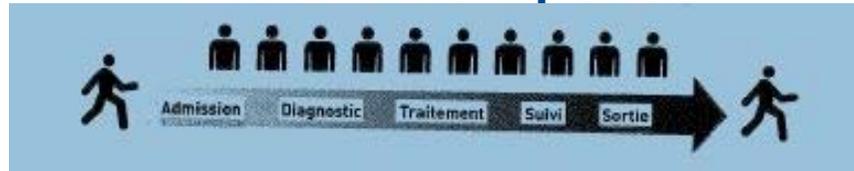
*Nothing About Me, Without Me\**

\*

This phrase, first suggested by an English midwife at a Salzburg seminar in 1998, has since been used by authors Delbanco, Boufford, Berwick, Edgman-Levitan, Tye, et al in various articles, including IOM's Crossing the Quality Chasm report.

# Les enjeux (1)

Les patients sont au cœur du processus de soin  
(vision globale)



- Ils peuvent observer quasiment l'ensemble du processus de soin
- Le seul interlocuteur des différents professionnels qui le prennent en charge (ville/hôpital)
- Une volonté chez certains patients de participer à la sécurité des soins

Détection et signalement éventuels des erreurs

# Détecter les situations à risques : Une compétence reconnue aux patients même si elle n'est pas totale

## 1. Les patients sont capables de détecter précocement et efficacement un EIG dans une proportion assez importante

- Le fait n'est pas nouveau (premiers articles dans les années 90)
- Il s'agit plus de détection que d'identification exacte
- Ces détections concernent souvent des événements qui ne sont pas rapportés par les équipes médicales, mais qui sont exacts

Edberts, *BMJ* 1996;313:530-531

Weingart, *Journal of General Internal Medicine*, 2005, 20:830

## 2. Ces propos sont faiblement audibles par le corps médical

- Peu de plaintes vraiment écoutées et suivies de corrections, pas le temps, pas crédibles, trop nombreuses
- Craintes aussi d'être 'mesuré et jugé' par le patient

Davies, *QSHC*, 2005, 14-16: 438-50

Safran, *J. Gen. Internal Med.* 2006, 21:13-21

Campbell, *QSHC*, 2008, 17, 187-193

# L'expérience du patient : un savoir



L'histoire du patient et son expérience de la maladie, de sa PEC peut aider le soignant pour :

1. aider à poser le diagnostic
2. prendre des décisions relatives aux traitements appropriés
3. veiller à ce que les traitements soient correctement administrés
4. identifier les EIAS et les déclarer le plus rapidement possible

Les patients sont la seule constante lors des transitions entre professionnels de santé et environnements de soins. Inclure systématiquement les patients aux échanges d'informations permettra de garantir l'exactitude des communications.

*Source : guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients, édition multi professionnelle*



# Communication et usagers

- ❑ AHRQ : explication et information du patient = une des **11 meilleures** pratiques de sécurité des patients. *AHRQ, 2001*
- ❑ Les patients retiennent et comprennent moins de la moitié des explications qu'on leur a données. *Schillinger, 2003*
- ❑ Parmi les **freins à la bonne compréhension et mémorisation des explications** :
  - L'émotion du patient et sa maladie;
  - La connaissance limitée des termes médicaux ;
  - Les variations socio-culturelles...
- ❑ Difficultés de compréhension **AUGMENTENT** le taux de mortalité. *Roter, 2000*
- ❑ Les défauts de compréhension par les patients et le défaut de suivi des consignes coutent cher → 106 – 206 milliards \$ /an *Roter, 2000*

# Le patient et sa sécurité

„Eviter les erreurs – avec votre aide“ : étude d'intervention

STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT  
FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS  
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI  
PATIENT SAFETY FOUNDATION

- Les patients disent de ne pas avoir changé leur comportement
- Diminution des situations en lien avec la sécurité

Exemples :

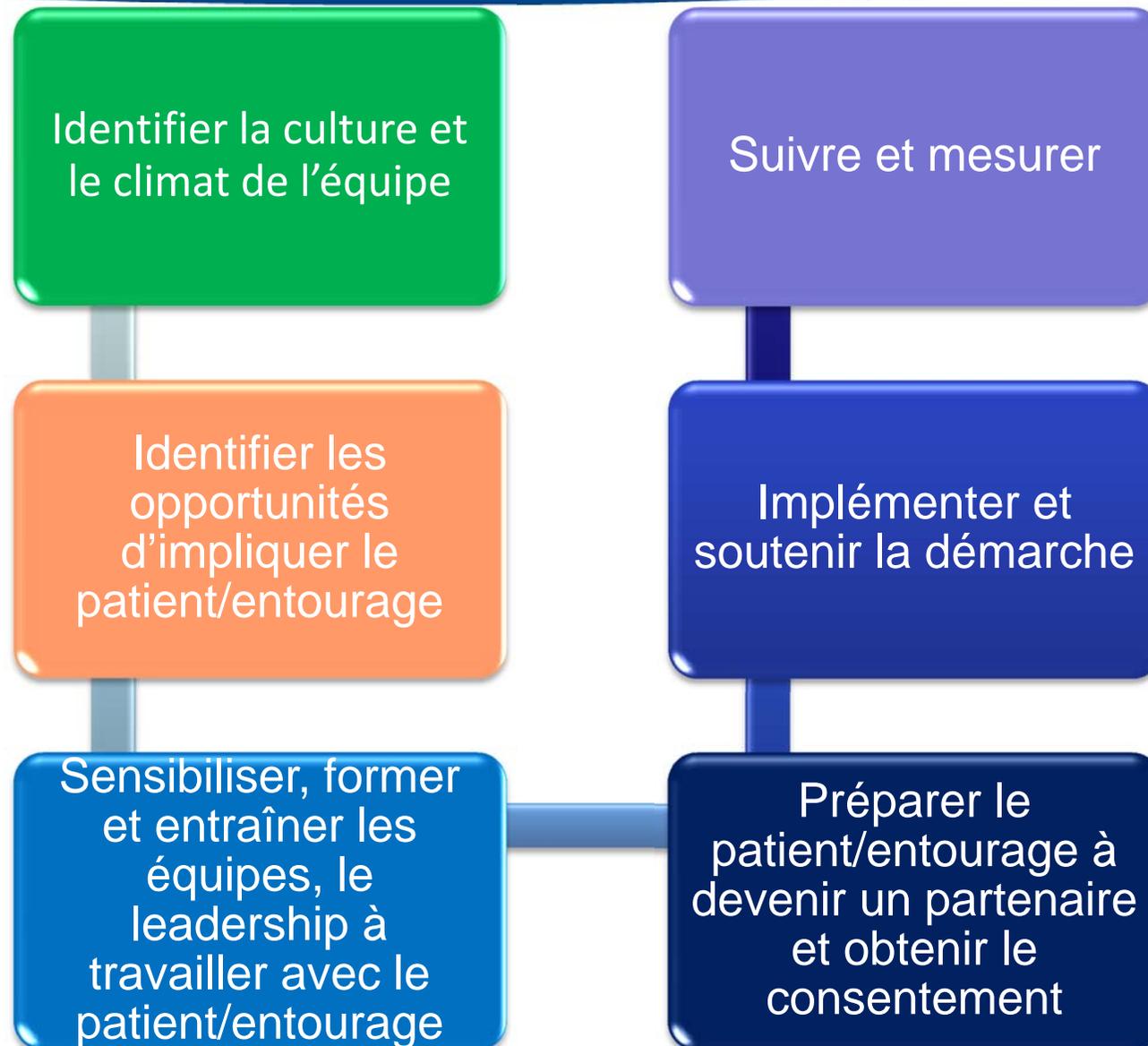
10% versus 19% ne savent pas quels médicaments ils prennent

3.5% versus 4.8% ont été confondus avec un autre patient

5.3% versus 6.3% ont attrapé une infection à l'hôpital

**Fondation pour la Sécurité des Patients, Suisse 2011**

# Comment impliquer le patient?



# Une histoire...

- ✓ Bonjour ! Ici l'accueil de l'hôpital ?
- ✓ Bonjour, j'aimerais parler avec quelqu'un à propos d'un patient qui se trouve chez vous. J'aurais souhaité connaître son état de santé, savoir s'il va mieux ou si son problème s'est aggravé.
- ✓ Quel est le nom du patient ?
- ✓ Il s'appelle Jean Dupont chambre 302
- ✓ Un instant je vous prie, je vous passe l'infirmière.

Après une longue attente :

- ✓ Bonjour, ici Françoise l'infirmière du service. Que puis-je pour vous ?
- ✓ J'aimerais connaître l'état du patient Jean Dupont de la chambre 302.
- ✓ Un instant je vais essayer de trouver le médecin de garde.

Après une plus longue attente :

- ✓ Ici Le Dr. Michel, le médecin de garde ; je vous écoute.
- ✓ Bonjour Docteur, je voudrais savoir quel est l'état de Monsieur Jean Dupont, qui se trouve chez vous depuis 3 semaines à la chambre 302. Un instant, je vais consulter le dossier du patient.

Après encore une autre attente :

- ✓ Il a bien mangé aujourd'hui, sa pression artérielle et son pouls sont stables, il réagit bien aux médicaments prescrits et normalement on va lui enlever le monitoring cardiaque demain. Si tout continue comme ça encore 48 heures, son médecin signera sa sortie d'ici le week-end.
- ✓ Aahh ! Ce sont des bonnes nouvelles. Merci.
- ✓ A votre façon de parler je suppose que vous devez être quelqu'un de très proche, certainement de la famille ?
- ✓ Non, Monsieur ! Je suis Jean Dupont moi-même. Et je vous appelle du 302 ! Tout le monde entre et sort ici de ma chambre et personne ne me dit rien... Je voulais juste savoir comment je me porte ! Merci bien !

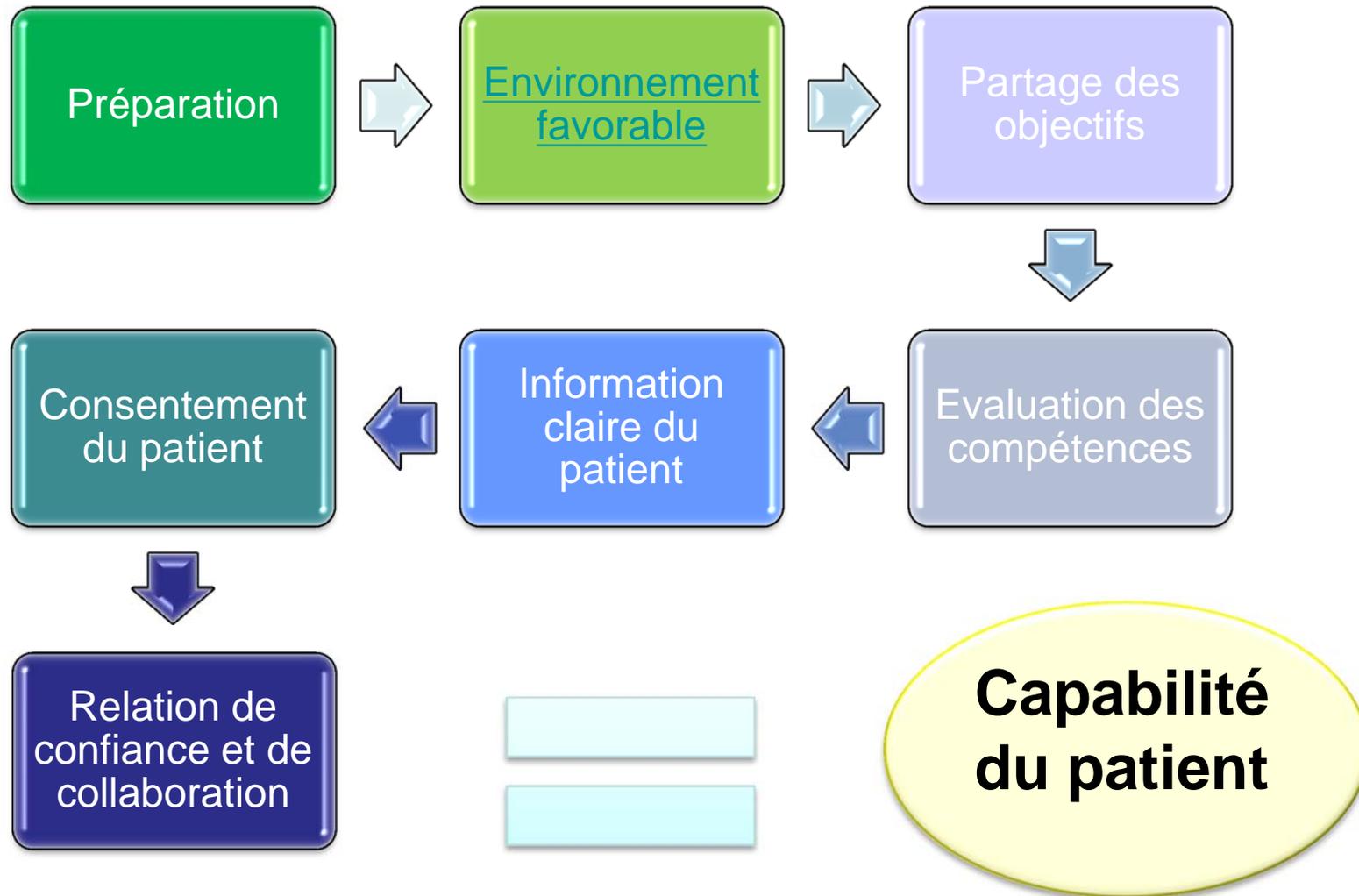
# Quelles questions pouvons-nous nous poser ?

1	Le patient est-il informé du rôle et de la fonction de chaque membre de l'équipe qui le prend en charge?
2	Le patient est-il encouragé à poser des questions
3	Le patient est-il sollicité pour exprimer sa compréhension et son accord sur les soins délivrés
4	Le projet personnalisé de soins (PPS) est-il établi en concertation avec le patient et prend en compte ses préoccupations ?
5	Les membres de l'équipe ont-ils défini ce qui doit être dit et quand ?
6	Les actions d'éducation sont –elles dispensées sur la base d'une évaluation de ce que le patient sait et souhaite apprendre?
7	Les supports d'information et éducatifs donnés aux patients sont-ils adaptés à leur niveau de compréhension?
8	L'organisation en place permet-elle au patient de signaler des dysfonctionnements, voire de remplir une fiche de signalement d'évènement indésirable?
9	L'information au patient est-elle donnée chaque fois qu'il y a une modification dans l'organisation des soins qui lui sont délivrés?
10	L'équipe organise t-elle l'implication du patient pour les étapes critiques où elle juge qu'il peut/doit être associé?

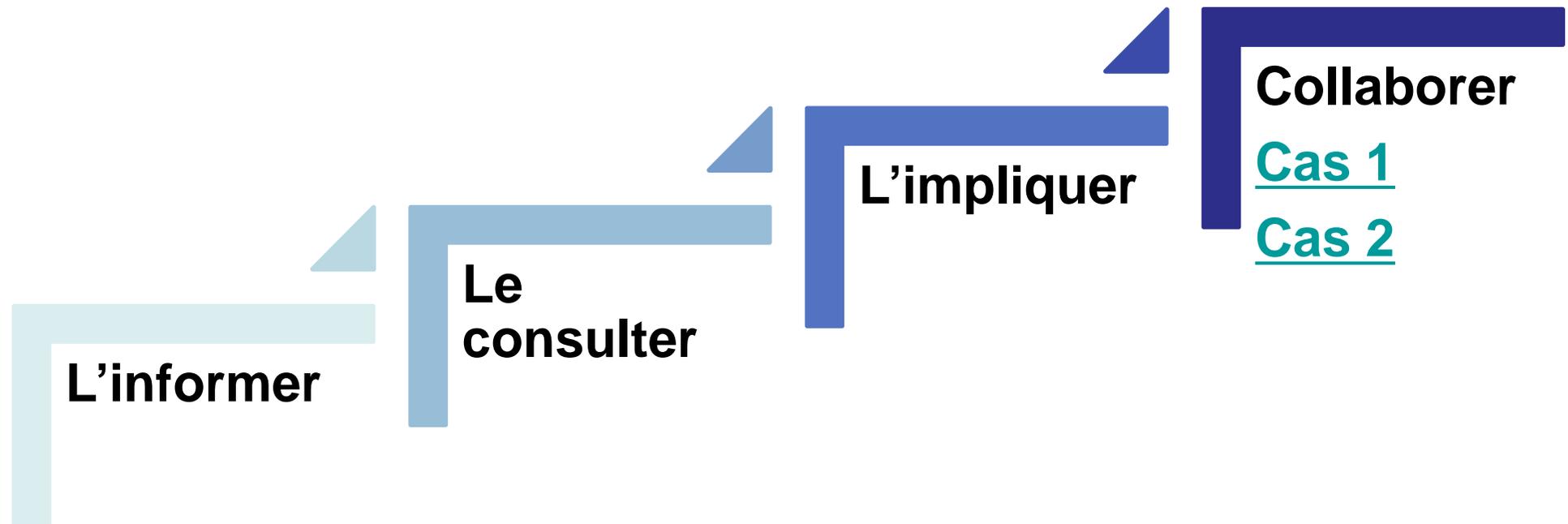
# 1 - Patient/entourage

- Le patient/entourage est-il informé de sa prise en charge?; selon quelle(s) modalité(s) ex : consultation d'annonce, espace de dialogue...)
- Des supports d'information sur la prise en charge sont-ils diffusés?
- L'Une harmonisation de l'information donnée au patient est-elle réalisée au sein de l'équipe a-t-elle été effectuée ?
- Les membres de l'équipe s'assurent-ils de la compréhension de l'information délivrée ?
- Le patient/entourage a-t-il reçu des informations, explications sur son rôle et sa participation dans l'équipe, selon quelles modalités et à quel(s) moment(s) ?
- **L'équipe évalue-t-elle la volonté et la capacité du patient/entourage à participer ?**
- Le patient/entourage est-il encouragé à prendre la parole ?
- Le patient/entourage est-il impliqué dans la planification et le suivi de sa prise en charge (ex présence du patient lors de la relève, transfert) ?
- Le projet d'éducation thérapeutique est-il élaboré de concert avec le patient/entourage ?
- Le plan personnalisé de santé est-il élaboré en concertation avec le patient/entourage ?
- **Comment le point de vue du patient est-il recueilli ? Quelle exploitation, et avec qui ?**
- Le patient/entourage peut-il déclarer des événements inhabituels à l'équipe ? Sous quel mode ? Quelle exploitation et retour ?
- **L'équipe analyse-t-elle le parcours réel du patient à partir de son vécu ?**
- **Les équipes sont-elles formées à la communication avec le patient/entourage ?**

# Définition de l'implication

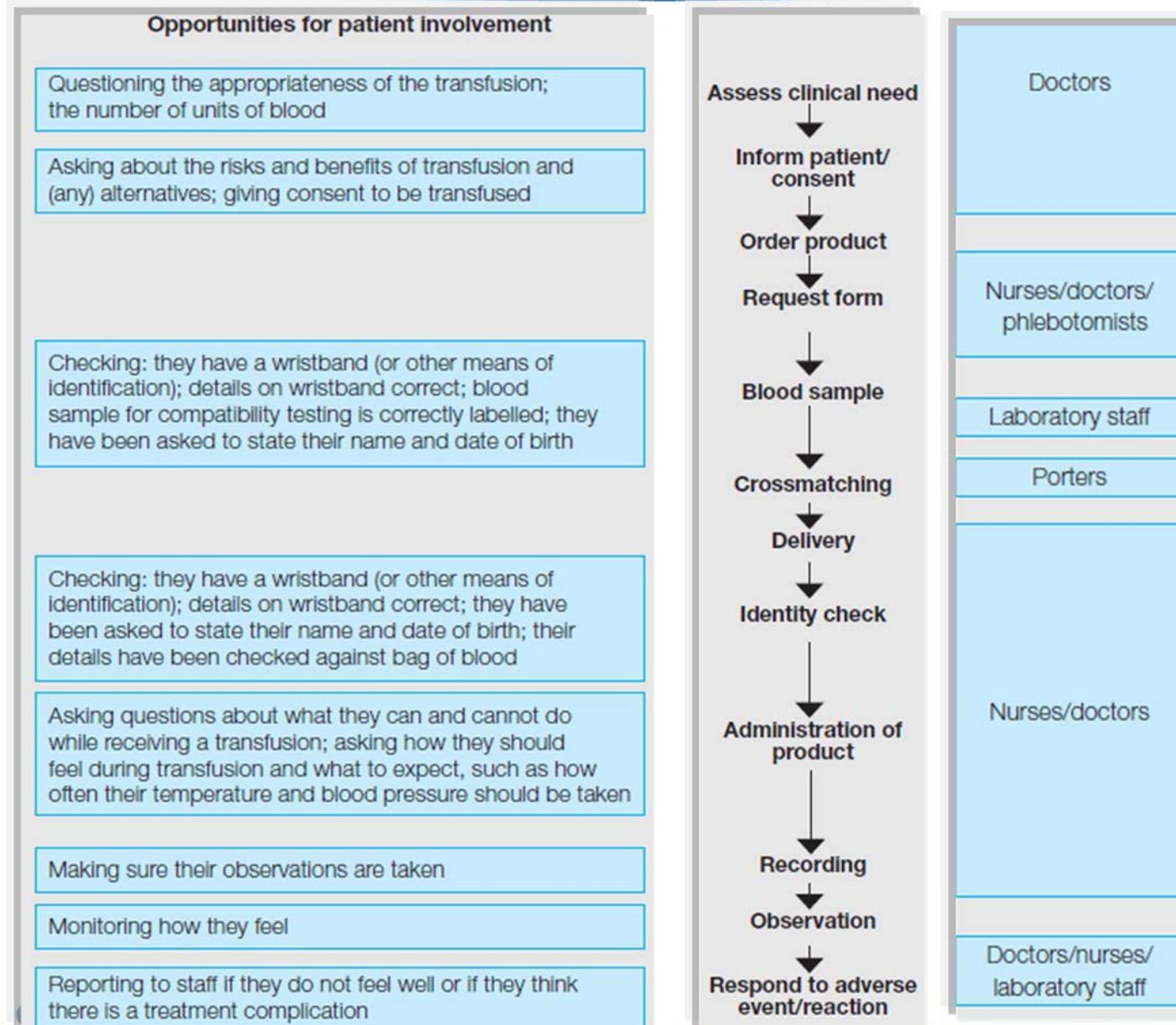


# Les degrés d'implication du patient



Modèle adapté « Levels of patient Engagement » de Alberta Health Services (the AHS Patient Engagement team)

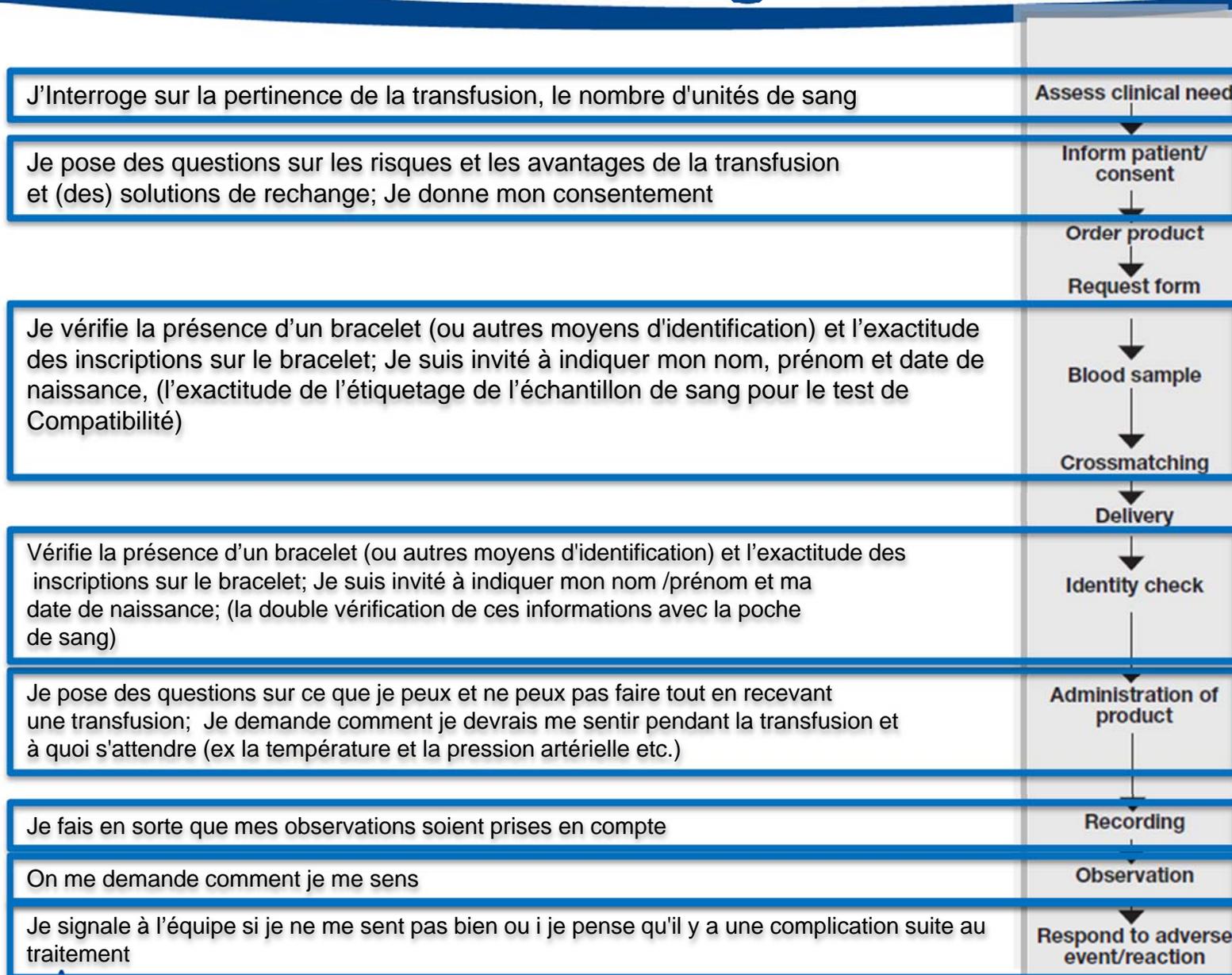
# Cas(1) processus transfusion sanguine



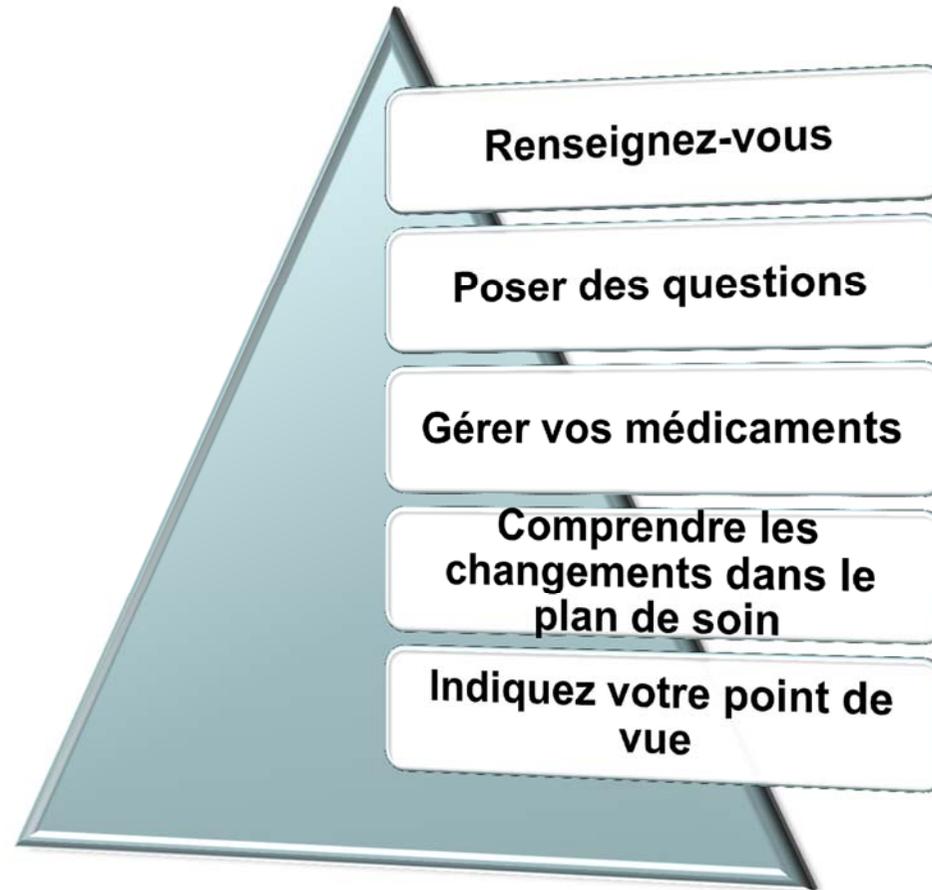
Note: Processes shown in bold indicate stages of the pathway in which patient involvement is possible.  
Source: Davis et al. (2).



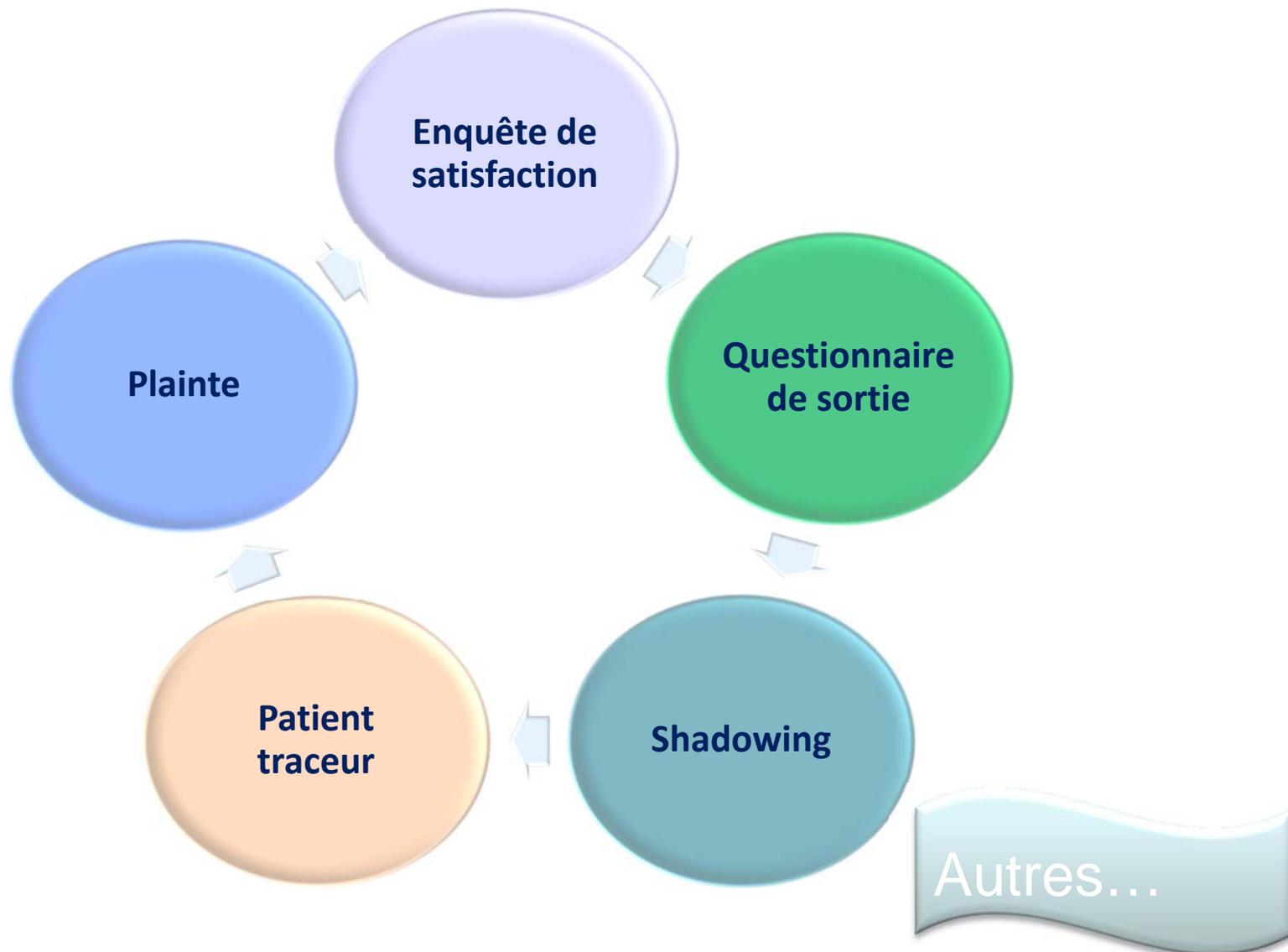
# Cas(1) processus transfusion sanguine



# Cas 2 Programme TEAM UP



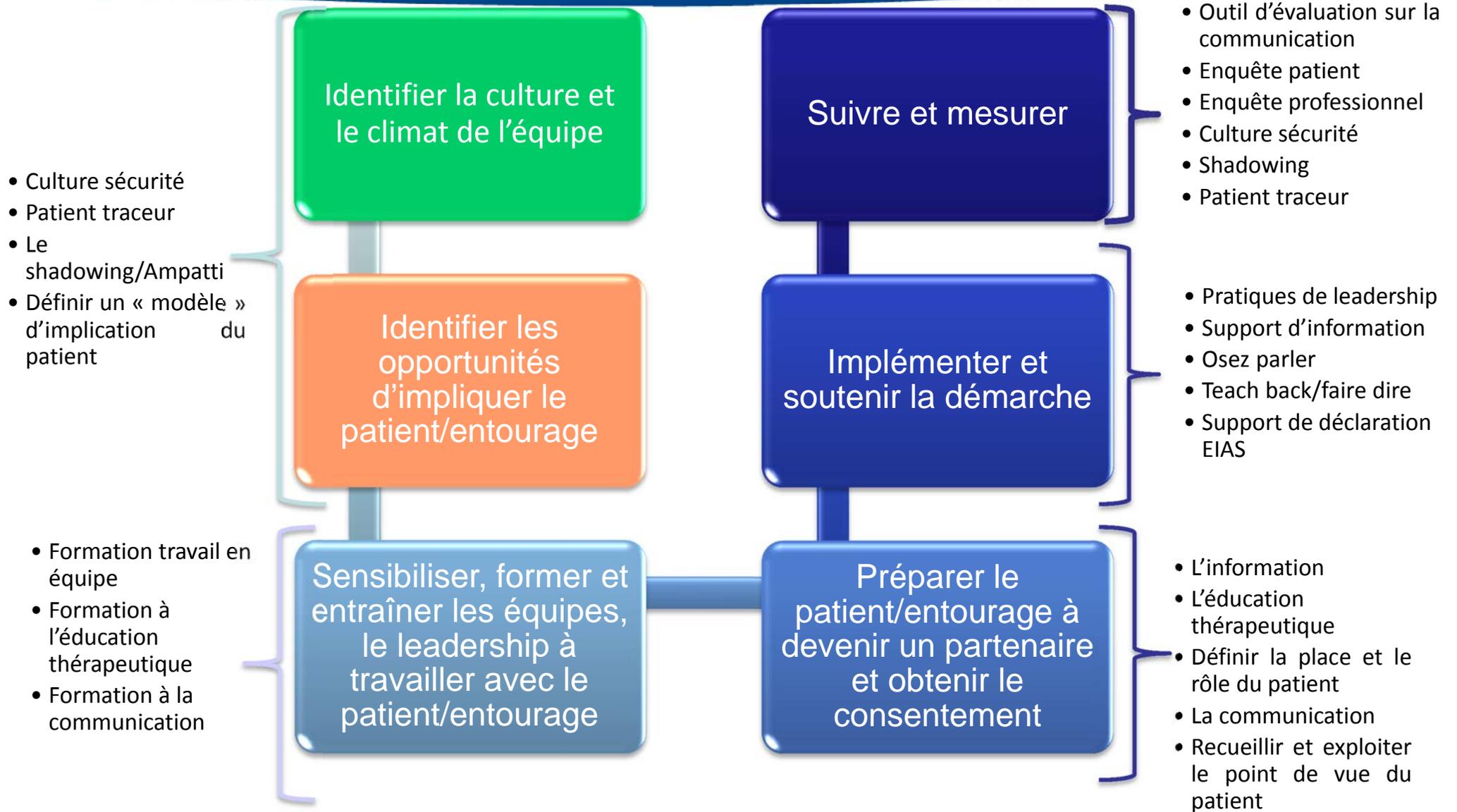
# Le point de vue du patient



# Méthodes et outils



# Les méthodes et outils



# Ecouter le patient, lui donner la parole

## L'informer, faciliter son implication

**patients exprimez vous**

- 2 jours à l'annonce
- 2 semaines de suivi
- 2 ans de suivi

**Favoriser le dialogue entre représentants des usagers et professionnels de santé à propos de la sécurité des patients**

Le Programme national pour la sécurité des patients...



**Comment annoncer un dommage**

Les 3 temps de l'annonce

- 1 Préparer l'annonce
- 2 Réaliser l'annonce
- 3 Suivre l'annonce

Maintenir confiance

**S'impliquer dans la certification pour faire valoir le point de vue des usagers**

Guide à destination des représentants des usagers

**Annoncer une mauvaise nouvelle**

**Patient et professionnels de santé : décider ensemble**

Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée

Octobre 2013

**OBJECTIFS**

Promouvoir l'association des patients à la qualité et à la sécurité de leur prise en charge. Décrire l'état des connaissances relatives au concept de décision médicale partagée, aux outils d'aide à la décision destinés aux patients et à leurs impacts et faire état de la mise en œuvre de la décision médicale partagée en France, au travers des enquêtes de pratiques françaises.

**DÉFINITIONS**

**Décision médicale partagée**

La « décision médicale partagée » correspond à l'un des modèles de décision médicale qui décrit deux étapes clés de la relation entre un professionnel de santé et un patient qui sont l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient.

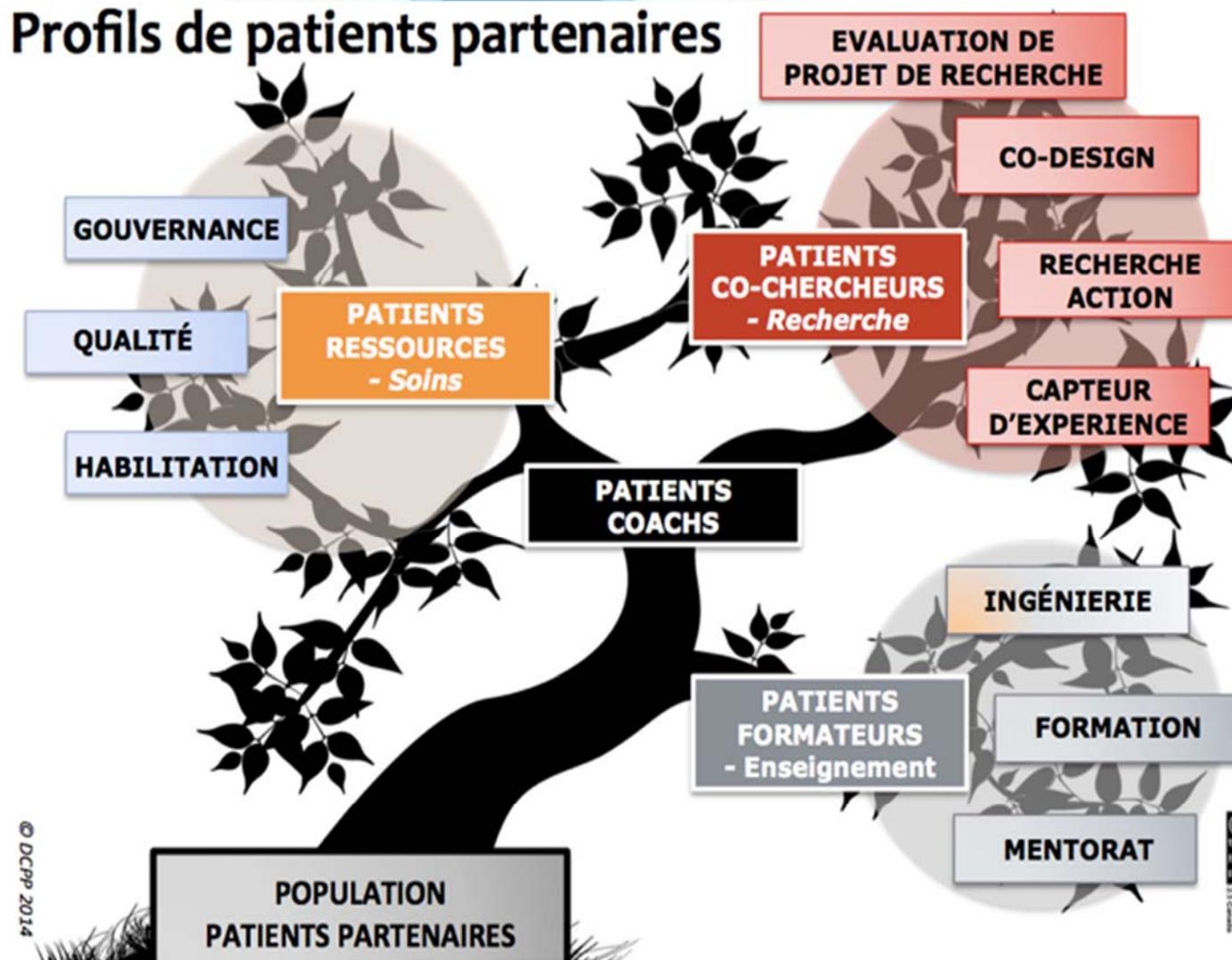
Lorsqu'une décision relative à la santé individuelle d'un patient doit être prise, les expressions « décision médicale partagée », « prise de décision partagée » ou « processus partagé de décision », traduites de l'anglais « shared decision making », décrivent un processus (figure 1) du suivi d'un patient :

- le professionnel de santé et le patient partageant de manière bilatérale une information médicale, notamment les avantages de preuves scientifiques ;
- le patient reçoit le soutien nécessaire pour envisager les différentes options possibles et exprimer ses préférences. Ces options peuvent être du domaine de la prévention, du diagnostic ou du traitement, et comprennent l'option de ne pas agir ;
- un choix accordé entre les différentes options est effectué et accepté mutuellement par le patient et les professionnels de santé.



**Pour aller plus loin  
dans votre réflexion....**

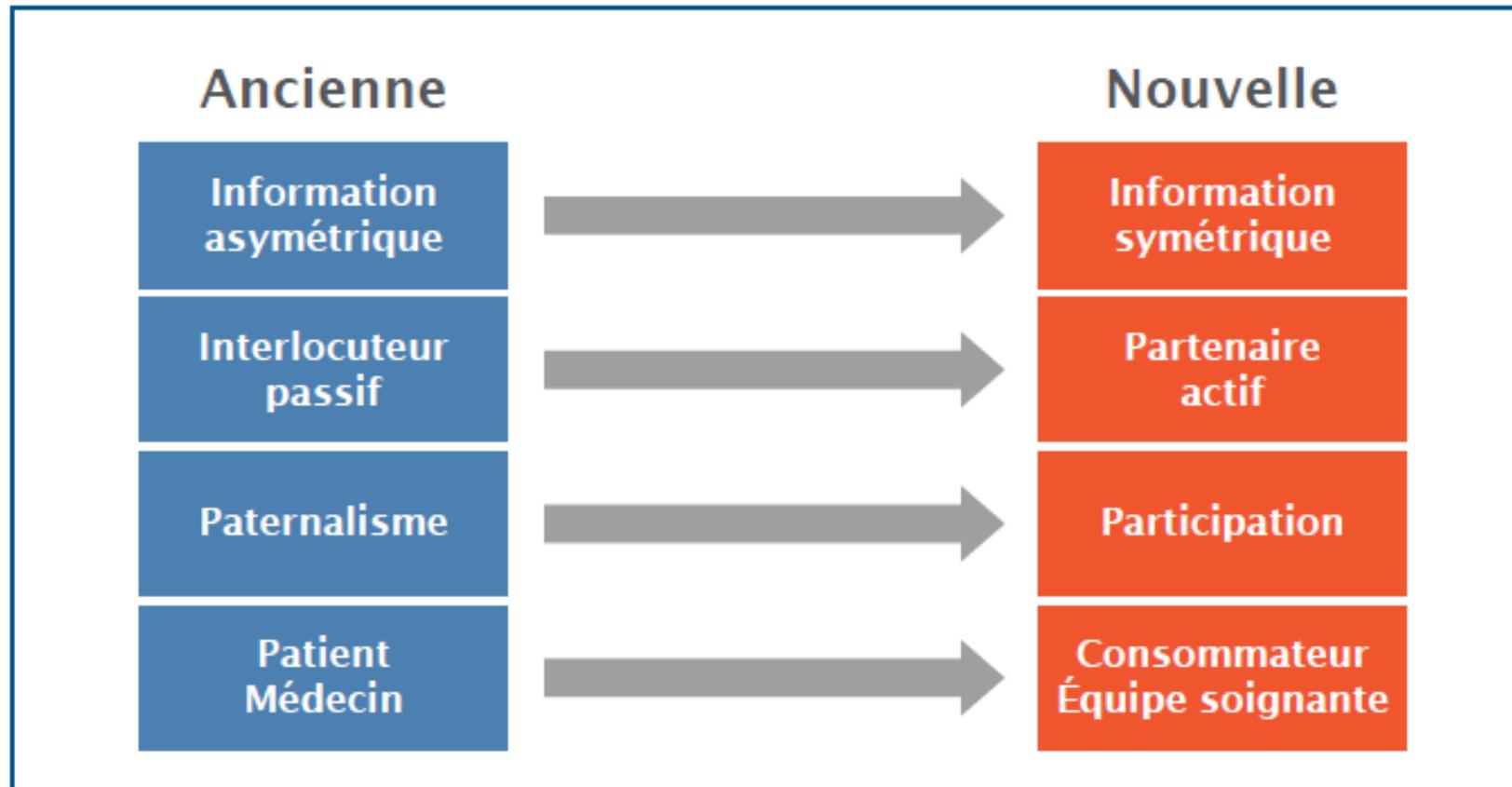
# Illustration avec le modèle de Montréal



Flora L. (2014), "Le patient formateur, un nouveau métier pour accompagner un nouveau paradigme au sein du système de santé", dans, (Coord. : Jouet E., Las Vergnas O., Noel-Hureau E.), *Nouvelles interventions réflexives dans la recherche en santé : du savoir expérientiel des malades aux interventions des professionnels de santé*, Paris, Archives contemporaines, pp.21-41.  
 Séminaire, Promouvoir le patient co-acteur de sa sécurité : enjeux et perspectives : l'exemple du modèle de Montréal, Luigi Flora, le 18/11/2016

# Faire participer le patient

## Changer la relation



# Les énoncés sur la communication

Si vos soins ont été bien coordonnés, vous devriez pouvoir dire :

- ☺ J'ai toujours été informé des prochaines étapes;
- ☺ Les professionnels chargés de mes soins communiquaient entre eux;
- ☺ J'ai pu constater qu'ils travaillaient en équipe;
- ☺ J'ai toujours su qui était la personne principalement responsable de mes soins;
- ☺ Les membres de l'équipe soignante me comprenaient et comprenaient ma situation;
- ☺ Ils répondaient à mes questions en tout temps et m'aidaient à obtenir d'autres services ainsi qu'à rassembler tous les éléments.

#### Références

1. Haggerty JL, et al. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: A qualitative metasummary. *Ann Fam Med* 2013;11(3):262-71.
2. National Voices. *I'm Still Me*. December 2014, London.

# La participation du patient à sa sécurité, que retenir

## C'est

### Participer à la détection des faits porteurs de risques

- à leur rencontre ou à l'encontre de leur voisins
- Participer à l'amélioration des conditions de sécurité du service

### Une compétence reconnue :

les patients sont tout à fait capables de détecter et signaler les faits bizarres. Ils sont même souvent meilleurs que les professionnels dans ce registre, même si leur explication dans le détail peut paraître naïve

### Une écoute des professionnels

La détection par le patient n'a d'utilité que par l'écoute et la prise en compte du professionnel de santé

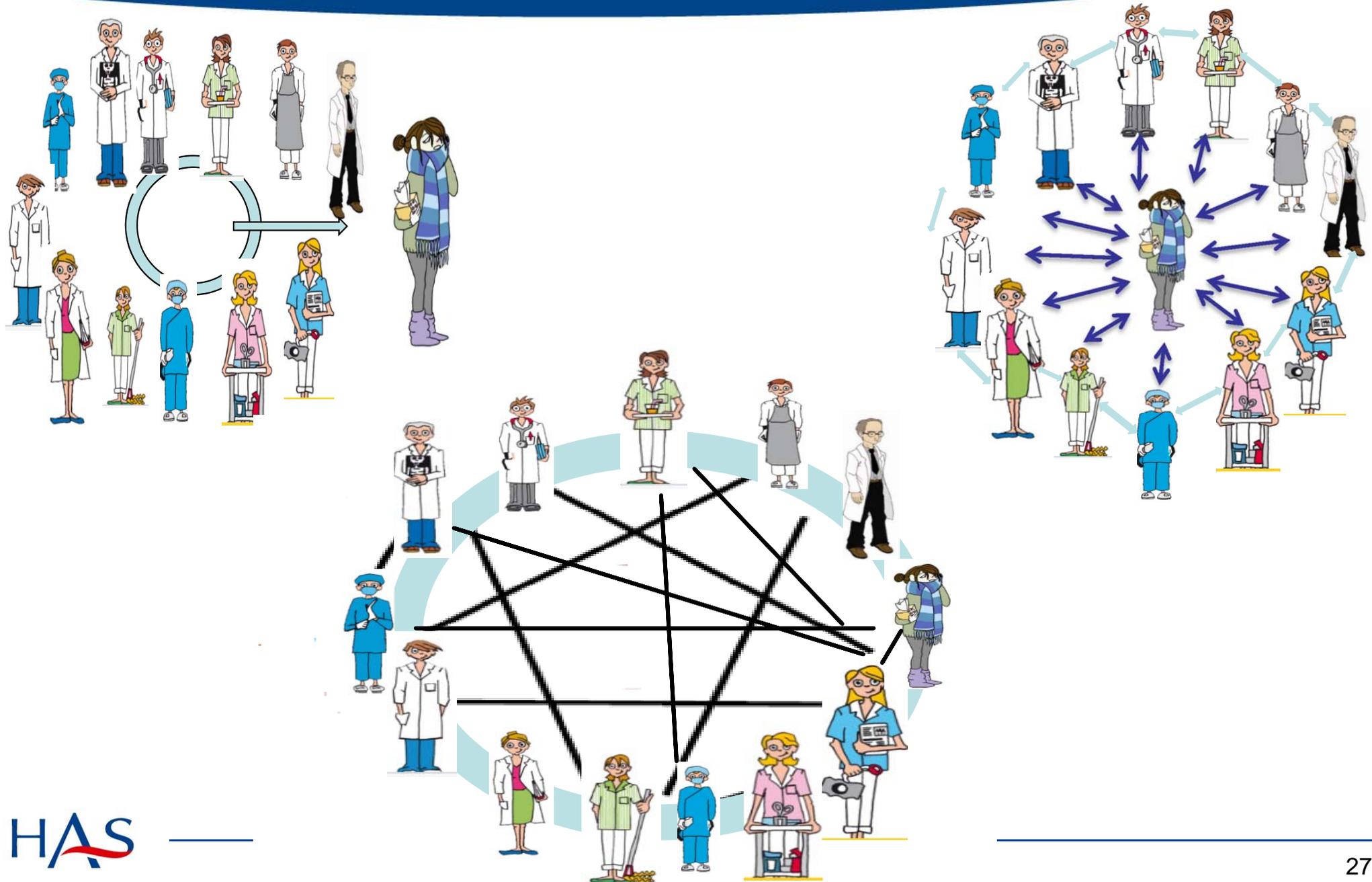
### Des valeurs perçues partagées en équipe et avec le patient

Le patient, sa famille, son entourage sont des membres de l'équipe, et sont invités et briefés à contribuer à la sécurité du service

### Un système apprenant

Les patients signalent les événements, et les professionnels analysent et apprennent de ces événements pour progresser

# La participation du patient à sa sécurité, que retenir





**Centre hospitalier  
du Chinonais**

# Dynamique d'équipe

## MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR UNE MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Carole FEAUVEAUX : Directeur des Soins, de la Qualité et de la Gestion des Risques, Coordonnateur Général

Valérie CABANEL : Cadre Supérieur de Santé Pôle SSR Gériatrie, pilote administration du médicament

Dr Karine BARILLEAU : Gériatre, RSMQ

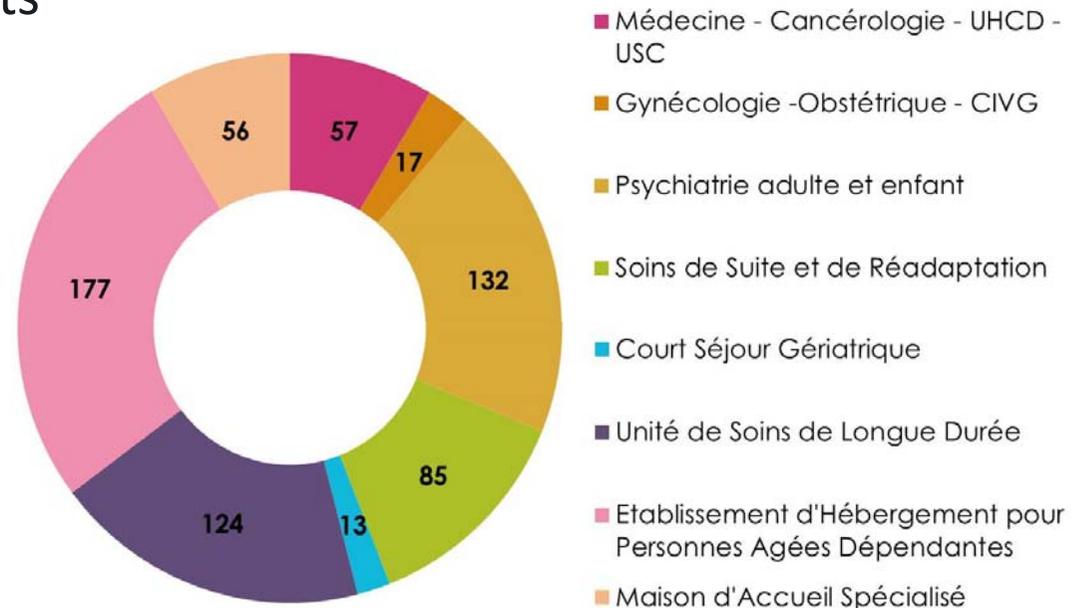
Dr Julie BALESTRA : Pédiatre, RSMQ

Coraline DUPUY : Ingénieur Qualité et coordonnateur des risques associés aux soins

## Le Centre Hospitalier du Chinonais est composé de :

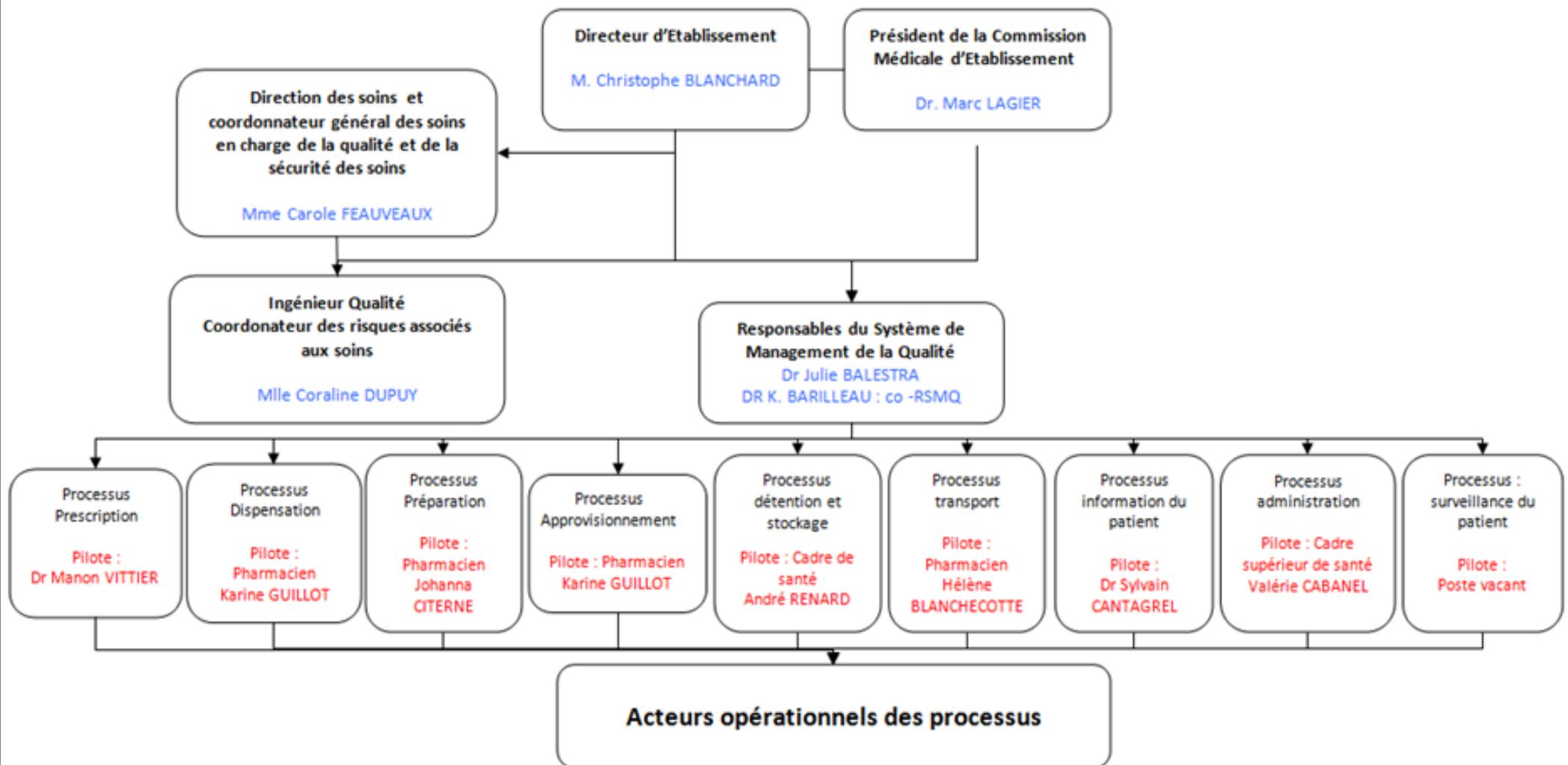
- L'hôpital François Rabelais
- La Maison d'Accueil Spécialisé (MAS)
- L'Unité de Soins de Longue Durée (USLD)
- L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)
- 7 sites extérieurs assurant une prise en charge psychothérapeutique adulte ainsi que psychiatrique enfants et adolescents

L'hôpital compte un total de 661 lits et places



# Présentation Centre Hospitalier du Chinonais

## ORGANIGRAMME DU SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE RELATIF A LA PRISE EN CHARGE MEDICALMENTEUSE ET AUX MEDICAMENTS DU CENTRE HOSPITALIER DU CHINONNAIS



## ■ **Éléments facilitateurs**

- Double fonction : Directeur des soins **et** Qualité
- Membre du comité stratégique de l'OMEDIT
- Collaboration avec la HAS
- Parcours professionnels : Bloc opératoire, Stérilisation centrale, dispensation nominative...
- Etablissement de proximité = opérationnalité, réactivité et inter pluridisciplinarité ++
- Axe fort du projet de soins et du projet d'établissement
- Partage des valeurs = confiance et valorisation
- Journée des nouveaux arrivants et entretien de recrutement

# Implication des professionnels du Centre Hospitalier du Chinonais

Catégorie professionnelle	Thématique
Encadrement supérieur et proximité	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Rédaction des procédures au plus près du terrain</li><li>✓ Pilotes de processus</li><li>✓ Coordination : rédaction – application – vérification – amélioration (PDCA)</li><li>✓ Mise en œuvre des CREX</li></ul> <p><b>Leviers d'actions dans la perception du risque</b></p>
IDE, AS, ASH personnel socio-éducatif, secrétaire médicale, psychologue...	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Sensibilisation par la formation continue</li><li>✓ Utilisation du « CREX » : réalisation des enquêtes, questionnement sur ses pratiques et celles des collaborateurs</li></ul>
Médecins et pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ RSMQ en binôme</li><li>✓ Pilotes de processus</li><li>✓ Membre de groupes de travail de l'OMÉDIT</li><li>✓ Dynamique récente liée à l'arrivée de nouveaux professionnels : « contamination positive »</li></ul>

Perception du risque varie selon la catégorie professionnelle

- Charte de promotion de la sécurité des soins
- Implication de l'encadrement entre les patients et l'équipe
- Sensibilisation à la gestion des risques lors de l'informatisation des fiches d'évènements indésirables
- Sensibilisation aux erreurs médicamenteuses (kit)
- Déploiement des CREX
- Réalisation régulière d'audits (crainte diminuée)
- Revue de processus régulière
- Structuration et formalisation

Appropriation de la culture positive de l'erreur  
prioritairement sur les secteurs d'hébergement.

# Besoins et attentes

- Culture de gestion des risques et sensibilisation des professionnels lors de la formation initiale
- Temps dédiés aux missions transversales
- Accompagnement des RSMQ par une formation adaptée
- Octroi d'enveloppes budgétaires dédiée à la mise en œuvre d'une politique opérationnelle de prévention du risque lié au circuit du médicament (remplacement...)

# Conclusion

- Travailler ensemble
- Pluridisciplinarité
- Décloisonnement
- Prise de conscience collective
- Personnel identifié (RSMQ)

# Rôle et impact du Directeur Des Soins janvier 2017

*P. Dufour  
Coordonnateur général  
CH de Chartres*



## Donner du sens

**Dans les lieux d'activité**

Prise en compte des risques à priori

Éléments de maîtrise

**En institut**





# Travailler avec pour travailler ensemble

**Complémentarité**

**Rôle des cadres**

**Décloisonnement de la pharmacie**



# Prise en compte des spécificités



**MCO**



**SSR**

**USL**

**Médico-social**



# INTERACTIONS

Liens avec la certification HAS

Liens avec les nouvelles technologies,  
équipements





Health Care  
Doctor  
Hospital  
Pharmacist  
Nurse  
Dentist  
Physician  
Emergency



RETOUR D'EXPÉRIENCE :

# Erreur médicamenteuse en secteur SSR

- Chute de Mme B → urgences
- Douleur importante hanche + impotence fonctionnelle
- Raccourcissement membre inférieur  
→ radio bassin + hanche
- Fracture
- Orthopédiste : Indication de pose d'un clou gamma



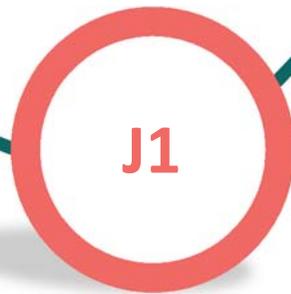
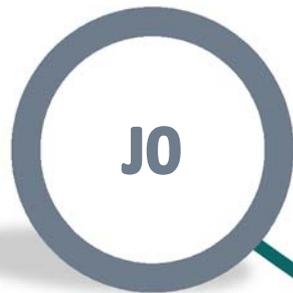
- Pas de CI à l'anesthésie
- Opération le lendemain après-midi
- Appui sur membre opéré autorisé
- Hb à 9,7 g/dl → transfusion non proposée
- **Transfert en SSR** organisé + planifié
- Logiciel Trajectoire : patiente annoncée, acceptée à J4 par le service de rééducation



# Chronologie des faits

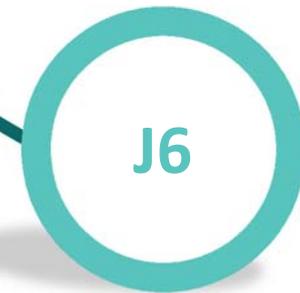
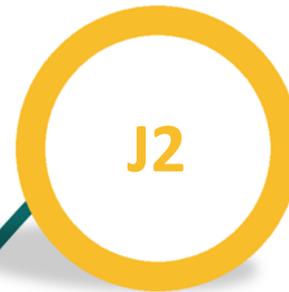
## ARRIVÉE AUX URGENCES

Diagnostic fracture fémorale  
Bilan sanguin normal



INTERVENTION CHIRURGICALE

## MISE EN APPUI



TRANSFERT EN SSR

J6

## TRANSFERT DU PATIENT EN SSR



Départ prévu  
du patient

Arrivée prévue  
en SSR



Arrivée effective en SSR

10h

13h30

14h30

16h

17h55

Dernier contrôle **Hb = 8,3g/dl**  
⇒ **Prescription transfusion**

Transfusion



J6

17h55

Arrivée effective en SSR

- IDE du soir prépare le traitement (dossier papier)
- Absence médicaments nécessaires dans la pharmacie → **IDE demande dépannage au cadre de garde (dotation d'urgence)**



- Médecin responsable → rédige observation médicale dans le DPI + prescriptions médicales pour la semaine

- Pharmacien :

- Informé du dépannage en Célestène pour ce patient (cahier de liaison)
- Pendant la validation de l'ordo, pas de Célestène prescrit !
- Vérification du plan de prise → repère la confusion
- Appel au médecin : Célestène<sup>®</sup> administré et non Calciparine<sup>®</sup> prescrite

Vérifications conjointes → confirmation

**confusion entre 2 noms de spécialités pharmaceutiques**

Mais pas de conséquences pour la patiente

# Comprendre

# Pour éviter

**PAS D'ECART**

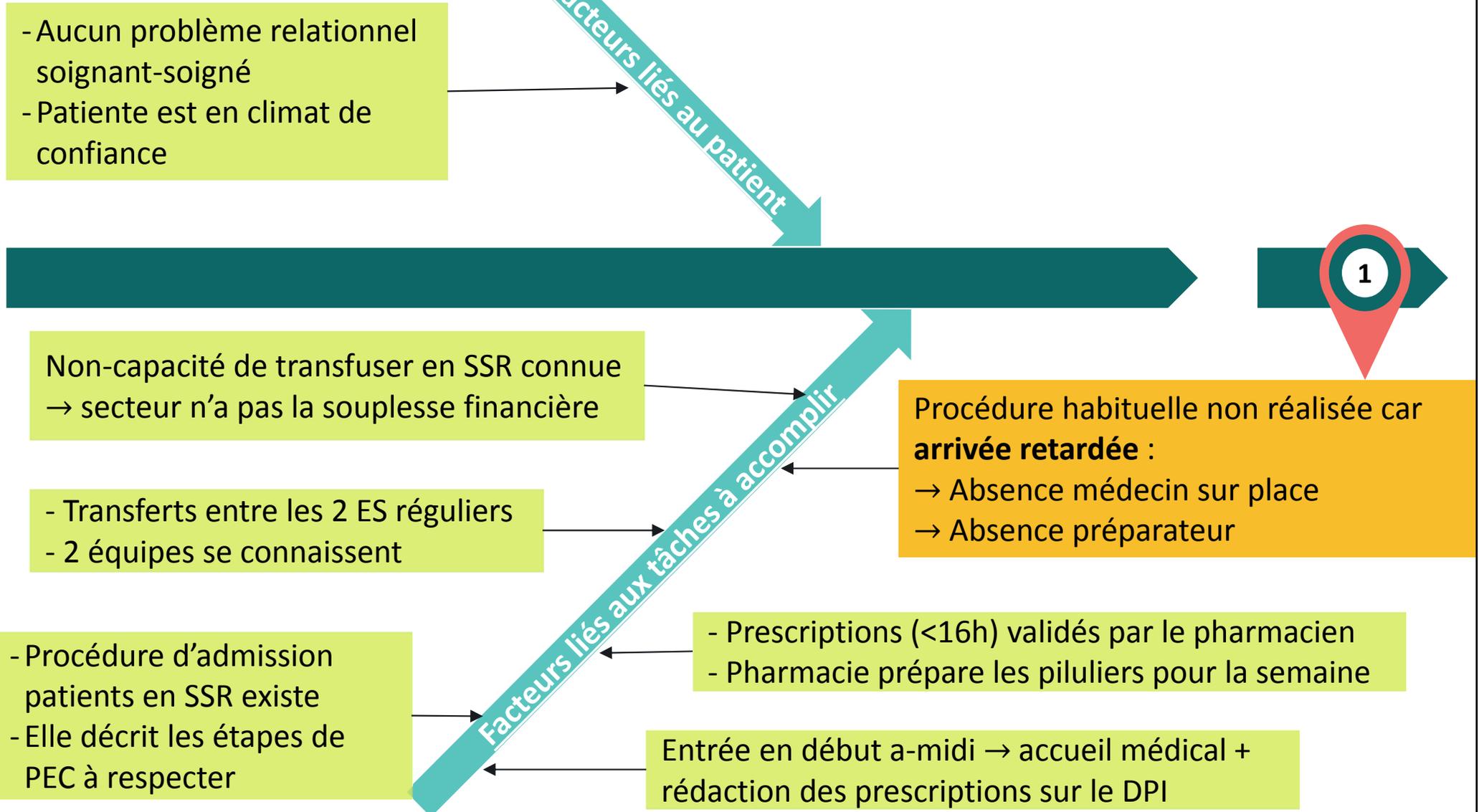


**ECART MINEUR**

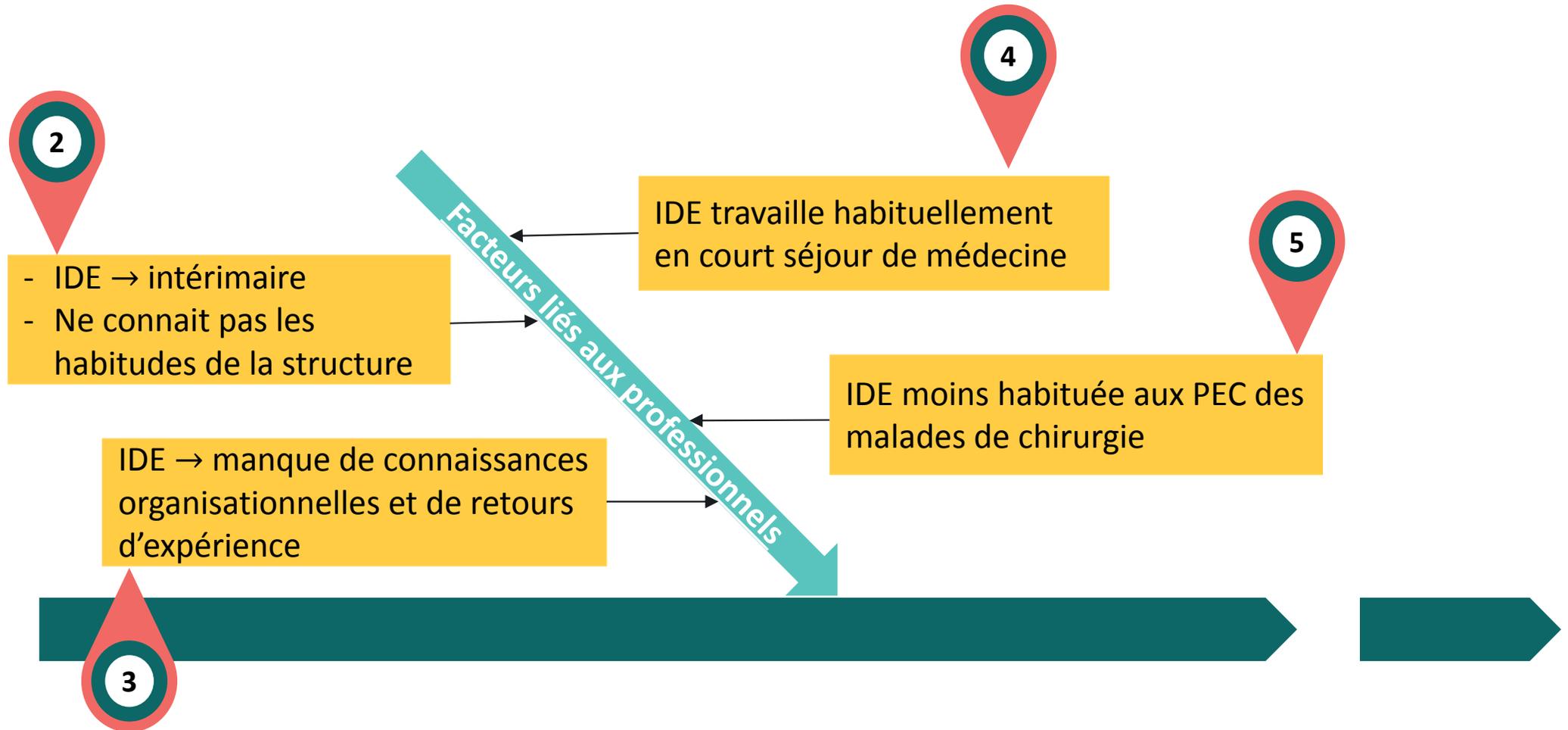


**ECART MAJEUR**

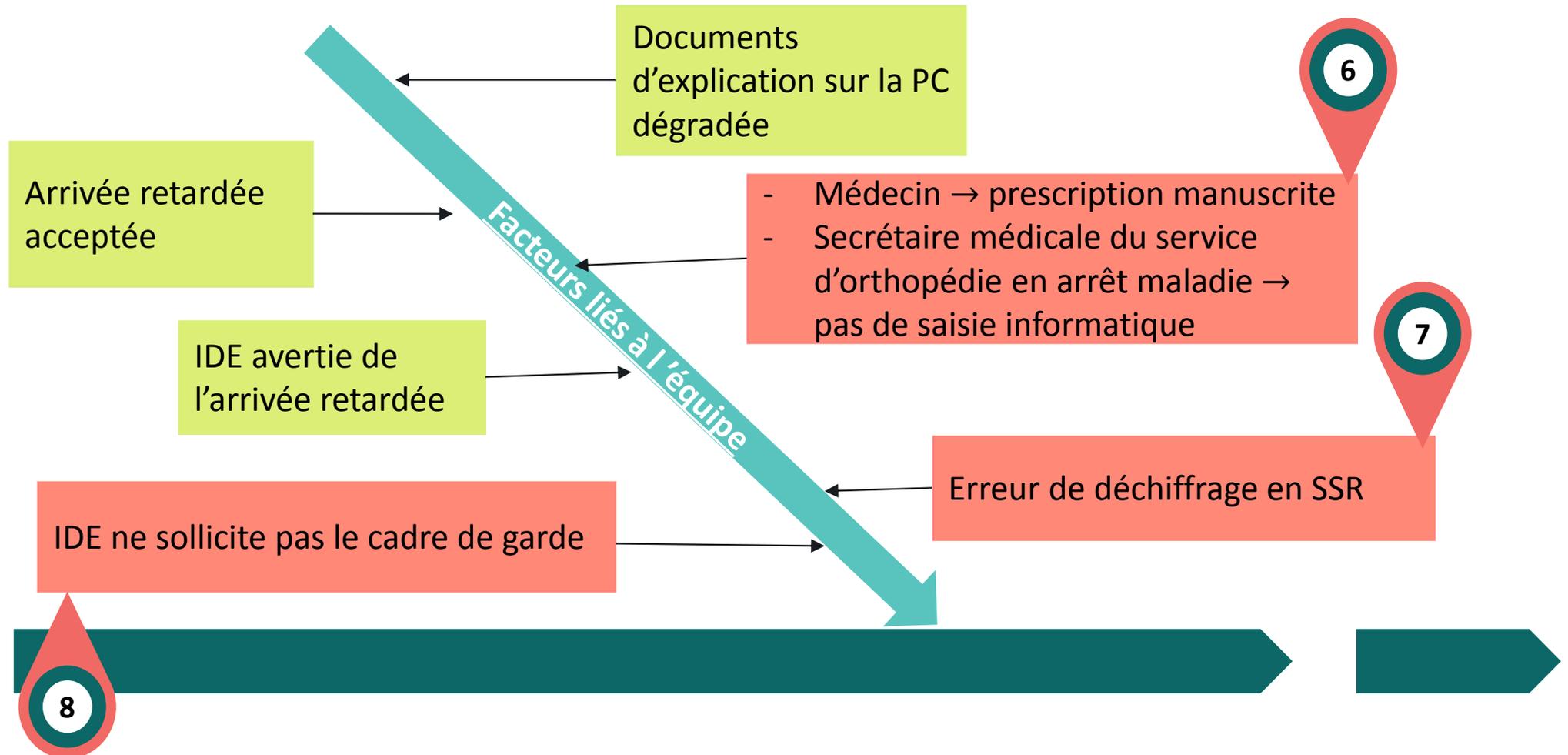
# Recherche des écarts



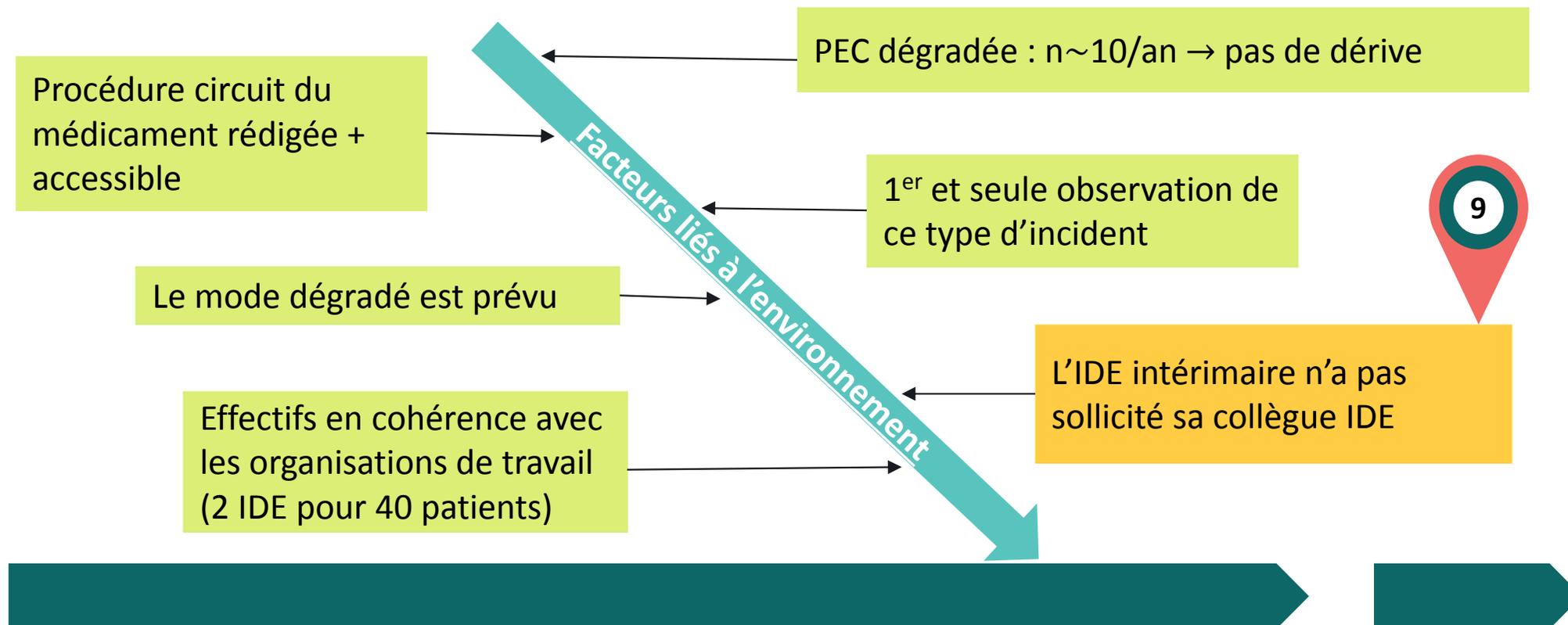
# Recherche des écarts



# Recherche des écarts



# Recherche des écarts



10

Recours à personnel intérimaire  
de + en + fréquent

11

Cadre de garde → n'a pas fait  
le lien entre la demande de  
l'IDE intérimaire et l'arrivée  
tardive de la patiente

ES organisé pour la PEC de  
ce type de pathologie

Livret d'accueil remis à tout le  
personnel intégrant la  
structure (Ressources, doc, n°  
de tel...)

*Facteurs liés à l'organisation et au management*



## Vos propositions d'amélioration ?

BARRIÈRE  
DE PRÉVENTION

?

BARRIÈRE  
D'ATTENUATION

?

BARRIÈRE  
DE RÉCUPÉRATION

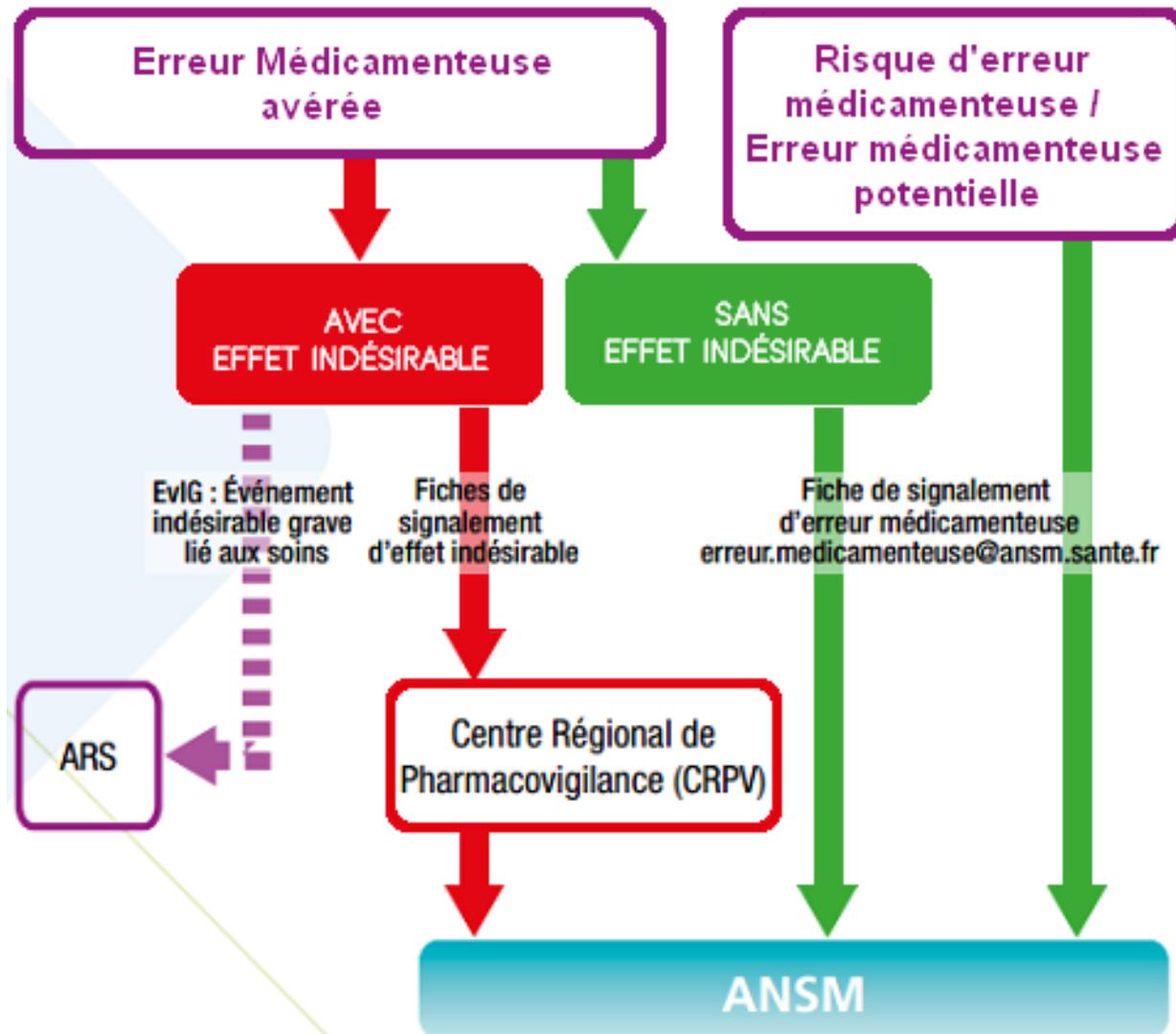
?

# Pour aller plus loin...

- Il s'agit d'un **EIAS**?
  - **OUI**
  
- Mais est-ce un **EIG** ?
  - **NON**
  
- A qui doit-on **déclarer** ?



# Pour aller plus loin...



+ **Communication en intra** sur les actions correctives !



RETOUR D'EXPÉRIENCE :

**Erreur médicamenteuse  
aux URGENCES OBSTETRIQUES**

**Patiente enceinte de 7 mois et demi admise aux urgences obstétricales**  
**Suspicion de Rupture Prématuration des Membranes (RPM)**

- Patiente traitée depuis 6 jours pour modification du col de l'utérus
- Examens : Constantes et examen obstétrical normaux
- Prise en charge :
  - Confirmation du diagnostic de rupture des membranes
  - Prescription de la Sage-Femme 1



# CHRONOLOGIE DES FAITS

## ARRIVEE AUX URGENCES OBSTETRIQUES

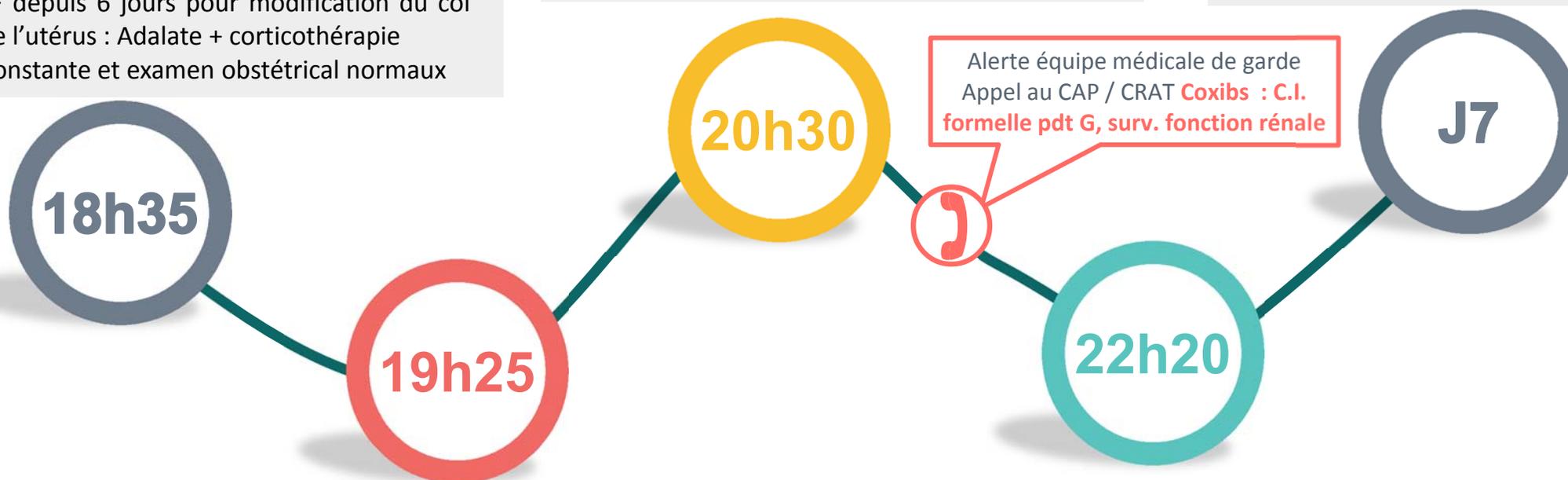
Patiente enceinte de 7 mois ½  
Suspicion de rupture des membranes  
Traitement en cours :  
→ depuis 6 jours pour modification du col de l'utérus : Adalate + corticothérapie  
Constante et examen obstétrical normaux

## TRANSMISSION à Sage Femme 2

Fin de service SF1, PEC par SF2. Contrôle monitoring et échographie + **interrogation de la patiente** par SF2 : la patiente annonce avoir avalé des comprimés de Zithromax et **Celebrex 200mg !**  
Recherche des blisters. Prise celecoxib confirmée.

## SORTIE

Séjour 7 jours sans complications



## PeC DE LA PATIENTE par Sage Femme 1

### Confirmation rupture prématurée des membranes

Bilan sanguin + Prescription de la SF1 antibiothérapie  
**Zithromax + Augmentin**  
Non-allergie aux antibiotiques contrôlé consigné  
SF prépare les comprimés d'antibiotiques  
SF donne le traitement sous blister à la patiente

Evaluation du risque obstétrical. Patiente informée.

### → Césarienne pratiquée

Bébé : poids 2510g, agpar 9/10/10, bonne adaptation à la vie extra-utérine  
Administration de **charbon actif** à la patiente  
Bébé transféré en néonatalogie pour surv. diurèse  
Hospitalisation prolongée pour la mère et le bébé

## □ Etape de **PRESCRIPTION**

### ▪ **Attendu :**

Etablissement et confirmation du diagnostic  
Prescription adaptée au diagnostic  
Assurer la traçabilité de la prescription

### ▪ **Ecart :**

Aucun écart au protocole du service de PEC des RPM.  
Pathologies liées à la grossesse sont bien maîtrisées par les SF.  
Prescription correctement notée dans le dossier patient

## □ Etape de **PREPARATION A L'ADMINISTRATION**

### ▪ **Attendu :**

Stockage des médicaments dans un lieu adapté (armoire à pharmacie du service)  
Identification des médicaments  
Identification des médicaments à risques

### ▪ **Ecart :**

Organisation de l'armoire : étiquetage peut prêter à confusion, pas d'affichage des médicaments CI pendant la grossesse  
Relâchement de la vigilance de la SF juste avant de quitter son service / empressement ?

→ **La SF a pris le médicament dans le compartiment de l'armoire à pharmacie comme étant le bon, sans vérifier l'étiquetage du blister, avant de le donner à la patiente.**

## □ Etape d'**ADMINISTRATION**

### ▪ **Attendu :**

Vérification de la molécule à administrer

Application des consignes de bon usage et de la règle des 5B

Vérification auprès de la patiente de la prise d'antibiotique

### ▪ **Ecart :**

Pas de vérification concordance entre délivrance / prescription

Traçabilité de l'administration : SF2 a constaté l'erreur de sa collègue et en a informé l'obstétricien de garde

## □ Etape de **SURVEILLANCE**

### ▪ **Attendu :**

Contrôle des constantes vitales et examen obstétrical

### ▪ **Ecart :**

Aucun écart constaté

## FACTEURS CONTRIBUTIFS

(éléments ayant joués un rôle dans l'incident)

- Qualité du **stockage**
- Présence d'**AINS aux urgences gynécologiques** : CI au cours de la grossesse

## FACTEURS INFLUENTS

(éléments à cause desquels les lignes de défense prévues n'ont pas joué leur rôle)

- Précipitation en fin de son service + baisse de vigilance
- Soins répétitifs et faits à la hâte ⇒ non-respect des BP d'administration du médicament et règle des 5B

## Vos propositions d'amélioration ?

PREVENTION

ATTENUATION

RECUPERATION

*« L'incident n'est souvent pas dû à une cause unique, il est la plupart du temps la conséquence d'une succession de faits ou de comportements qui conduisent à cet événement »*

*Pr J. Reason*

# Pour en savoir plus...

- [Rappel sur la contre-indication des AINS à partir du début du 6ème mois de la grossesse, quelle que soit la voie d'administration \(ANSM 27/02/2009\)](#)
- [Rappel : pas d'AINS dès le 6ème mois de grossesse \(ANSM\)](#)
- [Rappels de bon usage des AINS \(ANSM\)](#)
- [Traitements anti-inflammatoires non stéroïdiens \(AINS\) pendant la grossesse \(ANSM 15/01/2004\)](#)
- [Prescription des médicaments par les Sages-femmes](#)
- [Non-selective and selective non-steroidal anti-inflammatory drugs, administration in pregnancy and breast feeding](#)
- [Analgesic drugs during pregnancy](#)

## Liste des AINS contre-indiqués durant la grossesse

Nom commercial	Type de médicament	Nom commercial	Type de médicament
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE*	aspirine	INDOBIOTIC	AINS classique
ACIDE TIAPROFENIQUE*	AINS classique	INDOCID	AINS classique
ACTRON	aspirine	INDOCOLLYRE	AINS classique
ACULAR	AINS classique	INFLACED	AINS classique
ADVIL	AINS classique	INTRALGIS	AINS classique
AFEBRYL	aspirine	KARDEGIC	aspirine
ALEVE	AINS classique	KETOPROFENE*	AINS classique
ALGIFENE	AINS classique	KETUM	AINS classique
ALGO-NEVRITON	aspirine	LODINE	AINS classique
ALKA-SELTZER	aspirine	METASPIRINE	aspirine
ANADVIL	AINS classique	MIGPRIV	aspirine
ANTADYS	AINS classique	MINALFENE	AINS classique
ANTARENE	AINS classique	MOBIC	AINS classique
ANTIGRIPPINE A L'ASPIRINE	aspirine	NABUCOX	AINS classique
APRANAX	AINS classique	NALGESIC	AINS classique
ARTHROCINE	AINS classique	NAPROSYNE	AINS classique
ARTOTEC	AINS classique	NAPROXENE*	AINS classique
ASPEGIC	aspirine	NEXEN	AINS classique
ASPIRINE*	aspirine	NOVACETOL	aspirine
ASPIRISUCRE	aspirine	NIFLUGEL	AINS classique
ASPRO	aspirine	NIFLURIL	AINS classique
ASPROACCEL	aspirine	NUREFLEX	AINS classique
BIPROFENID	AINS classique	NUROFEN	AINS classique
BREXIN	AINS classique	OCUFEN	AINS classique
BRUFEN	AINS classique	OLCAM	AINS classique
BUTAZOLIDINE	AINS classique	OPALGYNE	AINS classique
CALMADERM	AINS classique	PARFENAC	AINS classique
CARDIOSOLUPSAN	aspirine	PIROXICAM*	AINS classique
CATALGINE	aspirine	POLYPIRINE	aspirine
CEBUTID	AINS classique	PONSTYL	AINS classique
CEFAPYRINE	aspirine	PROFENID	AINS classique
CELEBREX	inhibiteur de la cyclo-oxygénase 2	PROXALYOC	AINS classique
CEPHALGAN	aspirine	RHINADVIL	AINS classique
CEPHYL	aspirine	RHINATHIOL RHUME	AINS classique
CHRONO INDOCID	AINS classique	RHINUREFLEX	AINS classique
CLARAGINE	aspirine	RUMICINE	aspirine
CLIPTOL	AINS classique	SALIPRAN	aspirine
CYCLADOL	AINS classique	SEDASPIR	aspirine
DETOXALGINE	aspirine	SOLARAZE	AINS classique
DEXTRARINE	AINS classique	SOLUFEN	AINS classique
PHENYLBUTAZONE			
DICLOFENAC*	AINS classique	SOLUPSAN	aspirine
DOCTRIL	AINS classique	SPEDIFEN	AINS classique
DOLCIDIUM	AINS classique	SURGAM	AINS classique
DOLGIT	AINS classique	SYNTOFENE	AINS classique
DOLODERM	AINS classique	TIBURON	AINS classique
ERGIX DOULEUR ET FIEVRE	AINS classique	TILCOTIL	AINS classique
EXPANFEN	AINS classique	TOPFENA	AINS classique
FELDENE	AINS classique	TOPREC	AINS classique
FLANID	AINS classique	UPFEN	AINS classique
FLECTOR	AINS classique	VEGADEINE	aspirine
FLEXIROX	AINS classique	VICKS RHUME	AINS classique
FLUNIR	AINS classique	VIOXX	inhibiteur de la cyclo-oxygénase 2
GELDENE	AINS classique	VOLDAL	AINS classique
GELUFEN	AINS classique	VOLTAMICINE	AINS classique
HEMAGENE TAILLEUR	AINS classique	VOLTARENE	AINS classique
IBUALGIC	AINS classique	XENID	AINS classique
IBUPROFENE*	AINS classique	ZOFORA	AINS classique
IBUTOP	AINS classique		

## Lettre aux professionnels de santé - ANSM (02/2009)

### Lettres aux professionnels de santé

### Pharmacovigilance

## Rappel sur la contre-indication des AINS à partir du début du 6<sup>ème</sup> mois de la grossesse, quelle que soit la voie d'administration

Information destinée aux médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, chirurgiens-dentistes, O.R.L., pharmaciens, rhumatologues, gastro-entérologues, sages-femmes, stomatologues, kinésithérapeutes, médecins du sport et urgentistes

Madame, Monsieur,

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont contre-indiqués chez la femme enceinte à partir du début du 6<sup>ème</sup> mois de la grossesse (c'est-à-dire à partir de 24 semaines d'aménorrhée), y compris par voie cutanée. En effet, ils sont responsables d'une toxicité fœtale et néonatale grave, voire fatale : mort fœtale in utero, mort néonatale, atteintes rénales et/ou cardio-pulmonaires néonatales.

## Rappel BU des AINS- ANSM (07/2013)

### Rappel des règles de bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)<sup>1</sup>

Juillet 2013

- **Femme enceinte**

Tous les AINS sont contre-indiqués dès le début du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse (24 semaines d'aménorrhée)<sup>2</sup>.

Les coxibs (célécoxib, étoricoxib, parécocixib) sont contre-indiqués pendant TOUTE la grossesse.

# Pour aller plus loin...

- Il s'agit d'un **EIAS**
- Mais est-ce un **EIG** ?
  - **Oui !**
  - **EIG** : Les EI sont considérés comme des EIG « à partir du moment où ils sont cause d'hospitalisation ou ils entraînent une prolongation de l'hospitalisation, une incapacité à la sortie de l'unité ou un risque vital. »
- A qui doit-on **déclarer** ?
  - Obligation de déclaration à l'**ARS**
  - Obligation de déclaration auprès de la **Pharmacovigilance**
- **Communiquer en intra** sur les actions correctives !





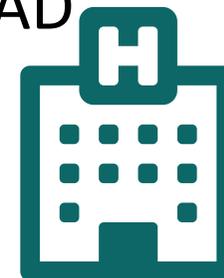
Health Care  
Doctor  
Hospital  
Pharmacist  
Nurse  
Dentist  
Physician  
Emergency



RETOUR D'EXPÉRIENCE :

Lien Hôpital - HAD

- Mme L. est PEC par un service d'oncologie pour un cancer du sein méta qui échappe au traitement. Elle est entrée en phase de soins palliatifs
- Elle souhaite pouvoir passer ses dernier jours chez elle ...
- Son oncologue, en accord avec les proches de Mme L. et le médecin traitant, demande la mise en place d'une HAD.
- Retour a domicile organisé.
  - Morphine en pompe PCA
  - Hydratation la nuit
- PCA mise en place dans le service d'oncologie (pompe PCA amenée par un prestataire) avant sortie du patient en HAD
- Arrivée au domicile en fin de matinée



## RETOUR À DOMICILE

IDE de l'HAD constate une fatigue + somnolence → liées au transport?  
Repasse au domicile à 17h  
Point avec la famille (consignes)  
Passage IDEC prévu 14h.

## ARRIVEE MÉDECIN TRAITANT

Patiente endormie, non réveillable  
Alerte l'HAD et le SMUR  
Envoi d'une équipe médicalisée

## RETARD VISITE PAR L'IDE HAD



## IDE COORDINATRICE

Visite prévue non réalisée  
*Présence auprès d'un autre patient*  
*Report visite au lendemain matin*

## ARRIVEE DE L'INFIRMIÈRE HAD

- Pratique les soins du soir
- Somnolence ++ mais réaction si stimulée
- Paramètres vitaux stables, non pathologiques  
→ IDE prévient le médecin traitant  
Il passera après ses consultations

## ARRIVÉE SMUR

Vérification de la pompe  
PCA de morphine

20h15

20h30

## Décision médicale concertée

Erreur de programmation sur le débit continu  
(10 fois la dose prescrite)  
Echange téléphonique avec l'oncologue de garde  
qui consulté le DPI de la patiente

Réhospitalisation  
pour traiter le  
surdosage en morphine  
+ dommage associé aux  
soins annoncé à la famille

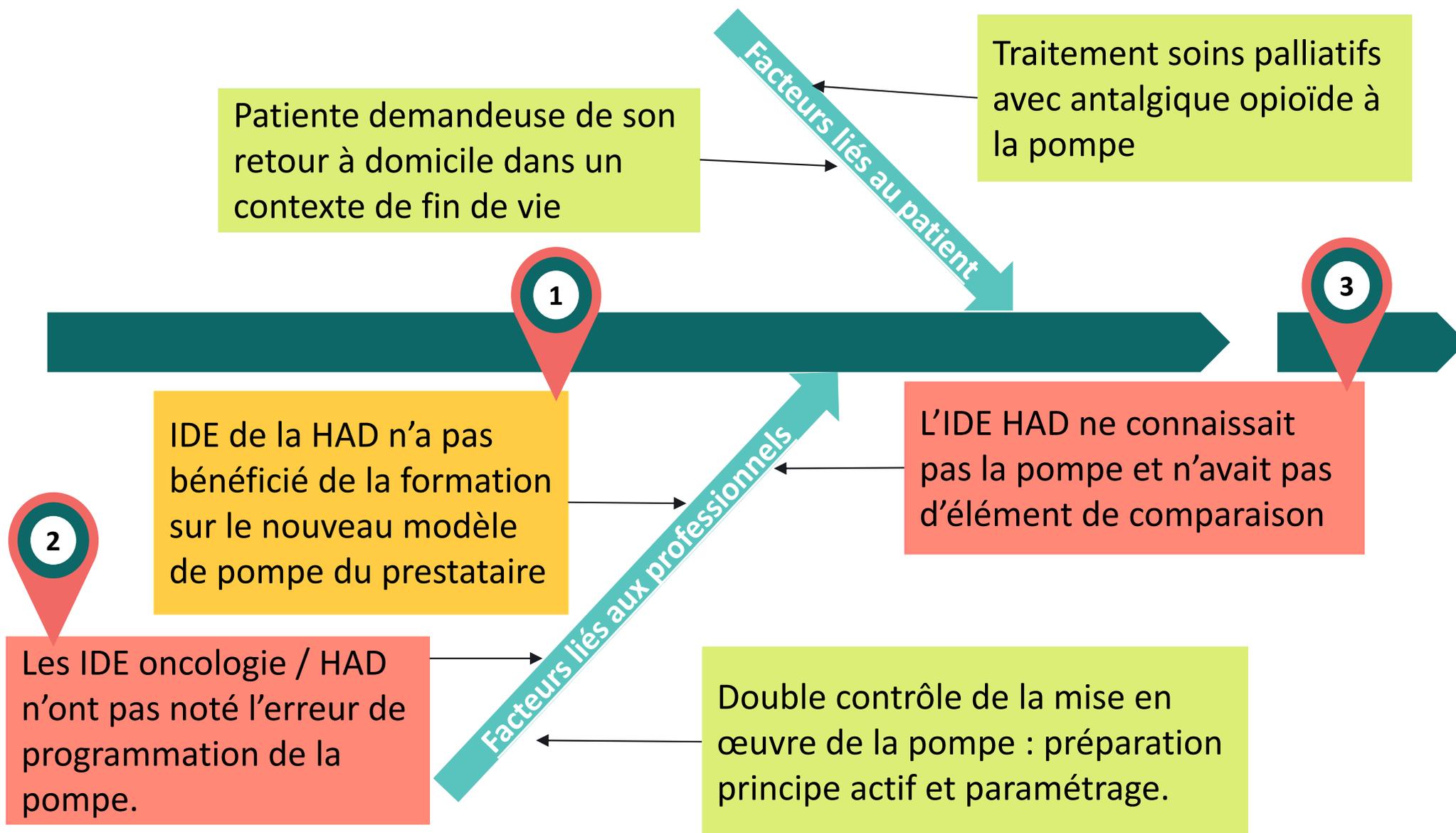
21h



Pendant  
48h

Hospitalisation  
en soins intensifs  
avant de rejoindre à  
nouveau son domicile

# Recherche des écarts



Transmissions n'ont montré aucun manquement

La prise en charge de la patiente à son arrivée au domicile est effective

Facteurs liés à l'équipe

Bonne communication entre les équipes qui ont l'habitude de travailler ensemble



Le dossier patient avait les informations nécessaires à la bonne prise en charge de la patiente.

Facteurs liés à l'environnement de travail

Pas de manque de matériel noté

Pas d'élément de contrôle retrouvé par rapport à la formation dispensée sur le nouveau modèle de pompe et notamment son évaluation

Charge habituelle de travail

# Facteurs contributif

- Modèle de pompe inconnu des IDE HAD
- Pas de formation pour les IDE HAD sur le nouveau modèle de pompe PCA fourni par le prestataire
- Pas d'élément de contrôle de connaissance sur le nouveau DM
- Nouveau modèle de pompe  $\Rightarrow$  Erreur de programmation

## Vos propositions d'amélioration ?

BARRIÈRE  
DE PRÉVENTION

?

BARRIÈRE  
D'ATTENUATION

?

BARRIÈRE  
DE RÉCUPÉRATION

?