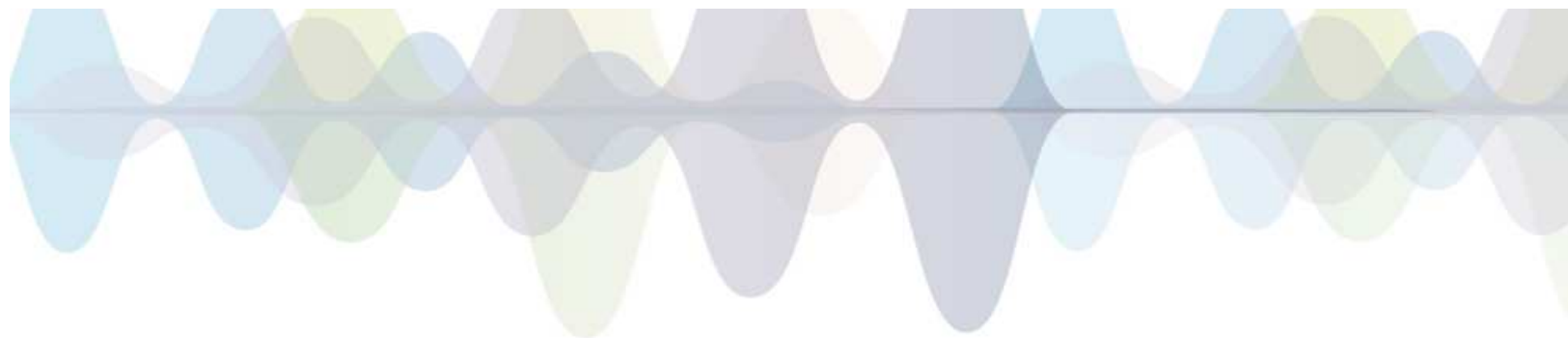


Signalement des événements indésirables graves associés aux soins et culture positive de l'erreur

LILLE // GRAND PALAIS
12 mars 2019





Retours d'expériences sur des évènements indésirables graves associés aux soins

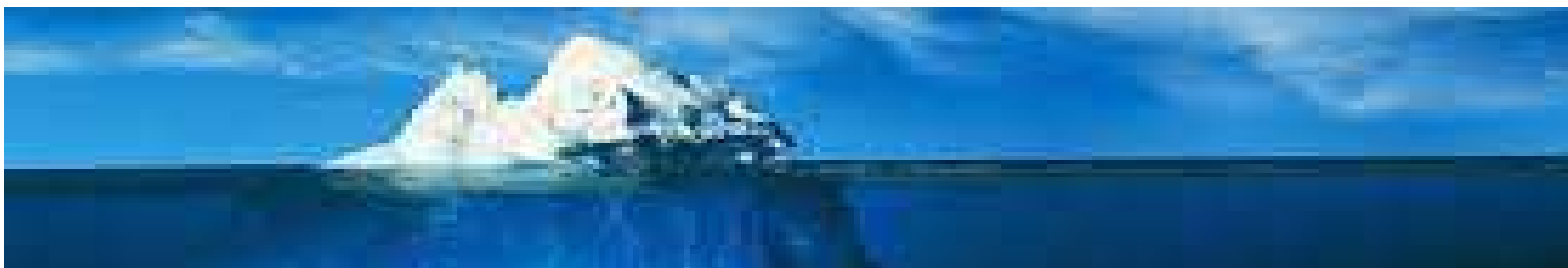
Dr Christophe DECOENE
coordonnateur médical
Réseau Santé Qualité Risques (RSQR) HDF

POUR UN BON RETOUR D'EXPÉRIENCE

C DECOENE

Coordonnateur médical RSQR









LES OBJECTIFS DU RETOUR D'EXPÉRIENCE



- Limiter la possibilité de récurrence de l'évènement
- Eviter la survenue d'un évènement (nearmiss)
- Rechercher les causes profondes/systemiques
- Déterminer les barrières ===== => plan d'actions
 - Barrière d'évitement / d'atténuation
 - Souligner celles qui ont fonctionné
- Ressouder une équipe
- En faire profiter les autres !!!!!
- La culture positive des erreurs



UN ÉVÈNEMENT A PLUSIEURS COMPOSANTES



- Humaines
- **Organisationnelles**
 - **Procédures-communications**
 - **Interactions**
- Techniques
 - Matériel-environnement



FACTEURS CLÉS D'UN BON RETOUR D'EXPÉRIENCE



- La direction :
 - incite et participe
- L'encadrement :
 - incite et participe
- Les docteurs :
 - incitent et participent
- Les acteurs
 - déclarent sollicitent et participent
- Personnes ressources
 - CQSS//Expert/Modérateurs
 - qui ne disent jamais non





RÉALISER UN BON RETOUR D'EXPÉRIENCE



- Une activité à part entière
 - Temps à dégager
- 5 ETAPES



UN RETOUR D'EXPÉRIENCE CELA SE CONSTRUIT



- Etape N°1
 - Recueillir les faits et surtout plusieurs points de vue
 - Enquête sans a priori/horodater
 - Ecouter, faire parler, préciser, pas de raccourci
 - Au plus proche de l'évènement
 - Qui?
 - Encadrement/responsable QSS/praticien/ autres
 - BIENVEILLANCE ! (2nde victime)



UN RETOUR D'EXPÉRIENCE CELA SE CONSTRUIT



- Etape N°2
 - Préparer la réunion
 - Descriptif de l'évènement
 - Documents
 - Officiels/procédures existantes
 - RFE/Consensus
 - Expérience d'autres centres
 - Définir modérateur
 - Qui inviter ?



UN RETOUR D'EXPÉRIENCE CELA SE CONSTRUIT



- Etape N°3
 - La réunion



LA RÉUNION



- Tous les acteurs
- L'encadrement
- La direction si évènement grave
- Les personnes ressources
- Les documents
- Le dossier
- Le patient ?

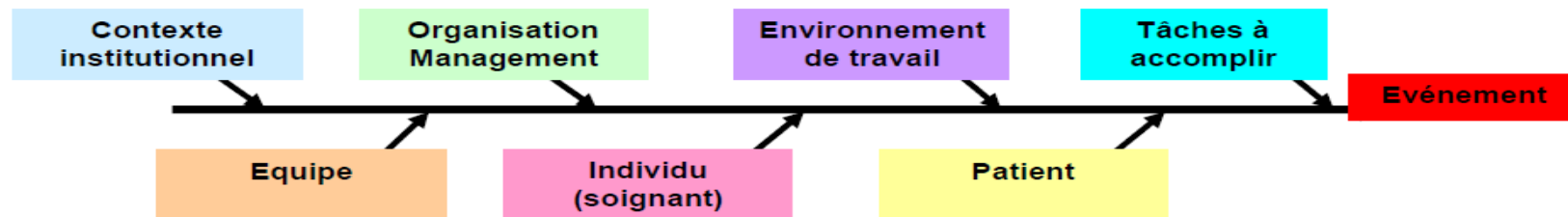


DES RÈGLES

- Un modérateur leader de la réunion
 - Garant des règles
 - Recentre les débats
 - Sans parti pris
 - Fait parler tout le monde
 - Souligne les voies sans issue
 - Un esprit sans sanction mais.....
- Anonymiser
- Un temps fixé (90 minutes max)
- Un horaire approprié ou une adaptation du travail pour permettre à tout le monde d'y venir

- Alarm

- Association of Litigation And Risk Management

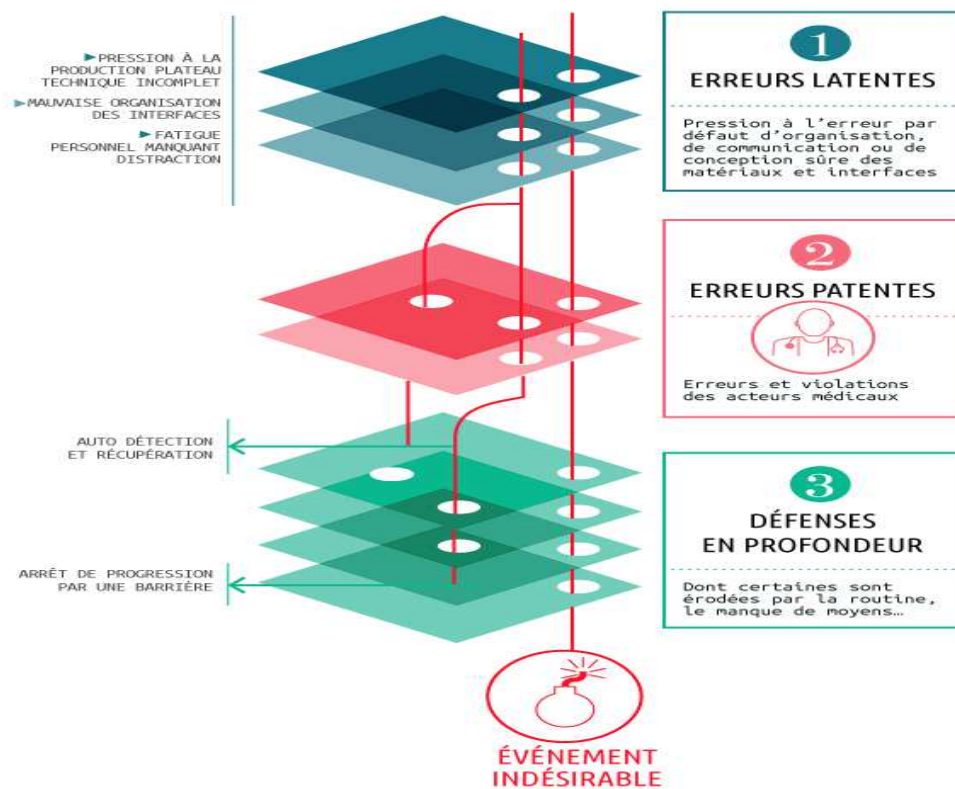


Vincent CA, Adams S, Stanhope N. A framework for the analysis of risk and safety in medicine. BMJ 1998;316:1154-7.

The Royal society of medicine



MÉTHODE ALARM





Constellation d'Orion
Sud-est sud

La méthode Orion®
méthode d'analyse systémique
six étapes : (i) collecter les données, (ii) reconstituer la chronologie de l'événement, (iii) identifier les écarts, (iv) identifier les facteurs contributifs et les facteurs influents, (v) proposer les actions à mettre en œuvre, (vi) rédiger le rapport d'analyse.

L'analyse systémique est confiée à un pilote, choisi au sein du pool formé à la méthode, qui interroge toutes les catégories de personnel hospitalier concernées par l'événement.



Orion cherchant le
soleil...
N Poussin



UN RETOUR D'EXPÉRIENCE CELA SE CONSTRUIT



- Etape N°4 : Le plan d'actions
 - Commence par un compte-rendu
 - Définition des actions
 - Cibler les plus pertinentes
 - En terme de limitation des risques
 - En terme de mise en place
 - Ne pas vouloir tout corriger
 - Pilotes calendrier etc.....



UN RETOUR D'EXPÉRIENCE CELA SE CONSTRUIT



- Etape N°5 : Communiquer
 - Avec les déclarants
 - Sur le plan d'action
 - Sur les mesures immédiates
 - Avec la victime ou les ayant-droits si besoin



LES ERREURS

- Ne pas se poser la bonne question
 - Comment **nous sommes nous** mis en position de faire l'erreur de provoquer l'évènement?
 - Ex erreur diagnostic non redressé par défaut de surveillance
- Se focaliser sur l'erreur finale
- Ne pas briser les non dits / les liens hiérarchiques
- Ne pas réunir tous les acteurs ensemble
- Avoir peur de l'accompagnement



CONCLUSION



- Tout le monde en parle
- Un bon RETEX
 - Simple mais demande de la rigueur
 - Niveau de culture sécurité/qualité requis
- Formation
 - Prévue dès cette année
 - Ouverte à tous/toutes == > modérateur
 - Simulation si possible



Ronde de nuit
Rembrandt Harmenszoon van Rijn

Retour d'expérience en établissement de santé

Dr Laurence TIMSIT
médecin coordonnateur qualité gestion des risques
GHT Aisne Nord Haut-de-Somme

Agnès LIEDORP
responsable qualité gestion des risques CH de LAON

A propos d'un événement indésirable grave

Ou comment mettre en œuvre une gestion des risques positive et utile face à un EIG?

Dr TIMSIT Laurence, médecin Coordonnateur des Risques Associés aux soins

Agnès LIEDORP, cadre supérieur de santé responsable Qualité Gestion des Risques



Analyse chronologique de l'évènement

- **Le vendredi 25 /08/2017**

Monsieur M, suite à un malaise dans une pharmacie de Ville, est dirigé par les pompiers sur les urgences du CH pour ensuite être hospitalisé dans le service de médecine court séjour gériatrique.

Ce patient est connu de la consultation mémoire gériatrique depuis 2010. Il est suivi pour des troubles cognitifs et du comportement /déambulation.

Analyse chronologique de l'évènement

- Le samedi 26/08/2017 de 7h15 à 19h15

A différents moments de la journée, M. M est retrouvé à plusieurs reprises à déambuler dans le couloir.

Les soins (hygiène, prise des repas) sont réalisés sans grande difficulté.

Le patient, parfois un peu réticent, coopère après quelques minutes d'échange. Il est raccompagné de nombreuses fois dans sa chambre.

Analyse chronologique de l'évènement

- de 19h00 à 21h00

Prise de poste de l'équipe de nuit, constituée d'une infirmière et d'un aide-soignant. Poste assuré en 12h00 pour pallier aux effectifs réduits en période estivale. Transmissions.

1er tour de change, distribution des thérapeutiques de nuit.

Durant le tour, arrivée à la chambre 381, M. M est habillé en tenue de ville, il accepte de se mettre en pyjama et les soignants l'aident à se mettre au lit.

Analyse chronologique de l'évènement

- **de 21h00 à 22h00**

Sur cette tranche horaire, les soignants effectuent les tâches qui sont à réaliser la nuit (pour l'AS, préparation du chariot petit déjeuner, rempotage des chariots de nursing, ... pour l'IDE, 3 patients à perfuser).

- **de 22h00 à 22h30**

Admission d'un patient arrivant du SAU, mobilisant tous les professionnels

- **de 22h30 à 0h00**

L'infirmière prépare les thérapeutiques pour 24h, range la pharmacie. L'aide-soignant répond aux sonnettes.

Analyse chronologique de l'évènement

- **Le dimanche 27/08/2017 de 0h00 à 1h15**

A partir de minuit débute le second tour de changes, avec administration des thérapeutiques de nuit.

Durant ce tour, arrivés à la chambre (381) de M. M, l'infirmière et l'aide-soignant constatent que le patient n'est pas dans sa chambre.

Ils le cherchent et le retrouvent dans la chambre 396.

Ils le raccompagnent dans sa chambre, le réinstalle au lit.

Le patient étant continent, la porte de la salle d'eau est laissée ouverte avec veilleuse allumée afin de lui faciliter l'accès aux toilettes.

La porte d'entrée de la chambre est rabattue.

Les deux soignants poursuivent ensuite le tour de change jusqu'à une heure et quart.

	Au SAU	En CSG
1h36	Un patient, venu fumer devant l'entrée principale des urgences, a entendu un bruit dans la rue d'accès au SAU. Il est allé voir et a découvert un corps sur le trottoir, qui semble être tombé d'une fenêtre.	
1h39	Il alerte de suite l'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences. L'infirmière, le médecin, et aide-soignant des urgences se rendent immédiatement sur place ainsi que l'agent de sécurité incendie.	L'infirmière du CSG est avertie par l'infirmière des urgences qu'un patient est tombé d'une fenêtre sur la route du côté urgence.
1h41	le SAMU est prévenu.	L'infirmière va dans la chambre 381 et constate que le patient ne s'y trouve plus. <u>La « petite » fenêtre est grande ouverte.</u> Ne pouvant quitter le service, elle demande à l'aide-soignant de descendre pour identifier le patient.
1h46	SAMU est sur place, décès du patient constaté.	
1h48	Le directeur de garde du Centre Hospitalier est prévenu par auxiliaire de la régulation médicale du centre 15.	

	Au SAU	En CSG
1h49 à 4h25	Arrivée des forces de l'ordre (police, police scientifique, OPJ), enquête sur la place de l'incident, au SAU, et dans le service de médecine court séjour gériatrique. Levée du corps par service de pompes funèbres. Nettoyage des lieux de l'incident par l'agent de sécurité.	L'aide soignant, descendu aux urgences pour identifier le patient, est interrogé par les forces de l'ordre qui l'accompagnent dans le service du CSG. <u>L'infirmière et l'AS, choqués, sont interrogés par la police.</u> Des investigations ont lieu au niveau de la chambre, photos.... L'infirmière est contactée par téléphone par le CPAO de l'EPMSD de proximité afin de proposer un soutien psychologique à l'équipe de nuit. Avec autorisation et après le départ de la police, la chambre a été rangée et les affaires du patient rassemblées. L'agent de sécurité est venu condamner la chambre.
Dimanche 28.08.17 9h00		Cadre de garde informée le dimanche matin. Rencontre de l'épouse par le médecin du service le dimanche matin. L'épouse porte plainte au commissariat le dimanche 28.08 et l'ensemble de l'équipe médico soignante, ainsi que le directeur sont convoqués au commissariat le lundi 28.

ACTIONS IMMEDIATES

Le lundi 28 aout 2017

- Au sein du CSG, toutes les fenêtres du service sont condamnées.
- Le code des portes principales d'accès au service, placé au-dessus du digicode, est retiré.
- Ces mêmes portes ont fait l'objet d'une révision, car ne ferment pas bien.
- Les agents ont été informés lors des staffs, qu'ils devaient toujours veiller à la bonne fermeture des portes.
- Mise en place sur les portes d'affiches (voyantes) à destination des familles, des agents du CH pour qu'ils vérifient que les portes se referment bien après leurs passages.

Sur un second temps

- Présence de la direction, et direction des soins lors d'un staff pour manifester leur soutien et leur disponibilité auprès des agents qui souhaiteraient les rencontrer individuellement.
- Une cellule de débriefing est organisée à J3 au sein du service par le psychologue du service. Il est proposé aux soignants une rencontre avec la psychologue de la médecine du travail. Seul l'AS a éprouvé le besoin d'un deuxième rdv.
- L'épouse a demandé à avoir accès à son dossier en Novembre 2017. Photocopies faites et adressées.

Circuit de signalement

- Signalement à J1 sur le **portail de signalement des événements sanitaires indésirables du Ministère de la Santé**, conformément à la procédure interne de signalement des EI : explication synthétique de l'évènement avec actions immédiates entreprises
- Demande à chaque acteur de réaliser un **rapport circonstancié** en prévision d'une analyse approfondie

Circuit de signalement

- **Crex réalisé le 07/12/2017** (à 3 mois) avec l'ensemble des acteurs présents au jour de l'évènement, du service qualité, de la psychologue
 - ↳ **Objectif : Analyse de l'évènement à distance afin de débriefer en équipe et envisager des actions permettant de limiter le risque que cela se reproduise (organisation, sécurisation, accompagnement des équipes)**
- Deuxième volet « analyse des causes » complété en décembre 2017 sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du Ministère de la Santé

FAITS	FACTEURS IDENTIFIES	ACTIONS CORRECTIVES PROPOSEES
Le patient était suivi pour des troubles cognitifs et du comportement /déambulation.	Etat de santé (complexité et gravité)	Pas d'actions particulières, le motif d'hospitalisation du patient ne relevant pas de son pb psycho gériatrique mais d'un bilan de malaise justifiant son hospitalisation en CSG
Poste assuré en 12h00 pour pallier aux effectifs réduits en période estivale	Conditions de travail difficiles	Pas d'actions particulières car pas d'impact sur l'activité de nuit (surveillance et tours de garde effectués) et la survenue de l'évènement
La « petite » fenêtre est grande ouverte.	Fourniture ou équipement non disponible, inadapté ou défectueux Fourniture ou équipement mal utilisé	Renforcer le système de sécurisation des fenêtres (mettre double sécurité)
L'infirmière et l'AS, choqués, sont interrogés par la police.	Supervision inadaptée des médecins et autres personnels (équipe non accompagnée après l'incident durant la nuit) Protocoles absents, non adaptés ou inconnus	Intégrer dans la procédure de conduite tenir en cas d'évènement grave que le cadre du service ou le cadre de garde doit être prévenu et se déplacer pour accompagner les équipes.
Ces mêmes portes ont fait l'objet d'une révision, car elles ne se ferment pas de façon automatique comme cela devrait se faire.	Locaux inadaptés (configuration du service ne permettant pas d'assurer une surveillance permanente de ces portes d'accès)	Installer un système d'alarme la nuit pour toute intrusion ou sortie par ces portes
Rencontre de l'épouse par le médecin du service le dimanche matin. L'épouse a demandé à avoir accès à son dossier en Novembre 2017.	Insuffisance d'échanges d'informations entre professionnels et patient et /ou sa famille Défaut de qualité de la relation avec le patient ou sa famille	Accompagner l'entourage après l'incident Proposer une médiation dès la première rencontre avec la famille

Action (s) d'amélioration	Priorité	Pilote	Début prévu	Echéance prévue	Modalités de suivi
Réaliser une procédure de conduite tenir en cas d'évènement grave intégrant les mesures immédiates d'alerte, de réquisition, d'accompagnement des équipes et d'information des familles (avec proposition de médiation)	P1	DSSI AAH MEDECIN CGRAS RESPONSABLE QUALITE	Décembre 2017	Mars 2018	Procédure réalisée, A présenter en CME et réunion de cadres et à diffuser sur ENNOV
Renforcer le système de sécurisation des fenêtres	P2	DSE RESPONSABLE SECURITE	Décembre 2017	Mars 2018	Fenêtres équipées de double sécurité
Mettre à disposition une clé pour ouvrir les fenêtres si besoin.	P1	SERVICE TECHNIQUE	Octobre 2107	Juin 2018	Clé disponible pour les soignants
Installer un système d'alarme la nuit pour toute intrusion ou sortie par ces portes	P2	DSE RESPONSABLE SECURITE	Décembre 2017	Mars 2018	Validation du devis réalisé pour sécurisation accès du service

Retour ARS suite au signalement

- **Envoi d'un courrier du médecin ARS inspecteur de santé public en novembre 2017** pour savoir si ces mesures spécifiques ont été formalisées pour la prise en charge d'une personne âgée agitée ou perturbée dans un service de soins
- **Présence d'une procédure** mais concernant uniquement le secteur SSR/SLD et ne renseignant pas sur les mesures à prendre liées à l'environnement, ainsi que les modalités de surveillance des patients
- Revue de ce document afin de le rendre **institutionnel pour tous les secteurs**, et en ajoutant les mesures environnementales de sécurisation des locaux face à ces situations
- Fin 2018: mise en place de **bracelets anti fugue** chez les patients du secteur de gériatrie



Quelle leçon en tirer?

Savoir réagir face à un ELG et donc bien en connaître la définition

« Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes Médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de Santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent. » (**Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves, article R.1413-67 du CSP**)

Nécessité de formaliser une procédure face à une EIG

Avec les différentes étapes de prise en charge d'un tel évènement

- Dans les suites immédiates de l'évènement
- Sur un second temps suite à la survenue de l'EIG

Procédure GESTION D'UN EVENEMENT GRAVE INTRA HOSPITALIER EXCEPTIONNEL

 Centre Hospitalier de Laon		GESTION D'UN EVENEMENT GRAVE INTRA HOSPITALIER EXCEPTIONNEL	
Date de création ou de réactualisation :		Page 1 sur 17	
Date de révision prévue :		Destinataires:	
Réf :		Mots-clés non mentionnés dans le document :	
	Emetteur	Vérificateur <i>(vérifie le « fond »)</i>	Approbateur <i>(approuve la diffusion)</i>
NOM	Dr TIMSIT CGRAS	Dr GAUTHIER PCME	Monsieur DUVAL Directeur
FONCTION			
VISA	A.LIEDORP CSS Qualité GDR	Mme M.LEGGERI DSSI	

**GESTION D'UN EVENEMENT GRAVE INTRA
HOSPITALIER EXCEPTIONNEL**

Dans les suites immédiates de l'évènement

Les professionnels présents dans le service lors de l'évènement

- Constatent l'évènement grave
- Mettent en œuvre d'éventuelles mesures conservatoires
- Appellent 5555 si détresse vitale
- Appellent le médecin présent ou de garde,
- Appellent le responsable de service présent ou de garde
- Préviennent le directeur de garde

Le directeur de garde

- Se rend sur place
- Prévient le directeur et le président de CME
- Prend les mesures immédiates nécessaires : appel police , pompiers, équipe sécurité., renfort ou réquisition de professionnels...
- Accompagne l'équipe dans la gestion de l'évènement notamment en cas de démarches administratives avec la police
- Organise une cellule de crise psychologique pour les professionnels impliqués
- Organise une cellule de crise élargie dans les 24h, avec invitation de toute personne experte dans un domaine concerné par l'EIG (ex: matériovigilant si pb matériel, pharmacien si erreur médicamenteuse, praticien expert pouvant aider ...)
- S'assure que la procédure de délivrance de l'information aux personnes concernées soit mise en œuvre.
- Complète le volet 1 de la déclaration sur signalement.sante.gouv.fr

Le médecin et le responsable de service présent

- Accompagnent le directeur dans les démarches administratives
- Relèvent les premiers éléments de compréhension de l'évènement
- S'assurent des conditions de continuité de soins dans le service
- En concertation avec le directeur de garde, s'efforcent d'organiser un répit pour les professionnels impliqués avec réquisition éventuelle pour assurer le relai.
- Selon la situation, informent le patient et/ou son entourage cf. procédure « Evénement indésirable associé aux soins et information du patient en cas de dommage lié aux soins »
- Au besoin, ils demandent le recours au médiateur médical pour les accompagner lors de l'entretien avec la famille (préparation de cet entretien à évoquer en cellule de crise)

Sur un second temps suite à la survenue de l'EIG

Les professionnels présents dans le service lors de l'évènement

- Etablissent un témoignage sous forme de rapport manuscrit circonstancié daté signé, retraçant chronologiquement l'évènement et leur niveau d'implication
- Remettent ce rapport au responsable du service
- Participent au débriefing du service concernant l'évènement
- Rencontrent si besoin la psychologue du travail
- Participent au CREX réalisé dans les trois mois

Le médecin et le responsable de service

- Etablissent une FEI sur ENNOV avec synthèse de l'évènement
- S'assurent de la continuité de la prise en charge des patients
- Suivent et restent à l'écoute des professionnels impliqués
- Organisent des séances de débriefing avec recours éventuel au psychologue, la médecine du travail ou la cellule QVT si besoin
- Préparent le CREX dans les trois mois en collaboration avec le service qualité gestion des Risques
- Animent le CREX et établissent un plan d'actions d'amélioration
- En coordination avec le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, complètent le volet 2 "analyse des causes" de la déclaration sur le portail signalement.sante.gouv.fr

Le directeur

- Centralise l'ensemble des témoignages pour transmission à la police et à l'ARS
- S'assure de l'accompagnement des professionnels en cas de convocation au commissariat
- S'assure du suivi des victimes et de leur entourage (rencontre, médiation)
- S'assure du suivi des professionnels en concertation avec le directeur fonctionnel et la médecine du travail)
- S'assure que le volet 2 du signalement a été complété sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du Ministère de la Santé.

Pour conclure

- **EIG qui a suscité une vraie réflexion** sur les mesures immédiates à mettre en place et l'analyse de l'incident à distance afin de mener des actions pour éviter que l'évènement ne se reproduise
- Nécessité de **travailler en étroite collaboration avec la direction** pour favoriser la mise en place d'actions immédiates et d'accompagnement de l'entourage et des équipes
- CREX: **Véritable temps d'échange à « froid »** avec les professionnels, permettant de déculpabiliser, de comprendre les différents facteurs favorisant, d'œuvrer ensemble pour la sécurisation de la prise en charge des patients
- **Analyse ARS suite au signalement sur le portail**: un retour qui nous a permis de mettre en place d'autres actions suite à cet évènement

Retour d'expérience dans le secteur médico-social

Dr Maya ROUCOUT, gériatre
CHI de la Baie de Somme

Joël KOCH
cadre supérieur de santé chargé de la coordination générale des soins,
responsable qualité et gestion des risques liés aux soins
CHI de la Baie de Somme



La culture déclarative inter-établissements au service d'une amélioration permanente de la qualité des pratiques

Dr Maya ROUCOUT, gériatre, Joël KOCH

ARS Hauts de France
RRéVA

•Lille, 12 mars 2019



Sommaire

1. Le CH Abbéville et le CHI de la Baie de Somme / GHT
Somme Littoral Sud
2. Origine de la démarche
3. CREX inter-établissements
4. PATIENT TRACEUR inter-établissements
5. CONCLUSION



Sommaire

- 1. Le CH Abbéville et le CHI de la Baie de Somme / GHT Somme Littoral Sud**
2. ORIGINE DE LA DÉMARCHE
3. ORGANISATION DU CREX INTER-ÉTABLISSEMENTS
4. EXEMPLE DE CREX ET D'ACTIONS ENGAGÉES
5. CONCLUSION

CHI de la Baie de Somme et CH Abbeville : GHT Somme Littoral Sud (SLS)





Parcours patient

- Filières concernées par les 2 établissements :
- Gériatrique SSR
- Addictologie
- Soins palliatifs

Focus sur la filière gériatrique

Filière gériatrique du GHT SLS





GHT Somme Littoral Sud

Filière gériatrique

Projet médico-soignant partagé centré sur le **parcours patient** et le **risque de rupture de la prise en soins** selon **5 axes** prioritaires :

- **EHPAD / urgences**
- Chutes
- Mémoire
- Troubles du comportement liés à la démence
- Bientraitance

Activités de la filière

CH Abbeville	CHI de la Baie de Somme
Court séjour gériatrique	Médecine polyvalente à orientation gériatrique
Lits identifiés soins palliatifs	
Unité Transitoire d'Accueil Gériatrique (UTAG)	SSR
SSR polyvalent	USLD
EHPAD	EHPAD
Equipe Mobile Gériatrie intrahospitalière	ETP Chutes, dénutrition et iatrogénie médicamenteuse
Consultations : gériatrique, onco-gériatrique, chutes, mémoire	UHR
Hôpital de jour gériatrique	PASA
Unité Mobile de Soins Palliatifs (UMSP)	Accueil de jour
	SSIAD



CH Abbeville / CHI de la Baie de Somme

CHI de la Baie de Somme	CH Abbeville
Etablissement de consolidation	Etablissement de premier recours
573 employés	1500 employés
700 lits	816 lits
• Médecine: médecine polyvalente, Soins palliatifs, addictologie, • SSR polyvalent, • EVC, • SSIAD, • EHPAD, • MAS	• PÔLE MÉDICAL • PÔLE MÉDICO-CHIRURGICAL • PÔLE FEMME – ENFANT • PÔLE ANESTHESIE –REANIMATION ET URGENCES • PÔLE PSYCHIATRIE • PÔLE MEDICO-TECHNIQUE

Territoire du CHI de la Baie de Somme



**EHPAD Résidences
du Beffroi, les Frères
Caudron et le
Bastion**

**EHPAD Résidence de
Neuville, services de
médecine générale
(incluant soins
palliatifs et
addictologie), SSR,
USLD, SSIAD, MAS**



Sommaire

1. CH Abbeville et le CHI de la Baie de Somme / Somme Littoral Sud GHT

2. Origine de la démarche

3. CREX inter-établissements

4. PATIENT TRACEUR inter-établissements

5. CONCLUSION



Origine de la démarche

- ❖ 1^{ère} FEI de l'EHPAD de Rue adressée au responsable qualité du CHiBS :

Retour d'un résident du SAU du CH Abbéville avec peu d'informations permettant une continuité des soins en sécurité dans le contexte de l'EHPAD ne disposant pas d'IDE la nuit

- ❖ Organisation du 1^{er} CREX le 1/02/2017 avec la méthodologie du diagramme des causes et effets (Ishikawa)

Réunissant les acteurs des 2 établissements



Les freins rencontrés

- ❖ Initiative innovante pour les 2 établissements mais qui fait peur...
- ❖ Nécessité d'insister sur l'engagement des 2 institutions de non punitivité
- ❖ Méfiance ou frilosité des professionnels
 - ✓ chacun se défend en mettant en avant ses missions propres
 - ✓ difficulté d'envisager une convergence et la mise en commun des pratiques des uns et des autres

Les freins rencontrés

❖ Démarche nécessitant

- ✓ une remise en question des pratiques qui engagent nécessairement des changements avec acceptation de modification des pratiques
- ✓ d'entendre et de comprendre les missions et le fonctionnement des uns et des autres

❖ Absence de formalisation du projet du CREX d'emblée avant de lancer la démarche



9 janvier 2018 : relance du CHIBS

- ❖ FEI décrivant des ruptures dans la prise en charge et pointant des dysfonctionnements dans le parcours patient
- ❖ Mise en relation directement avec la direction de la qualité du CHA pour créer un tableau alimenté par la plateforme informatisée du CHIBS (Bluekango) lequel sera transmis au CHA à chaque fois que la FEI concerne le parcours patient entre les 2 établissements
- ❖ 1^{er} février 2018 : formalisation d'un projet qui engage les 2 établissements et lance la démarche



Origine de la démarche

❖ Identification de problématiques :

- ✓ **Médicales** : absence de courrier médical ou d'ordonnance
- ✓ **Organisationnelles** liées aux conditions de travail aux urgences : activité importante aux urgences, absence de lits d'aval dans les services MCO d'où une surcharge de travail pour l'urgentiste qui doit gérer en même temps l'UHTCD et le SAU (de surcroît évènement survenu un WE)
- ✓ **Mauvaise connaissance** des professionnels, que ce soit des urgences mais aussi de l'EHPAD, **sur les spécificités des uns et des autres et leurs difficultés**
- ✓ **L'heure tardive du retour du résident** qui était soumise à la disponibilité des ambulanciers



Sommaire

1. CH Abbeville et le CHI de la Baie de Somme / Somme Littoral Sud GHT
2. Origine de la démarche
- 3. CREX inter-établissements**
4. PATIENT TRACEUR inter-établissements
5. CONCLUSION



Organisation du CREX

- ❖ **définie** en concertation avec les 2 établissements
(1 rencontre réalisée)
- ❖ **formalisée et validée** sous forme de règlement intérieur
- ❖ **présentée en CME** des établissements concernés
- ❖ **valorisée** au sein des établissements en démarche EPP et dans chaque compte qualité SARA



Organisation du CREX

❖ Domaine d'application :

Tout évènement indésirable relatif à la prise en charge d'un patient ou d'un résident d'EHPAD entre le CHiBS et le CHA

❖ Organisation générale :

- ✓ Responsables : 1 médecin référent par établissement
- ✓ Périodicité, durée et lieu des réunions : Convocation d'une réunion 1 fois tous les 2 mois
- ✓ Participants : Secteurs concernés par l'évènement indésirable du CH Abbéville et des EHPAD du CHiBS et membres du groupe de travail
- ✓ Modalités de sélection et recueil des cas : Analyse de fiches de signalement d'évènements indésirables en lien le parcours patient émise par le CHiBS ou par l'un des services du CH Abbéville

Organisation du CREX

Tâches	Personne en charge	Modalité (fixe ou variable)
• Organisation de la RMM-CREX-Staff EPP (invitation, réservation de salle)	• Responsables qualité des établissements • <i>En fonction de l'établissement qui accueille.</i>	• 1 fois tous les 2 mois • <u>Diffusion systématique des FEI aux acteurs</u> : Médecins responsables de la démarche, CSS des filières gériatriques et/ou EPHAD, responsables qualité des établissements, directeur des soins/CGS des établissements
• Proposition d'une présentation standardisée des dossiers à discuter	• Diagramme des causes et effets (Ishikawa) • Compte – rendu CREX de l'établissement dans lequel sera réalisée l'analyse	
• Sélection des dossiers	• Le dossier du résident concerné par la fiche d'événement indésirable	• Choix de la FEI en fonction des critères de hiérarchisation des FEI (même méthodologie sur les 2 établissements) <u>à arrêter 15 jours avant la date du CREX</u>
• Animation des réunions	• Médecins référents de la démarche	• Invitation des secteurs concernés par l'EI pour réaliser l'analyse approfondie par l'établissement qui accueille
• Rédaction des comptes-rendus	• Rédacteur désigné en début de CREX	
• Archivage	• DQR des 2 établissements	



Bilan 2018

Nombre de dossiers présentés en RMM/CREX :

3 dossiers

Type de cas analysés :

- Retour d'une résidente avec fracture totale du col du fémur après un passage au SAU
- Données de transmissions incomplètes ou absentes lors de la sortie vers la structure d'aval
- Absence de compte-rendu d'hospitalisation, de fiche de liaison et de traitement médicamenteux pour une prise en charge optimale à l'arrivée en EHPAD

Exemple de CREX et d'actions engagées

Étape ①: Constituez un groupe de travail

Instance / Groupe : CREX Inter Etablissement

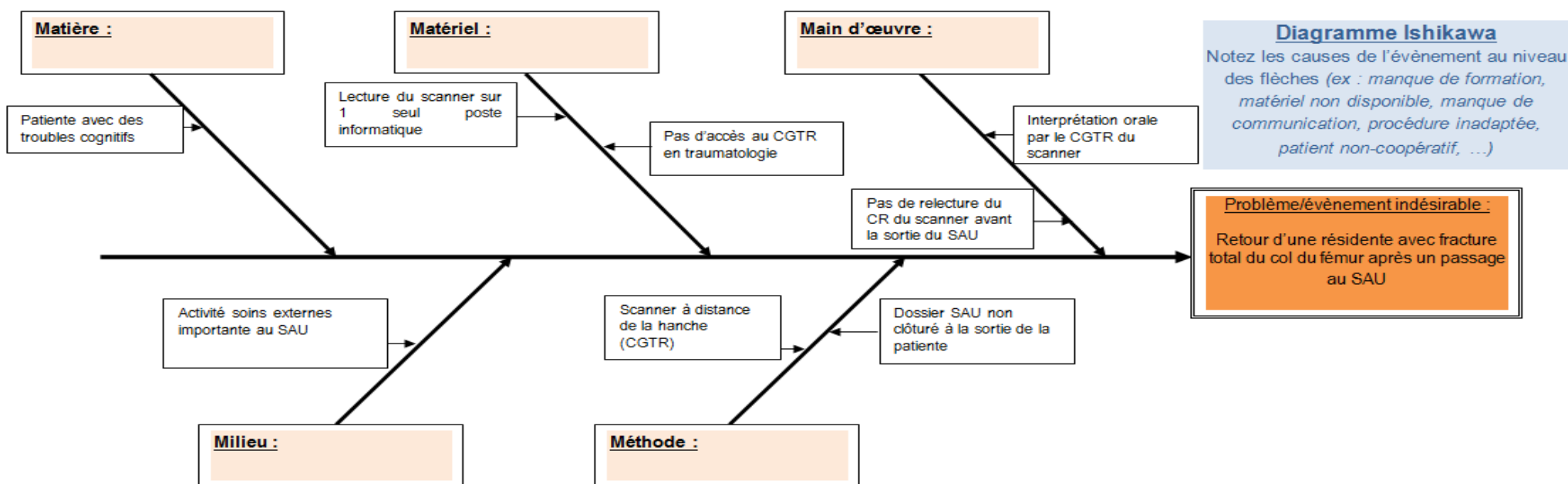
Date : 2 Mars 2018.
Lieu : Salle Visio

Heure de début : 09h30
Heure de fin : 10h45

NOM – Prénom	Fonction	Service	Signature
ABIZES Laure.	PM	SAU/SAU 2	
LEROP Antoine.	IDE	FC à Rue.	
KOCH Joël	CSS aisé	CMS Baie de Somme	
Fronclercq Isabelle	IDE ERG	EN 6 Abbaye	
Quemener Alexandra	FF cadre santé	SAU.	
VERMOREL Fabrice	CSS p	Pôle Médical	
DEGUINE Jérôme	CSS	Pôle médical	
ZECHER Edith	Directrice / CGS	CGS	
DIERICKX Sylviane	interne pharmacie	Pharmacie ERG	
Ponselle Morgane	ESI	ERG	
ROUSSET Maya	PM	EN 6	
LELOUET PIERRE	IN	SAU	

Exemple de CREX et d'actions engagées

Étape ②: Identifiez les causes ayant amené à l'évènement



Exemple de CREX et d'actions engagées

Étape ③: Actions correctives et préventives pouvant être apportées

QUELLES ONT ETE LES ACTIONS IMMEDIATES ?	QUELLES SONT LES ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE APRES L'ANALYSE ?	Responsable	Echéance
Retour de la résidente au SAU après lecture du CR scanner	- Avoir un second PC avec lecture du CGTR - Clôturer le dossier patient à la sortie du patient (1passage/1 dossier) - Revoir la composition du dossier patient SAU plus particulièrement sur les thèmes « validation » et « clôture »	Mme QUENNEHEN – SIO Mme QUENNEHEN Mme QUENNEHEN / Dr KFOURY/SIO	Réalisé le 27/03/2018 Réalisé Avril 2018





Actions engagées

- Infirmière d'astreinte de nuit, mutualisée
- Fiche de Liaison
- Projet ASSURE
- Projet de Master IPA

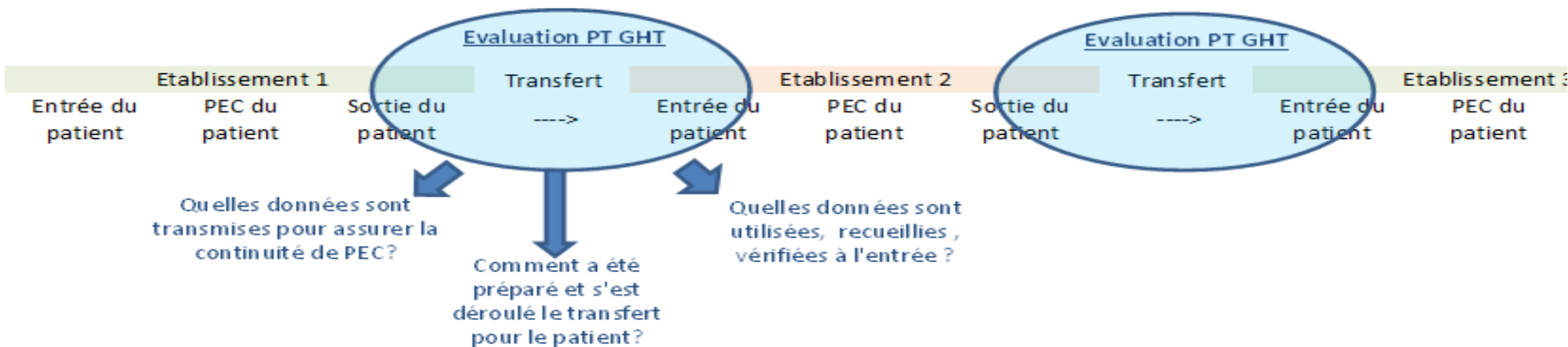


Sommaire

1. CH Abbeville et le CHI de la Baie de Somme / GHT Somme Littoral Sud
2. Origine de la démarche
3. CREX inter-établissements
- 4. PATIENT TRACEUR inter-établissements**
5. CONCLUSION

Outils validés en GHT

PARCOURS GHT





Méthodologie

- 1 binôme d'évaluateurs Soignant / Qualiticien disposant d'une grille d'évaluation ajustée en amont avec les responsables de la filière concernée
- 1 rencontre avec le patient dans le service où il a été transféré
- 1 rencontre avec des représentants des équipes des 2 établissements dans l'établissement où le patient a été transféré (1H30).

Supports d'évaluations proposés :

- Grille patient traceur « commune » à compléter avec des critères spécifiques aux filières étudiées
- Guide d'interview du patient

A chaque étape du parcours patient sont évalués :

- L'admission
- Les informations données au patient
- Les informations transmises à son entourage, au médecin traitant
- La continuité de la prise en soins
- La mise en sécurité des biens du patient
- Le délai de prise en charge
- Le respect de la dignité et de l'intimité
- L'accueil
- Le courrier médical
- La fiche de liaison
- L'identitovigilance



Synthèse / Plan d'actions

Dossier patient

- Assurer une traçabilité exhaustive des données relatives au résident ainsi que celles liées à sa prise en charge

Parcours patient

- Formaliser les modalités de transfert d'un résident vers une structure d'aval définie pour une prise en charge adaptée
- Sensibiliser le personnel pour assurer la traçabilité des informations liées au résident
- Mener une réflexion sur l'amélioration de la connaissance des organisations des structures d'aval afin d'assurer la coordination des soins lors des retours après des soins délivrés au CH d'amont

Prise en charge de la douleur

- Sensibiliser les agents afin d'assurer la PEC de la douleur (et sa traçabilité) avant le transfert

Identitovigilance

- Assurer l'identification du résident sur toutes les feuilles du dossier transmis

Droits des patients/résidents

- Sensibiliser le personnel pour assurer la traçabilité de la personne de confiance ainsi que les directives anticipées



Sommaire

1. CH Abbeville et le CHI de la Baie de Somme / GHT Somme Littoral Sud
2. Origine de la démarche
3. CREX inter-établissements
4. PATIENT TRACEUR inter-établissements
- 5. CONCLUSION**



CONCLUSION

❖ **Apports de cette démarche**

- Décloisonnement des établissements
- Meilleure connaissance des missions et fonctionnements des différents établissements
- Actions correctives concrètes mises en place rapidement

❖ **Difficultés rencontrées**

- Distance géographique, logiciel BKG au CHiBS, investissement sur le long terme des membres du groupe
- Culture qualité à développer, à *fortiori* au niveau territorial
- Questionnement des pratiques et regard de l'autre

❖ **Perspectives**

- Donner du sens aux mesures proposées et aux outils déployés
- Le déploiement avec d'autres établissements (ex. CH Arrondissement de Montreuil)
- Diffusion en groupe qualité GHT : souhait d'étendre la démarche à l'ensemble des établissements du GHT en collaboration avec le Réseau Santé Qualité Régional

Merci de votre attention

Retours d'expériences dans le secteur ambulatoire

Dr Valérie GRAS

directrice adjointe au Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) d'AMIENS

Dr Jean BRAMI

médecin généraliste et membre du groupe de travail permanent sur les EIGS HAS

DECLARATION DES EIGS: Une problématique différente en établissement de santé et en ville?

Valérie GRAS / Jean BRAMI
12 Mars 2019

— Conflit d'intérêts

- Présentation élaborée sans conflit d'intérêts.
- Les marques présentées le sont à seul titre d'exemple.

— L' Histoire...brute

- ❑ Notification au CRPV d'Amiens par un ETS d'une EM survenue en officine.
- ❑ La pharmacie a délivré pour une patiente, du Furosémide® 500mg Zentiva (3 cp/j) au lieu de son traitement habituel pour HTA, Furosémide® 40mg Zentiva (3 cp/j)
- ❑ La patiente âgée de 87 ans a été hospitalisée 1 mois plus tard.

L' Histoire...brute

- ❑ Bilan d'entrée :
- ❑ Altération de l'état général dans un contexte associé d'érysipèle et de perte de poids importante (-32Kg).
- ❑ Bilan biologique :
 - Insuffisance rénale aiguë CI créat = 27ml/min
 - Déshydratation
 - Hypokaliémie à 3,1 mmol/l
- ❑ Hydratation abondante avec supplément en potassium
- ❑ Evolution favorable et sortie d'hospitalisation à 10 jours.

— L' Histoire ... après analyse (1)

□ Contexte patiente

- Femme âgée, vivant seule, autonome, sans aide.
- Décès d'un proche avec difficulté d'alimentation depuis 2 mois
- Polypathologique
- Polymédiquée (14 spécialités à l'entrée d'hospitalisation)

L' Histoire ... après analyse (2)

N° 60-3937

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée (AFFECTION EXONERANTE)

Freeborn de 100 : 2 - 1 - 0

Bisphosphonate 2,5 : 1/1

Omaxcelline 100 : 2 gel + 3/1

Valsocten 100 : 1/1

3 mois

L' Histoire ... après analyse (2)



L' Histoire ... après analyse (2)

Contexte Erreur

- Une ordonnance mal lisible
- Des boites avec mêmes couleurs
- Pas de consultation de l'historique des médicaments délivrés
- Non prise en compte des messages d'alerte sur le logiciel officinal (âge, medts associés...)
- Pas d'analyse pharmaceutique approfondie de l'ordonnance
- Présentation furosémide 500mg en stock et régulièrement délivrée
- Personnel s'occupant de plusieurs patients en même temps

Suites données à cette Histoire

- ❑ Remontée anonyme du cas à l'ANSM
- ❑ Présentation anonyme du cas à l'ARS (RRSS)
- ❑ Mesures correctives mises en place à l'officine
- ❑ Questionnement : erreur isolée ? >1g/j ?
 - Requête DCIR afin d'obtenir ensemble des délivrances ≥ 3 boîtes de spécialités à base de furosémide 500 mg

- ❑ Constat : Période de recueil 01/01/2017 au 31/03/2018
 - ❑ **226 officines (10% officines HDF)**
 - ❑ 867 délivrances de 3 à 10 boîtes/mois (243 patients concernés)
 - ❑ 173 délivrances ≥ 4 boîtes/mois (dont 2 délivrances de 10 boîtes)
 - ❑ **Atypies** : (76 boîtes par la même officine et émanant du même prescripteur, patient s'approvisionnant dans 4 officines, 1 officine approvisionnant 6 patients...)
- ❑ Risques identifiés : Erreurs de délivrance? Mésusage? détournement (dopage) ?
- ❑ Investigation en cours...

Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS)

Rapport annuel d'activité 2017

Octobre 2018

Bilan 2017 des EIGS déclarés par les professionnels de santé

Quelques données clés



— Une sinistralité basse (0,79 %)

- ❑ 45 845 médecins généralistes sociétaires de la MACSF, dont 35 782 médecins libéraux,
- ❑ 355 déclarations (93 sans suite) dont 284 en exercice libéral,
 - 19 plaintes pénales,
 - 88 procédures civiles,
 - 19 plaintes ordinaires,
 - 3 procédures administratives,
 - 112 réclamations amiables et
 - 114 saisines d'une CCI.

Erreurs/événements indésirables en médecine de ville : Etude ESPRIT

- 13438 actes observés sur 649 journées (21 actes/jour/MG en moyenne)
- 475 EIAS validés par le groupe MG experts
- 270 EIAS considérés comme évitables

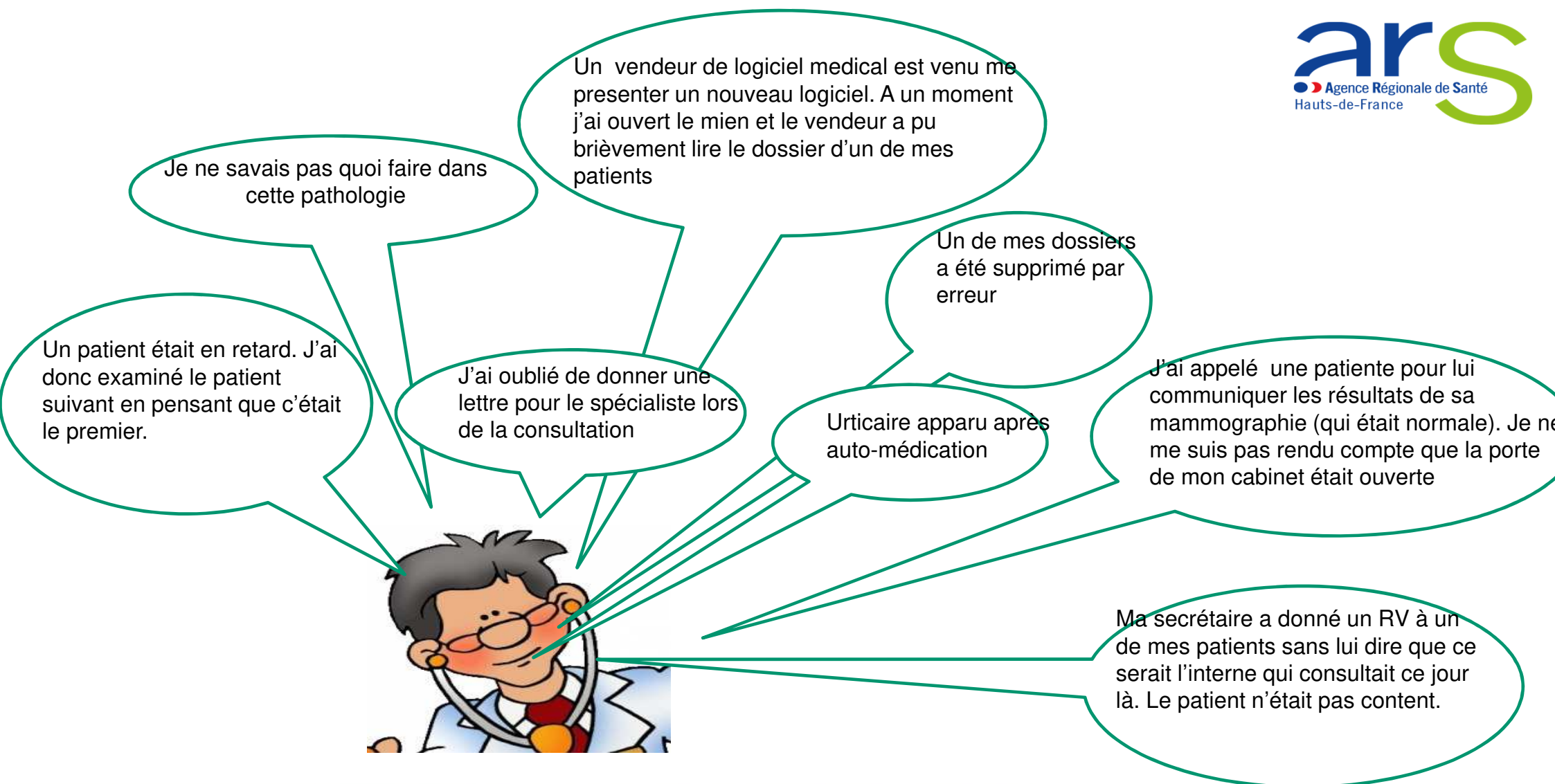
22 EI considérés comme « évitables » pour 1000 Consultations ou visites

Conséquences des 475 EIAS :

- 73% : aucune
- 25% : incapacité temporaire
- 2% : incapacité définitive/menace vitale/décès (1 cas)*

* Les EIAS cliniquement graves sont très rares : **0,07% (9 parmi les 13438 actes)**





Erreurs/événements indésirables en médecine de ville : La boîte noire

« Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers concernent des patients de plus en plus âgés et fragiles et surviennent au cours de prises en charges de plus en plus complexes et faisant intervenir un nombre croissant d'acteurs.

Ces événements indésirables sont peu connus au contraire des événements générés en milieu hospitalier. »



— Etude EVISA

- Enquête 2005 auprès des médecins de ville à l'origine des EIG.
- 73 patients/2946 patients inclus : hospitalisation pour un EI lié à une prise en charge extra hospitalière
- 52/73 considérés comme évitables par les médecins hospitaliers
- 47/52 enquête réalisée avec accord du médecin
- 29/47 évitables après analyse.
- Proportion de patients hospitalisés pour un EI évitable était de 2,7% en services de médecine et de 0,3% en chirurgie
- Sur les 52 EI évitables, 16 (30%) ont entraîné une incapacité à la sortie de l'hôpital et 17 étaient associé à une menace vitale dont un décès.

Méconnaissance du système

- Défaut de connaissance de système (ne sait pas qu'il existe).
- Méconnaissance du système déclaratif (intérêt, procédure, post déclaration)

Manque de temps

- On va encore me demander de remplir des papiers
- Il faudra que j'explique à des non médecins
- Et à qui cela va-t-il servir?... qu'en feront-ils??

Faible prévalence des EIGS en premier recours

- Prise en charge rapidement hospitalière d'un EIGS même à point de départ du MG (le MG ne sait pas ce qu'il advient du patient

Peur

- Peur du jugement, - Peur de la sanction (ordinaire, pénale) Augmentation des polices d'assurance
- La transparence peut être utilisée contre moi
- Regard du patient, de l'ETS qui a pris en charge le patient, des confrères

Normalisation de la déviance

- On s'habitue aux dérives, et on ne voit plus le problème
- Fatalisme: je ne suis pas dieu, et je ne peux pas corriger les problèmes chroniques du système, de l'environnement médical, de la complication des procédures....

Déni

- La pathologie du patient explique son problème
- Bien d'autres sont intervenus, et je vois pas pourquoi je serais le seul responsable
- Caractère solitaire du MG avec la culpabilité portée seul; versus une équipe pluridisciplinaire hospitalière avec une responsabilité partagée.

Méconnaissance du système

- Défaut de connaissance de système (ne sait pas qu'il existe).
- Méconnaissance du système déclaratif (intérêt, procédure, post déclaration)

Manque de temps

- On va encore me demander de remplir des papiers
- Il faudra que j'explique à des non médecins
- Et à qui cela va-t-il servir?... qu'en feront-ils??

Faible prévalence des EIGS en premier recours

- Prise en charge rapidement hospitalière d'un EIGS même à point de départ du MG (le MG ne sait pas ce qu'il advient du patient

Peur

- Peur du jugement, - Peur de la sanction (ordinaire, pénale) Augmentation des polices d'assurance
- La transparence peut être utilisée contre moi
- Regard du patient, de l'ETS qui a pris en charge le patient, des confrères

Normalisation de la déviance

- On s'habitue aux dérives, et on ne voit plus le problème
- Fatalisme: je ne suis pas dieu, et je ne peux pas corriger les problèmes chroniques du système, de l'environnement médical, de la complication des procédures....

Déni

- La pathologie du patient explique son problème
- Bien d'autres sont intervenus, et je vois pas pourquoi je serais le seul responsable
- Caractère solitaire du MG avec la culpabilité portée seul; versus une équipe pluridisciplinaire hospitalière avec une responsabilité partagée.



CULTURE DE SECURITE

Original viewpoint



Transforming healthcare: a safety imperative

L Leape,¹ D Berwick,^{1,2} C Clancy,³ J Conway,² P Gluck,⁴ J Guest,⁵ D Lawrence,⁶ J Morath,⁷ D O'Leary,⁸ P O'Neill,⁹ D Pinakiewicz,⁴ T Isaac,¹⁰ for the Lucian Leape Institute at the National Patient Safety Foundation

¹ Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, USA; ² Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, Massachusetts, USA; ³ Agency for Healthcare Research and Quality, Bethesda, Maryland, USA; ⁴ National Patient Safety Foundation, Boston, Massachusetts, USA; ⁵ Consumers Union, Yonkers, New York, USA; ⁶ Kaiser Foundation Health Plan (retired), Oakland, California, USA; ⁷ Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee, USA; ⁸ The Joint Commission (retired), USA; ⁹ Alcoa (retired), Pittsburgh, Pennsylvania, USA; ¹⁰ Dana-Farber Cancer Institute, Boston, Massachusetts, USA

Dr L L Leape, Harvard School of Public Health, 677 Huntington Avenue, Boston, MA 02115, USA; leape@hsph.harvard.edu

Accepted 13 October 2009

ABSTRACT

Ten years ago, the Institute of Medicine reported alarming data on the scope and impact of medical errors in the US and called for national efforts to address this problem. While efforts to improve patient safety have proliferated during the past decade, progress toward improvement has been frustratingly slow. Some of this lack of progress may be attributable to the persistence of a medical ethos, institutionalized in the hierarchical structure of academic medicine and healthcare organizations, that discourages teamwork and transparency and undermines the establishment of clear systems of accountability for safe care. The Lucian Leape Institute, established by the US National Patient Safety Foundation to provide vision and strategic direction for the patient safety work, has identified five concepts as fundamental to the endeavor of achieving meaningful improvement in healthcare system safety. These five concepts are transparency, care integration, patient/consumer engagement, restoration of joy and meaning in work, and medical education reform. This paper introduces the five concepts and illustrates the meaning and implications of each as a component of a vision for healthcare safety improvement. In future roundtable sessions, the Institute will further elaborate on

Institute for Healthcare Improvement has launched two massive national and international campaigns¹¹ to inspire thousands of hospitals to adopt evidence-based safe practices.

Similar advances have occurred in many other countries. Voluntary nongovernmental patient safety organisations have been established in Denmark, Canada, Spain, Sweden, and Switzerland. Many have conducted studies to determine the extent of medical injury, and several have developed reporting systems.^{20, 21} In Australia, the work of the Australian Council on Safety and Quality continued when the Australian Commission of Safety and Quality in Health Care was established by the government to develop a national strategic framework and associated patient safety work programme.

The UK has led the way in government commitment to safety, with the establishment of the National Patient Safety Agency under the Department of Health, and has developed a reporting system and a clinical assessment service. The department has also established and enforced

While efforts to improve patient safety have proliferated during the past decade, progress toward improvement has been frustratingly slow.

Résultats non à la hauteur des efforts consentis

- Amélioration des connaissances en matière de sécurité,
- Travaux de définition et de clarification des termes
- Programmes pour développer et mettre en œuvre la sécurité des pratiques,
- Formation des professionnels
- Procédures de certification des pratiques sûres,
- Lancement de campagnes nationales massives

les résultats que l'on était en droit d'attendre- au moins 50% de réduction des erreurs médicales en 5 ans - n'ont pas été atteints.

Formation pl. x Diapositive 1 x Edge.org x edge.org wiki x Laposte.net x Diapositive 1 x HAS Haute Autorité x guide_pedag x +

Formation x Diapositive x Edge.org x edge.org v x Laposte.net x Diapositive x HAS Haute Autorité x guide_met x guide_ped x +

← → ↻ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm

RMM et simulation



Documents

- > [Retour d'expérience en santé \(REX\) : Comprendre et mettre en oeuvre](#) (307,41 Ko) Écouter
- > [Revue de Mortalité et de Morbidité \(RMM\) - Guide 2009](#) (267,02 Ko) Écouter
- > [Modèle de procédure RMM](#) (26,83 Ko) Écouter
- > [Aide pour l'analyse d'un cas](#) (12,54 Ko) Écouter
- > [Fiche de suivi d'action](#) (9,71 Ko) Écouter
- > [Critères de qualité d'une RMM](#) (10,26 Ko) Écouter
- > [Check-list des actions à réaliser pour mettre en oeuvre une RMM](#) (6,94 Ko) Écouter
- > [Analyse systémique](#) (19,24 Ko) Écouter
- > [Revue de Mortalité et de Morbidité et médecine générale \(RMM-MG\) - 4 pages 2010](#) (112,75 Ko) Écouter
- > [Journal de l'accréditation des médecins, supplément au n°14](#) (38,23 Ko) Écouter

> Documents complémentaires

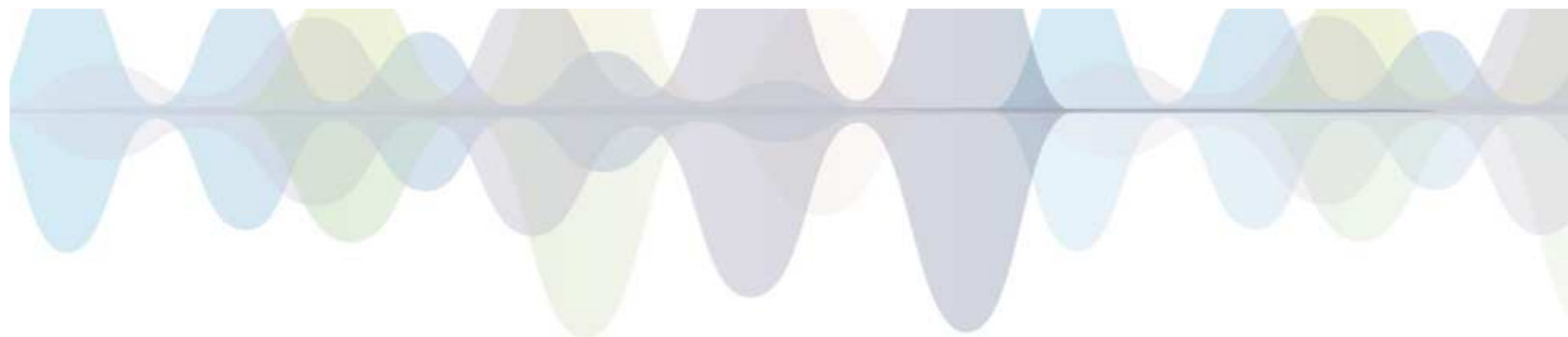
Windows taskbar icons: Windows, File Explorer, Adobe, Edge, Internet Explorer, Excel, Word, PowerPoint, Outlook, Firefox, Chrome, Keyboard, Network, Bluetooth, Volume, Battery, 07/

— Conclusions ...non définitives

L'opposition entre la ville et l'hôpital en matière de sous déclaration des EIGS est peut-être caricaturale.

Le professionnel de ville, souvent isolé, n'a pas la même vision des EIGS que le professionnel hospitalier, qui lui, constate la réalité des EIGS

Mais est-on sûr que la culture de sécurité soit si différente en ville et en établissement de santé?



Perspectives du RRéVA : les axes de travail

Dr Corinne DUPONT

chargée de mission thématique sur le médicament, ARS HDF

Dr Christophe DECOENE

coordonnateur médical au Réseau Santé Qualité Risques (RSQR) HDF

Julien DENYS

responsable du Point Focal Régional, (PFR) ARS HDF

Perspectives du RRéVA : les axes de travail

Focus sur la lutte contre l'antibiorésistance

Journée régionale – Signalement des événements indésirables graves associés aux soins et culture positive de l'erreur – Mardi 12 mars 2019

— La politique en région de lutte contre l'antibiorésistance : un objectif du PRS2

La politique de lutte contre l'antibiorésistance est placée, par instruction ministérielle, sous la responsabilité des Agences Régionales de Santé (ARS) en coordination avec l'Assurance maladie

- Structurer et développer le conseil en antibiothérapie
- Promouvoir le bon usage et la pertinence des antibiotiques en EMS
- Promouvoir le juste usage et la pertinence des antibiotiques dans le parcours patient
- Communiquer vers les professionnels et les usagers

en cohérence avec la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 :

'Préserver l'efficacité des antibiotiques' :

Améliorer la pertinence des prescriptions, notamment en augmentant la fréquence d'utilisation des tests de diagnostic permettant de différencier l'origine virale ou bactérienne des infections



— Le CRAIHF, Centre de Ressources en Antibiotologie et Infectiologie nouvellement installé en Hauts-de-France

- à l'initiative et avec le soutien financier de l'ARS des Hauts-de-France
- dans le cadre d'une convention conclue avec les services universitaires d'infectiologie du CHU d'Amiens, du CHU de Lille et du CH de Tourcoing
- Le pilotage du CRAIHF est confié aux Professeur FAURE, Professeur SCHMIT, Professeur SENNEVILLE
- La coordination est assurée par le Professeur FAURE

Des actions à mener ensemble dans le cadre du projet médical du CRAIHF, avec

- le CPIAS, l'ARMEDA*, SPF Cellule d'intervention en HDF, le RRéVA,
- l'assurance maladie,
- les URPS ML, Biologistes, IDE, Pharmaciens,
- les conseils de l'ordre
- . . .

— Les missions du CRAIHF

- Un conseil personnalisé sur demande
- Des outils d'aide au diagnostic et à la prescription
- Une synthèse des publications et des recommandations nationales et/ou régionales
- La veille scientifique sur le site GILAR*
- Des réunions d'information et de formation



— Un conseil personnalisé en antibiologie et en infectiologie disponible sur demande

- délivré par les infectiologues du CRAIHF
- via une ligne téléphonique, dédiée au conseil diagnostique et thérapeutique
- aux heures ouvrables (9h-18h) du lundi au vendredi
- identifiée sur deux numéros d'appel :
 - **06 22 18 03 52 :**
pour les départements du Nord et du Pas de Calais
 - **06 28 98 16 70 :**
pour les départements de l'Oise, de l'Aisne et de la Somme



WWW.gilar.org



Le nouveau site internet en région d'information et de conseil *en infectiologie et sur la lutte contre l'antibiorésistance* pour les professionnels de santé et les usagers

- Offrir des informations de qualité **aux professionnels de santé de la région** pour améliorer leurs connaissances sur le diagnostic et le traitement des maladies infectieuses
- Proposer des **outils d'aide à la prescription, au diagnostic médical, au prélèvement microbiologique**
- Proposer des exemples de protocoles de soins pour limiter le risque de transmission d'agents infectieux et réduire les infections associées aux soins

Mettre à disposition les coordonnées du service d'infectiologie

Présenter aux usagers les enjeux de la lutte contre l'antibiorésistance

GILAR bénéficie d'une redirection automatique à partir de :

www.infectio-lille.com



L'antibiogramme ciblé dans les infections urinaires

- Un dispositif en cours de mise en place dans un territoire
- avec nos partenaires impliqués dans la lutte contre l'antibiorésistance

- et en particulier l'URPS Biologistes, l'URPS Médecins

Les objectifs :

- Agir sur la liste des antibiotiques composant l'antibiogramme rendu au clinicien
 - Rendre les molécules les plus pertinentes (antibiogramme ne doit plus être une simple liste d'antibiotiques avec la mention S, I ou R)
- Simplifier le choix de la prescription : choisir rapidement l'antibiotique adapté au contexte conformément aux recommandations
 - Orienter le clinicien afin de limiter l'utilisation des antibiotiques critiques
 - Optimiser la réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72h
- Support d'échange entre cliniciens et biologistes = prestation de conseil en bactériologie

Des actions en cours ou en perspectives

- Réactualiser des outils d'aide à la prescription ou au prélèvement microbiologique
- Mettre en place le réseau régional des laboratoires de biologie de surveillance des résistances bactériennes en ville
- Expérimenter la réalisation du TROD 'Angine' par l'IDE et/ou le pharmacien d'officine, sous la coordination du médecin traitant
- Organiser l'intervention d'un infectiologue en EMS
- Poursuivre la formation et la sensibilisation des professionnels du 1^{er} recours, au bon usage des antibiotiques

ANTIBIOTHÉRAPIE EN EHPAD 2018

Recommandations élaborées par les Services de Maladies Infectieuses du CHU Tourcoing et des CHU d'Amiens et Lille à partir des recommandations de l'ANSM, de la HAS et de la SPLIF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française). Document rédigé en Mars 2018.

PAS D'ANTIBIOTIQUES

Situations ne nécessitant pas d'antibiotiques en 1^{ère} intention : donner un traitement symptomatique et revoir à 48h.

- Bronchite aiguë.
- Exacerbation de BPCO légère à modérée.
- Angine à TDR négatif.
- Rhinopharyngite.
- Furoncle simple.
- Morsure/griffure mineure.

Situations ne nécessitant pas d'antibiotiques, si pas d'infection profonde objectivée :

- Colonisation urinaire asymptomatique.
- Plaie ou escarre.

INFECTIONS DIGESTIVES

Diarrhée simple, sans fièvre :

- Pas d'antibiotiques.

Si exposition récente aux antibiotiques :

- Recherche toxine de Clostridium difficile.
- Si positive : Métronidazole 500mg x 3x.
- Durée Totale de Traitement (DTT) = 10 jours.
- Si récidive : appel infectiologue pour accès à molécules hospitalières.

Cholécystite/angiocholite/appendicite/sigmoïdite :

- Transfert Service d'Accueil d'Urgence (SAU).



Prélèvements : Conduite à tenir en cas d'atteinte cutanée ou de la sphère pulmonaire

Document rédigé en mars 2018



VOS INTERLOCUTEURS

- Votre médecin traitant
- Votre biologiste
- Votre infirmier
- Votre pharmacien
- Le CPIAS (Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins) Tél. 03 20 44 49 43
- Votre infectiologue ou votre référent en antibiothérapie de proximité



Les prélèvements chez l'adulte jeune

Document rédigé en mars 2018



CONDUITE À TENIR EN CAS D'ATTEINTE DE LA SPHÈRE URINAIRE



Les prélèvements chez le sujet âgé

Document rédigé en mars 2018



CONDUITE À TENIR EN CAS D'ATTEINTE DE LA SPHÈRE URINAIRE



— D'autres axes de travail ...

Poursuivre la démarche « Qualité-Sécurité » de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins

Merci !

AXES DE TRAVAIL DU RRÉVA IDENTITOVIGILANCE

C DECOENE

Coordonnateur médical RSQR

12/03/2019

- Erreurs médicamenteuses déclarées
Ei/Eig
 - 39,6% présentent une erreur d'identitovigilance
- Déclaration Radiovigilance
 - 20% présentent une erreur d'identitovigilance

- À la base de tous les soins
- Dans tous les secteurs
 - Ville/Ambulatoire
 - Médicosocial
 - Santé
 - Santé mentale
- Avec l'informatisation

- Un pilotage Rréva
- Des acteurs de terrains sur tous les champs
 - Appel à candidatures par secteurs

- Définir les bonnes pratiques
 - Aidé en cela par la charte régionale
 - IdentitoV primaire/ IdentitoV secondaire
- Mettre en place des ACTIONS
 - Sensibilisation
 - Audit
 - Procédures
 - Formations adaptées
 -

— Perspectives du RRéVA : les axes de travail

— La promotion du signalement

— Mardi 12 mars 2019

Julien Denys, Cellule « Point Focal Régional »

— La promotion du signalement : un objectif indispensable

— Le signalement est primordial

- Identifier de nouveaux risques et mieux connaître ceux qui sont déjà identifiés
- Mettre en œuvre des mesures pour prévenir ou limiter les risques sanitaires (*1/3 des EIG sont considérés comme évitables*)

— Une sous-déclaration constatée

- Entre 275 000 et 395 000 EIG par an en France* Vs 480 signalements « offre de soins » à l'ARS en 2018
*(*enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins en ES – DREES 2009)*
- Un dispositif qui doit encore monter en puissance et donner confiance

— Une déclaration disparate

- Certains établissements signalent plus de 10 événements/an à l'ARS
- Certains établissements ne signalent pas à l'ARS
- Une absence de déclaration du secteur de la ville
- Exemples d'événements avec fort impact médiatique non signalés

— Un objectif inscrit dans le Projet Régional de Santé 2 (2018-2023)

- « Assurer la veille et la sécurité sanitaire »

— La promotion du signalement : les clés de la réussite

- L'**intérêt** du signalement doit être **compris et accepté** par les professionnels et les établissements
- Les **modalités de signalement** doivent être **simples** et **accessibles**
- La **déclaration** doit être **simplifiée**

— La promotion du signalement : un intérêt compris et accepté

— Objectif principal de cette journée

— Mise en avant de la culture positive de l'erreur

— « Donner des suites pour donner du sens »

- Informer le déclarant et les professionnels concernés des suites données à un signalement (analyse et les mesures correctives)

— La promotion du signalement : des informations simples et accessibles

— Des messages simples et efficaces

- Illustrés d'exemples concrets et de situations identifiées

— Où trouver la bonne information et rapidement ?

- Ex : Focus - site Internet de l'ARS HDF

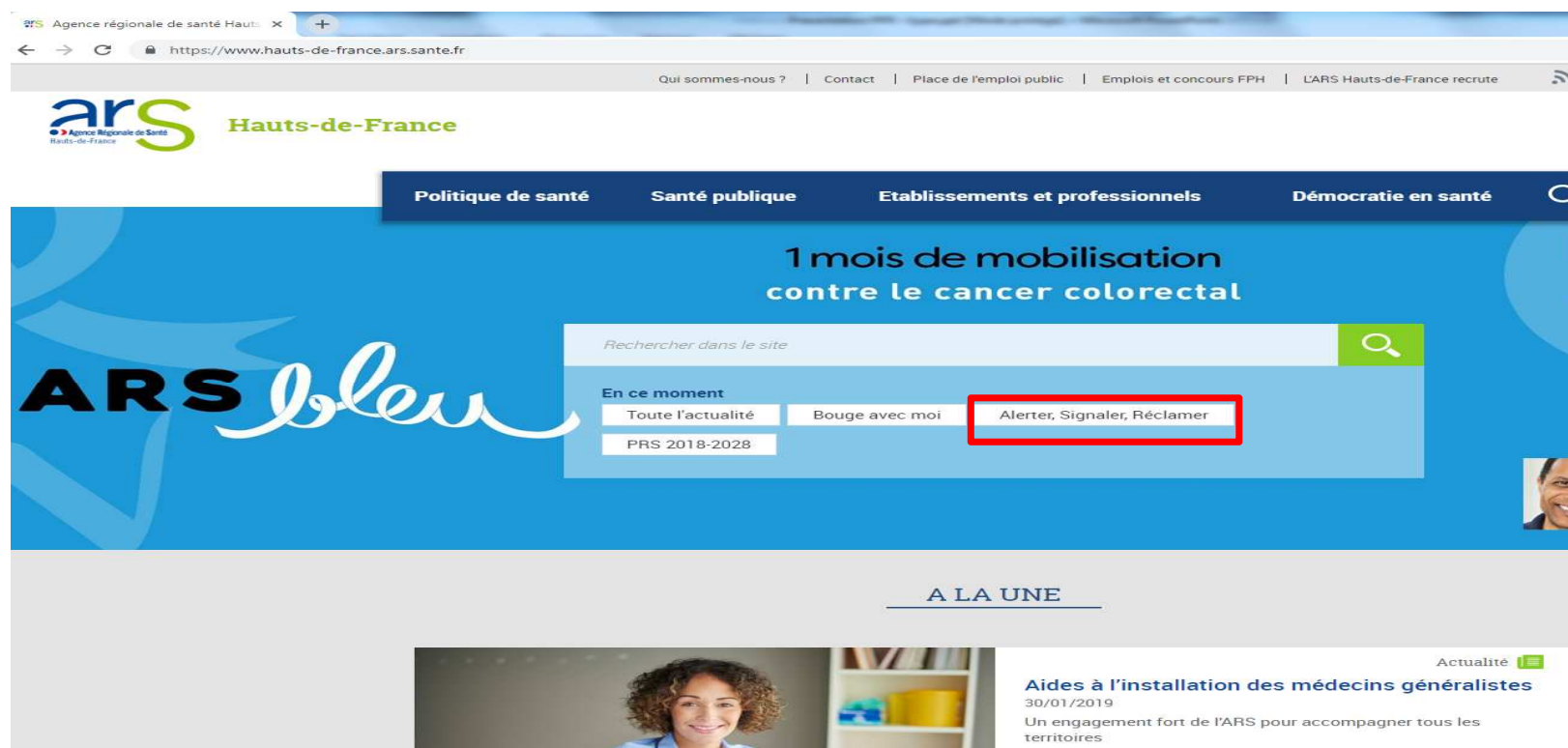
— Des outils de communication adaptés et modernes

- Ex : Flyers/affiches...

— Focus : Site Internet de l'ARS

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/>

→ Page d'accueil du site Internet



Focus : Site Internet de l'ARS

Alerte, signaler, réclamer au point focal

https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/alerter-signaler-reclamer-au-point-focal-regional-pfr

Politique de santé Santé publique Etablissements et professionnels Démocratie en santé

5 mars 2019



Le point focal est le point d'entrée unique des réclamations d'usagers, des signalements et des alertes, des déclarations d'événements à conséquences sanitaires et médico-sociales dans la région Hauts-de-France. Il est joignable 24 heures sur 24, sept jours sur sept, pour que puissent être signalés et gérés des événements présentant un risque pour la santé.

Les incidents peuvent être signalés par téléphone ou par mail au service de permanence de l'agence :

- immédiatement pour les situations les plus graves
- sous 48 heures maximum pour les autres événements
- par téléphone, dans un premier temps, puis par écrit (via une fiche de signalement)
- tout signalement nécessitant une réponse urgente doit être doublé d'un appel téléphonique.

AU SOMMAIRE

- [Je suis un particulier](#)
- [Je suis un professionnel de santé libéral](#)
- [Je travaille en établissement de santé](#)
- [Je travaille en établissement médico-social](#)

Aller plus loin

Mots clés

Focus : Site Internet de l'ARS

ars Alerter, signaler, réclamer au point de contact x Je travaille en établissement de s x +

← → ↻ https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/je-suis-un-etablissement-de-sante

Politique de santé Santé publique Etablissements et professionnels Démocratie en santé Article

Je travaille en établissement de santé

7 mars 2019



Les événements indésirables graves liés aux soins ainsi que toutes les informations préoccupantes relatives à la santé ou la sécurité des personnes prises en charge dans les établissements de santé et médico-sociaux doivent faire l'objet d'une déclaration à l'Agence Régionale de Santé. Quels événements doivent être signalés à l'agence régionale ?

- ☐ Vous souhaitez signaler un événement indésirable (EI), un EI grave (EIG)
- ☐ Vous souhaitez signaler un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS)
- ☐ Vous souhaitez signaler un événement sanitaire indésirable
- ☐ Vous souhaitez signaler un incident de sécurité des systèmes d'information
- ☐ Vous souhaitez signaler une intoxication au monoxyde carbone (CO)
- ☐ Vous souhaitez signaler un épisode de tension hospitalière
- ☐ Vous souhaitez déclarer une infection associée aux soins (IAS)
- ☐ Vous souhaitez déclarer une maladie à déclaration obligatoire (MDO)

— La promotion du signalement : une déclaration simplifiée

— Un portail national de signalement des événements sanitaires indésirables

— Des formulaires dématérialisés et transmis par mail à l'ARS

- Echanges rapides et fluides
- Ligne téléphonique en cas d'urgence et dans un premier temps

— La promotion du signalement : un axe de travail du RRéVA

— Un travail quotidien d'échanges avec les déclarants

- Disponibilité de l'ARS et de l'ensemble des membres du RRéVA pour accompagner les déclarants
- Une communication efficace et en « temps réel » à destination des déclarants

— Groupe de travail RRéVA relatif à la promotion du signalement

- Identifier les leviers d'actions à notre disposition pour inciter les professionnels à déclarer
- Mise en place du groupe fin avril
- Contributions (*suggestions, remarques, questions*) possibles via la boîte mail :

ars-hdf-journee-regionale2019@ars.sante.fr

Synthèse et clôture

Éric POLLET
directeur de la sécurité sanitaire et santé environnementale
ARS HDF

Signalement des événements indésirables graves associés aux soins et culture positive de l'erreur

LILLE // GRAND PALAIS
12 mars 2019

