

SEMINAIRE

EXPERIENCE PATIENT

Nous sommes 152 à suivre le séminaire



PROGRAMME

14h30 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins : et si le point de vue du patient comptait autant que celui du professionnel

Dr Laetitia MAY-MICHELANGELI - Chef de service HAS - SEvOQSS

15h00 : Apport d'un patient partenaire / patient expert dans un établissement

M. Guillaume VERET - Chargé de missions patient partenaire / patient expert

15h30 : Prendre en compte l'avis du patient avant de réaliser un retour d'expérience

Dr Laurence TIMSIT - médecin coordonnateur des risques associés aux soins et membre permanent des EIGS de la HAS

16h00 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins : bilan de la déclaration des EIG dans les Hauts de France

Dr Laetitia MAY-MICHELANGELI - Chef de service HAS - SEvOQSS

Hélène BOMY - Chargée de missions DOS - ARS

16h30 : synthèse de la journée - La belle histoire

16h45 : clôture ARS – RSQR_SRA – france asso santé

Collation et échanges des participants

Améliorer la qualité et la sécurité des soins : Et si le point de vue du patient comptait autant que celui du professionnel

Dr Laetitia MAY-MICHELANGELI
Chef de service HAS - SEvOQSS

Améliorer la qualité et la sécurité des soins : Et si le point de vue du patient comptait autant que celui du professionnel

Dr Laetitia May-Michelangeli

Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS)

Séminaire Expérience patient
30 janvier 2024
Lille



Contexte

- Une mutation internationale : centrage des systèmes de santé sur les patients
- La Stratégie de Transformation du Système de Santé (STSS) « Ma Santé 2022 » : développer une médecine davantage centrée sur le patient, viser la meilleure pertinence clinique possible, associer le patient à l'amélioration du système de santé
- Le projet stratégique HAS 2019-2024 : les indicateurs de qualité rapportés par les patients font partie des sujets à développer
- Quelques exemples
 - Une nouvelle organisation au sein de la HAS : un service, un conseil pour l'engagement des usagers, des productions
 - La nouvelle certification des établissements de santé
 - Les indicateurs de qualité rapportés par les patients font partie des sujets à développer
 - La certification périodique des professionnels de santé

Journée mondiale OMS 2023 "amplifier la voix du patient"





Quelques exemples de productions

Le récit du patient jusqu'à présent occulté

Méthode ALARM actualisée par ses concepteurs en 2016 devenant ALARM-E (E pour extended)

► la prise en compte du point de vue des patients **y est décrite comme essentielle**

Le patient :

- Est acteur de son parcours
- Le seul à en « vivre » toutes les étapes



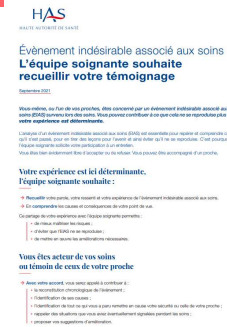
C. Vincent, R. Amalberti in Safer Healthcare, 2016

Un pré-requis : l'annonce du dommage

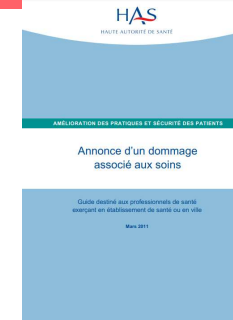
Recueil du « témoignage » du patient :

- réalisé uniquement avec son accord
- et après l'annonce du dommage associé aux soins

Fiche d'information patient



Guide annonce dommage



Recueil de l'expression du patient

- Avoir le récit contextualisé de l'EIAS qu'il a vécu
- À sa manière et avec ses propres mots, le patient aura peut-être identifié des facteurs contributifs, des actions d'amélioration

▶ Exemple de grille d'entretien dans le guide

Outil n° 6

□ Exemple de grille d'entretien avec le patient

→ Exemple de grille d'entretien avec le patient

Quand

Cet entretien ne peut avoir lieu que si le patient a été informé de la survenue de l'évènement. Pour rappel, une « annonce du dommage associé aux soins » auprès du patient doit être réalisée dans le cadre prévu par l'article L. 1142-4 du Code de la santé publique.

Cet entretien peut avoir été convenu à l'issue de l'annonce du dommage ou le patient peut être recontacté ultérieurement dès lors qu'il l'accepte (cf. information patient). En fonction de la gravité de l'EIAS, une « distance émotionnelle » est à prévoir.

Par exemple :

« Votre récit peut apporter des éléments sur la compréhension de ce qu'il s'est passé et aider à ce que cela ne se reproduise pas. »

« Il nous permet de chercher les causes pour éviter que cela ne se reproduise pour d'autres patients. »

« Accepteriez-vous que nous vous recontactons dans quelque temps pour recueillir votre récit sur cet évènement et ainsi en comprendre les causes et conséquences de votre point de vue ? Nous mettons à disposition ce document d'information si vous le souhaitez. »

Qui

L'interlocuteur peut être différent en fonction de la gravité de l'EIAS.

La personne peut être celle ayant fait la déclaration, le praticien, le responsable qualité, le directeur de l'établissement, un psychologue. Deux personnes maximums peuvent conduire l'entretien.

Comment

Les éléments ci-après constituent des aides pour aborder au mieux l'entretien avec le patient. L'enchaînement des questions n'est en aucun cas obligatoire, une adaptation au cas par cas doit être réalisée. Comme pour l'annonce du dommage, l'individualité du patient doit être respectée, il faut considérer la gravité de l'évènement selon le point de vue du patient et donc ajuster la démarche au cas par cas.

Phase d'introduction

Bonjour Monsieur/Madame-ou formulation non binaire, je suis [XX] (nom, prénom, fonction.)

Avant tout, je vous remercie d'avoir répondu favorablement à notre proposition d'entretien.

En pratique

► Les éléments relatés par le patient peuvent « nourrir » chaque temps de l'analyse, lors de la réunion d'analyse par les professionnels

Etape 1

Reconstitution de la chronologie de l'événement

► comprendre ce qu'il s'est passé

Etape 2

Recherche des causes de l'événement

► savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

Etape 3

Analyse des barrières de sécurité

► identifier ce qui aurait pu permettre d'éviter la survenue de l'EIAS et **également ce qui a fonctionné**

Etape 4

Plan d'action et suivi

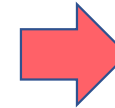
► s'assurer que des enseignements sont tirés et leur donner une visibilité pour qu'ils bénéficient à tous

Le récit du patient dans l'analyse des EIAS, aussi important que le récit des professionnels

Une marche haute à franchir

Mais essentielle en termes de culture sécurité et d'engagement du patient

Retrouver le Webinaire HAS-FORAP – 21 juin, disponible en replay

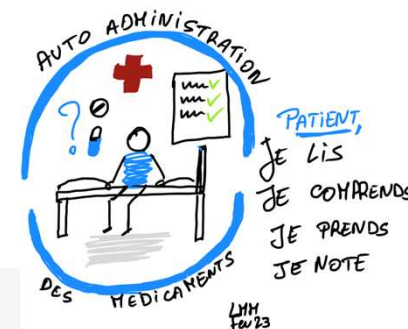


Autres outils déjà disponibles

- Améliorer sa communication
 - Faire dire : un outil pour s'assurer que le patient a compris
 - Annonce d'une mauvaise nouvelle
 - S'entraîner avec la simulation en santé
- Engager le patient
 - pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en équipe
 - Auto-administration des médicaments par le patient

"FAIRE DIRE"

Communiquer avec son patient





Mesure de la qualité perçue par le patient : De quoi parlons nous ?

Mesurer l'expérience patient



L'expérience

Relatée en faits : Que s'est-il passé ou non durant mon séjour ?

- Ai-je reçu des informations sur mon traitement ?
- Ai-je reçu des médicaments pour ma douleur ?

Relève des **PREMs** (Patient-Reported Experience Measures)

- Mesure ce qui est arrivé au patient factuellement
- Permet d'évaluer concrètement la qualité des processus de soins

Mesurer le résultat clinique



Le résultat clinique

Est également factuel : Quel est le résultat de soins sur l'état de santé ?

- Avant une prothèse hanche : je ne peux plus descendre les escaliers
- Après l'intervention : je peux descendre les escaliers avec difficultés

Relève des PROMs (Patient-Reported Outcome Measures)

- Mesure la qualité de vie, l'efficacité des soins
- Détecte des problèmes, permet le suivi
- Améliore la communication, la décision partagée

Mesurer la satisfaction



La satisfaction

Complète l'expérience et le résultat clinique : **Comment le patient a-t-il perçu son séjour ou le résultat ?**

- Ai-je été satisfait.e de la prise en charge de ma douleur ?
- Ai-je été très satisfait.e des informations sur mon traitement ?
- Suis-je satisfait du résultat clinique?

La satisfaction est un phénomène complexe

- ☑ Dépend des attentes du patient, de son histoire, de ses réactions émotionnelles, ...
- ☑ Peut-être complémentaire de l'expérience et du résultat clinique

e-Satis – expérience et satisfaction des patients

Un dispositif national unique



Dispositif national

commun à tous les établissements de France
et opérationnel depuis avril 2016



Séjours de :

- + de 48h en médecine, chirurgie et obstétrique (**MCO**) (depuis 2016)
- chirurgie ambulatoire (**CA**) (depuis 2018)
- soins de suite et de réadaptation (**SSR**) (depuis 2020).



Questionnaire adapté au séjour

Mesure l'appréciation des patients sur la qualité des différentes composantes de leur prise en charge : humaines, techniques et logistiques tout au long de leur parcours.



En 2023, en MCO :

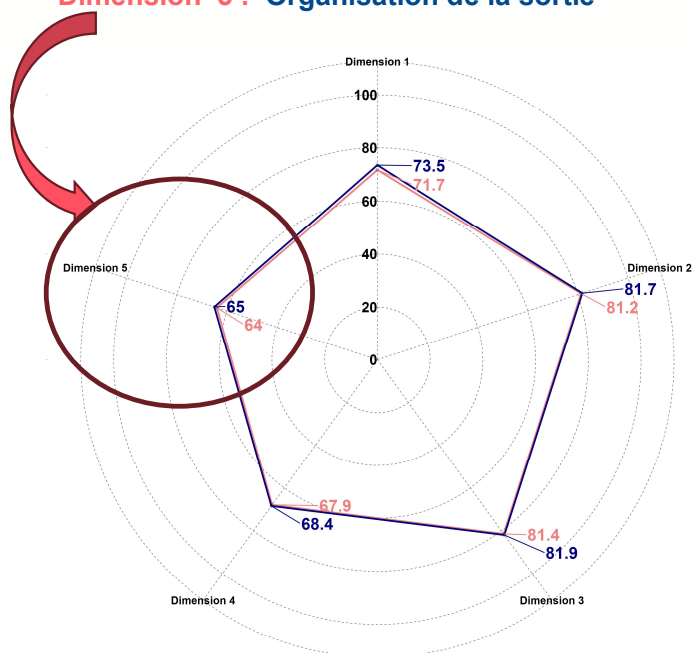
- +1,8 millions d'e-mails déposés
- + 480 000 questionnaires complets
- Taux de réponse patient = 25,5%
- Neuf patients sur 10 qui débutent la saisie du questionnaire le remplissent entièrement
- et 70% des patients qui répondent entièrement au questionnaire ont laissé un commentaire libre (positif et/ou négatif) soit 346 846

Point de vue des patients /point de vue des professionnels : exemple de la sortie

Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48h en MCO

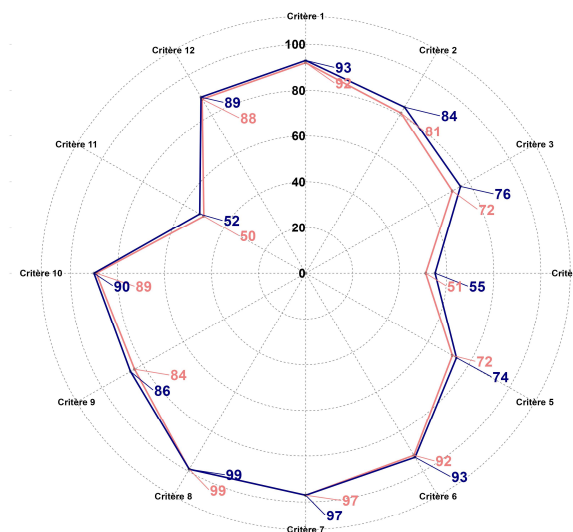
1 : Accueil / 2 : Prise en charge du patient par les médecins/chirurgiens/sages-femmes / 3 : Prise en charge du patient par les infirmier(ère)s et aide-soignant(e)s / 4 : Chambre et collation

Dimension 5 : Organisation de la sortie



Qualité de la lettre de liaison à la sortie

1 : Lettre de liaison à la sortie retrouvée / 2 : Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie / 3 : Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie / 4 : Identification et envoi au médecin traitant (si applicable) / 5 : Identification du patient / 6 : Date d'entrée et date de sortie / 7 : Identification du signataire de la lettre de liaison / 8 : Motif de l'hospitalisation / 9 : Synthèse médicale du séjour / 10 : Actes techniques et examens complémentaires / 11 : Traitements médicamenteux de sortie / 12 : Planification des soins



□ 2021 □ 2023

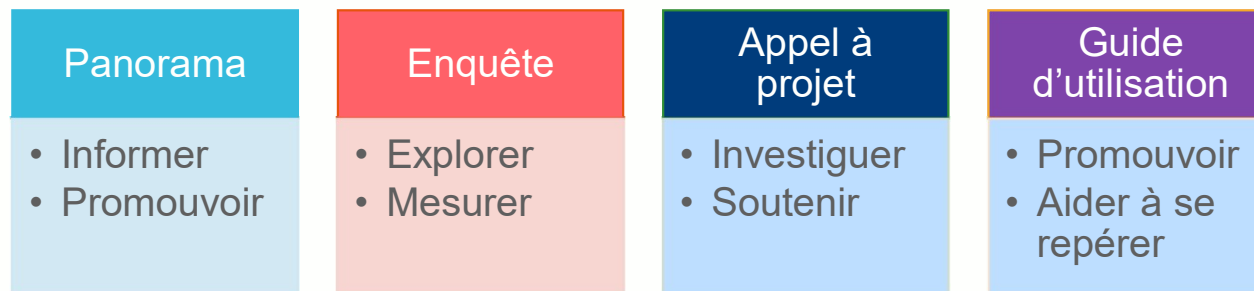
ence patient - Lille- 30 janvier 2024



En 2024, allez plus loin que les PREMs !

Programme pluriannuel d'actions HAS pour les PROMs

Soutien au développement, à la mise en œuvre et à l'utilisation des indicateurs de mesure de qualité perçue par les patients en pratique clinique courante, type **PROMs** :



Susciter l'intérêt des professionnels de santé et déclencher des retours

Actions s'ajoutant au dispositif e-Satis déjà déployé

Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements

Qualité des soins perçue par le patient – PROMs et PREMs

Panorama

- Informer
- Promouvoir

Dresser un état des lieux de la littérature pour favoriser une vision commune sur le sujet à partir des principales expériences étrangères

→ [Les grandes lignes du rapport](#)

- ❑ Un élan international vers les PROMs et les PREMs
- ❑ Des mesures utiles, avant tout, en pratique clinique courante
- ❑ Des difficultés à lever pour une utilisation optimale en pratique clinique
- ❑ Des perspectives dans la régulation de la qualité des soins

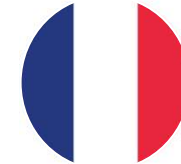
→ [Qualité des soins perçue par le patient - Indicateurs PROMs et PREMs : Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements](#)

Enquête nationale

- Dresser un **état des lieux** synthétique des initiatives françaises utilisant au moins un questionnaire mesurant le résultat de soins perçu par le patient (PROMs), en ville ou en établissements de santé, pour mieux connaître la situation sur le terrain ;
- Permettre le **partage d'expériences** entre les utilisateurs de PROMs ;
- Promouvoir l'**utilisation des PROMs**.

Enquête

- Explorer
- Mesurer



Mi-décembre 2021 à
fin mars 2022



Les 6 pathologies les plus concernées

Enquête

- Explorer
- Mesurer



L'obésité
12 PROMs utilisés



L'arthrose
9 PROMs utilisés



Les addictions
5 PROMs utilisés



L'insuffisance rénale chronique
6 PROMs utilisés



Les dorsalgies, cervicalgies, lombalgies chroniques, hernies discales et sciatiques
7 PROMs utilisés



Le cancer du sein
6 PROMs utilisés

En 2022, 76 répondants ont décrit les initiatives de 82 structures du champ sanitaire (établissements de santé et structures de ville), avec 116 PROMs différents.

Les principaux objectifs d'utilisation de ces PROMs

Enquête

- Explorer
- Mesurer

L'aide à la prise en charge et au suivi du patient

102 maladies sur 139

La mesure de la qualité des soins

77

L'aide à la communication avec le patient

76

L'aide à la décision médicale partagée

44

La recherche clinique

43

L'aide au diagnostic et au dépistage

42

Les 76 répondants ont déclaré suivre un total de 139 maladies.

Partage d'expériences



[Liste des structures répondantes par région.](#)

Appel à projets - Mise en œuvre de PROMs en ville ou en établissement de santé

Appel à projet

- Investiguer
- Soutenir

- **Objectif principal** : aider au déploiement des PROMs.

→ 4 projets

- **SSR Le Chillon/Les Euménides** (Val d'Erdre Auxence, 62), ESPIC, suivi des patients alcoolodépendants en sortie d'hospitalisation ;
- **Fédération Française de Pneumologie** (CNP de pneumologie, Paris, 75), association, suivi des patients de pneumologues libéraux ou hospitaliers traités par pression positive continue pour un syndrome d'apnées hypopnée obstructive du sommeil
- **Institut de Cancérologie de l'Ouest** (Angers, 49), ESPIC, suivi des patientes atteintes de cancer du sein ;
- **Fondation Charles Mion - Aider Santé** (Grabels, 34), suivi des patients hémodialysés chroniques.

→ Bilan à 6 mois +++

→ Rapports en cours d'analyse début 2024

Parcours couverts par un guide PROMs

Guide
d'utilisation

- Promouvoir
- Aider à se repérer

Chantier « Qualité et pertinence des soins » de la STSS

Le chantier « Qualité et pertinence des soins » piloté par la HAS et la CNAM promeut la construction de parcours de soins assortis d'indicateurs. Pour chaque parcours, un guide d'aide à l'utilisation des PROMs en pratique clinique courante est produit

Déjà publiés :

- Bronchopneumopathie chronique obstructive
- Syndrome coronarien chronique
- Maladie rénale chronique
- Insuffisance cardiaque **NEW**
- Patients en obésité

PROMs → Ce que l'on y trouve :

- Informations pour une utilisation générale
- PROMs génériques les plus courants validés en français
- PROMs spécifiques de la pathologie ciblée validés en français
- Critères généraux pour utiliser des questionnaires PROMs génériques et spécifiques
- Choix d'un PROMs générique et un PROMs spécifique

[Pour en savoir +](#)

Un exemple concret : le registre Renacot

<https://www.renacot.org>

Des exemples de mesures

Patients (PROM, PREM...)

- ICHOM
 - Echelle de la douleur (Echelle numérique de douleur)
 - Score de capacité fonctionnelle (KOOPS-PS, HOOS-PS)
 - Score de qualité de vie (EQ-5D-3L, SF-12, VR-12)
- Satisfaction
- Anxiété et dépression
- Habitude de vie (Nutrition, conduite automobile, reprise du travail...), Habitude sportive (activité physique)
- Critères socioéconomiques (Niveau d'étude...)

Soignants (CROM,...)

- Fiche patient (comorbidités...)
- Fiche opératoire (HAS,...)
- Fiche implant



Discussion

Les outils existent, progressent régulièrement, se développent
Il faut encore que les patients et les professionnels les utilisent !

ECOUTER

AJOUTER À MA SÉLECTION

Concepts et définitions

Travaux conduits sur les PROMs

Aide à l'utilisation des PROMs en pratique clinique courante

Appels à projet

Enquête sur l'utilisation des questionnaires

Travaux conduits sur les PREMs et la satisfaction

Développement d'un questionnaire PREMs

Appui méthodologique

Mesure par les patients

Analyse nationale des commentaires des patients hospitalisés

Indicateurs de résultats rapportés par les patients

ARTICLE HAS - Mis en ligne le 21 avr. 2022 - Mis à jour le 22 avr. 2022

Concepts et définitions

Utilisation de la mesure de la qualité des soins perçue par les patients : bases théoriques et concept

Les PROMs en quelques mots

Les PREMs en quelques mots

La satisfaction en quelques mots

Retrouvez
tous nos travaux sur

www.has-sante.fr



ECHANGES

- Questions / Réponses

L'apport d'un patient expert dans un service hospitalier

Guillaume VERET

Patient Expert - CHU de Lille

L'APPORT D'UN PATIENT EXPERT DANS UN SERVICE HOSPITALIER

- *Qui suis-je ?*
- *Intérêt du patient partenaire ?*
- *Comment devenir patient expert ?*
- *Les interventions du patient expert*

Qui suis-je ?

Qui suis-je ?

Présentation personnelle

- **41 ans**
- **Marié**
- **3 enfants**
- **Cadre Commercial à la SNCF**



- **Gastric By Pass – 01/2017**
- **Réintervention – 01/2023**
- **Aucune formation médicale**

Qui suis-je ?

De patient référent à patient expert

Le patient référent :

Le patient référent témoigne d'une expérience personnelle de sa maladie (pathologie chronique ou en rémission) ; cette expérience lui a fait acquérir des connaissances fines, tant de la maladie elle-même que de sa prise en charge (traitement, parcours de soin).

Qui suis-je ?

De patient référent à patient expert

Le patient expert :

Le patient-expert désigne celui qui, atteint d'une maladie chronique, a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et dispose ainsi d'une réelle expertise dans le vécu quotidien d'une pathologie ou d'une limitation physique liée à son état.

Il est formé à l'ETP, et est donc habilité à intervenir au sein des programmes d'éducation thérapeutique.

Un patient-expert est avant tout un « pair aidant » même s'il peut par ailleurs assurer d'autres rôles en parallèle comme porter la voix des patients ou défendre leurs intérêts.

Qui suis-je ?

De patient référent à patient expert



Qui suis-je ?

De patient référent à patient expert

- *Environ 3 jours par mois pour l'ensemble des interventions*
- *Les conséquences sur la vie personnelle :*
 - *Un investissement chronophage*
 - *Une organisation professionnelle à trouver*
 - *Des recherches personnelles sur les différentes pathologies*
- *Les bienfaits de cet investissement :*
 - *Une interaction avec le monde médical*
 - *Un juste retour sur une amélioration de ma qualité de vie*

Intérêt du patient expert ?

Intérêt du Patient Expert ?

Pour les patients :

- *Avoir une vision de la « vraie vie »*
- *Être rassuré sur les éventuelles complications*
- *Être entre « pairs » sans relation patient / médecin*

Intérêt du Patient Expert ?

Pour le personnel soignant :

- *Amélioration du parcours patient*
- *Une meilleure connaissance du patient*
- *Amélioration de la qualité de vie dans les services*

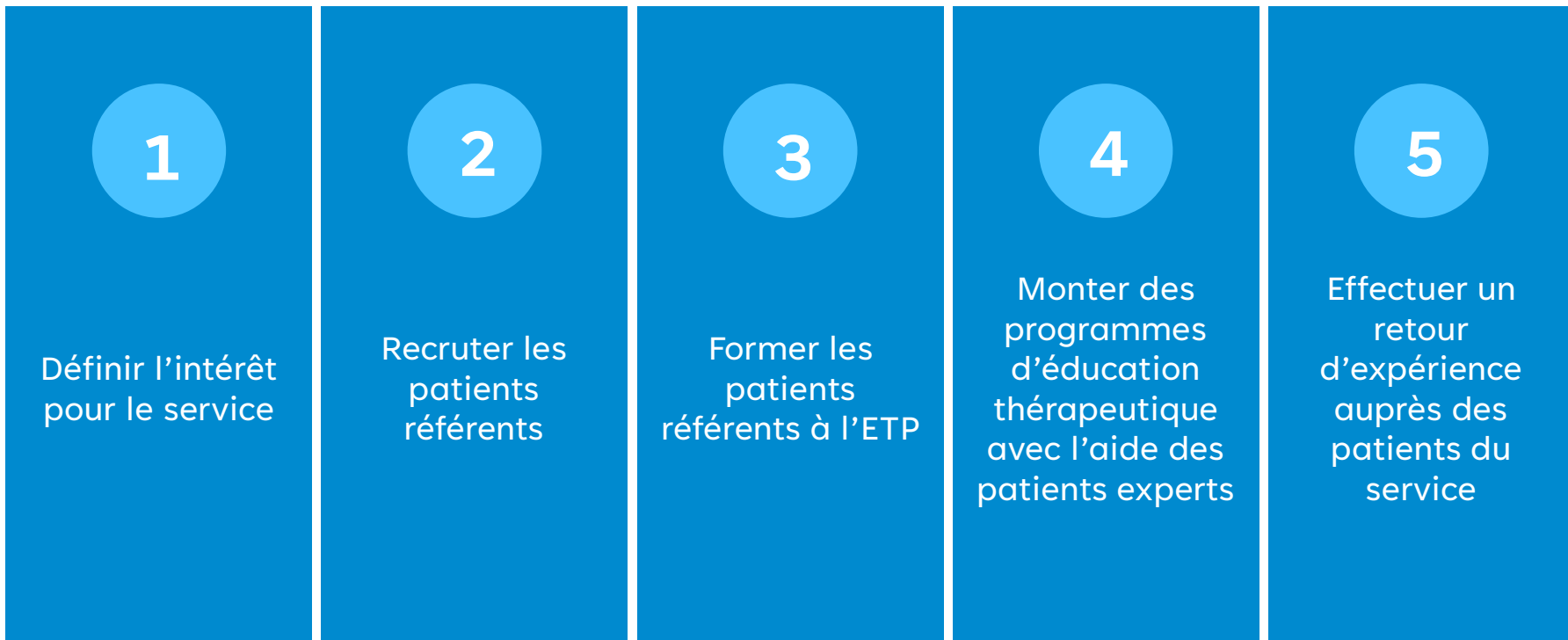
Intérêt du Patient Expert ?

Pour soi-même :

- *Partager les expériences liées à la pathologie*
- *Remercier l'hôpital / les médecins*
- *Apprendre et approfondir ses connaissances*

Comment devenir patient expert ?

Comment devenir Patient Expert ?



Les interventions du patient expert

Les interventions du patient expert

De multiples possibilités d'intervention pour un patient expert

- *En atelier* : coanimation – partage d'expérience
- *En face à face* : situation particulière – Diagnostique Educatif
- *En représentation* : conférence de presse – cours – séminaires

Les interventions du patient expert

Cas concrets – 2 exemples :

- *Chirurgie bariatrique : une nécessité ou peut-on s'en passer?*
- *Intervention en cours à l'IFSI*

Chirurgie bariatrique : une nécessité ou peut-on s'en passer?

Homme de 63 ans en réflexion sur une éventuelle chirurgie

- *Sollicitation du service de chirurgie bariatrique*
- *Échange téléphonique d'une heure trente*
- *Chirurgie ou non?*
- *Quel apport du patient expert dans la décision?*

Intervention en cours à l'IFSI

- *Sollicitation de l'IFSI et leurs attentes*
- *Intervention en fin de formation sur l'éducation thérapeutique*
- *Quel apport du patient expert dans la formation?*

L'APPORT D'UN PATIENT EXPERT DANS UN SERVICE HOSPITALIER

Quelques liens

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide de recrutement de patients intervenants 2014.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_recrutement_de_patients_intervenants_2014.pdf)

[https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Journees_pedagogiques/27_novembre_2017/Dr SORDET et collaborateurs - atelier.pdf](https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Journees_pedagogiques/27_novembre_2017/Dr_SORDET_et_collaborateurs_-_atelier.pdf)

https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/le_patient_expert.pdf

ECHANGES

- Questions / Réponses

Prendre en compte l'avis du patient avant de réaliser un Retour d'EXpérience

Dr Laurence TIMSIT

Médecin Coordonnateur de la Gestion des Risques CH de Soissons

Membre permanent comité des EIGS HAS

Prendre en compte l'avis du patient avant de réaliser un RETEX



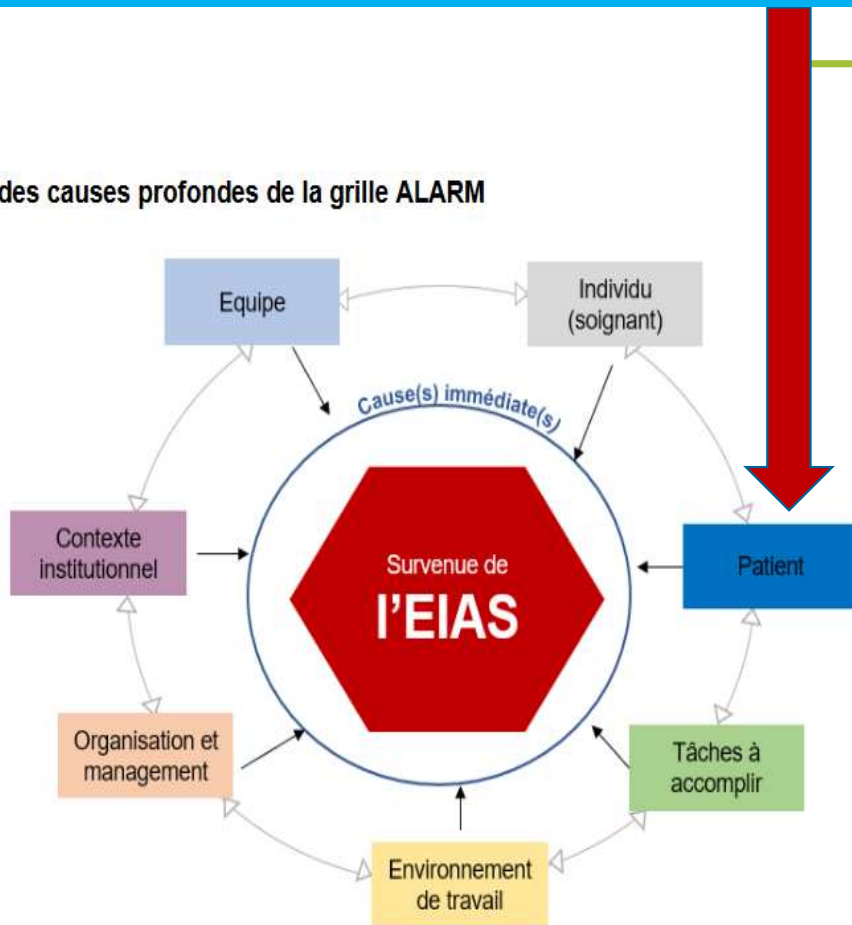


4 constats:

- Des analyses d'EIAS hétérogènes
- Une forte proportion de déclarations d'EIGS inexploitable
- L'analyse des barrières de sécurité incomprise et inexploitée
- **Le récit du patient jusqu'à présent occulté**

Le facteur patient dans l'analyse systémique

Étude des causes profondes de la grille ALARM



Quels facteurs liés au patient ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'évènement ?
- Est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?
- Quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?
- Le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'évènement (par exemple : un traitement particulier) ?
- Le patient avait-il des problèmes d'expression ? Une communication difficile ?
- Est-ce que le patient/son entourage était coopératif ?
- Quelle était l'implication du patient dans sa prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant...)

Identification du facteur patient mais ...

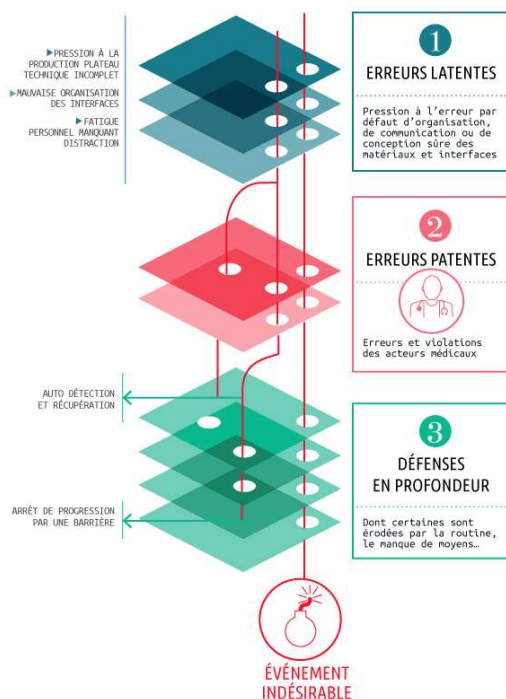


Qui d'entre vous a déjà posé des questions au patient avant de réaliser une analyse systémique d'un évènement le concernant ?

Quand ALARM devient ALARME



MÉTHODE ALARM



En 2016, ALARM devient ALARME

Dans ALARME, il s'agit tout simplement de prendre en compte **4 points clés supplémentaires** lors de l'analyse d'un EIAS :

- **L'expérience du patient**
- **L'épisode de soins.** La période de temps analysé doit prendre en compte la globalité de l'épisode de soins et non pas rester focalisée sur la seule séquence temporelle, parfois très brève, de l'EIAS
- **Les modalités de détection et de récupération de l'EIAS**
- **Le contexte** dans lequel l'EIAS s'est produit

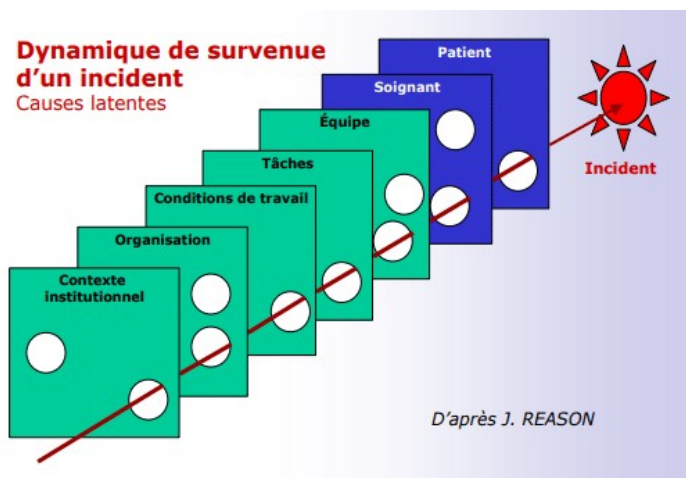
Pourquoi interroger le patient ?

- Le recueil du « témoignage » du patient donne une **approche complémentaire** pouvant apporter des éléments qui n'ont pas été mis en évidence par les professionnels, notamment dans la chronologie des faits et également corroborer des éléments.
- **Ce regard croisé** renforce la compréhension de la situation, car chaque acteur ne peut visualiser qu'une partie du processus de prise en charge.
- Le patient est **acteur de son parcours** et il est **le seul à en « vivre » toutes les étapes**. Son ressenti et son expérience sont des éléments qu'il est opportun de recueillir afin d'enrichir le déroulé des faits établis par les professionnels.

Pourquoi interroger le patient ?

- L'idée est de recueillir l'expression du patient pour avoir **le récit contextualisé de l'EIAS** qu'il a vécu.
- Important de **ne pas imposer un fardeau de responsabilité supplémentaire** aux personnes qui sont déjà anxieuses et vulnérables en raison d'une blessure ou d'une maladie grave
- Pour être réussi, le recueil du témoignage doit rassembler **l'adhésion et la conviction** de toutes les personnes impliquées.
- **L'absence de témoignage** du patient **n'est pas un obstacle** à l'analyse de l'EIAS, mais en disposer constitue une plus-value pour l'analyse, de même que **le recueil du témoignage de la personne de confiance**

Comment l'équipe peut intégrer le ressenti patient à toutes les étapes de l'analyse ?



A prendre en compte de la même manière que lors des staffs d'équipe

Pour l'analyse systémique des facteurs contributifs

- À cette étape, les éléments recueillis lors du récit du patient peuvent **améliorer la reconstitution** et la complétude des données et donc présenter un intérêt majeur.
- Les patients sont capables **d'identifier des causes profondes** qu'ils verbaliseront à leur manière. Les professionnels de santé devront quelquefois les « interpréter/traduire » avant de les reporter dans la grille.

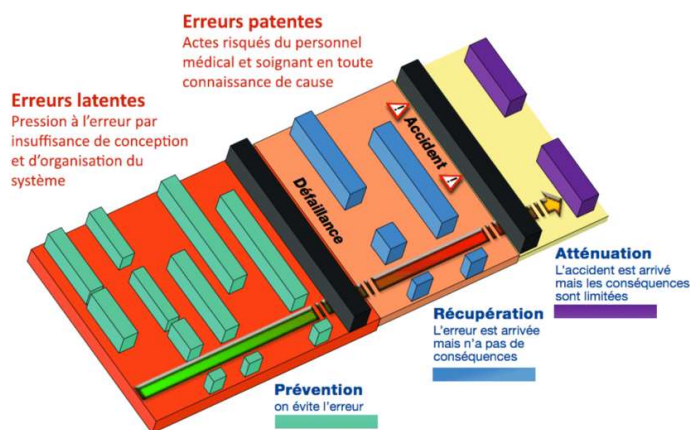
Comment l'équipe peut intégrer le ressenti patient à toutes les étapes de l'analyse ?

Pour l'analyse des barrières de sécurité

Là encore, les éléments issus du récit du patient peuvent avoir leur intérêt.

À titre d'exemple, **les presque accidents** concernés pourront être ceux dont le patient a connaissance, car ils **ont été évités en sa présence**, ou parce qu'il a **lui-même constitué la barrière de sécurité** ayant empêché la réalisation d'un accident.

Pour exemple: un patient alerte le professionnel de santé sur le fait qu'on lui a déjà donné son traitement.



Comment l'équipe peut intégrer le ressenti patient à toutes les étapes de l'analyse ?

Le plan d'action et le suivi

Par le questionnement, par son étonnement face à une situation, le patient peut se retrouver à **formuler des idées d'amélioration.**

Les actions mises en place pour éviter que l'évènement ne se reproduise peuvent faire **l'objet d'un retour vers le patient.**

En effet, les témoignages des patients ayant vécu un EIAS rapportent fréquemment le souhait que leur histoire puisse servir et **qu'elle ne se reproduise pas pour un autre patient.**



Outils à disposition

L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi Guide méthodologique - Mis en ligne le 20 oct. 2021

OUTIL n°7 fiche d'information patient pour obtenir son accord pour l'entretien



Évènement indésirable associé aux soins L'équipe soignante souhaite recueillir votre témoignage

Septembre 2021

Vous-même, ou l'un de vos proches, êtes concerné par un événement indésirable associé aux soins (EIAS) survenu lors des soins. Vous pouvez contribuer à ce que cela ne se reproduise plus : votre expérience est déterminante.

L'analyse d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est essentielle pour repérer et comprendre ce qui s'est passé, pour en tirer des leçons pour l'éviter et ainsi éviter qu'il ne se reproduise. C'est pourquoi l'équipe soignante sollicite votre participation à un entretien.

Vous êtes bien évidemment libre d'accepter ou de refuser. Vous pouvez être accompagné d'un proche.

Votre expérience est ici déterminante, l'équipe soignante souhaite :

- Recueillir votre parole, votre ressenti et votre expérience de l'événement indésirable associé aux soins.
- En comprendre les causes et conséquences et votre point de vue.

Ce partage de votre expérience avec l'équipe soignante permettra :

- de mieux maîtriser les risques ;
- d'éviter que l'EIAS ne se reproduise ;
- de mettre en œuvre les améliorations nécessaires.

Vous êtes acteur de vos soins ou témoin de ceux de votre proche

- Avec votre accord, vous serez appelé à contribuer à :
 - la reconstitution chronologique de l'événement ;
 - l'identification de ses causes ;
 - l'identification de tout ce qui vous a paru remettre en cause votre sécurité ou celle de votre proche ;
 - rappeler des situations que vous avez eux-même(s) signalées pendant les soins ;
 - proposer vos suggestions d'amélioration.

Qu'est-ce qu'un événement indésirable associé aux soins (EIAS) ?

Il est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme :

- un événement **décelable** survenant chez un patient ou une personne accompagnée ;
- associé aux actes de soins et d'accompagnement ;
- qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour la personne ;
- qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin ou de l'accompagnement ;
- qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance de la personne ; il s'agit d'un événement **inattendu**.

En fonction du niveau de gravité de l'EIAS, on parle :

- d'un événement **porteur de risque** (EPR) lorsqu'il n'a pas ou de conséquences ;
- d'un événement **indésirable grave** associé aux soins (DIGS) lorsque ses conséquences sont la décès, ou le risque de décès, la survenue probable d'un handicap, d'une anomalie ou d'une malformation congénitale.

À savoir

Cet entretien pour recueillir votre témoignage se distingue des démarches que vous pouvez éventuellement avoir en cours avec la structure qui vous a soigné (Bureau de l'Accréditation, médiateur médical ou personnes qualifiées dans le secteur médico-social, représentants ou commission des usagers, etc.)

📌 Pour aller plus loin

Les informations de la HAS

- Renforcer la sécurité du patient : www.has-sante.fr/fr/m/02824622/renforcer-la-securite-du-patient
- Analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) - Mode d'emploi : www.has-sante.fr/fr/m/02824622/analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-2021-09/guide_analyse_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_2021.pdf

Les informations du ministère et autres acteurs publics

- Portal de signalement des événements sanitaires indésirables : www.signalement-sante.gouv.fr
- Décret n° 2018-1808 du 25 novembre 2018 relatif à la déclaration des événements indésirables associés aux soins et aux événements indésirables liés à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

Le soutien des associations d'usagers

- La Fondation des usagers
- Cadeo <https://cadeo.fr/association>
- Aviam France <http://www.aviam.org/>
- France Access Santé - Santé Info Droit www.france-access-sante.org/sante-info-droit

Ce document a été élaboré par la HAS et relu par des professionnels et associations de patients & d'usagers concernés par le sujet. Il a été rédigé selon les consignes en vigueur et les connaissances disponibles à la date de sa publication qui sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

Outils à disposition

L'analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi Guide méthodologique - Mis en ligne le 20 oct. 2021

OUTIL n°6 EXEMPLE DE GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LE PATIENT

→ Exemple de grille d'entretien avec le patient

Quand

Cet entretien ne peut avoir lieu que si le patient a été informé de la survenue de l'évènement. Pour rappel, une « annonce du dommage associé aux soins » auprès du patient doit être réalisée dans le cadre prévu par l'article L. 1142-4 du Code de la santé publique.

Cet entretien peut avoir été convenu à l'issue de l'annonce du dommage ou le patient peut être recontacté ultérieurement dès lors qu'il l'accepte (cf. information patient). En fonction de la gravité de l'EIAS, une « distance émotionnelle » est à prévoir.

Par exemple :

« Votre récit peut apporter des éléments sur la compréhension de ce qu'il s'est passé et aider à ce que cela ne se reproduise pas. »

« Il nous permet de chercher les causes pour éviter que cela ne se reproduise pour d'autres patients. »

« Accepteriez-vous que nous vous recontactions dans quelque temps pour recueillir votre récit sur cet évènement et ainsi en comprendre les causes et conséquences de votre point de vue ? Nous mettons à disposition ce document d'information si vous le souhaitez. »

Qui

L'interlocuteur peut être différent en fonction de la gravité de l'EIAS.

La personne peut être celle ayant fait la déclaration, le praticien, le responsable qualité, le directeur de l'établissement, un psychologue. Deux personnes maximums peuvent conduire l'entretien.

Outils à disposition

L'analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi Guide méthodologique - Mis en ligne le 20 oct. 2021

OUTIL n°6 EXEMPLE DE GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LE PATIENT

Pour connaître le niveau d'information du patient sur l'évènement

- Que vous est-il arrivé ?

Questions pour aider à avoir des informations plus précises sur le déroulement de l'EIAS et ses conséquences

- Pouvez-vous me raconter avec vos mots ce qu'il s'est passé ? Vous pouvez aussi bien revenir sur la chronologie des faits que sur des éléments que vous avez ressentis.

Par exemple :

- Comment avez-vous vécu le moment de la survenue de cet évènement ?
- Vous a-t-on fourni des explications ?
- Vous a-t-on expliqué les modalités de prise en charge de cet évènement ?
- Vous êtes-vous aperçu seul de l'évènement ou quelqu'un vous en a-t-il fait part ?
- Pouvez-vous décrire ce que la(es) personne(s) présente(s) a(ont) alors fait ?

Questions pour aider à avoir des informations sur les causes

- Vous rappelez-vous quelque chose qui, selon vous, a fait que cela est arrivé ?

Vous pouvez identifier si le patient parle de lui-même des éléments suivants, évitez de suggérer les éléments pour ne pas biaiser le récit :

- Matériel non adapté/défectueux
- Locaux non adaptés
- Personnel en nombre insuffisant
- Personnel dérangé/sollicité pendant la réalisation de sa tâche
- Personnel/professionnel non disponible
- Altercation entre les personnels
- Retard dans les examens ou dans la prise en charge
- Personnel stressé, fatigué
- Personnel débutant
- Absence de supervision
- Absence de réponse aux questions
- Absence d'écoute
- Absence d'information

Outils à disposition

L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi Guide méthodologique - Mis en ligne le 20 oct. 2021

OUTIL n°6 EXEMPLE DE GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LE PATIENT

Des questions spécifiques peuvent être ciblées en fonction de l'histoire clinique et de la spécialité.

Cas particulier des EIGS et infections associées aux soins ; par exemple, pour le domaine de la chirurgie :

- Avez-vous eu une douche avec un produit coloré ?
- Votre nom vous a-t-il été plusieurs fois demandé ?
- Le praticien/personnel s'est-il lavé les mains devant vous ?
- Avez-vous été informé du risque inhérent à cette intervention ? Si oui par qui ? comment ? (document écrit, de vive voix ?...)

Questions pour aider à avoir des informations

Sur l'annonce du dommage :

- Comment avez-vous vécu le moment de l'annonce de ce dommage ? Qu'avez-vous ressenti ?
- Vous a-t-on écouté ? A-t-on répondu à vos questions ?
- Vous a-t-on proposé un soutien ? Vous a-t-on expliqué la suite de votre prise en charge ?

Cas particulier des EIGS et infections nosocomiales : sur la déclaration de l'évènement

- Avez-vous eu connaissance d'une déclaration de cet évènement ?
- Avez-vous, vous-même, déclaré cet évènement indésirable sur le portail https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil ou sur le portail <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr/article/signaler-un-evenement-indesirable-lors-d-un-acte-de-soins>
- En avez-vous parlé avec votre médecin traitant ?
- Avez-vous souhaité être accompagné par votre entourage ou votre personne de confiance ?

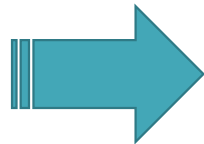
Sur l'avis du patient

- Auriez-vous des suggestions pour que cet évènement ne se reproduise pas ?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose sur cet évènement ?

**Une annonce du
dommage lié
aux soins**

+

**Une analyse en
impliquant le
patient et en
tenant compte
de son ressenti**



- **Transparence**
- **Confiance**
- **Ecoute**
- **Accompagnement**
- **Prise en compte du préjudice**
- **Continuité des soins post préjudice**
- **Acteur de ses soins**
- **Participation à l'amélioration des soins**
- **Meilleure acceptation de l'erreur**

**Une gestion active de
la prise en charge du
préjudice**

**...et de la potentielle
réclamation!**



ECHANGES

- Questions / Réponses

Améliorer la qualité et la sécurité des soins : Bilan de la déclaration des EIG dans les Hauts de France

Dr Laetitia MAY-MICHELANGELI
Chef de service HAS - SEvOQSS

Hélène BOMY
Chargée de missions DOS - ARS



Le dispositif des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) vu par la HAS

Dr Laetitia May-Michelangeli,
Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS)

Séminaire Expérience patient
30 janvier 2024
Lille

HAS

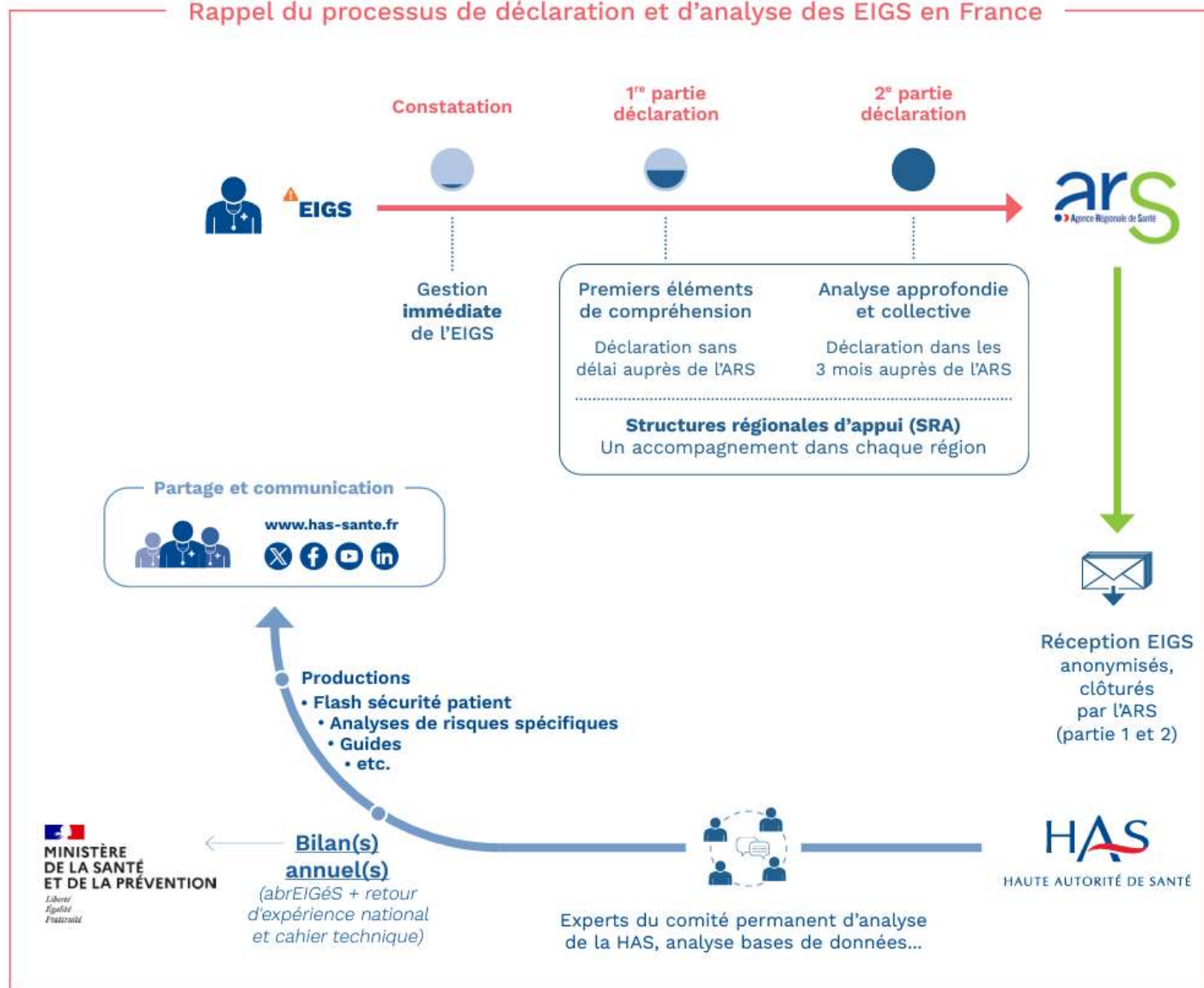
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



1

Rappel sur le dispositif EIGS

Rappel du processus de déclaration et d'analyse des EIGS en France





2

Quelques données chiffrées

Nombre d'EIGS déclarés et reçus à la HAS de 2017 à 2022

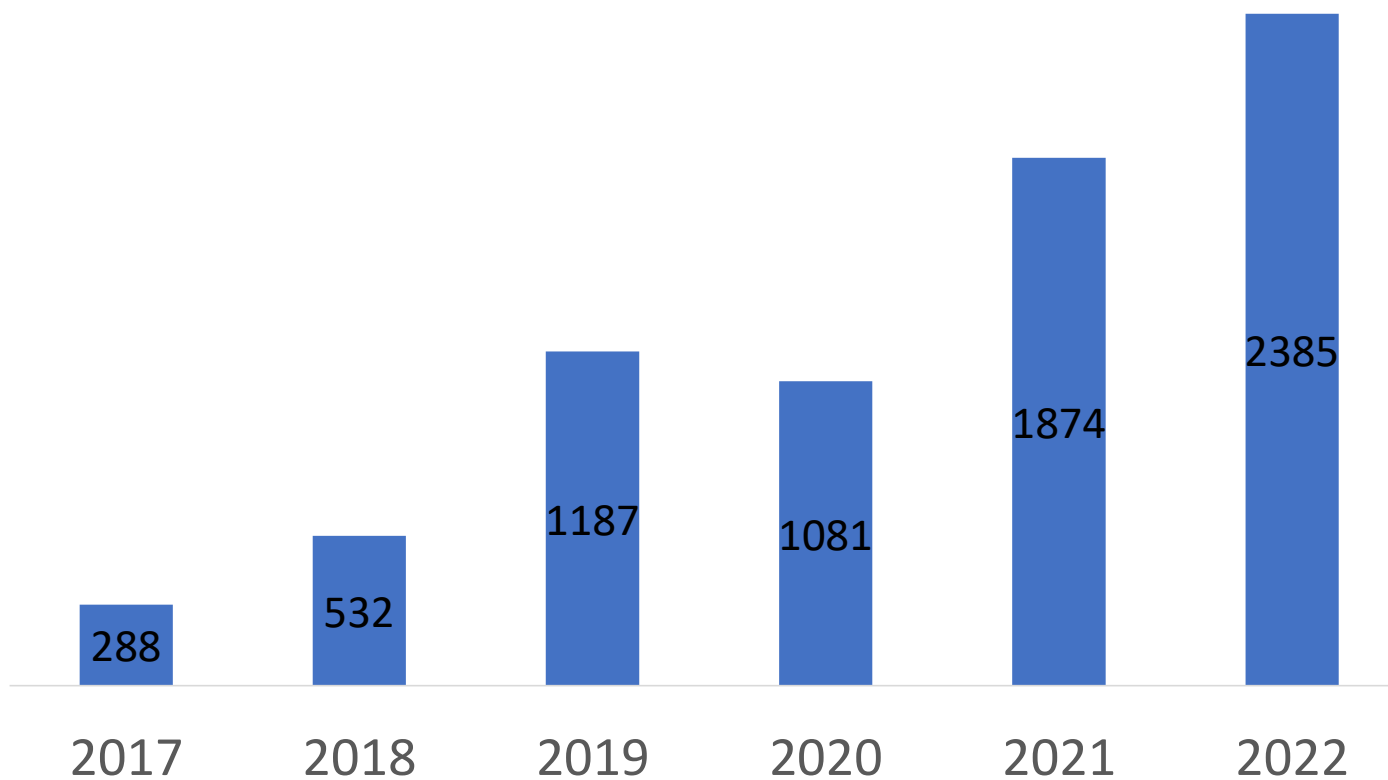
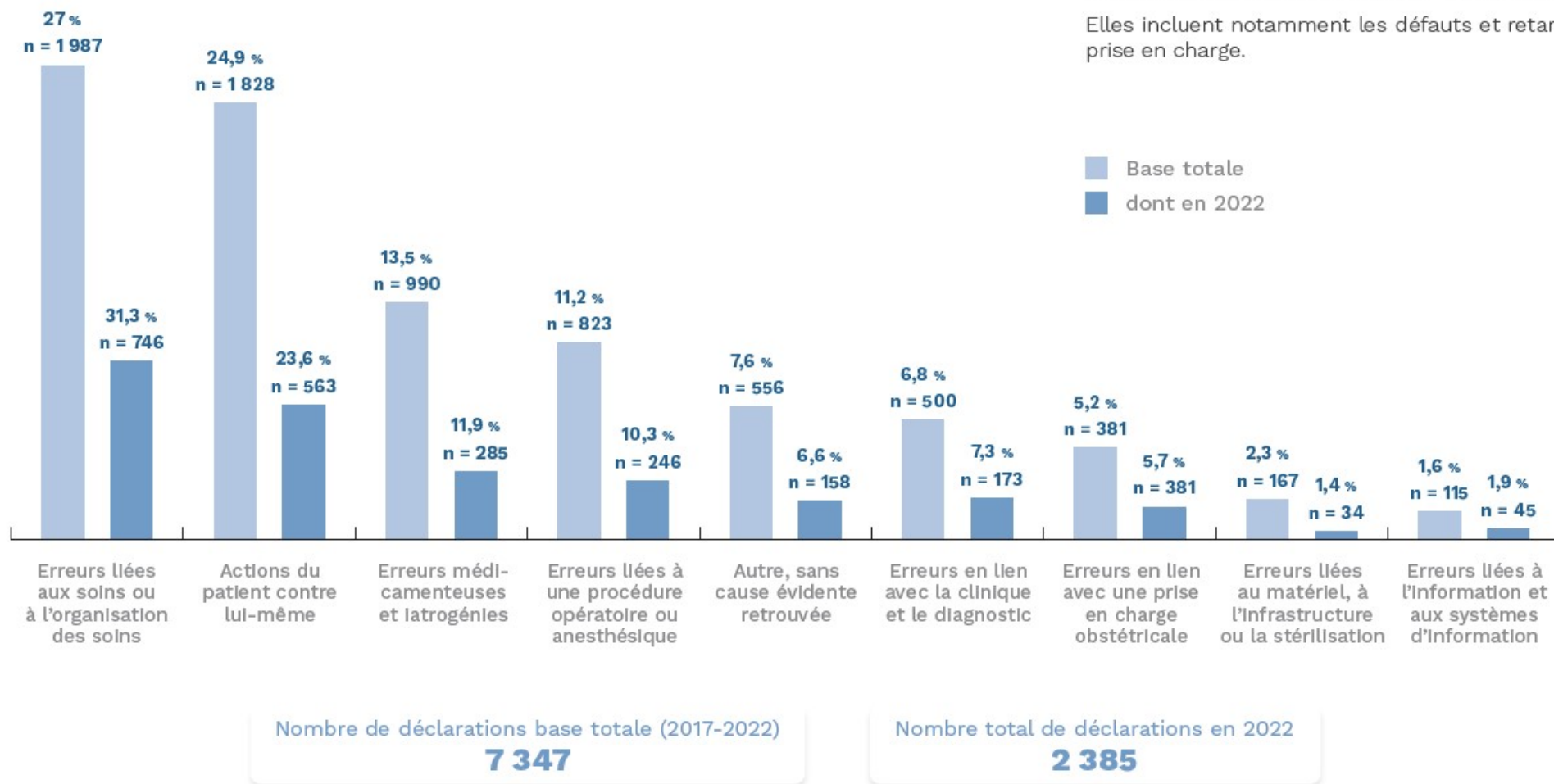


Figure 5. Répartition des EIGS par thématique - comparaison entre 2022 et la période 2017-2022 (% , n)



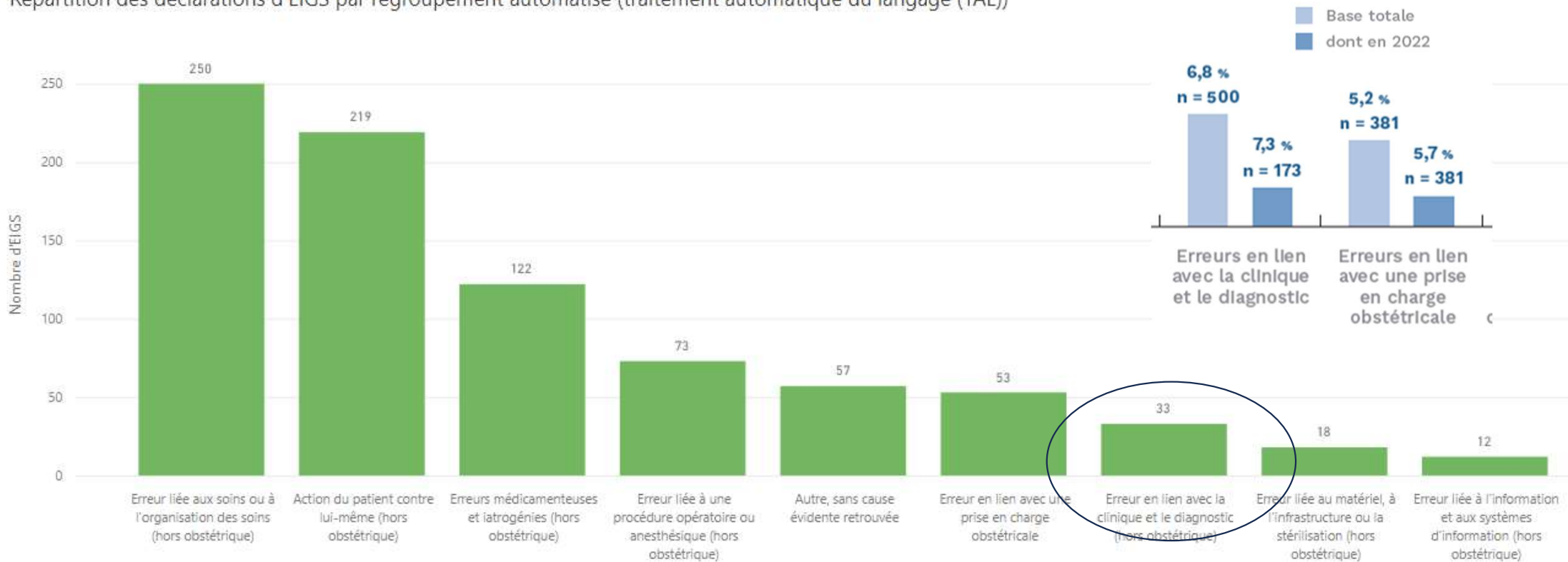
Les erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins sont les plus fréquemment déclarées (27 % de tous les EIGS déclarés depuis 2017 et 31 % en 2022).

Elles incluent notamment les défauts et retards de prise en charge.

Hauts de France

Même répartition qu'au niveau national, sauf pour les erreurs liées à la clinique et au diagnostic = 3,9% (Nb = 837)

Répartition des déclarations d'EIGS par regroupement automatisé (traitement automatique du langage (TAL))



Répartition sur le territoire national des déclarations d'EIGS

Figure 3. Nombre de déclarations d'EIGS reçues par la HAS par région sur l'année 2022

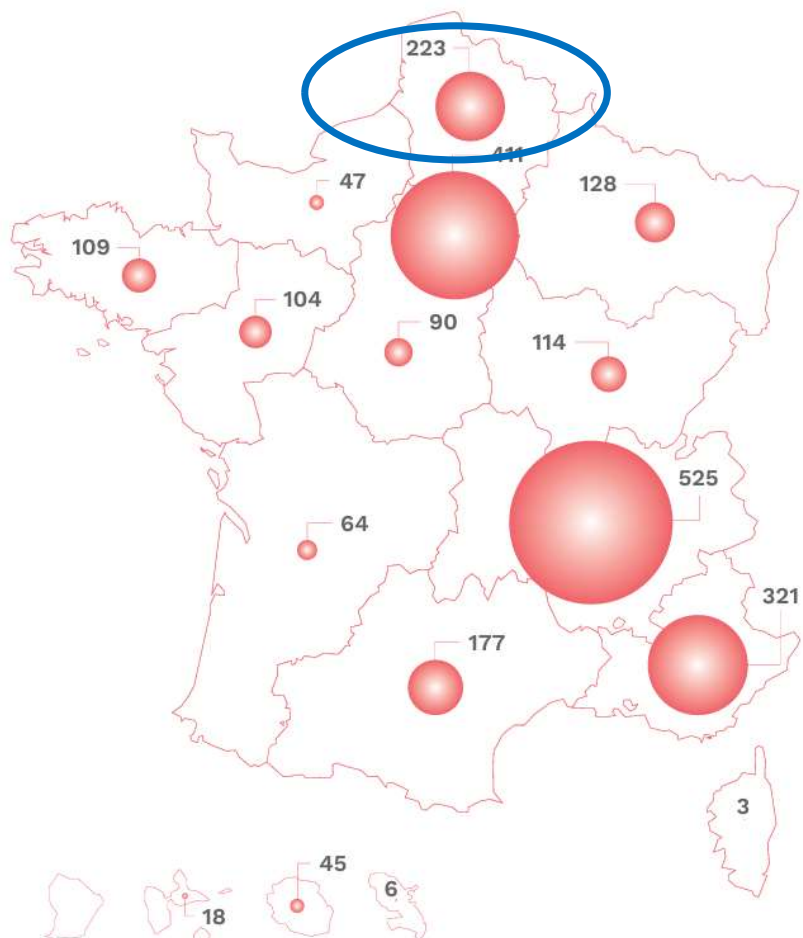
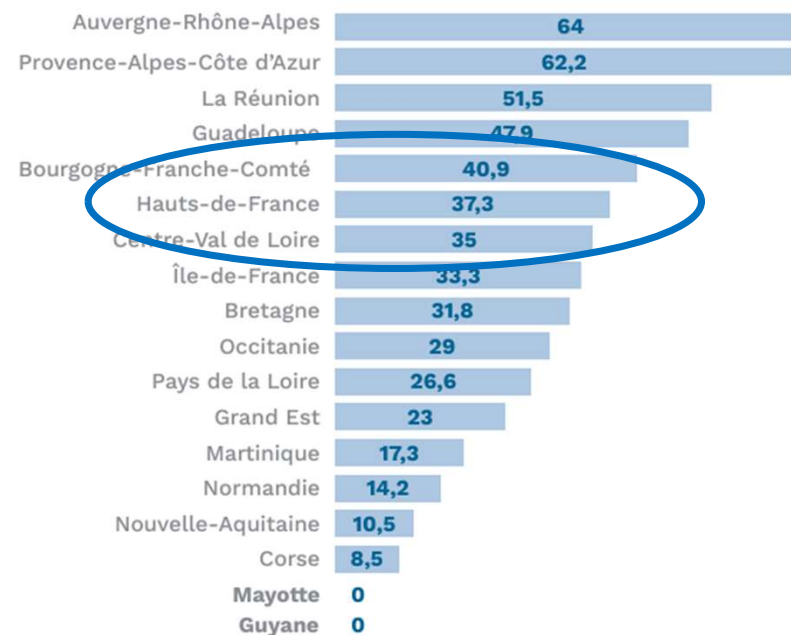


Figure 4. Nombre de déclarations par million d'habitants sur l'année 2022

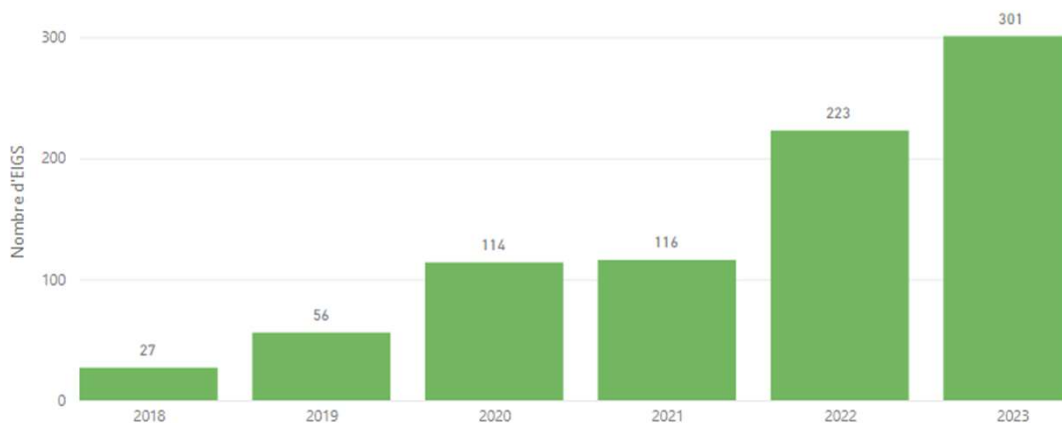


Important

Il est important de rappeler qu'une région ayant un nombre élevé de déclarations n'est pas une région où il est plus dangereux de se faire soigner. Cela est certainement le reflet d'une culture de sécurité plus avancée.

Hauts de France

Répartition des déclarations d'EIGS par année



N = 837

Répartition des déclarations d'EIGS par secteur de soins

Origine des EIGS par secteur de soins	N	%
ES public	420	50.18%
ES privé	180	21.51%
ESMS (adultes handicapés/enfants handicapés/personnes âgées)	130	15.53%
ESPIC	75	8.96%
Domicile du patient	16	1.91%
Autre	14	1.67%
En ville (cabinet de ville, centre de soins, maison de santé)	2	0.24%
Total	837	100.00%

Qualité de l'analyse (appréciée par les experts du comité EIGS), Hauts de France fait mieux que le reste

Qualité des analyses approfondies dans les décla...

Analyse approfondie correctement réalisée	N	%
« d'accord + tout à fait d'accord»	402	48.03%
« pas d'accord + pas du tout d'accord»	391	46.71%
Non renseigné	44	5.26%
Total	837	100.00%

Hauts de France

Qualité des analyses approfondies dans les décla...

Analyse approfondie correctement réalisée	N	%
« d'accord + tout à fait d'accord»	4485	39.24%
« pas d'accord + pas du tout d'accord»	6386	55.87%
Non renseigné	559	4.89%
Total	11430	100.00%

France



3

Productions issues de l'analyse nationale des EIGS

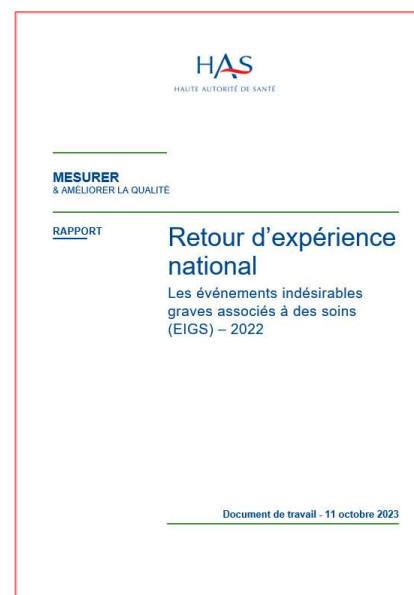
Bilans annuels sur les EIGS

- ✓ Imposés par la loi
- ✓ Diffusés depuis 2018 (données 2017)
- ✓ Depuis 2020, format comportant 3 documents séparés

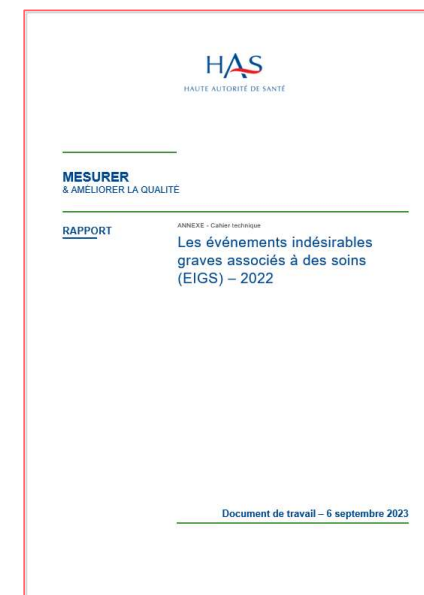
Un format court, « les abrEIGés », condensant les principaux éléments à retenir pour cette année avec une sélection de risques spécifiques



Un « retour d'expérience national » détaillant les préconisations ainsi que les focus sur les EIGS



Un « cahier technique » avec les tableaux statistiques (tris à plats et quelques tris-croisés)



Flash Sécurité Patient

Outil destiné aux professionnels de santé qui :

- décrit 3 ou 4 évènements indésirables associés aux soins :
 - issus de la base REX-EIGS et/ou de la base de retour d'expérience du dispositif accréditation des médecins et des équipes médicales,
 - sélectionnés selon leur intérêt pédagogique et la qualité de leur analyse.
- rappelle les recommandations de bonnes pratiques lorsqu'elles existent.

Les flash sont construits avec un cadre méthodologique précis et reproductible

Exemple de FSP déjà publié



Flash sécurité patient



MESURER & AMÉLIORER LA QUALITÉ

Calcul de doses médicamenteuses

La règle de trois doit rester la règle

16 décembre 2021

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

SOUS-DOSAGE DE POTASSIUM ENTRAÎNANT UNE HYPOKALÉMIE SÈVÈRE

Un patient de plus de 65 ans est admis en service de médecine interne pour altération de l'état général et hypokaliémie. Du POTASSIUM RICHARD® (440 mg/15 mL) sirop en sachet-dose lui est prescrit à raison de 800 mg d'ions potassium 3 fois par jour matin midi et soir. Il est transféré en soins de suite et de réadaptation avec une prescription inchangée. Malgré une supplémentation par sirop de potassium, une hypokaliémie sévère est détectée (2,20 mmol/L), entraînant la prescription de potassium IV en poussée-antigène électrique.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

Le patient a reçu 25 mg d'ions potassium à la place de 800 mg.

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défectueuses

- Suite à une rupture d'approvisionnement, le pharmacien a usagé intentionnel et délivré du GLUCONATE DE POTASSIUM® sirop en remplacement du POTASSIUM RICHARD® sirop en sachet-dose inscrit au livret du médicament de l'établissement.
- Lors de la dispensation, il n'y a pas eu d'information des professionnels de santé de l'établissement sur la rupture d'approvisionnement et sur le médicament réellement délivré: le GLUCONATE DE POTASSIUM® sirop (25 mg/mL) délivré en équivalence à une concentration différente du POTASSIUM RICHARD® sirop en sachet-dose (440 mg/15 mL), initialement prescrit.
- La libellé dans le logiciel de prescription ne précisait pas le dosage des achats de potassium.
- La prescription initiale (POTASSIUM RICHARD® sirop) a été validée dans le logiciel d'aide à la prescription, alors que l'équivalence a été administrée et que le patient a été transféré du service de médecine interne vers le service de soins de suite et de réadaptation avec son flacon de GLUCONATE DE POTASSIUM®.
- Une erreur de préparation a été commise: 1 mL de GLUCONATE DE POTASSIUM® sirop soit 25 mg d'ions potassium 3 fois par jour a été délivré et administré au patient à la place de 30 mL de POTASSIUM RICHARD® sirop en sachet-dose soit 800 mg d'ions potassium 3 fois/jour.



Événement 2

SURDOSAGE DE BENDAMUSTINE ENTRAÎNANT L'ARRÊT DU CYCLE DE CHIMIOTHÉRAPIE

Un patient de plus de 60 ans est hospitalisé en oncologie pour soins 2 séances de chimiothérapie en 2 jours avec la prescription suivante : 70 mg de BENDAMUSTINE à J1 et J2. Chaque dose de chimiothérapie est préparée par le pharmacien dans le laboratoire de reconstitution des chimiothérapies puis transmise au service d'oncologie pour administration au patient. Mais à J2, la reconstitution n'est pas possible car il n'y a plus de flacon de BENDAMUSTINE disponible. La séance de chimiothérapie ne peut avoir lieu.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

Le patient a reçu 100 mg de BENDAMUSTINE le premier jour à la place de 70 mg, soit le dose qui aurait dû être administré sur 2 jours.

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défectueuses

- Deux flacons de BENDAMUSTINE (pour J1 et J2) ont été déposés dans l'actéateur de chimiothérapie alors que le dose du J1 ne nécessitait qu'un flacon.
- Une erreur lors de la reconstitution du produit à la pharmacie à usage intérieur a été commise : plutôt que de reconstituer 1 flacon de 100 mg de BENDAMUSTINE avec 40 mL d'eau pour préparation injectable, la reconstitution a été faite à partir de 2 flacons de 100 mg avec chacun 20 mL d'eau, soit le double de la concentration prescrite.
- Le préparateur en pharmacie n'a pas respecté les recommandations de reconstitution du produit telles que précisées dans le résumé des caractéristiques du produit: il est recommandé de reconstituer chaque flacon de BENDAMUSTINE contenant 100 mg de chlorhydrate de BENDAMUSTINE dans 40 mL d'eau pour préparation injectable.

Événement 3

SURDOSAGE DE CLONIDINE CHEZ UN ENFANT ENTRAÎNANT SON TRANSFERT EN RÉANIMATION

Un enfant de 8 ans polyhandicapé présentant une encéphalopathie épileptique, est hospitalisé en hôpital de jour pour réalisation d'une JRM à visée digestive sous anesthésie générale. Une prémédication par CLONIDINE 50 µg per os est prescrite (protocole habituel hors AMM) par l'anesthésiste. Mais 20 minutes après l'administration de la prémédication le patient présente une hypoventilation, une bradypnée et un état de conscience altéré. Il est transféré en réanimation où il est intubé et mis sous ventilation assistée.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

Le patient a reçu 10 fois la dose prescrite soit 500 µg de CLONIDINE à la place de 50 µg.

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défectueuses

- Le CLONIDINE n'a pas d'AMM chez l'enfant mais est utilisée parfois en pédiatrie, notamment en prémédication en anesthésie.
- Les formes génériques commercialisées ne sont pas adaptées à la pédiatrie. En France, le CLONIDINE est commercialisée sous deux formes :
 - solution injectable : ampoule de 1 mL à 0,15 mg/mL ;
 - comprimé sécable : 0,15 mg/cp.
- Le protocole institutionnel d'administration de la CLONIDINE chez l'enfant (connu de l'IDE) et oné dans le logiciel d'aide à la prescription de l'établissement préconise d'utiliser la solution injectable et de la diluer au double avant administration. Cependant le notion de solution diluée n'est pas reprise dans la phrase récapitulative indiquant le volume à administrer.
- Une erreur de préparation lors de la dilution a été commise : au lieu de diluer une ampoule dans 10 mL et de prélever 6 mL de solution diluée, l'IDE a prélevé 6 mL de CLONIDINE pure (soit 6 ampoules de 1 mL à 0,15 mg/mL).
- Les bonnes pratiques d'administration n'ont pas été respectées :
 - l'IDE qui a préparé n'est pas celle qui a administré le produit d'où l'absence de vérification de l'adéquation entre la prescription et la préparation ;
 - l'IDE a réalisé la préparation du médicament à partir de l'étiquette préparée pour étiqueter la seringue et non à partir de la prescription informatique.
- L'IDE a éliminé les jours précédents 2 nuits de travail suivies d'un jour de repos pour reprendre son travail dès la matin du quatrième jour et non l'après-midi comme cela est habituellement planifié dans le service, auquel se surajoute un contact d'interruption de tâches.

Mots clés : calcul de dose - erreur médicamenteuse - préparation - surdosage - sous-dosage

Pour que cela ne se reproduise pas

Le calcul de doses peut s'avérer nécessaire à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse et concerne tous les acteurs de cette prise en charge.

Il est donc impératif pour tout professionnel de santé :

- de maîtriser la règle de trois ;
- de maîtriser les fondamentaux du calcul (les unités de masses, de volume, de temps, les conversions, les concentrations, les dilutions, les débits, etc.) ;
- de systématiser le double contrôle :
 - pour les médicaments considérés à risque, les médicaments injectables, et de façon générale pour toutes les préparations qui demandent une reconstitution,
 - dès que le doute s'immisce lors du calcul de la dose, et ce, quelle que soit l'étape de la prise en charge médicamenteuse,
 - lors de la rédaction de la prescription, de son analyse, de sa préparation et de son administration ;
 - de s'interdire et d'interdire toute interruption de tâche ;
 - de standardiser autant que possible la modalité de préparation et de mettre à disposition des professionnels des fiches mémo telles que tableau de conversion, tableau de correspondance, tableau de calcul de dose, adaptés au secteur d'activité considéré.
- de façon plus générale, il est souhaitable :
 - de renforcer l'acquisition et le maintien du raisonnement mathématique dans la formation de tous les professionnels de santé ;
 - d'utiliser et développer autant que possible des applications de calcul de dose ;
 - de systématiser les remises d'informations quant aux formes pédiatriques non adaptées pour un secteur d'activité considéré auprès des industriels, de l'ANSM, et de toute instance concernée.



La collection Flash sécurité patient

La collection « Flash sécurité patient » a pour objectif d'attirer l'attention et de sensibiliser les professionnels de santé à la gestion des risques. Chaque flash est élaboré sur un risque particulier et revient à partir d'événements indésirables graves associés aux soins (DIG), identifiés et sélectionnés dans les bases nationales de retour d'expérience des événements indésirables graves associés aux soins ou de l'actualisation des médicaments. Ce flash s'intéresse à la survenue d'événements indésirables mettant en cause les erreurs médicamenteuses liées à des erreurs de calcul de doses. Il relate des événements auxquels des professionnels de santé ont été confrontés et qui sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements.

Pour en savoir plus :

- Si je souhaite m'évaluer :**
 - diagnostic :
 - Calcul de dose (les fondamentaux) : www.amafrance.fr/CalculdeDoses_memo_gen_memo/co/modulle_Calcul_de_dose_Les_fondamentaux_de_dose_1.html
 - Calcul de dose forme injectable (apport-fondamentaux) : www.amafrance.fr/calculdeDose2/co/LIntroduction.html
 - Le plupart des FSP proposent des exercices corrigés en ligne.
- Si je souhaite me former :**
 - Le guide « Outils de sécurisation et d'autoévaluation des médicaments » (HAS 2012) : www.has-sante.fr/upload/00ca/application/pdf/2012-11/guide_outils_scurisation_autoevaluation_medicaments_complet_2012-11-12_10-59-31_885.pdf
 - Le guide « Interruption de tâche lors de l'administration des médicaments » (HAS 2014) : www.has-sante.fr/upload/2014/02/09/16/interuptiondeTacheLorsdeLAdministrationdesMedicaments

Le double contrôle : démarche qualité en officine : www.demarchequality.fr/boutique/11-doublecontrôle

Le (double) contrôle de la médication à haut risque : recommandations destinées aux hôpitaux : www.securitepatient.fr/medecin/usage_upload/2_Protection_un2_introduction_DDMO/02appelcontrolle_Dysc.pdf

Le (double) contrôle de la médication à haut risque : recommandations destinées aux hôpitaux : www.securitepatient.fr/medecin/usage_upload/2_Protection_un2_introduction_DDMO/02appelcontrolle_Dysc.pdf

Calcul de dose : l'essentiel : www.amafrance.fr/calculdeDose/memo/Fiche_Memo.pdf

Serious game « Apprendre comment faire correctement un calcul de dose pour une perfusion ou une seringue injective ou un poussé-antigène » : www.amafrance.fr/upload/2014/02/09/16/SeriousGame-DMD07.pdf

Le HAS remercie les ONADITS qui ont participé à la lecture de ce flash.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© HAS - Unité de veille - Mars 2021

17 FSP déjà publiés

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3240311/fr/flash-securite-patient



Flash sécurité patient

Sécurité au bloc opératoire

Un petit check vaut mieux qu'un grand choc !

3 juin 2023

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

INTERRUPTION DE TÂCHE AU BLOC OPÉRATOIRE, RESPONSABLE D'UNE ERREUR DE CÔTÉ OPÉRATOIRE

Un événement est un arrêt ou un décalage par rapport à une planification de soins prévue. Ce n'est pas forcément un événement négatif, mais il peut l'être si les conséquences sont graves. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

- Colmatage de la sonde aspiratoire et débranchement de la sonde de ventilation du patient par recherche de matériel.
- Pratiques et savoir-faire insuffisants des intervenants.
- La mise en place de la sonde aspiratoire et de la sonde de ventilation.
- Les interventions réalisées sans avoir vérifié l'identité du patient et de la sonde.
- Le fait que le patient n'a pas été correctement identifié avant l'intervention.
- Le fait que le patient n'a pas été correctement identifié avant l'intervention.
- Le fait que le patient n'a pas été correctement identifié avant l'intervention.
- Le fait que le patient n'a pas été correctement identifié avant l'intervention.
- Le fait que le patient n'a pas été correctement identifié avant l'intervention.



Flash sécurité patient

SAMU

Et si coordonner rimait avec communiquer

2 juillet 2021

Ça peut aussi vous arriver


Événement 1

INFORMER D'URGENCE EN TRAÎNANT UN DÉLAI DE PRISE EN CHARGE D'UN AVEU

Un événement est un arrêt ou un décalage par rapport à une planification de soins prévue. Ce n'est pas forcément un événement négatif, mais il peut l'être si les conséquences sont graves. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

- Une erreur de transmission d'informations.
- Une erreur de transmission d'informations.
- Une erreur de transmission d'informations.
- Une erreur de transmission d'informations.
- Une erreur de transmission d'informations.
- Une erreur de transmission d'informations.
- Une erreur de transmission d'informations.
- Une erreur de transmission d'informations.
- Une erreur de transmission d'informations.
- Une erreur de transmission d'informations.



Flash sécurité patient

SAMU

Et si chacun jouait sa partition

29 janvier 2022

Ça peut aussi vous arriver


Événement 1

ERREUR DE DIAGNOSTIC EN TRAÎNANT LE DÉCÈS DE LA PATIENTE

Un événement est un arrêt ou un décalage par rapport à une planification de soins prévue. Ce n'est pas forcément un événement négatif, mais il peut l'être si les conséquences sont graves. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

- Une erreur de diagnostic.
- Une erreur de diagnostic.
- Une erreur de diagnostic.
- Une erreur de diagnostic.
- Une erreur de diagnostic.
- Une erreur de diagnostic.
- Une erreur de diagnostic.
- Une erreur de diagnostic.
- Une erreur de diagnostic.
- Une erreur de diagnostic.



Flash sécurité patient

Suicide

Mieux vaut prévenir que mourir

28 avril 2022

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

DÉFAUT D'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE EN TRAÎNANT UN DÉCÈS

Un événement est un arrêt ou un décalage par rapport à une planification de soins prévue. Ce n'est pas forcément un événement négatif, mais il peut l'être si les conséquences sont graves. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

- Un patient sous traitement pour dépression.
- Un patient sous traitement pour dépression.
- Un patient sous traitement pour dépression.
- Un patient sous traitement pour dépression.
- Un patient sous traitement pour dépression.
- Un patient sous traitement pour dépression.
- Un patient sous traitement pour dépression.
- Un patient sous traitement pour dépression.
- Un patient sous traitement pour dépression.
- Un patient sous traitement pour dépression.



Flash sécurité patient

Changement de sonde nasogastrique chez l'adulte

Une mauvaise position et c'est la réanimation

XX septembre 2022

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

MAUVAIS POSITIONNEMENT D'UNE SONDE NASO-GASTRIQUE SPÉCIFIQUE À UNE INDICATION HÉMODYNAMIQUE EN PRÉSENT DE COMPLICATIONS

Un événement est un arrêt ou un décalage par rapport à une planification de soins prévue. Ce n'est pas forcément un événement négatif, mais il peut l'être si les conséquences sont graves. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

- Une mauvaise position de la sonde.
- Une mauvaise position de la sonde.
- Une mauvaise position de la sonde.
- Une mauvaise position de la sonde.
- Une mauvaise position de la sonde.
- Une mauvaise position de la sonde.
- Une mauvaise position de la sonde.
- Une mauvaise position de la sonde.
- Une mauvaise position de la sonde.
- Une mauvaise position de la sonde.



Flash sécurité patient

Téléconsultation

À distance, redoubler de vigilance

10 décembre 2022

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

DÉFAUT DE DIAGNOSTIC D'UNE APPENDICITE AIGÜE EN TRAÎNANT UNE PERTE DE VIE

Un événement est un arrêt ou un décalage par rapport à une planification de soins prévue. Ce n'est pas forcément un événement négatif, mais il peut l'être si les conséquences sont graves. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

- Un défaut de diagnostic.
- Un défaut de diagnostic.
- Un défaut de diagnostic.
- Un défaut de diagnostic.
- Un défaut de diagnostic.
- Un défaut de diagnostic.
- Un défaut de diagnostic.
- Un défaut de diagnostic.
- Un défaut de diagnostic.
- Un défaut de diagnostic.



Flash sécurité patient

Les soins en ville

Les risques existent aussi

11 mai 2023

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

DÉFAUT DE PRISE EN CHARGE D'UN ACCIDENTÉ À DOMICILE EN TRAÎNANT UN DÉCÈS

Un événement est un arrêt ou un décalage par rapport à une planification de soins prévue. Ce n'est pas forcément un événement négatif, mais il peut l'être si les conséquences sont graves. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

- Un défaut de prise en charge.
- Un défaut de prise en charge.
- Un défaut de prise en charge.
- Un défaut de prise en charge.
- Un défaut de prise en charge.
- Un défaut de prise en charge.
- Un défaut de prise en charge.
- Un défaut de prise en charge.
- Un défaut de prise en charge.
- Un défaut de prise en charge.

En collaboration avec les OMédITS



Flash sécurité patient

Patient sous neuroleptique

La vigilance est la bonne pratique

27 octobre 2022

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

ASSEMBLÉE D'EXAMEN CLINIQUE D'UN PATIENT SOUS CLUZAPINE EN PSYCHIATRIE

Un événement est un arrêt ou un décalage par rapport à une planification de soins prévue. Ce n'est pas forcément un événement négatif, mais il peut l'être si les conséquences sont graves. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.



Flash sécurité patient

Médicaments à risque

Sous-estimer le risque, c'est risqué

19 juin 2021

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

STRONGID ET TRIMAZOLAM CHEZ UN ENFANT EN TRAÎNANT UN DÉCÈS

Un événement est un arrêt ou un décalage par rapport à une planification de soins prévue. Ce n'est pas forcément un événement négatif, mais il peut l'être si les conséquences sont graves. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.



Flash sécurité patient

Accidents liés à un médicament à risque

Qui dit potassium (KCl) dit vigilance maximale

24 juin 2021

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

PERFUSION DE KCl TRÈS RAPIDE EN TRAÎNANT LE TRANSFERT EN SOINS INTENSIFS

Un événement est un arrêt ou un décalage par rapport à une planification de soins prévue. Ce n'est pas forcément un événement négatif, mais il peut l'être si les conséquences sont graves. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.



Flash sécurité patient

Calcul de doses médicamenteuses

La règle de trois doit rester la règle

18 décembre 2021

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

SOUS-ESTIMATION DES DOSES EN TRAÎNANT UN DÉCÈS

Un événement est un arrêt ou un décalage par rapport à une planification de soins prévue. Ce n'est pas forcément un événement négatif, mais il peut l'être si les conséquences sont graves. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

- Un défaut de calcul.
- Un défaut de calcul.
- Un défaut de calcul.
- Un défaut de calcul.
- Un défaut de calcul.
- Un défaut de calcul.
- Un défaut de calcul.
- Un défaut de calcul.
- Un défaut de calcul.
- Un défaut de calcul.



Flash sécurité patient

Dispositifs médicaux

Bien s'en servir... pour éviter le pire

18 novembre 2021

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

INTRODUCTION AU FUSIFORME EN TRAÎNANT UN TRANSFERT DU PATIENT EN RÉANIMATION

Un événement est un arrêt ou un décalage par rapport à une planification de soins prévue. Ce n'est pas forcément un événement négatif, mais il peut l'être si les conséquences sont graves. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.



Flash sécurité patient

Le stockage des curares

Des erreurs pas si rares

28 avril 2022

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

ADMINISTRATION D'UN CURARE PAR ERREUR EN TRAÎNANT UN ARRÊT RESPIRATOIRE

Un événement est un arrêt ou un décalage par rapport à une planification de soins prévue. Ce n'est pas forcément un événement négatif, mais il peut l'être si les conséquences sont graves. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.



Flash sécurité patient

Les médicaments en pédiatrie

Ce n'est pas un jeu d'enfant

9 mars 2023

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

SURDOSAGE MORPHINIQUE CHEZ UN ENFANT DE 6 ANS EN TRAÎNANT SA RÉANIMATION

Un événement est un arrêt ou un décalage par rapport à une planification de soins prévue. Ce n'est pas forcément un événement négatif, mais il peut l'être si les conséquences sont graves. Les événements négatifs sont des événements indésirables évitables (EIE) dus à un échec de l'organisation des soins et de l'attention des soignants. Ils sont évitables et peuvent être évités par des mesures préventives.

Que s'est-il passé ? Causes immédiates

- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.
- Un défaut de surveillance.



4

Actions en cours et à venir



Sensibiliser à la déclaration

- Document pédagogique à destination des directions d'ES
- Portage via la certification des ES
- Portage et renforcement de la culture de sécurité (signature mesure HAS-FORAP en 2023)



Améliorer la qualité des déclarations

- Promotion du guide d'élaboration des déclarations
- Accompagnement des établissements par les SRA
- Evolution des pratiques de déclaration
- Événements HAS (journée nationale annuelle...)



Augmenter le nombre de productions de retour d'expérience

- Labellisation de productions élaborées par d'autres organismes
- Collaborations spéciales sur des déclarations/signalements d'autres « vigilances » (ex: infections associées aux soins avec SPF)

Feuille de route sécurité du patient et du résident 2023-2025 (DGOS)

Pour en savoir plus....

www.has-sante.fr rubrique « professionnels » / « sécurité du patient »

« Événements indésirables associés
aux soins (EIAS) : les analyser, c'est progresser ! »

Replay Webinaire HAS- FORAP



Vidéo spéciale semaine sécurité du patient



- Contact : contact.evoqss@has-sante.fr

ECHANGES

- Questions / Réponses

Synthèse

La Belle Histoire

Noëlle VIDAL – Cadre de Sante – Chargée de missions SRA

Cédric CORVOISIER - Responsable

