

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Que faire face aux événements indésirables graves (EIGS) ?



ars
Agence Régionale de Santé
Centre-Val de Loire

HAS

Philippe Chevalier
Conseiller technique

Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins

EvOQSS

Il y a des accidents, c'est incontestable !

Etude ENEIS (2010)

en établissement de santé

- 270.000 à 390.000 EIG par an dont 40% évitables
- 1 EIG tous les 5 jours dans un service de 30 lits

Etude ESPRIT (2013)

en ville auprès de médecins généralistes

- 22 EIAS pour 1,000 actes dont 2% sont des EIG

EIAS : événement indésirable associé à des soins

EIG : événement indésirable grave associé à des soins

Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé

Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004

N° 17
2010

La DREES a réédité en 2009 l'Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS). L'objectif principal était d'estimer la fréquence et la part d'évitabilité des événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé et d'observer les évolutions par rapport à l'enquête de 2004. En 2009, 374 EIG ont été identifiés au cours de l'enquête, dont 214 sont survenus au cours de l'hospitalisation et 160 sont à l'origine d'une hospitalisation.

Parmi les EIG survenus en cours d'hospitalisation, dont le nombre est évalué en moyenne à 6,2 pour 1 000 journées d'hospitalisation, 87 ont été identifiés comme « évitables », soit 2,6 pour 1 000 journées. Par ailleurs, ont été observés en

ARTICLE // Article

ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN SOINS PRIMAIRES SUR LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS EN FRANCE (ESPRIT 2013)

// ESPRIT 2013: A FRENCH EPIDEMIOLOGICAL SURVEY ON MEDICAL ERRORS ASSOCIATED TO PRIMARY CARE

Philippe Michel^{1,2} (philippe.michel@chu-lyon.fr), Anne Mosnier³, Marion Kretz⁴, Marc Chaneille⁵, Isabelle Dupie⁶, Anouk Haeringer-Cholelet⁷, Maud Keriel-Gascou⁸, Claire Larrivé⁹, Jean-Luc Quenon¹⁰, Frédéric Villebrun¹¹, Jean Bram¹²

¹ Comité de coordination de l'évaluation et de la qualité en Aquitaine, Bordeaux, France
² Hospices civils de Lyon, France

³ Open Rome et réseau des Grog, Paris, France
⁴ Département de médecine générale, EA 4108 Université Lyon I, Lyon, France

⁵ Médecin généraliste, Paris, France
⁶ RéQua, Réseau qualité de Franche-Comté, Besançon, France

⁷ Faculté de médecine générale Paris Descartes, Paris, France
⁸ Centres municipaux de santé, Saint-Denis, France

⁹ Haute Autorité de santé, Saint-Denis, France

Soumis le 25.03.2014 // Date of submission: 03.25.2014

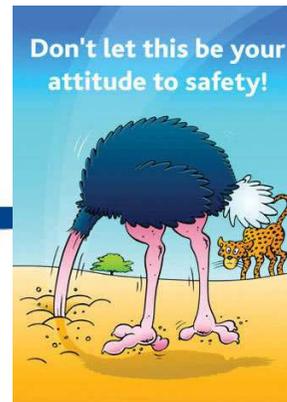
Résumé // Abstract

Introduction – L'objectif de l'étude Esprit, lancée en 2003 à l'initiative du ministère de la Santé, était d'estimer, en France, la fréquence des événements indésirables associés aux soins (EIAS) en médecine générale, d'en décrire la typologie et d'identifier les EIAS évitables.

Méthode – Étude transversale de type « une semaine donnée » chez des médecins généralistes (MG). Un EIAS était défini comme un « événement ou circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient, et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau ». La population était l'ensemble des patients vus par un échantillon de MG tirés au sort dans le Réseau des Groupes régionaux d'observation de la grippe (Grog) et formés à la problématique des EIAS et au protocole d'étude par téléphone. Le recueil de données était fait en ligne sur un site dédié et sécurisé. Dans un deuxième temps, un séminaire de MG experts a permis de 1) valider les EIAS, 2) classer chaque EIAS selon deux taxonomies, 3) en définir le caractère évitable ou non.

Résultats – Au total, 79% des MG contactés (127/160) ont participé à l'étude, permettant de recueillir 13 438 actes

Que faire ?

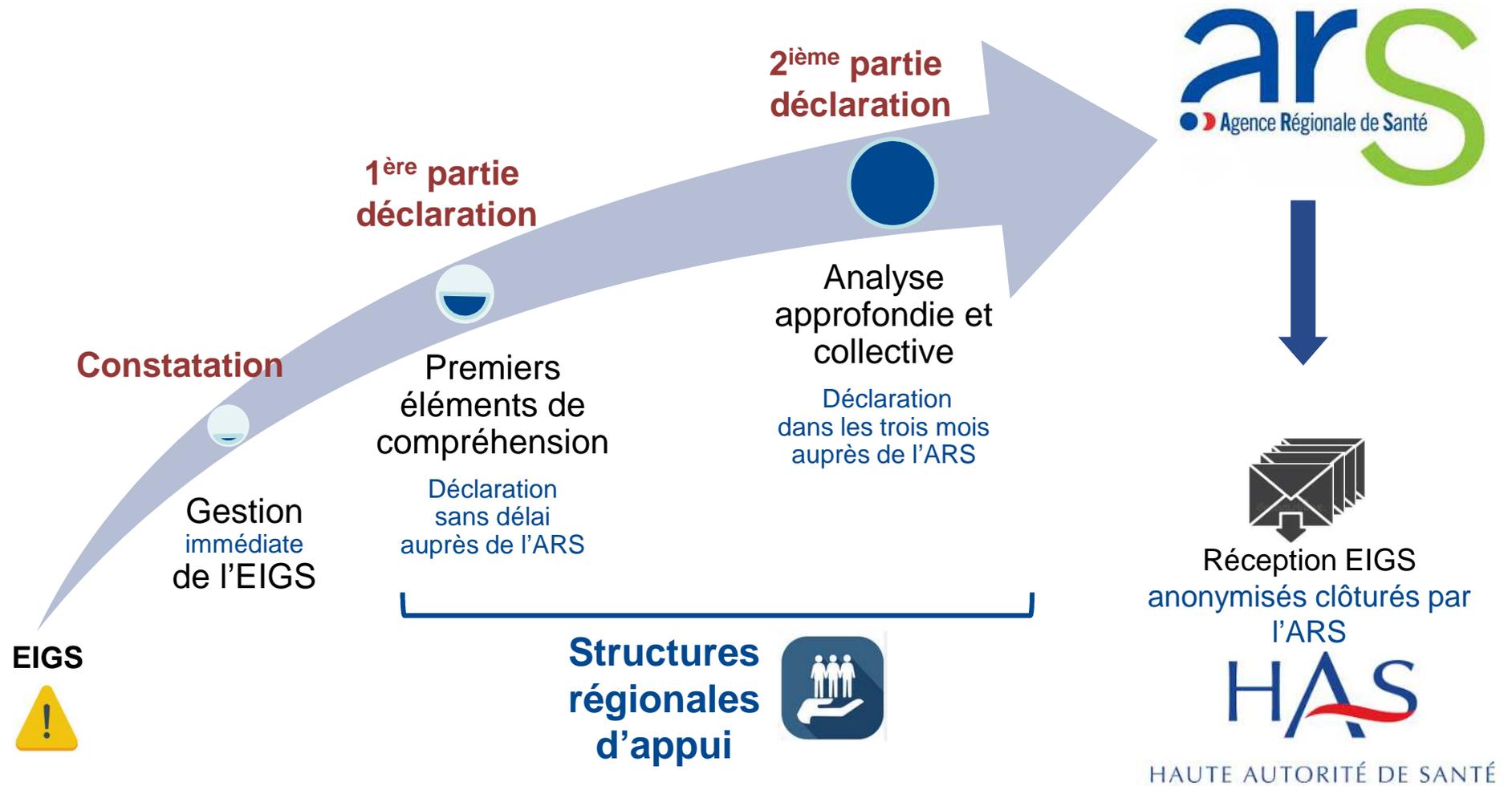


- **Reconnaitre** les EIGS quand ils surviennent
- **Comprendre** ce qu'il s'est passé
- **Agir** : définir un plan d'action et le mettre en œuvre
- **Partager** : avec mes collègues, dans mon organisation...
- ... et avec tous !

En étant acteur du dispositif national de gestion des EIGS



Le tempo de la déclaration



Missions et organisation de la HAS

Missions HAS (décret nov. 2016)

- Réceptionner les déclarations anonymes transmises par les ARS
- Exploiter les EIGS dans une base de retour d'expérience
- Réaliser un bilan annuel accompagné de préconisations pour l'amélioration de la sécurité

Organisation

- ✓ Groupe de travail permanent d'analyse des EIGS
- ✓ 22 experts sélectionnés pour leurs compétences et expériences dans le secteur de la ville, MCO et du médico-social dont un représentant des usagers



Secteurs professionnels	Métiers
Etab. de santé Médico-social Ville O.Accréditation CPIAS ARS Rt. des usagers ONIAM OMEDIt SRA	Infirmier Cadre de santé Coordonnateur de GdR et RAQ Directeur Médecin Dentiste Pharmacien

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

Rapport annuel d'activité 2017

Octobre 2018

03

Rapport annuel sur les EIGS 2017

Liens vers le rapport EIGS 2017 et le webzine :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2882289/fr/retour-d-experience-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-a-des-soins-eigs

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2885660/fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-la-declaration-individuelle-pour-un-benefice-collectif

Rapport annuel : gravité et contexte

- ✓ Un acte de soin thérapeutique (80%)
- ✓ Une situation d'urgence (50%)
- ✓ Une situation jugée complexe (60%)
- ✓ Un événement évitable (53%)
- ✓ Ayant également des conséquences pour les soignants (45%)

Niveau de Gravité	Nombre d'EIGS	%
Décès	127	44 %
Mise en jeu du pronostic vital	106	37 %
Probable déficit fonctionnel permanent	55	19 %
Total	288	100 %

Secteur de soins	Nombre EIGS	%
Etablissement de santé	229	80 %
Médico-social	50	17 %
Ville	9	3 %
Total	288	100 %

Rapport annuel : mesures prises

1. Mesures immédiates prises (88% EIGS)
2. Événement jugé maîtrisé ou en cours de maîtrise (95 %)
3. Information du patient :
 - information sur EIGS délivrée au patient (30%)
 - une information délivrée aux proches (72%)
 - aucune information délivrée (8% des EIGS)

Rapport annuel : analyse de l'EIGS

Préparation de l'analyse

- Avez-vous, en interne, les ressources et la compétence nécessaires à l'analyse approfondie de cet évènement ?
- Souhaitez-vous l'appui d'une expertise externe pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS ?
- Réunion équipe soignante pour analyser ?
- Pensez-vous que l'évènement est maîtrisé ?

OUI
(96%)

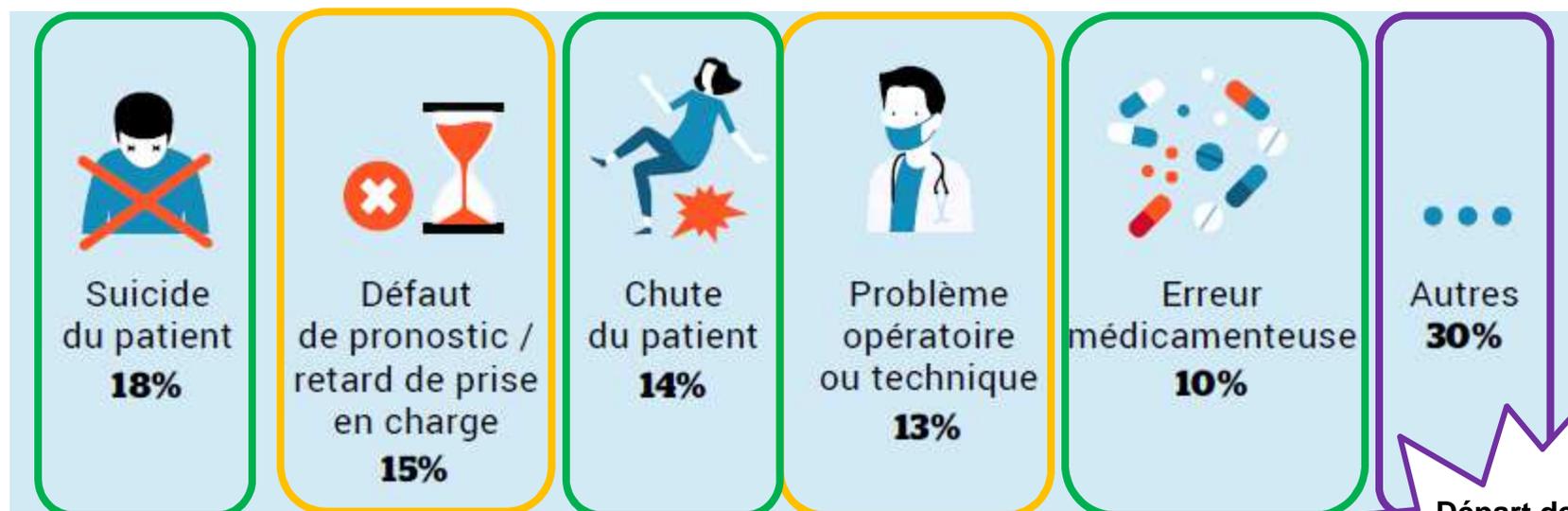
NON
(92%)

OUI
(60%)

OUI
(94%)

Risques identifiés et actions de la HAS

5 natures de risques prédominant (70% des EIGS)



- Mise sous surveillance des risques

- Démarrage d'une étude sur les 3 risques suivants

- Une préconisation pour la sécurité validée

Départ de feu au bloc opératoire 1%

Pré-études sur 3 risques identifiés

1. Lutter contre les suicides

- contexte de prise en charge psychiatrique (50%)
- patients âgés de plus de 70 ans (30%)
- une difficulté dans l'évaluation et la protection du risque suicidaire chez des patients psychiatriques pris en charge dans des services de soins généraux.

2. Erreurs médicamenteuses

- 28 EIGS étudiés soit 10% de la base
- Erreur d'administration (71%) dont la moitié sont des erreurs de dose
- Mise en jeu du pronostic vital (80%)
- 9 EIGS (32%) sont associés avec l'utilisation de morphine dont 7 EIGS correspondent à des erreurs de dose jugées évitables.

3. les chutes des personnes âgées

- Principalement dans les EHPAD (39%) et dans une moindre mesure en établissement de santé de court séjour (29%)
- Personnes de plus de 60 ans (70%) avec un pic entre 80 et 90 ans

Une préconisation pour lutter contre les départs de feu au bloc opératoire

Contexte

- Triangle du feu : antiseptique alcoolique, oxygène et bistouri électrique.
- Accréditation des médecins (2009 à 2016)
 - 100 déclarations en chirurgie viscérale
 - 60 déclarations en chirurgie plastique
- 200 à 600 feux au bloc opératoire par an (USA 2017)

Préconisation

- une solution pour la sécurité des patients élaborée par l'accréditation des médecins



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

POINTS CLÉS & SOLUTIONS
SÉCURITÉ DU PATIENT

Comment gérer les risques associés à l'utilisation du bistouri électrique ?

Juillet 2018

De quoi s'agit-il ?

Chirurgiens et médecins interventionnels utilisent en routine les effets de l'électrochirurgie pour des actions de coagulation ou de section tissulaire. L'électrochirurgie consiste à appliquer, entre deux électrodes, un courant électrique de haute fréquence (HF) sur des tissus biologiques. L'instrument de coupe et de coagulation le plus couramment utilisé en électrochirurgie est le bistouri électrique dont l'électricité HF est fournie par des générateurs. Ce dispositif médical peut être monopolaire ou bipolaire selon le trajet du courant électrique sur les tissus. Ce trajet est long entre électrode active et électrode neutre pour le bistouri monopolaire, ou court entre deux électrodes actives pour le bistouri bipolaire. L'activation de ce dispositif peut être à l'origine d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) que chirurgiens et endoscopistes, engagés dans le dispositif d'accréditation, déclarent auprès de leur organisme agréé. Ces EIAS sont, en général, liés à un dysfonctionnement, à une utilisation inadéquate du matériel ou à un message. La complexité des équipements, l'environnement des sites interventionnels et la méconnaissance des matériels utilisés sur le patient sont autant

de facteurs favorisant et aggravant la survenue d'un EIAS dont les conséquences sont principalement des brûlures cutanées ou viscérales. Méconnus ou mal gérés, ces EIAS peuvent avoir des conséquences graves pour le patient. L'utilisation du bistouri électrique impose une bonne connaissance du matériel et l'application de règles, afin de garantir une sécurité optimale des interventions pour les patients et les équipes des sites interventionnels. Les points clés proposés dans cette solution pour la sécurité du patient sont un outil d'aide permettant de prévenir et gérer les risques associés à l'utilisation du bistouri électrique, pour une utilisation avec une sécurité optimale. Ce document pourra être modifié ultérieurement en fonction de l'évolution constante de la technologie et des techniques opératoires. Il pourra également être complété par des recommandations relevant de l'utilisation d'énergies dites « avancées » (thrombolyse, ultrasons, laser), ou par ce qui relève plus spécifiquement de telle ou telle spécialité comme par exemple l'utilisation de la source de lumière en vidéo-chirurgie (coelioscopie, arthroscopie, etc.) et endoscopie.

La solution pour la sécurité du patient (SSP) s'applique à l'utilisation du bistouri électrique monopolaire et bipolaire (électrochirurgie à haute fréquence) au bloc opératoire et dans les sites interventionnels. Elle est basée sur l'analyse approfondie d'accidents liés à la diffusion thermique et à la dispersion du courant électrique, pourvoyeurs des EIAS survenus et signalés au cours de son utilisation. Cette SSP s'adresse aux chirurgiens et praticiens interventionnels et à leurs équipes (IBODE, IADE, infirmier(e)s circulants et instrumentistes, gestionnaire du bloc, personnel biomédical, infirmier(e)s d'endoscopie, et personnel de la stérilisation). Elle complète les préconisations émises par les fabricants d'instruments d'électrochirurgie.

Dans le cadre du suivi de cette SSP toute difficulté rencontrée lors de sa mise en œuvre devra être communiquée à la Haute Autorité de santé (HAS) qui a coordonné les travaux du groupe de travail, afin que celle-ci évalue la nécessité de la réviser ou de l'actualiser avec l'organisme agréé de chirurgie viscérale et digestive.

1. Le bistouri électrique désigne tout dispositif d'électrochirurgie à haute fréquence utilisé au bloc opératoire et dans les sites interventionnels.
2. Ces termes de « sites interventionnels » sont utilisés pour désigner le bloc opératoire et les autres plateformes techniques (endoscopie, etc.).

Problèmes identifiés

1. Sous déclaration au regard de la réalité

- Un dispositif qui doit encore monter en puissance et donner confiance
- Pas de déclaration du secteur de la ville

2. Déclarations insuffisamment analysées

- Constaté dans 70% des déclarations
- Zone texte non renseignée, analyse approfondie peu ou pas réalisée, renvoi à des pièces jointes non communiquées
- Analyse pas assez approfondie



Aides pédagogiques

- Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des EIAs
- Article webzine et pages web : Déclarer et analyser les événements indésirables graves : comprendre pour agir
- Des guides existants



Déclarer et analyser les événements indésirables graves : comprendre pour

3 février 2017

Déclarer les événements indésirables graves permet de tirer des enseignements et de mettre en plac...

CADRE GÉNÉRAL D'ÉVALUATION DES DÉMARCHES D'ANALYSE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS

Les étapes de la déclaration d'un événement indésirable grave (EIGS)

Un décret de novembre 2016 amène une nouvelle façon de gérer les EIGS en France. Comprendre le processus de déclaration et savoir renseigner le formulaire de déclaration est indispensable pour réaliser une déclaration de qualité

Déclarer et surtout analyser un EIGS ne s'improvise pas.

Il est important de connaître les étapes du processus et d'être personnellement ou institutionnellement prêt à répondre à cette nouvelle approche de traitement des événements indésirables graves, d'en avoir compris les enjeux, les méthodes et les outils. Il s'agit de culture ! la démarche d'analyse ne s'improvise pas.

Un document pour s'aider ! «Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des événements indésirables associés aux soins»

Avant toutes choses, prendre des mesures conservatoires !

Lors de la survenue ou de la découverte d'un événement grave associé à des soins (EIGS), le professionnel de santé se prendra des mesures en lien avec l'organisation dans laquelle il travaille.

POURQUOI ET COMMENT APPRENDRE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES QUI SURVIENNENT ?

La santé est une industrie de haute technologie, s'appuyant sur de multiples compétences humaines et organisationnelles devant s'adapter en permanence aux nouvelles contraintes de soins par le biais de la prise en charge des patients. Le risque est donc important et évolutif. Si une partie de ce risque peut être évitée au regard de la performance reconnue, dans de nombreuses situations des événements indésirables évitables surviennent. Il faut s'organiser pour rendre et ainsi par conséquent des événements indésirables.

Du fait de tous ces événements graves mais évitables, nous nous sommes vu imposer des accords graves plus stricts, des évaluations de risques et des expertises de soins ne doivent pas être influencés à ces événements indésirables. Ce qui nous permet d'en comprendre les causes, les stratégies de soins et le fonctionnement de l'organisation, les équipes ou individus, pour reconnaître des solutions, renforcer les actions et ainsi agir sur le risque.

Dans les activités à risques le retour d'expérience est essentiel pour améliorer la sécurité et les performances.

GRILLE ALARM	
Facteurs contributifs par catégorie	
1. Facteurs liés au patient	1.1. Antécédents 1.2. État de santé (pathologies, co-morbidité) 1.3. Traitement 1.4. Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux 1.5. Relations contributives
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir	2.1. Protocoles (indiqués, non adaptés ou non utilisés) 2.2. Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents) 2.3. Aide à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations) 2.4. Définition des tâches 2.5. Programmation, planification
3. Facteurs liés à l'équipe (environnement)	3.1. Qualifications, compétences 3.2. Facteurs de stress physique ou psychologique
4. Facteurs liés à la communication	4.1. Communication entre professionnels 4.2. Communication vers le patient et son entourage 4.3. Informations soignées (notes patients, etc.) 4.4. Transmissions et alertes 4.5. Répétition des tâches 4.6. Encadrement, supervision 4.7. Demande de soutien ou comportement face aux incidents
5. Facteurs liés à l'environnement de travail	5.1. Administration 5.2. Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.) 5.3. Dispositifs, matériels de patients entre autres ou liés 5.4. Fournitures ou équipements (non disponibles, usagés ou défectueux) 5.5. Informations disponibles, fonctionnement, maintenance 5.6. Efforts (taux de rotation ou en complémentation) 5.7. Charge de travail, temps de travail 5.8. Recueil, bilan
6. Facteurs liés à l'organisation et au management	6.1. Structure hiérarchique (organisation, niveau décisionnel) 6.2. Gestion des ressources humaines, soins, matériel 6.3. Politique de formation continue 6.4. Gestion de la qualité 6.5. Politique d'audit



Annonce d'un dommage associé aux soins



Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville



Revue de mortalité et de morbidité (RMM)



Guide méthodologique



Comment analyser ?

Tout le monde commet des erreurs



**Les erreurs
humaines
sont inévitables**

**Elles sont le prix à payer
de la performance
humaine**



Guichet des erreurs médicamenteuses

ANSM

LISTE DES CONFUSIONS DE NOMS

Ensemble des confusions déclarées depuis mars 2005

► **En gras sur fond vert**, les confusions rapportées entre le 01/10/2014 et le 01/10/2016

A

ABILIFY® et ALIBI®

ACEBUTOLOL-AMIODARONE (confusion entre DCI)

ACTISKENAN® et SKENANT®

ADANCOR® et ANDROCUR®

ADRENALINE® et NORADRENALINE® (confusion entre DCI)

ADVAGRAF® et PROGRAF®

ADVILTAB® et ADVILCAPS®

AIROMIR® et INNOVAIR®

ALFASTIN® et UN-ALFA®

AMIODARONE® et AMLODIPINE

AMYCOR® et CLAMYCOR®

AMYCOR® et OMACOR®

ANGELIQ® et ARKOGELULES ANGELIQUE®

ANSATIPINE® et ASASANTINE L.P®

ARGANOVA® et ORGARAN®

ATARAX® et AGYRAX®

ATARAX® et AZANTAC®

AVANDAMET® et AVODART®

AZILECT® et ARICEPT®

B

BRISTOPEN® et BRISTAMOX®

C

CALTRATE et CALCIPRAT

CARTREX® et CARVEDILOL

quitter

Imprimer



1 erreur...cause immédiate de l'EIGS

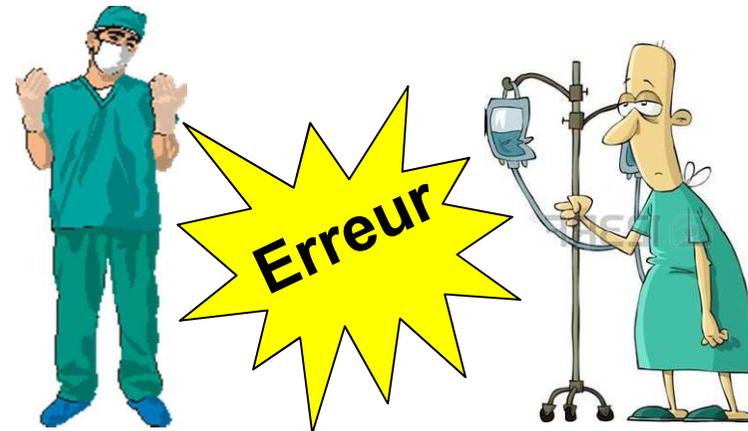


Action ou omission commise dans le processus de soin impliquant souvent un soignant

(lapsus, erreur de discernement, oubli, geste non sur, mise en œuvre incorrecte ou incomplète d'une procédure, manquement délibéré aux pratiques sûres, aux procédures ou aux standards...)

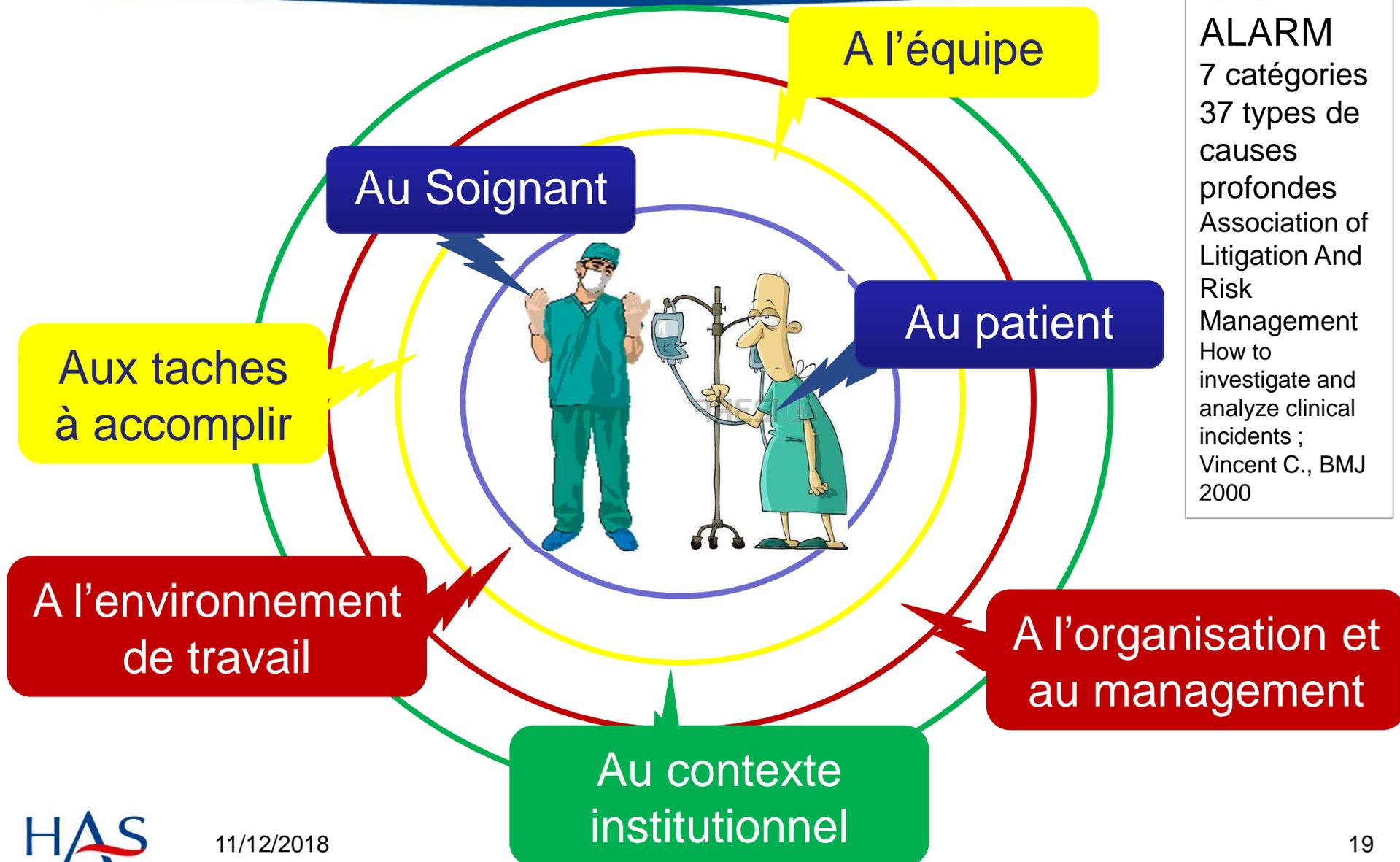
Les pièges de l'analyse superficielle :

La focalisation sur l'erreur
la simplification à une cause unique
L'évidence a posteriori

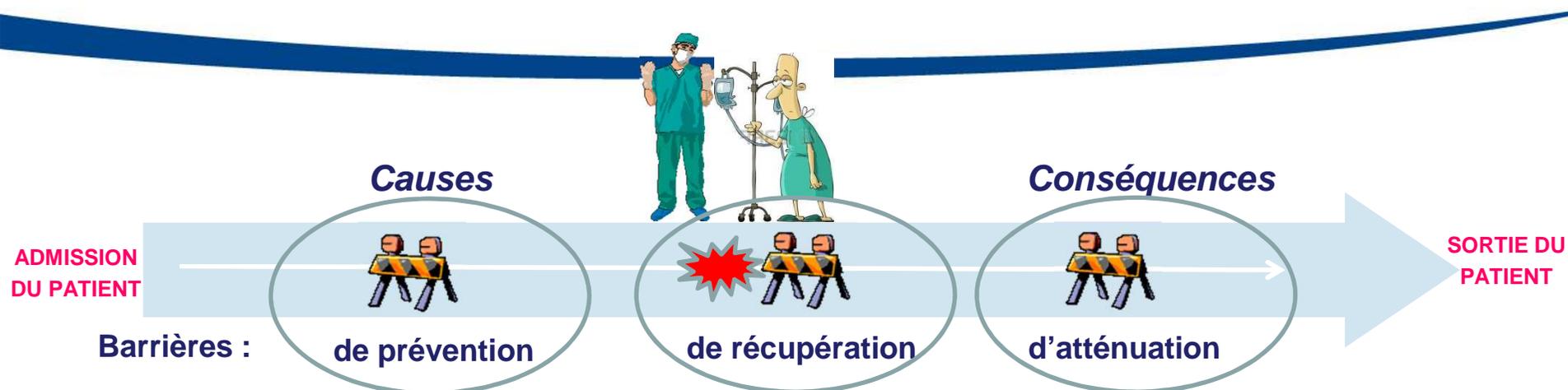


1 erreur...et de multiples causes profondes liées

Grille
ALARM
7 catégories
37 types de causes
profondes
Association of
Litigation And
Risk
Management
How to
investigate and
analyze clinical
incidents ;
Vincent C., BMJ
2000



1 erreur...et des barrières de sécurité



Barrière de prévention

- qui évite la survenue de l'événement

Barrière de récupération

- qui permet d'annuler les conséquences d'un événement initial déjà constitué

Barrière d'atténuation

- qui permet d'atténuer les conséquences de l'accident totalement constitué

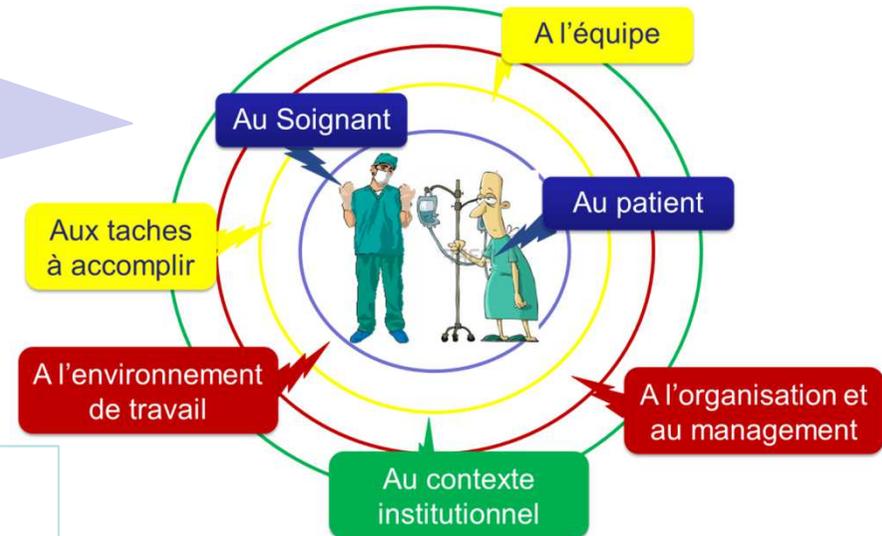
Aucun système ne peut être sûr sans la présence de ces trois types de barrières.

Analyser les barrières

- ✓ manquantes et présentes
- ✓ qui n'ont pas fonctionné
- ✓ qui ont fonctionné

...1 plan d'actions

Ne pas se tromper de cible !
Un plan d'actions centré sur
le renforcement
systémique...

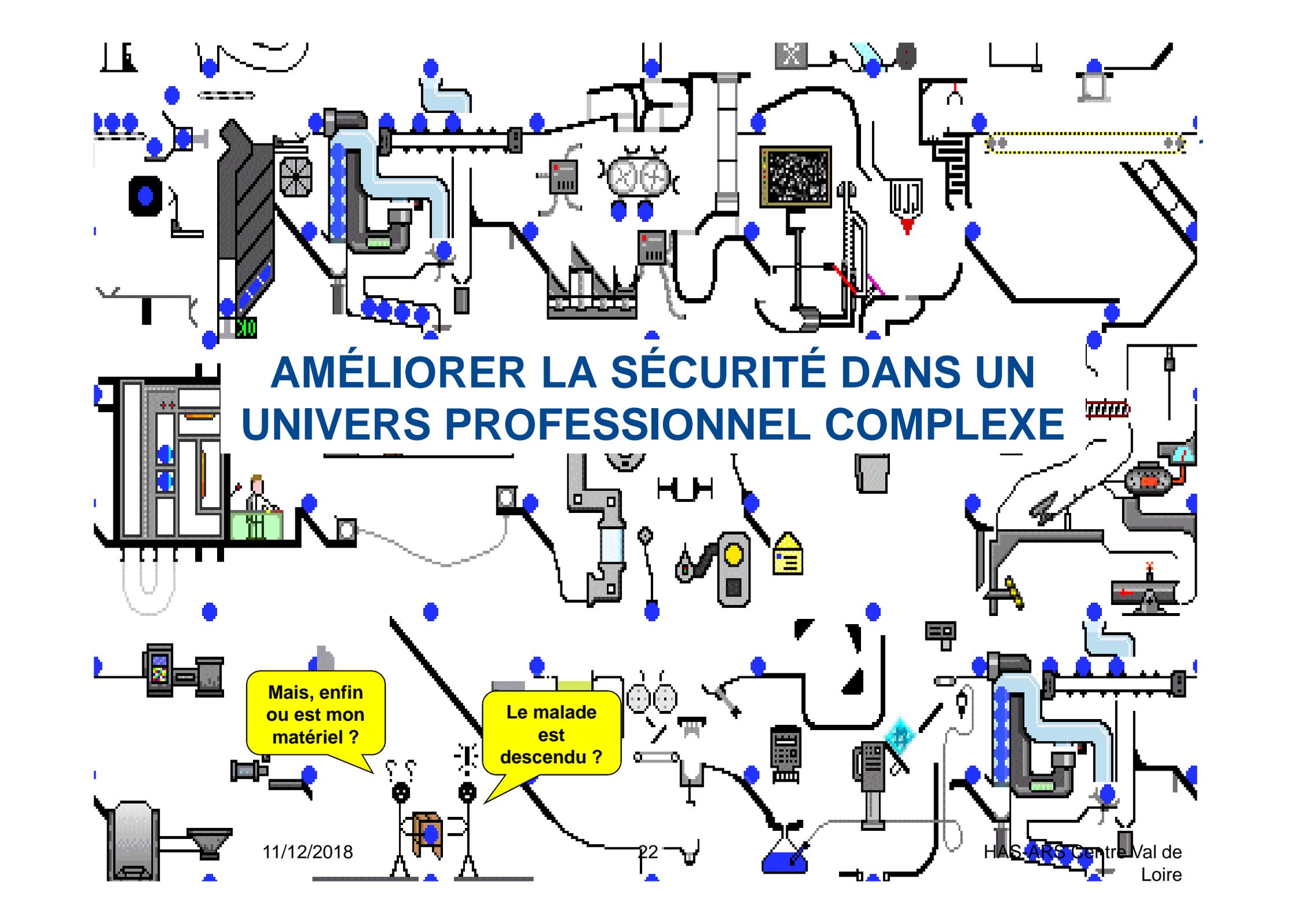


Un plan d'actions

- réaliste, réalisable
- Adapté aux risques identifiés
- Défini avec les professionnels et validé par les responsables
- Communiqué et suivi dans le temps
-

Extrait du guide HAS : Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des EIAS – p 25

« L'objectif principal d'un système de recueil d'événement sur la sécurité du patient est de tirer des leçons de l'expérience...
OMS : Guidelines for adverse event reporting and learning system; 2005



AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DANS UN UNIVERS PROFESSIONNEL COMPLEXE

Mais, enfin
ou est mon
matériel ?

Le malade
est
descendu ?

11/12/2018

HAS-ARS Centre Val de Loire

Améliorer la communication professionnelle



S

Je décris la Situation actuelle concernant le patient :

Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*

Je vous appelle au sujet de : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*

Car actuellement il présente : *motif de l'appel*

Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A

J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :

Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*

Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...

Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*

Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examens sont : *labo, radio, etc.*

La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*

La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E

Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :

Je pense que le problème est : ...

J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*

Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave

Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D

Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :

Je souhaiterais que : ...

par exemple :

Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*

ET

Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quand ?*



RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

Mieux communiquer avec le patient

“ FAIRE DIRE ”

Exemple : M. H., 58 ans, manœuvre-maçon, gros fumeur, vit seul et souffre d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) débutante. Lors d'une consultation en urgence vous lui prescrivez un bronchodilatateur (salbutamol) et de l'amoxicilline 3 fois par jour, pendant 8 jours, à prendre au moment des repas.

Lors de la consultation vous utilisez les 3 étapes successives de l'outil **FAIRE DIRE** :

- après un examen clinique, **vous lui expliquez** le traitement à prendre.
- **FAIRE DIRE** : en vérifiant la compréhension du patient par **une reformulation**, vous vous apercevez de deux problèmes :
 - il a pour habitude de prendre ses médicaments uniquement lors des repas. Or il ne mange que le matin très tôt au réveil et le soir, mais jamais à midi où il saute le repas,
 - lorsque vous lui demandez de vous montrer comment il prend son bronchodilatateur, vous vous apercevez qu'il inhale très superficiellement le produit ;
- **vous lui réexpliquez donc son traitement** en insistant sur les étapes mal comprises et lui faites simuler une inhalation pour vérifier sa bonne compréhension.

Pour plus d'informations

HAS, « FAIRE DIRE », Novembre 2015. www.has-sante.fr

Références

1. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Arch Intern Med 2003;163(1):83-90.
2. Amalberti R. La méthode Teach-back, pour mieux se faire comprendre des patients. Concours Méd 2013;135(7):1-3.
3. Agency for Healthcare Research and Quality, Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, Markowitz AJ. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Evid Rep Technol Assess (Summ) 2001;(43):i-x, 1-668.
4. Anderson JL, Dodman S, Kopelman M, Fleming A. Patient information recall in a rheumatology clinic. Rheumatol Rehabil 1979;18(1):18-22.
5. Kessels RP. Patients' memory for medical information. J R Soc Med 2003;96(5):219-22.



“ FAIRE DIRE ”

Communiquer avec son patient



Mieux gérer les interruptions

Mesures sur l'environnement

Source : www.ulh.nhs.uk/.../lessons_learned/medici



Les locaux

- Un local doit être dédié à la préparation,
- Il est nécessaire d'apporter un bon éclairage et de limiter les nuisances sonores,
- Une démarcation au sol de couleur prévient d'un accès restreint à cet espace.

Des moyens visuels permettant de faire passer un message

- Une veste de couleur lors de la préparation des médicaments est utilisée dans certains pays,
- Un badge comportant le message suivant : « do not disturb » est également utilisé.

L'organisation du travail

- une évaluation de la charge de travail et notamment des pics d'activité permet d'identifier les « zones horaires » à risque et de mener une réflexion sur la planification des préparations,
- cette évaluation doit être confrontée à la charge en personnel en termes de nombre et de qualification,
- élaborer une procédure sur la préparation des médicaments qui vise à réduire voire supprimer les interruptions de tâche durant cette activité.

En cas d'interruption de tâche, la préparation doit être impérativement recommencée

Guide sécurisation et autoévaluation de l'administration des médicaments; HAS 2012

Développer les aptitudes

Entraînement par simulation

- Méthode pédagogique active basée sur l'utilisation de scénarios techniques plus ou moins complexes, permettant un entraînement :
 - À des gestes techniques
 - À la mise en œuvre de procédures
 - Au raisonnement clinique
 - À des comportements individuels et collectifs
 - À la gestion des risques

« Jamais la première fois sur le patient ! »



Développer les aptitudes en équipe (PACTE)

Programme collaboratif pluri professionnel d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) afin de sécuriser la prise en charge du patient.

- Objectifs :
 - Diminuer la survenue des évènements indésirables grâce au travail en équipe.
 - Sécuriser l'organisation de la prise en charge du patient en faisant de l'équipe une barrière de sécurité.



Conclusion



**Que faire face aux événements
indésirables graves (EIGS) ?**

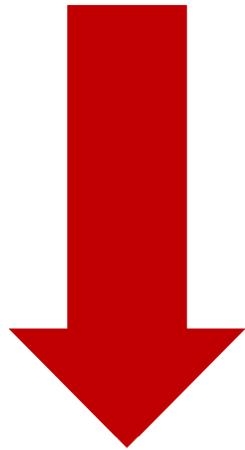
Déclarer, ..ou ne pas déclarer ?

Déclarer, ..ou ne pas déclarer ? ... telle est la question

C'est une question de culture sécurité !



C'est une affaire de culture !



Culture du blâme

Croyance : un bon professionnel ne fait pas d'erreur

Comportement : l'erreur est sanctionnée

Conséquences : peur, dissimulation, méconnaissance

→ Les mêmes erreurs se reproduisent

→ Le système reste dangereux pour les patients

- de sécurité

+ de sécurité

Culture sécurité

Croyance : tout professionnel peut faire des erreurs

Comportement : l'erreur est acceptée et analysée

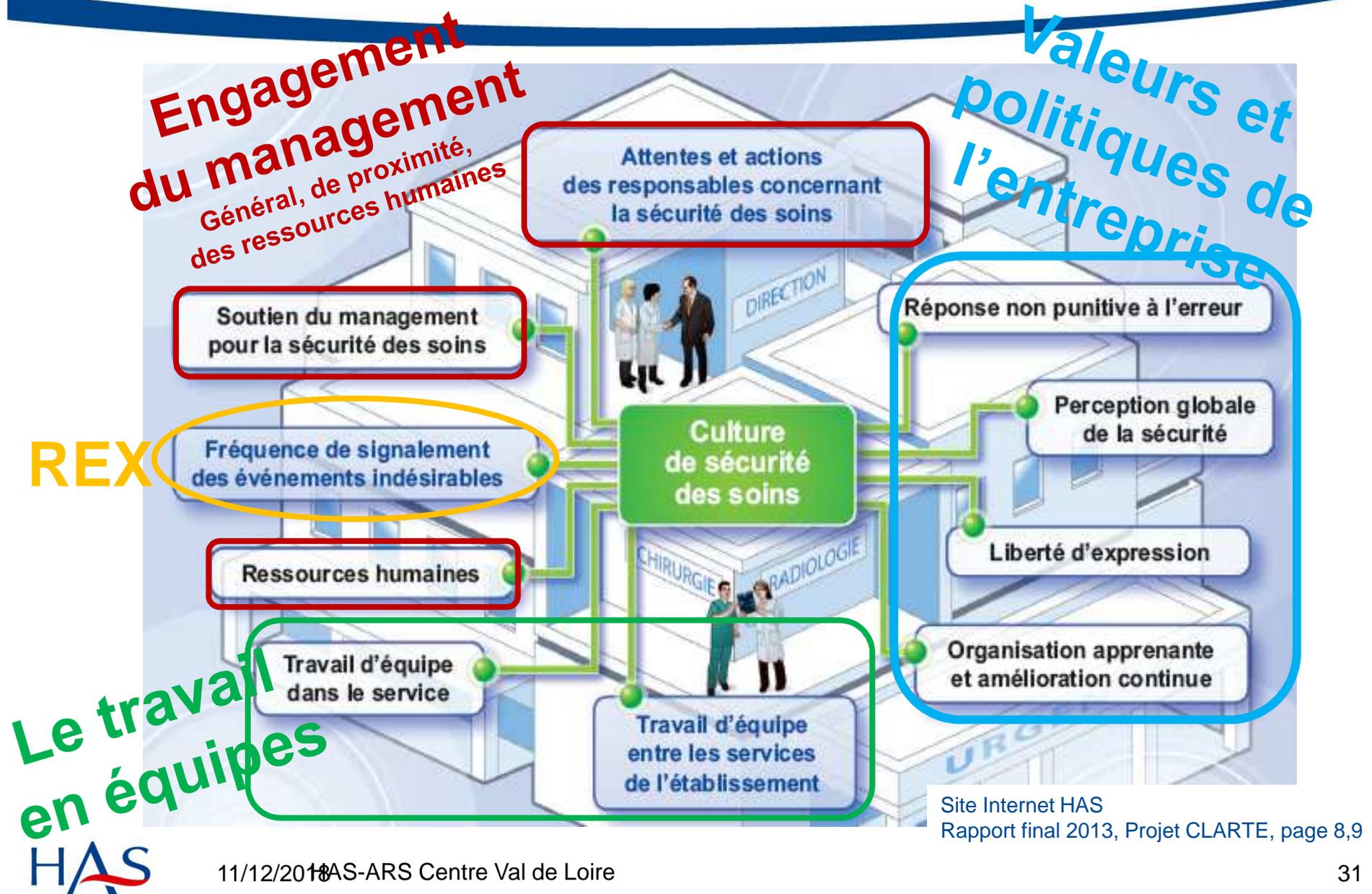
Conséquences : confiance, révélation, connaissance, solutions

→ Les erreurs sont comprises et maîtrisées

→ Amélioration de la sécurité pour les patients



Faire progresser la culture sécurité



Site Internet HAS
Rapport final 2013, Projet CLARTE, page 8,9

Pour en savoir plus.... www.has-sante.fr

Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins

EvOQSS

- **Contact :** contact.evoqss@has-sante.fr
- **rubrique site web HAS : sécurité du patient**
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439188/fr/securete-du-patient



Liens vers le rapport EIGS 2017, le communiqué de presse et le webzine :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2882289/fr/retour-d-experience-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-a-des-soins-eigs

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2885660/fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-la-declaration-individuelle-pour-un-benefice-collectif