

L'ANALYSE DES EVENEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIES AUX SOINS (EIAS). METHODE ALARM-E



https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/analyse_des_eias_essentiel.pdf

Dr Sonla Beltran. SMQPCMP.HCL. sonla.beltran@chu-lyon.fr

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

www.chu-lyon.fr

LA VRAIE
VIE

CAS CLINIQUE

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

www.chu-lyon.fr

ANALYSE D'UN EIAS: CAS CLINIQUE

- Vous êtes cadre du service et à votre retour de congés une IDE vous appelle pour vous raconter que Mme Z a dû être mutée aux soins continus suite à une erreur de dose de Methotrexate (c'est un médicament prescrit dans le cadre de rhumatisme).
- Elle est très perturbée par cette erreur médicamenteuse
- Un peu plus tard dans la matinée, le mari de la patiente vous appelle et vous explique lui aussi ce qui s'est passé.



3 minutes de réflexion



Ne pas confondre
erreur et faute

QUELS SONT LES 3 BONS REFLEXES ?

- **Rassurer le soignant et proposer de l'aide si besoin**
- **Proposer de faire ensemble un signalement**
- **Prévoir une analyse de cet EIAS un peu à distance**
- Convoquer le soignant le lendemain pour un entretien de recadrage(elle sait très bien qu'elle ne doit pas administrer de traitement sans prescription)

ANALYSE D'UN EIAS: CAS CLINIQUE. CHRONOLOGIE

Contexte : Vous êtes cadre du service et à votre retour de congés une infirmière vous appelle pour vous raconter que Mme Z a dû être mutée aux soins continus suite à une erreur de dose de Methotrexate (c'est un médicament prescrit dans le cadre de rhumatisme). Elle est très perturbée par cette erreur médicamenteuse. Un peu plus tard dans la matinée, le mari de la patiente vous appelle et vous explique lui aussi ce qui s'est passé.

ANALYSE D'UN EIAS: CAS CLINIQUE

6

Déroulement des faits :

Le samedi, 8h00. Mme Z., patiente de 85 ans, est adressée aux urgences par son médecin traitant pour un traumatisme de l'épaule consécutif à une chute par maladresse. Elle a une incapacité à mobiliser le membre supérieur. Elle est amenée par les pompiers, avec un courrier du remplaçant de son médecin traitant. Dans sa lettre, il précise un antécédent de polyarthrite rhumatoïde traitée par méthotrexate (NOVATREX* 2,5 mg, 3 cp le ma???, *c'est mal écrit*).

L'imagerie réalisée à 16h00 révèle une fracture déplacée de la tête humérale. Le transfert en service de chirurgie orthopédique est organisé à 17h30: l'équipe paramédicale est informée de l'arrivée de Mme Z., avec comme prescription un traitement antalgique Paracétamol comprimé 1g / 8h à adapter en fonction de l'évaluation de la douleur.

Le mari de la patiente téléphone à 18h pour prendre des nouvelles et informe l'infirmière que la patiente prend actuellement un traitement par Novatrex et explique à l'IDE que la patiente a une boîte neuve du médicament dans son sac. A la question: votre épouse a-t-elle pris son traitement ce matin ? L'époux répond: non elle n'a rien pris. Alors que l'infirmière allait lui demander d'apporter l'ordonnance, elle est interrompue par sa collègue aide-soignante qui lui demande de raccrocher pour venir l'aider. L'Infirmière s'exécute. Il ne s'agissait pas d'une urgence.

ANALYSE D'UN EIAS: CAS CLINIQUE

7

Déroulement des faits :

L'infirmière appelle le médecin des urgences à 18h15 pour savoir s'il peut prescrire le Novatrex. Celui-ci lui dit qu'il est débordé (arrivée aux urgences des victimes d'un carambolage) et que pour aujourd'hui, elle peut se servir de l'ordonnance de la patiente. L'infirmière répond que la patiente n'a pas d'ordonnance, il lui dit alors de regarder le courrier du médecin traitant (il se rappelle que celui-ci était précis).

L'IDE fait une cible en notant que la patiente prend selon le courrier du médecin traitant du Nolvatrex 3 cps par jour le matin (*elle a lu matin sur le mot manuscrit du médecin traitant*). Elle signale à la relève l'absence de prescription à sa collègue et signale que pour qu'il n'y ait pas de saut de prise ce samedi, elle a donné le traitement le soir, le mari de la patiente lui ayant dit qu'elle n'avait pris aucun traitement ce matin.

Ne disposant pas de NOVATREX dans la pharmacie du service et pour éviter de déranger le pharmacien sur ce week-end de 3 jours (le lundi est férié), il est convenu avec la famille d'utiliser les boîtes de médicaments de la patiente.

Le chirurgien orthopédique passe voir la patiente et prévoit une intervention pour le mercredi suivant, le temps de commander et de réceptionner le Dispositif Médical Implantable, qui n'est pas en dépôt au sein de l'établissement. Il passe dans le service sans informer de son passage l'Infirmière. Il met un mot de synthèse dans le dossier.

ANALYSE D'UN EIAS: CAS CLINIQUE

Déroulement des faits :

Le dimanche à 8h la patiente signale que ce n'est pas elle qui prépare ces médicaments habituellement mais qu'elle ne prend jamais autant de comprimés tous les jours.

L'Infirmière du jour (différente du samedi) lui dit que c'est pour qu'elle n'est pas mal et donne les 3 comprimés de Nolvatrex en plus du doliprane. Comme c'est dimanche, elle n'ose pas déranger l'anesthésiste pour régulariser la prescription et note dans les transmissions qu'elle a donné les 3 cps de Nolvatrex.

Elle fera pareil **le lundi** qui est férié. La consultation pré-anesthésique est demandée pour le mardi matin.

Le bilan sanguin est prélevé le **mardi** matin avant la consultation d'anesthésie. L'infirmière du jour (la même depuis dimanche) signale au Médecin Anesthésiste (MAR) une altération de l'état général de la patiente, avec une fièvre à 38°2. Le MAR examine la malade et les résultats biologiques du bilan du matin : les résultats sont en faveur d'une pancytopénie (chute des globules dans le sang). En interrogeant l'Infirmière, il se rend compte de l'erreur d'administration de Nolvatrex (donné de manière quotidienne au lieu d'hebdomadaire). La patiente a donc reçu en 5 jours 37,5 mg de Methotrexate au lieu de 7,5 mg par semaine.

Déroulement des faits :

Conclusion : Mme Z. et sa famille sont prévenues de l'erreur d'administration et de la prise en charge spécifique envisagée (la patiente sera mutée en réanimation pour un choc septique). La patiente bénéficiera de l'intervention chirurgicale prévue avec 1 mois de retard. L'hospitalisation aura duré 2 mois.

Informations complémentaires : Lors de l'annonce de l'erreur médicamenteuse, le mari signale qu'il a bénéficié d'une information pour l'administration du Methotrexate. Il savait que le médicament pouvait être dangereux, qu'il se prenait qu'une fois par semaine (le mardi) et qu'il ne devait pas donner à sa femme des médicaments sans avis du médecin ou du pharmacien. Il allait le dire à l'Infirmière quand elle a raccroché précipitamment sans rappeler. Il n'a pas osé rappeler.

En reprenant le courrier du médecin traitant, il avait (mal) écrit 3 cps le mardi et non pas le matin.

3 minutes de réflexion

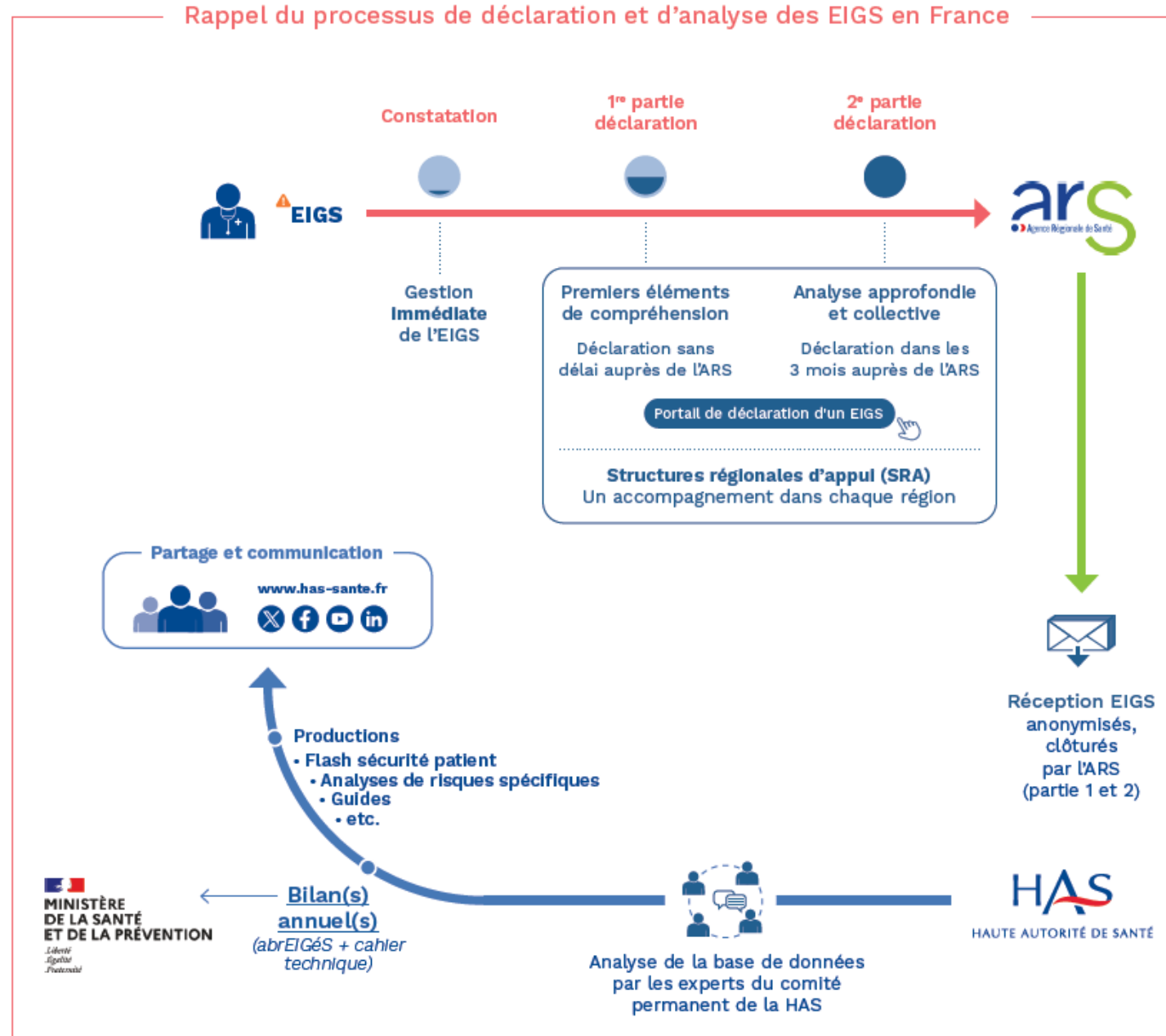
10



**AVANT DE PENSER A L'ANALYSE APPROFONDIE
QUE FAITES VOUS ?**

PREMIER REFLEXE: MISE EN JEU DU PRONOSTIC VITAL = EIGS

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3644107/fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-rapport-annuel-2024



VOUS PRÉPAREZ LA RÉUNION D'ANALYSE DE CET EIAS.

12

- Qui conviez-vous à cette réunion ?



3 minutes de réflexion

VOUS PRÉPAREZ LA RÉUNION D'ANALYSE DE CET EIAS.

13

- **Sont conviés à cette réunion**
 - Un médecin référent qualité du pôle formé à la méthode ALARM qui n'a pas pris en charge la patiente et qui animera la réunion
 - Les deux infirmières qui ont pris en charge la patiente
 - La cadre du service
 - Le médecin des urgences
 - Un médecin du service d'orthopédie (qui finalement ne viendra pas car il est au bloc)
 - Le médecin anesthésiste réanimateur
 - Le pharmacien

5 étapes d'analyse d'un EIAS

1. Reconstitution d'un EIAS
2. Recherche des causes de l'EIAS
3. Recherche de barrières de sécurité
4. Plan d'actions
5. Communication

ETAPE 1

14

- Quelle est l'étape 1 et comment la formalisez-vous ?



3 minutes de réflexion

ETAPE 1 DE L'ANALYSE : RECONSTITUTION DE LA CHRONOLOGIE DE L'ÉVÈNEMENT



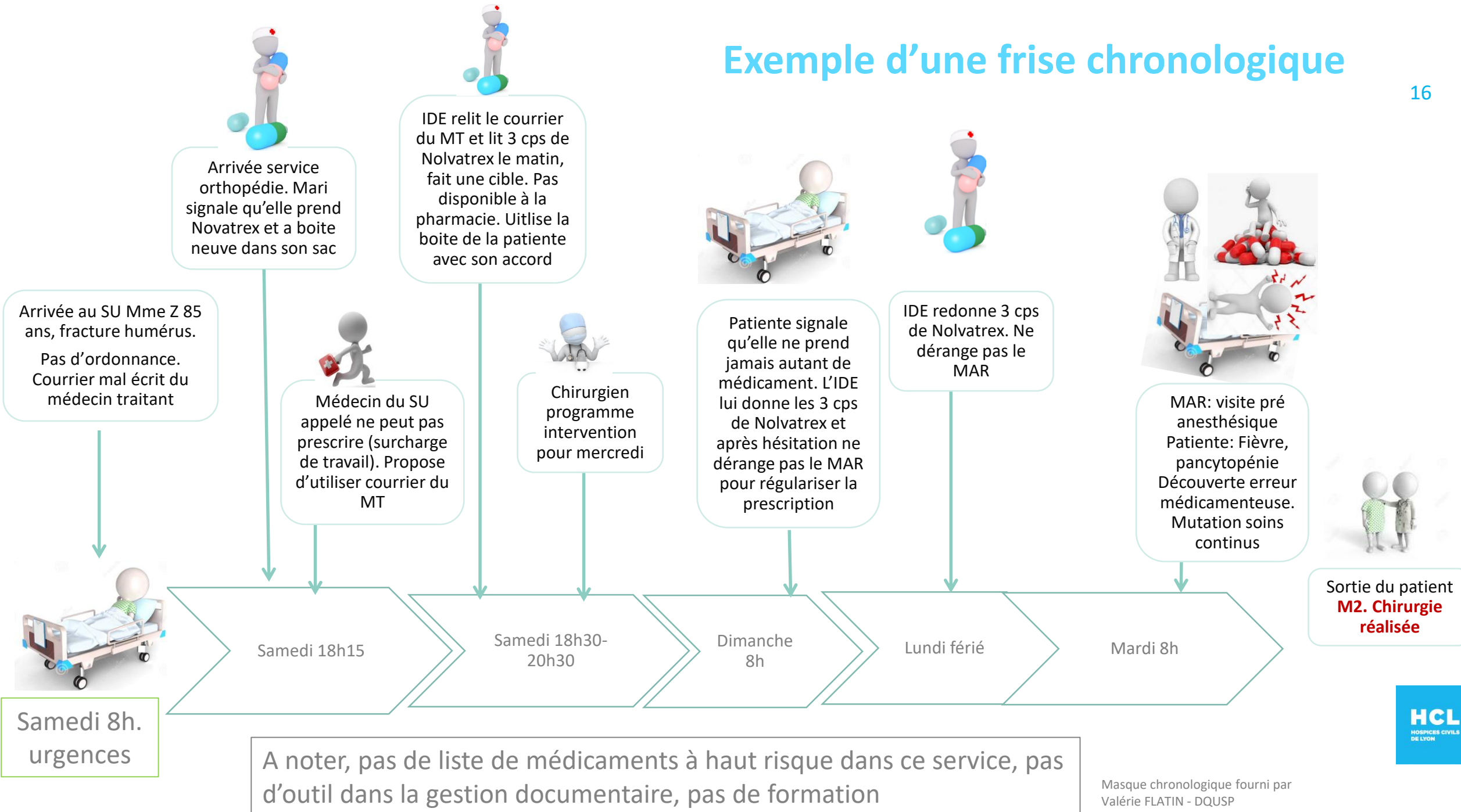
- Objectif: Comprendre ce qu'il s'est passé. Base de travail pour l'analyse des événements
- Synthèse sous forme de tableau synthétique

Que s'est-il passé ?				
	Quand ? (date heure)	Qui est intervenu/concerné ? Profession (Attention à l'anonymisation, pas de données nominatives dans cette colonne)	Quelle action ?	Comment ?
1				
2				
3				

- Ou sous forme de frise

Exemple d'une frise chronologique

16



ETAPE 2

17

- Quelle est la cause immédiate ?



3 minutes de réflexion

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

18

- **Objectif: Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé**
 - 1. La cause immédiate, ou « comment cela est-il arrivé ? » : Erreur Médicamenteuse par erreur de fréquence d'administration de Methotrexate, administré sans prescription



ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT



19

- **Objectif: Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé**
- 2. Les causes profondes/facteurs contributifs, ou « pourquoi cela est arrivé ? » : causes liées à des **facteurs organisationnels et/ou techniques**. Les causes profondes sont recherchées selon une démarche structurée et méthodique en rapport avec les causes immédiates identifiées. Mobilisation de multiples acteurs pour avoir des regards croisés sur une situation donnée

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



20

- Catégorie 1: le patient

Patient

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...) ?

- Patiente âgée peu au courant de ses traitements (mais à tout de même alerté).
- Mari impliqué dans la prise en charge mais qui n'a pas donné toutes les informations alors qu'il les connaissait (Manque de temps, l'Idc ayant raccroché)

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



21

- Catégorie 2: les tâches à accomplir

Tâches à accomplir

Quels facteurs liés aux tâches à accomplir ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- Existait-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause ?
- Si les protocoles existaient, étaient-ils connus, disponibles et utilisés ?
- Les examens complémentaires avaient-ils été réalisés et les résultats étaient-ils disponibles en temps utile ?
- Les moyens nécessaires à une prise de décision étaient-ils disponibles ?
- Les tâches concernées étaient-elles bien définies et planifiées ?
- Y a-t-il eu une incompréhension de la part du personnel sur les tâches à effectuer ?
- L'intervention était-elle programmée ? Le programme a-t-il été respecté, modifié ?

- Pas de protocole concernant le methotrexate
- Pas de liste de médicaments à risque dans l'unité

PRÉVENIR LE RISQUE D'ERREUR MÉDICAMENTEUSE PAR L'APPLICATION DU RÉFÉRENTIEL HAS. FOCUS MÉDICAMENTS À RISQUES

22



- Les médicaments à risque entraînent un **risque plus élevé de dommages** aux patients quand ils sont mal utilisés
- Les erreurs dues à ces médicaments ne sont pas forcément plus fréquentes mais elles ont des **conséquences plus graves** pour les patients.
- Ils doivent donc être **gérés spécifiquement à toutes les étapes** du circuit du médicament.
- Sont principalement concernés les médicaments :
 - de dénomination à risque de **confusion**
 - à **marges thérapeutiques étroites**
 - présentant des **modalités d'administration particulières** : par exemple, les médicaments avec **schéma d'administration hebdomadaire (méthotrexate)**,
 - les médicaments **radio-pharmaceutiques**

La liste des médicaments à risque est évolutive et prend en compte les retours d'expérience et les **Never Events**.

Chaque structure puis chaque service doivent avoir réfléchi à la liste de médicaments à risque pour la diffuser et travailler sur une sécurisation spécifique.

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



23

- Catégorie 3: le soignant

Individu
(soignant)

Quels facteurs liés à l'individu ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?

- Pensez-vous que vous aviez suffisamment de connaissances et d'expérience pour prendre en charge ce problème, cette complication ?
- Aviez-vous déjà réalisé ce geste, cette procédure ?
- Vous sentiez-vous fatigué.e, affamé.e ou malade ?
- Étiez-vous stressé.e
- Etc.

- Pas de connaissance du methotrexate pourtant un Never events
- IDE stressée (nombreux conflits entre médecins des urgences, chirurgiens et anesthésistes) qui n'a pas osé « déranger » le MAR puis le pharmacien
- Détournement de la procédure traitement habituel du patient

FOCUS NEVER EVENTS

<https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2024/2024.11.sante>

ANSM: Agence Nationale de Sécurité du Médicament.

Rappelle les risques liés au
methotrexate dont la prescription du
mardi (risque de confusion avec le
matin si prescription écrite))

La liste des évènements "qui ne devraient jamais arriver" a été mise à jour
suite à la publication de la note d'information du 23 mai 2024:

24

- Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants
- Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
- Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles le mode de préparation est à risque, *notamment lorsqu'ils nécessitent des calculs de doses ou de concentration* ;
- Erreur de voie d'administration :
 - Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse
 - Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale
- Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale *ou sous-cutanée* (hors cancérologie)
- Surdosage en anticancéreux notamment en pédiatrie
- Erreur d'administration d'insuline
- Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire, *notamment* :
 - o Erreurs de confusion éphédrine/épinéphrine,
 - o Erreur lors de l'utilisation de la kétamine/eskétamine (erreur de dosage, de concentration ou confusion entre les spécialités de ces 2 substances),
 - o Erreur d'administration des curares (erreur de médicament).
- Erreur d'administration de gaz à usage médical
- Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...) *notamment lors de l'utilisation des morphiniques, de l'insuline et de médicaments ayant une action sédatrice (opioïdes, benzodiazépine...)* ;
- *Surdosage en lidocaïne par voie intraveineuse* ;
- Erreur lors de l'utilisation de colchicine liée au non-respect des schémas posologiques et/ou des contre-indications dont les interactions, ou en cas d'insuffisance rénale ou hépatique ;
- Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (ex : unidoses de sérum physiologique, solution antiseptique...) notamment à la maternité ou en pédiatrie
- Erreur d'utilisation de la méthadone :
 - o liée à un surdosage, notamment pendant la période d'initiation du traitement, lors de l'augmentation de dose et lors de la reprise du traitement après une période d'arrêt ou chez un patient naïf,
 - o liée à la non-prise en compte des contre-indications et des interactions médicamenteuses.
- Administration de fluoropyrimidines en l'absence de recherche de déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD).

Mise à jour du 28 juin 2024

NEVER EVENTS

liste des évènements
qui ne devraient jamais arriver

Actualisation de la liste en mai 2024

Erreur de **VOIE D'ADMINISTRATION**
Injection intrathécale au lieu de voie IV
Injection parentérale au lieu de voie orale ou entérale

Erreur de **PRÉPARATION D'INJECTABLES** dont le mode de préparation est à risque
Notamment si calculs de doses ou de concentration

Erreur lors de l'administration du **KCl (chlorure de potassium) INJECTABLE**

Administration de **FLUOROPYRIMIDINES** en l'absence de recherche de déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD)

Surdosage en **ANTICANCÉREUX** notamment en pédiatrie

Erreur d'administration d'**INSULINE**

Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments **ANTICOAGULANTS**

Surdosage en **LIDOCAÏNE** par voie IV

Erreur d'administration de **GAZ À USAGE MÉDICAL**

Erreur d'utilisation de la **MÉTHADONE**
Surdosages, contre-indications, interactions médicamenteuses

Erreur lors de l'utilisation de **COLCHICINE**
Schémas posologiques, contre-indications, IR, IH

Erreur de programmation des **DISPOSITIFS D'ADMINISTRATION** (pompes à perfusion, seringues électriques...)

Notamment avec morphiniques, insuline et médicaments ayant une action sédatrice

Erreur de rythme d'administration du **MÉTHOTREXATE** par voie orale ou SC (hors cancérologie)
1 administration / semaine

Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de médicaments en **CONDITIONNEMENTS UNIDOSES EN MATIÈRE PLASTIQUE**
Sérum physiologique, solution antiseptique...

Erreur d'administration de spécialités utilisées en **ANESTHÉSIE** ou en **RÉANIMATION** au bloc opératoire
Confusion éphédrine/épinéphrine
Kétamine/eskétamine
Administration des curares

Liens utiles - NOTE D'INFORMATION N° DGOS/RI2/2024/75 du 23 mai 2024

ANSM - La liste des "never events" est actualisée
OMEDIT NAGG - Grille d'audit "Chariot d'urgence et curares"
OMEDIT NAGG - Fiche KCl injectable

OMEDIT NAGG - Fiche Méthotrexate professionnel de santé
OMEDIT NAGG - Fiche Méthotrexate patient
OMEDIT NAGG - Fiche Méthadone

FOCUS TRAITEMENT HABITUEL DU PATIENT

25

GRANDS PRINCIPES :



RETENEZ

- Les médicaments du traitement habituel apportés par le patient, en complément des ordonnances de ville :
 - permettent de faciliter un recueil d'informations le plus complet possible sur le traitement en cours,
 - lui sont retirés dès le début de son hospitalisation pour la sécurisation de sa prise en charge.
- Tous les médicaments administrés au patient en cours d'hospitalisation doivent figurer dans sa prescription hospitalière. Le médecin prescripteur détermine les médicaments du traitement habituel à maintenir pendant le séjour hospitalier et les prescrit.
- La pharmacie à usage intérieur (PUI) du groupement hospitalier fournit les médicaments référencés au livret thérapeutique pour le patient hospitalisé.
- A chaque étape du séjour du patient, la traçabilité de la gestion du traitement habituel doit être retrouvée dans le dossier patient.

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



26

- Catégorie 4: l'équipe

Equipe

Quels facteurs liés à l'équipe ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?

- La collaboration et l'ambiance étaient-elles satisfaisantes ?
- La communication entre vous et les autres membres de l'équipe était-elle effective ?
- L'équipe a-t-elle eu suffisamment de temps avec le patient pour lui expliquer les procédures et les conséquences ou complications possibles ?
- Quel était le niveau de partage des informations écrites dans l'équipe ?
- L'équipe avait-elle défini qui prend en charge le patient ?
- Avez-vous eu un encadrement (supervision) ou un soutien suffisant ?
- Un conseil ou l'aide d'un autre membre de l'équipe étaient-ils disponibles tout le temps ?

- Difficulté d'interaction équipe IDE-Chirurgien-MAR-pharmacien
- Validation officieuse de détournement de procédure: utiliser le traitement habituel du patient pour ne pas déranger un soignant en astreinte

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



27

- Catégorie 5: l'environnement de travail

Environnement de travail

Quels facteurs liés à l'environnement de travail ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- Votre pratique a-t-elle été affectée par l'environnement de travail (chaleur, bruit...) ?
- Avez-vous disposé des fournitures ou des matériels médicaux nécessaires ?
- Les équipements que vous avez utilisés ont-ils fonctionné de façon adéquate et efficacement ?
- La composition de l'équipe était-elle appropriée ?
- Aviez-vous eu une augmentation de la charge de travail non prévue ou soudaine ?
- Y a-t-il eu des retards dans la mise en œuvre des procédures de soins ?
- Etc.

- Surcharge de travail inhabituelle pour le médecin des urgences qui n'a pas régularisé sa prescription orale.
- Pas d'ordonnance à disposition. Utilisation d'un simple courrier mal écrit

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



28

- Catégorie 6: organisation et Management

Organisation et management

Quels facteurs liés à l'organisation et au management ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- Les circuits de décision et de délégation étaient-ils définis, diffusés et connus des professionnels ?
- Pensez-vous que votre période d'adaptation à l'hôpital vous a préparé.e à cette situation ?
- Avez-vous dû collaborer avec un nouveau médecin ou personnel de soins (intérim) avec qui vous n'aviez jamais travaillé ?
- Comment sont assurés les approvisionnements en situation normale, en urgence, les jours fériés, les week-ends ?
- Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes étaient-elles identifiées ?
- Existait-il une politique de gestion des risques et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins diffusée et connue des professionnels ?
- Comment qualifieriez-vous la culture de sécurité de l'organisation ?
- Etc.

- Pas de procédure de la gestion des patients venant du SU (en cas de problème, médecin des urgences et si non disponible chirurgien ? MAR ?)
- Circuit d'approvisionnement en médicaments les WE et jours fériés mal connus des soignants (système D, utilisation du traitement habituel)
- Peu d'analyse des EIAS dans la structure/ Pas de portage institutionnel de la démarche qualité
- Pas de charte de confiance pour faciliter le signalement des événements

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



29

- Catégorie 7: Contexte institutionnel

Contexte institutionnel

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

- L'établissement faisait-il l'objet à cette période de mesures de la part d'un organe de l'État ?
- Existait-il des contraintes réglementaires en vigueur pour cet établissement ayant influencé le déroulement de l'évènement (CPOM...) ?
- L'établissement avait-il mis en place des partenariats en cohérence avec les pathologies qu'il prend en charge ?
- L'établissement était-il organisé en relation avec d'autres établissements pour le type de prise en charge concerné par l'évènement ? Si oui, le personnel connaissait-il les modalités de cette organisation ?
- Etc.

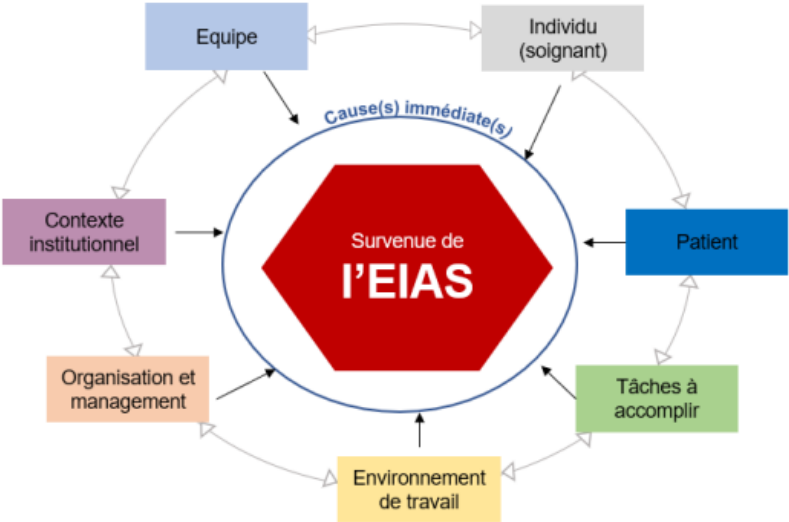
- Logiciel de signalement « maison » non ergonomique. Achat reporté du fait de restriction budgétaire

ETAPE 2 DE L'ANALYSE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

1 OUTIL : LA GRILLE ALARM-E (créée en 1999, revue en 2016)



- En synthèse:



Identification des causes profondes		
		Cause immédiate identifiée
1	Facteurs liés au patient (ex. : dénutrition, traitement par anticoagulant...)	
2	Facteurs liés aux tâches à accomplir (ex. : absence de protocole d'antibioprophylaxie...)	
3	Facteurs liés à l'individu (professionnel) (ex. : surcharge de travail, formation...)	
4	Facteurs liés à l'équipe (ex. : défaut de communication écrite ou orale)	
5	Facteurs liés à l'environnement de travail (ex. : panne de matériel...)	
6	Facteurs liés à l'organisation et au management (ex. : ressources humaines, niveau de décision...)	
7	Facteurs liés au contexte institutionnel (ex. : restructuration, contexte réglementaire...)	



QUELLE EST L'ETAPE 3 DE L'ANALYSE D'UN EIAS ?



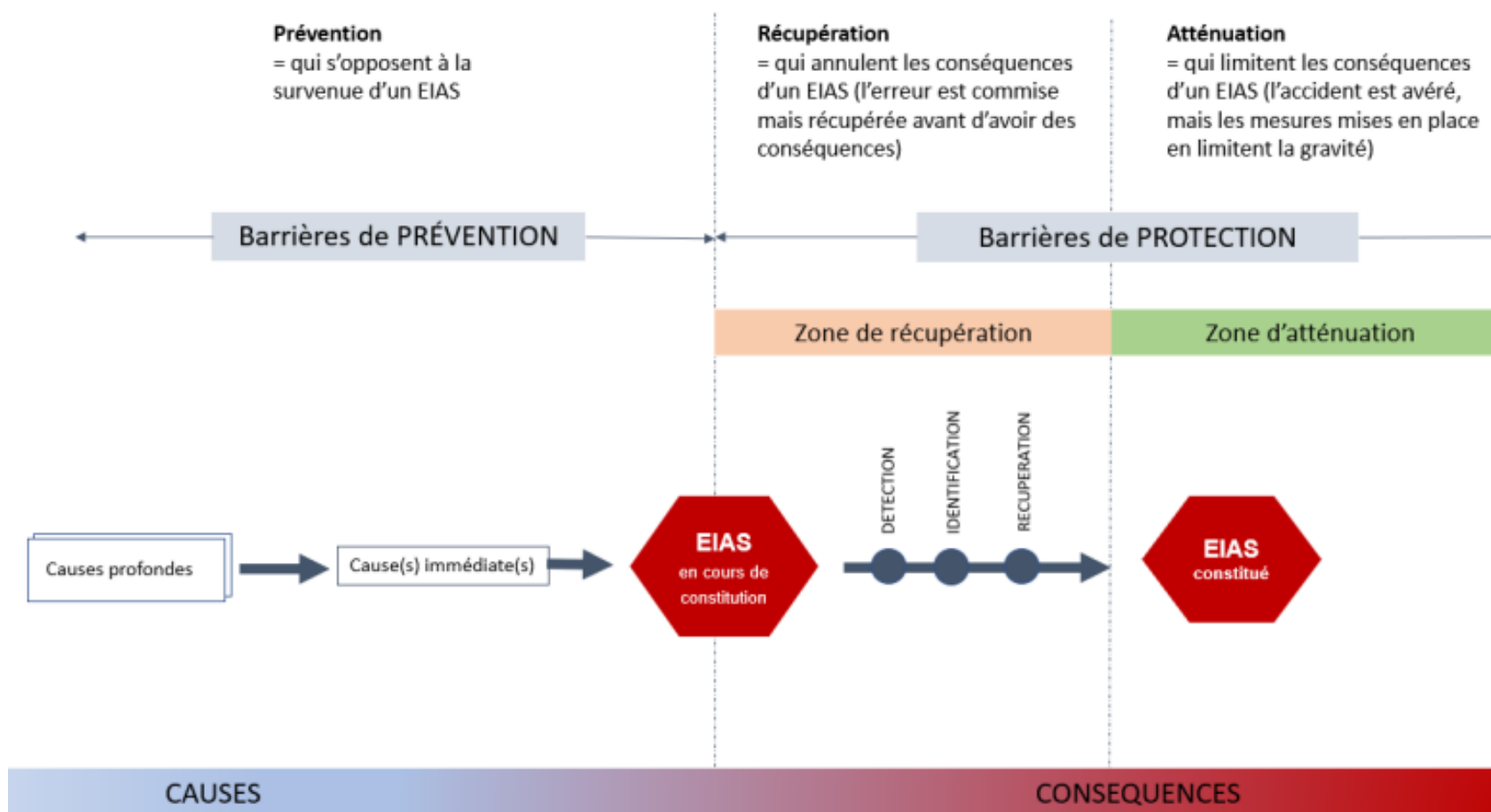
3 minutes de réflexion

ETAPE 3 DE L'ANALYSE D'UN EIAS: LES BARRIÈRES DE SÉCURITÉ



32

- Objectif: Identifier ce qui aurait pu permettre d'éviter la survenue de l'EIAS et également ce qui a fonctionné



ETAPE 3 DE L'ANALYSE D'UN EIAS: LES BARRIÈRES DE SÉCURITÉ

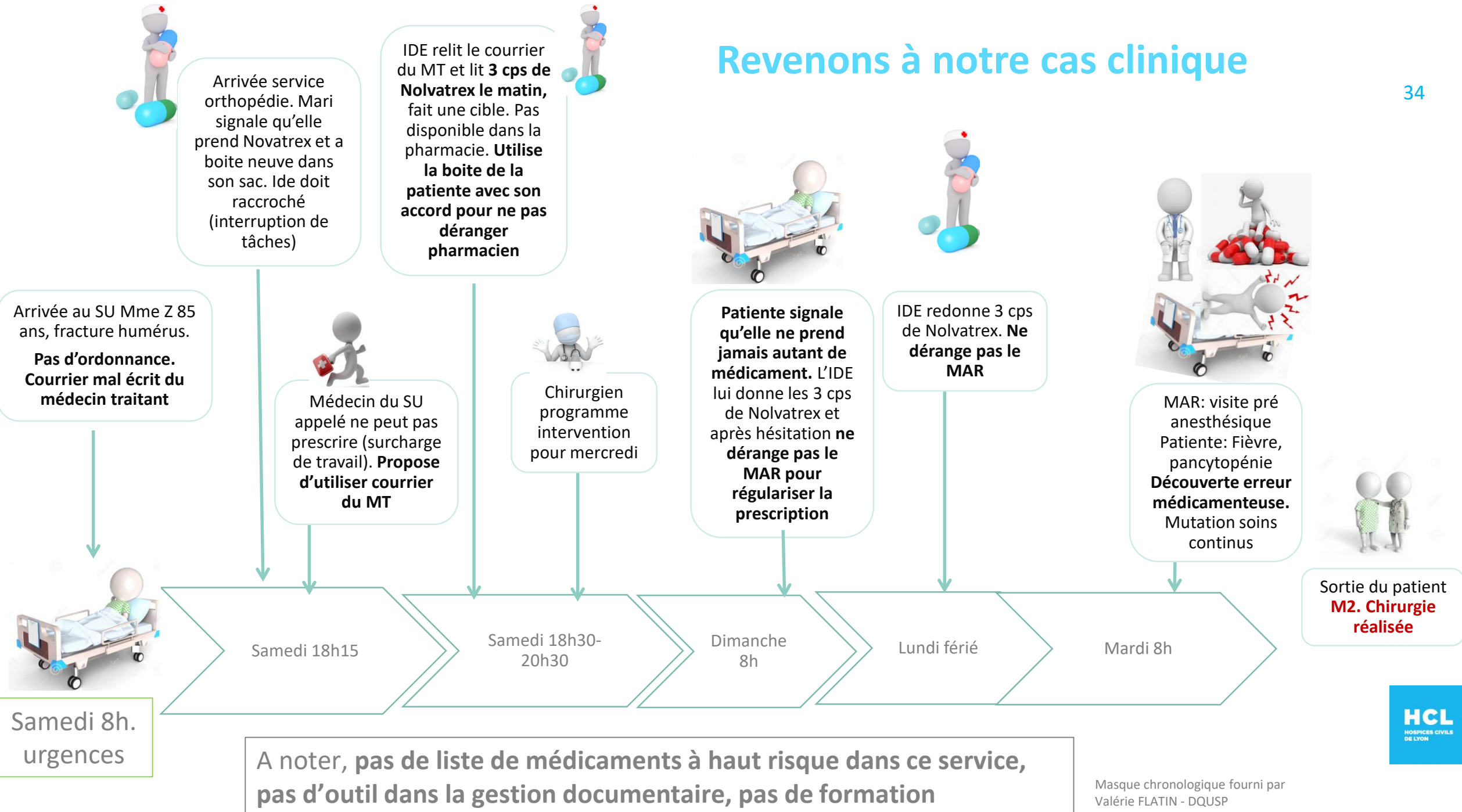


33

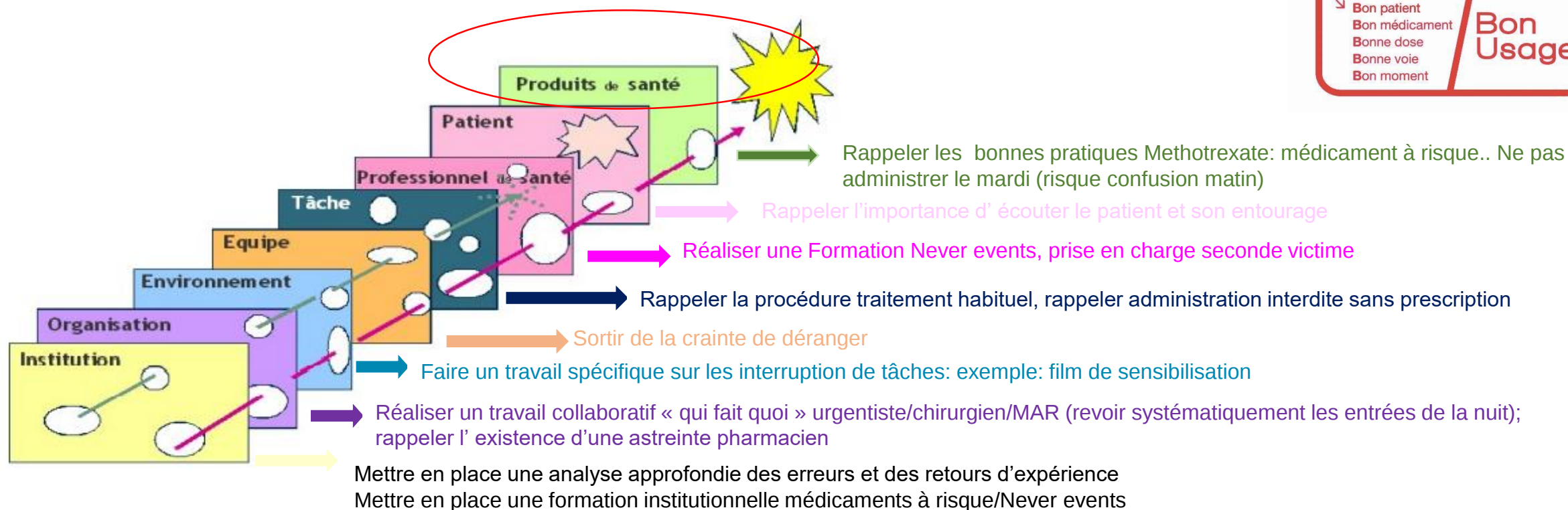
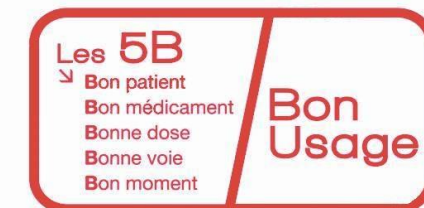
- **Objectif:** Identifier ce qui aurait pu permettre d'éviter la survenue de l'EIAS et également ce qui a fonctionné

Identification des barrières de sécurité				
Barrière	Type	Existence ?	Si la barrière était existante	
			Qui ? Quand ? Comment ?	Efficacité ?
	☐ Prévention ☐ Protection ▶ récupération ☐ ▶ atténuation ☐	☐ Existante ☐ Inexistante		

Revenons à notre cas clinique



BARRIERES PROPOSEES



BARRIERES PROPOSEES: UTILISER DES OUTILS DÉJÀ « TOUT PRÊTS »

36

Outil "format poche" de sensibilisation de l'OMédit Normandie

07

ERREUR DE RYTHME D'ADMINISTRATION
DU MÉTHOTREXATE PAR VOIE ORALE OU SC
(HORS CANCÉROLOGIE)

 **RISQUE MORTEL**

 Méthotrexate par voie orale ou SC
= 1 prise unique par semaine !

Les indications du méthotrexate oral :

- Psoriasis de l'adulte,
- Polyarthrite rhumatoïde active,
- Arthropathie idiopathique juvénile sévère et active,
- Rhumatisme psoriasique

 **PRESCRIPTION**

- Prescrire le méthotrexate 1 fois par semaine en précisant le jour de la prise
- Éviter le mardi, confusion avec « matin »
- Exprimer la posologie en mg/semaine
- Pas d'abréviations (MTX : confusion avec Météoxane® et mitoxantrone...)
- Co-prescrire de l'acide folique
- Préciser le jour de prise
- Attention aux associations contre-indiquées (Bactrim®, salicylés, phénytoïne, probénécide, vaccin anti-amaryl)

 **RÈGLES DE STOCKAGE/UTILISATION**

Référencer un seul dosage de méthotrexate par la PUI
Privilégier les doses unitaires ou dispensation nominative

07

ERREUR DE RYTHME D'ADMINISTRATION
DU MÉTHOTREXATE PAR VOIE ORALE OU SC
(HORS CANCÉROLOGIE)



DOSE MAX = 0,3 mg/kg/semaine
(en règle générale dose maximale = 25 mg/semaine)
un jour donné.

Vérifier systématiquement le jour de la dernière prise
lors de l'administration.
Si prescription quotidienne de méthotrexate oral ou
SC contacter le médecin prescripteur ou la pharmacie
pour confirmation.

 **EN CAS D'OUBLI D'UNE PRISE**

- Ne pas prendre de dose supplémentaire ni doubler la prise suivante.
- Prendre la dose prévue le jour suivant et décaler les prises ultérieures d'une journée.
- Noter cet oubli dans le carnet de suivi.



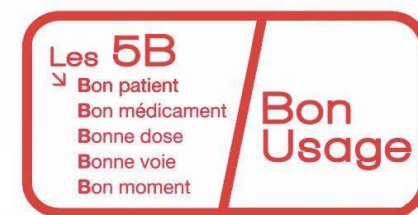
> SIGNES CLINIQUES D'UN SURDOSAGE :

- Fièvre, ulcérations buccales, troubles digestifs, troubles respiratoires, infection, anomalie de la NFS, cytolysé hépatique
- Si toux, dyspnée, fièvre : penser à une pneumopathie d'hypersensibilité au MTX

> CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE :

arrêt temporaire ou définitif du méthotrexate (selon l'effet indésirable)

- Avis spécialisé
- Dosage de la méthotrexatémie
- **ANTIDOTE = ACIDE FOLINIQUE IV**
- Hyperhydratation alcaline
- Hémodialyse haut débit et hémoperfusion



37

The diagram is a rounded rectangle divided by a diagonal line. On the left side, the text 'Les 5B' is at the top, followed by a downward arrow and a list of five items: 'Bon patient', 'Bon médicament', 'Bonne dose', 'Bonne voie', and 'Bon moment'. On the right side, the text 'Bon Usage' is written in a large, bold font.

Les **5B**

↳ Bon patient
Bon médicament
Bonne dose
Bonne voie
Bon moment

Bon Usage



QUELLE EST L'ETAPE 4 DE L'ANALYSE D'UN EIAS ?



3 minutes de réflexion

ETAPE 4 DE L'ANALYSE D'UN EIAS: PLAN D'ACTION ET SUIVI



39

- **Objectif: s'assurer que des enseignements à partir de cet EIAS sont tirés**

Cause identifiée/solution proposée

Action proposée	Définir une liste de médicaments à risque pour la structure puis par service
Responsable	Chef de service de pharmacie
Mesure/suivi proposé	Existence d'une liste de médicaments à risque connue des soignants (risques dans l'utilisation de ces médicaments à risque) et facilement reconnaissable (logo spécifique)
Échéancier	12 mois

ETAPE 4 DE L'ANALYSE D'UN EIAS: PLAN D'ACTION ET SUIVI



40

- **Objectif: s'assurer que des enseignements à partir de cet EIAS sont tirés**

Cause identifiée/solution proposée

Action proposée	Formaliser un programme d'actions autour des Never Events
Responsable	Chef de service de pharmacie
Mesure/suivi proposé	- Formation des soignants/Médecins au Never events (escape game Omedit), support d'actions de sensibilisation dans la GED
Échéancier	6 mois

EXEMPLE D'ACTION NEVER EVENTS

41

L'omedit
PAYS DE LA LOIRE présente

NEVER EVENTS ENIGMA

Un jeu coopératif...
...un temps d'échanges...
...pour se former en s'amusant !

Un Escape Game
clé en main !

Plus d'informations sur :
WWW.OMEDIT-PAYSDELA LOIRE.FR

Saurez-VOUS déjouer
les mystères des

**NEVER
EVENTS** ?

ETAPE 4 DE L'ANALYSE D'UN EIAS: PLAN D'ACTION ET SUIVI



42

- **Objectif: s'assurer que des enseignements à partir de cet EIAS sont tirés**

Cause identifiée/solution proposée

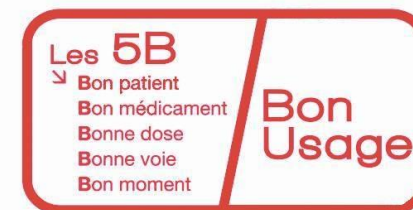
Action proposée	Formaliser les analyses approfondies des EIAS et inciter au signalement
Responsable	Ingénieur responsable qualité
Mesure/suivi proposé	Procédure de signalement, Charte de confiance, Mise en place d'un logiciel de signalement, traitement et analyse d'EIAS, Formalisation retour expérience, formation soignants à ALARM-E.
Échéancier	6 à 12 mois selon les sous actions

ETAPE 4 DE L'ANALYSE D'UN EIAS: PLAN D'ACTION ET SUIVI



43

- **Objectif: s'assurer que des enseignements à partir de cet EIAS sont tirés**



Cause identifiée/solution proposée

Action proposée	Rappeler les bonnes pratiques d'administration des traitements
Responsable	Direction centrale des soins
Mesure/suivi proposé	Rappel des procédures applicables (blog de l'hôpital): gestion du traitement habituel du patient, Règles des 5B, pas d'administration sans prescription, recours à l'astreinte de pharmacie
Échéancier	2 mois

ETAPE 4 DE L'ANALYSE D'UN EIAS: PLAN D'ACTION ET SUIVI



44

- **Objectif: s'assurer que des enseignements à partir de cet EIAS sont tirés**

Cause identifiée/solution proposée

Action proposée	Formaliser les interactions Service des urgences-Service d'orthopédie- MAR et améliorer le « travailler ensemble »
Responsable	Chef de service d'orthopédie
Mesure/suivi proposé	Procédure du « qui fait quoi » notamment pour le traitement, réunion de type analyse des pratiques pour les dysfonctionnements entre les différents secteurs
Échéancier	6 à 12 mois selon les sous actions

BARRIERE PROPOSEE. TRAVAILLER EN EQUIPE

45



Qualité des soins et sécurité des patients
dans les établissements de santé

Programme d'amélioration
continue du travail en équipe

Pacte

Une plateforme et des outils dédiés

Le programme Pacte propose des méthodes, outils et supports pédagogiques clés en main, présentés sur www.has-sante.fr.
La plateforme Pacte, <http://pacte.has-sante.fr/users/login>, permet l'engagement dans le projet, sa gestion et l'accès aux supports.
Des outils dédiés sont prévus pour le facilitateur (guide, diaporama et boîte à outils) et le binôme référent (support synthétique récapitulant les principales étapes).



ORGANISATION MISSIONS VIE PRO RESSOURCES | MES ESPACES SERVICES EN

RESSOURCES > ACTUALITÉS

L'accréditation en équipe, une démarche nouvelle et dynamisante

L'accréditation est un programme volontaire d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Toutes les équipes médico-soignantes sont invitées à participer à cette démarche qui présente de multiples retombées positives.



QUELLE EST L'ETAPE 5 DE L'ANALYSE D'UN EIAS ?



3 minutes de réflexion

ETAPE 5 DE L'ANALYSE D'UN EIAS: COMMUNICATION

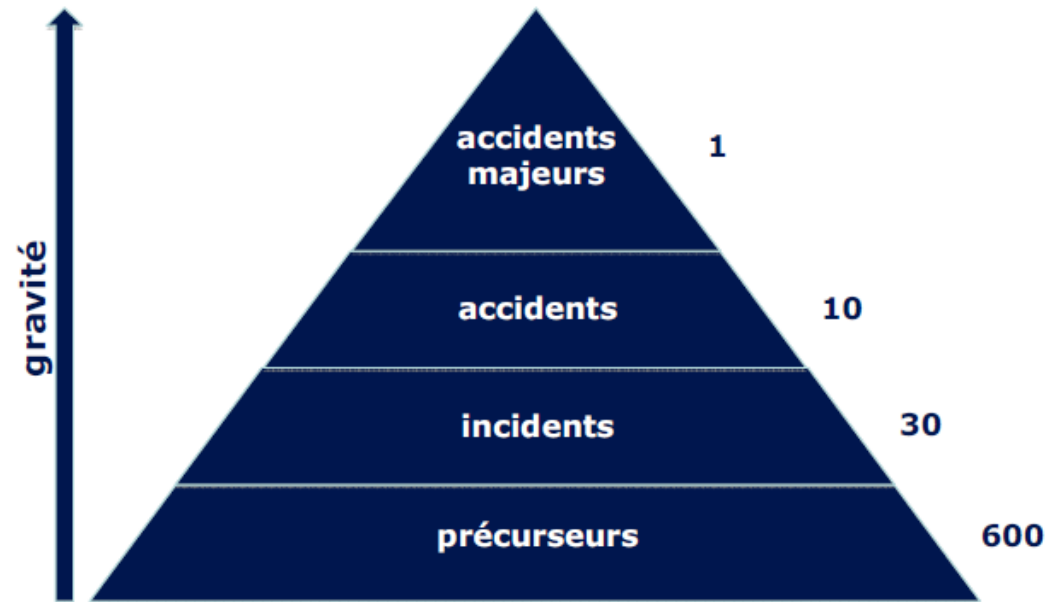


47

- Objectif: Diffusés les enseignements tirés à partir de cet EIAS pour qu'ils bénéficient à tous (RETEX=culture qualité)
 - Multiplier les canaux de diffusion au plus près du terrain
 - Sensibiliser à l'importance des signalements
 - Informer et former aux situations à risques
 - Mettre en place des outils adaptés (éviter la « procédurite », toujours garder le G.B.S)



EN CONCLUSION



Un établissement sûr n'est pas un établissement qui n'a pas d'événements indésirables...
... c'est un établissement qui a mis en œuvre un système d'analyse et de prévention efficace de ses événements

MERCI



G. Garcin, the end

www.chu-lyon.fr



HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON