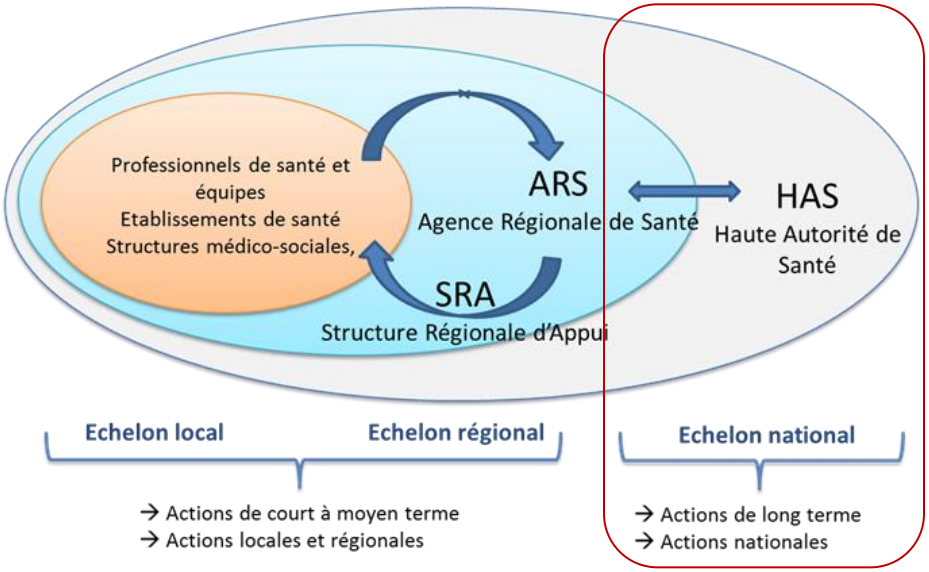
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La gestion des EIGS à la HAS



Philippe Chevalier
Conseiller technique
Mission sécurité du patient

Les missions de la HAS



Programme National pour la Sécurité des Patients

- Elaboration de méthodes et d'outils de déclaration et d'analyse des EIG,
- Formations à la gestion des EIG destinées aux principaux acteurs régionaux

Décret EIGS de novembre 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 de la HAS

1. **Comité de pilotage HAS**
   - Orienter les actions, assurer une cohérence et une transversalité avec les autres missions de la HAS
2. **Groupe de travail permanent d'analyse des EIGS**
   - 20 experts sélectionnés pour leurs compétences et expériences multiples dans le secteur de la ville, des établissements de santé et du médico-social
3. **Réunion d'information nationale**
   - un partage d'expérience annuel (DGS, DGOS, DGCS, ARS, SR
4. **Système d'information et de gestion**
   - Connecté avec les ARS

L'appui de professionnels de santé et d'un représentant des usagers

Origines du groupe de travail

- OA accréditation
- secteur médico-social (EPHAD)
- secteur de ville
- représentant des usagers
- coordonnateur de gestion des risques et RAQ
- ANESM
- ONIAM
- CCLIN
- OMEDIT
- ARS
- SRA

Publications

Publications réalisées

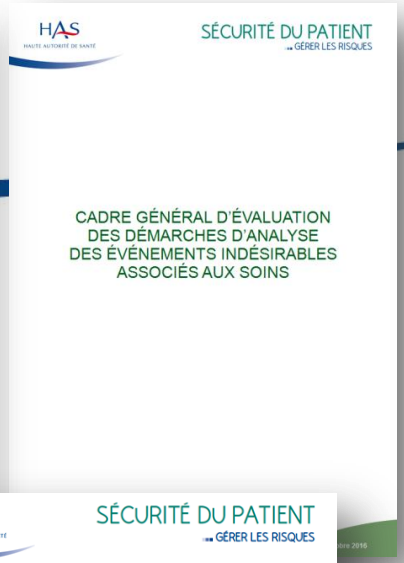
- Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des EIAS
- Article webzine : Déclarer et analyser les événements indésirables graves : comprendre pour agir

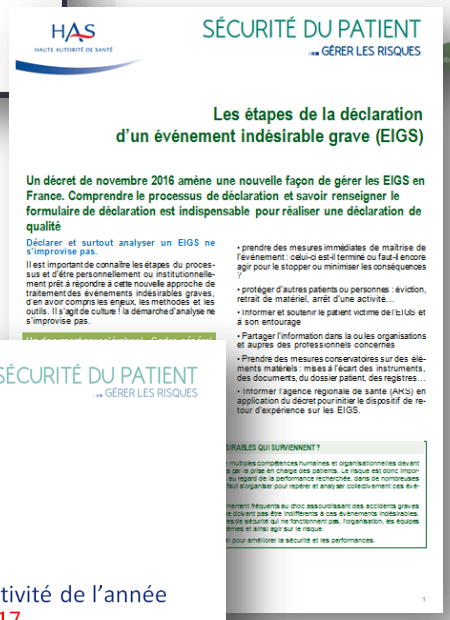
Publications prévues : Un KIT EIG

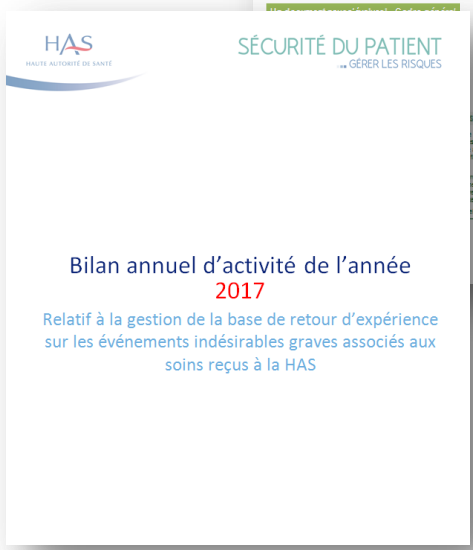
- Ensemble de publications utiles pour les professionnels de santé
  - Comment déclarer, méthode ALARM, analyse des barrières, le REX, …

Dès 2018 : Rapport annuel sur l'exploitation des EIGS











02
Quels résultats attendre ?

Philippe CHEVALIER

Une meilleure connaissance des risques

Exemples issus du dispositif d'accréditation des médecins

RETARD TRANSFUSIONNEL
Analyse de 79 déclarations d'EPR ciblés

Introduction

ACCES DIFFICILE AUX VOIES AERIENNES NON PREVU
Analyse de 309 déclarations d'EPR ciblés

, PG Yavordios
sthésistes Réanimateurs

ERREUR D'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT
Analyse de 214 déclarations d'EPR ciblés

P-G. Yavordios, B. Dureuil, A. Steib
Collège Français des Anesthésistes Réanimateu

Introduction

Evènements porteurs de risque (EPR) liés au matériel en chirurgie orthopédique. Analyse de 770 déclarations.

Evènements porteurs de risque (EPR) liés au matériel en chirurgie orthopédique.

Analyse de 770 déclarations.

C Conso ,Ph Boisrenoult , PhTracol B Baudet, E Benfrech, JP Cahuzac ,O Ciaudo , JA Colombier, S le M
Procyk , S Sessa, L Zabee , et Orthorisq.Orthorisq, 56 rue Boissonade, 75014, Paris

Auteur correspondant : PhilippeTracol

RESUME

Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique (2010) 96, 564–571

ELSEVIER MASSON

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

MÉMOIRE ORIGINAL

Événements porteurs de risque en chirurgie orthopédique : le non respect de la prophylaxie antibiotique☆

Near-miss event assessment in orthopedic surgery: Antimicrobial prophylaxis noncompliance

H. Bonfait, C. Delaunay*, E. de Thomasson, O. Charrois, Orthorisq

Une prise de conscience des risques

Publication d'événements analysés ayant un caractère pédagogique

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SÉCURITÉ DU PATIENT
GÉRER LES RISQUES
Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins
EIAS

Collège de Neurochirurgie

Arrêt inopportun d'un traitement anti-épileptique

SPECIALITE : NEURO-CHIRURGIE

Merci la check-list !
Une erreur de côté évitée de justesse

SPECIALITE : CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

L'histoire

Un patient est admis pour une arthroscopie d'une lésion ménisacle du genou gauche et une ponction concomitante d'un kyste poplité du genou droit.

La nature des interventions et les sites opératoires sont vérifiés lors de l'entrée du patient au bloc opératoire en utilisant la première partie de la check-list en présence de l'anesthésiste.

Lors du transfert du patient en salle d'opération, un rapide changement de l'équipe d'IBODE est réalisé sans transmission concernant le site et la nature des interventions à réaliser sur ce patient.

Le patient est installé par la nouvelle équipe d'IBODE pour une arthroscopie du genou droit avec mise en place des champs opératoires et du garrot pneumatique.

A son arrivée dans la salle, le chirurgien procède à la vérification ultime des données liées à l'identité du patient, aux sites et à la nature des interventions (période de « time out » lors de l'utilisation de la 2ème partie de la check-list).

Une discordance, qui alerte le chirurgien, apparaît entre les informations fournies par l'anesthésiste et celles des IBODE.

En vérifiant les informations du dossier, il détecte l'erreur de latéralité et fait procéder à une nouvelle installation du patient.

L'intervention se déroule sans problème avec un temps opératoire légèrement allongé.

Analyse des causes

Causes immédiates
- Erreur de site opératoire
  - Erreur de latéralité lors d'une intervention sur un membre pair

Causes profondes
- Facteurs liés à l'équipe
  - Défaillance lors du changement d'équipe en cours de procédure check-list
  - Absence de transmission entre les IBODE lors du changement d'équipe.
- Facteurs liés à l'organisation et au management
  - Pas d'organisation formalisée pour réaliser un changement d'équipe en cours d'intervention

(La grille d'analyse ALARM comporte 7 catégories de facteurs. Nous avons retranscrit dans cet exemple les facteurs les plus directement en rapport avec l'événement.)

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SÉCURITÉ DU PATIENT
GÉRER LES RISQUES
Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins
EIAS

Erreur d'administration d'un soluté de perfusion polyionique

SPECIALITE : CHIRURGIE DE L'ENFANT

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SÉCURITÉ DU PATIENT
GÉRER LES RISQUES
Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins
EIAS

Oubli de kinésithérapie respiratoire

SPECIALITE : CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE



Compensal 15g10 » et
igine de la confusion
ont très similaires, de
bouchon rouge et la
uettes sont identiques
ion réglementaire) mais

L'histoire

Un patient de 70 ans est pris en charge pour un anévrisme de l'aorte abdominale.

A la suite de l'intervention, pour éviter tout risque de pneumopathie, le chirurgien prescrit de la kinésithérapie respiratoire sur le dossier de soins informatisé.

Le lendemain, lors de la visite post opératoire du chirurgien, on s'aperçoit que le kinésithérapeute n'est pas passé.

Le kinésithérapeute n'ayant pas reçu l'ordonnance, la kinésithérapie n'a pas été initiée dès la prescription.

Les infirmières n'ont pas relevé l'anomalie durant leur relève.

Le dossier de soins a été infor
l'établissement, sans que la fo
tels que les kinésithérapeutes,

Analyse des causes

Cause immédiate
- Erreur de traitement
  - Non réalisation d'un soin prescrit par le médecin.

Causes profondes
- Facteurs liés à l'équipe
  - Défaut de coordination de l'équipe de soins entre médecins, infirmières et kiné
- Facteurs liés à l'environnement de travail
  - Mauvaise communication entre professionnels : une concertation médicale et
    concernant l'utilisation de la prescription informatisée. Les médecins n'ont pas
    rapeutes n'étaient pas encore formés au logiciel.
  - Aucune alerte sur le système informatique ne permet de détecter l'absence de
- Facteurs liés à l'organisation et au management
  - Défaut de formation d'une partie du personnel au support informatique.
  - Règles de prescription hétérogènes : fonctionnement aléatoire entre l'utilisa
    matisée et la prescription écrite sur "bons" pour les demandes d'actes (kinésithé

*(La grille d'analyse ALARM comporte 7 catégories de facteurs. Nous avons retranscrit dans cet exemple les facteurs les plus dire
l'événement.)*

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SÉCURITÉ DU PATIENT
GÉRER LES RISQUES
Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins
EIAS

Erreur de dose de morphine lors d'une rachianesthésie

SPECIALITE : ANESTHESIE-REANIMATION

CFAR

L'histoire

Le médecin anesthésiste réalise une rachianesthésie pour une hystéroscopie et une myomectomie chez une patiente de 40 ans épileptique.

Le geste est réalisé avec l'aide d'une infirmière anesthésiste de l'établissement habituée à cette pratique.

Le protocole applicable prévoit, après l'introduction de l'aiguille, l'injection d'un dixième du contenu d'une ampoule de morphine de 1mg soit 0.1mg.

L'infirmière anesthésiste prépare la seringue de morphine et la remet à l'anesthésiste qui l'injecte.

En contrôlant les ampoules vides après l'anesthésie, l'infirmière anesthésiste se rend compte qu'elle a utilisé une ampoule de morphine de 10mg au lieu de 1 mg.

La patiente a donc reçu 10 fois la dose nécessaire (1mg au lieu de 0.1mg).

L'infirmière avait prélevé la mauvaise ampoule du fait d'un rangement peu clair dans le coffre à toxiques.



Une surveillance plus importante de la patiente a été mise en place, d'abord en salle de soins post-interventionnels (SSPI) puis en unité de surveillance continue (USC) où elle a passé la nuit, sans qu'il soit nécessaire de mettre en oeuvre le protocole NALOXONE.

Il n'y a eu aucune conséquence pour la patiente en dehors d'une légère somnolence.

Analyse des causes

Cause immédiate
- Erreur de dosage de médicament
  - Confusion entre deux ampoules du même produit mais de concentration différentes.
  - Erreur lors du prélèvement de l'ampoule dans le coffre de toxique.

Causes profondes
- Facteurs liés à l'équipe
  - Défaut de vigilance du médecin et de l'infirmière anesthésiste
- Facteurs liés à l'environnement de travail
  - Stockage inadéquat : Mauvais rangement des toxiques dans le coffre : pas de séparation physique claire entre les ampoules de dosages différents. Accès difficile aux différentes ampoules dans le coffre
  - Présentation identique des deux types d'ampoule : même taille, même format, même couleur, même écriture
- Facteurs liés à l'organisation et au management
  - Pas de nécessité de deux concentrations d'ampoule dans le service

(La grille d'analyse ALARM comporte 7 catégories de facteurs. Nous avons retranscrit dans cet exemple les facteurs les plus directement en rapport avec l'événement.)

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SÉCURITÉ DU PATIENT
GÉRER LES RISQUES
Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins
EIAS

Une erreur d'identité au bloc opératoire pédiatrique

SPECIALITE : CHIRURGIE DE L'ENFANT

L'histoire

Ce matin-là, plusieurs enfants sont admis dans l'unité de chirurgie ambulatoire pédiatrique d'un hôpital général pour des interventions d'ORL et d'urologie.

A leur entrée dans l'unité, et conformément à la procédure d'identitovigilance établie dans l'établissement, un bracelet d'identification leur est posé au poignet indiquant leur nom, prénom, et date de naissance ainsi que le nom du chirurgien référent. Cette mesure de sécurité s'est généralisée depuis quelques années dans tout l'établissement de santé depuis qu'il a été possible d'imprimer des étiquettes à partir des données informatisées du patient.

Il se trouve que les deux premiers enfants ont le même prénom.

Le brancardier du bloc accueille le premier enfant et, après une transmission orale avec le brancardier de l'unité ambulatoire, l'emmène dans la salle de pré anesthésie d'ORL sans vérifier ni le nom du chirurgien référent ni l'identité complète de l'enfant. Le deuxième enfant reste en attente dans le sas du bloc opératoire.



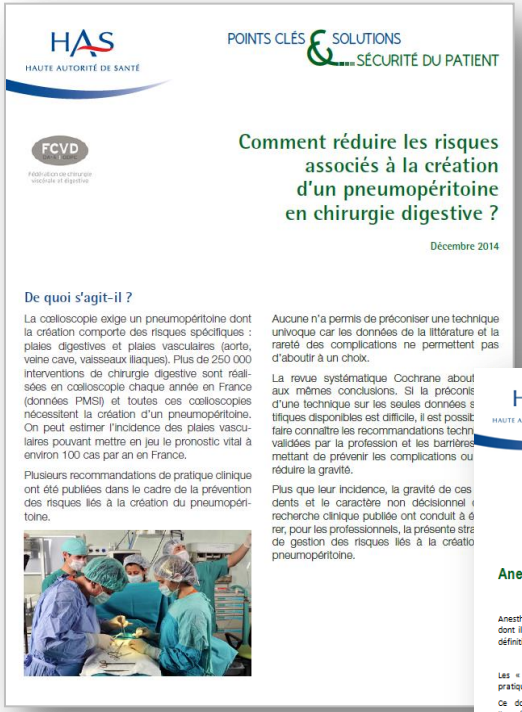
En déroulant la check-list sécurité du patient au bloc opératoire, l'anesthésiste s'aperçoit à la lecture des informations du dossier et du bracelet d'identification, que l'enfant qu'il s'apprête à anesthésier pour une chirurgie ORL doit en fait bénéficier d'un acte de chirurgie urologique.

En comparant, les informations avec l'autre enfant resté dans le sas, il comprend l'inversion entre les deux enfants. Les deux enfants sont immédiatement redirigés dans les salles du bloc opératoire dédiées aux activités chirurgicales les concernant.

Exemples issus du dispositif d'accréditation des médecins

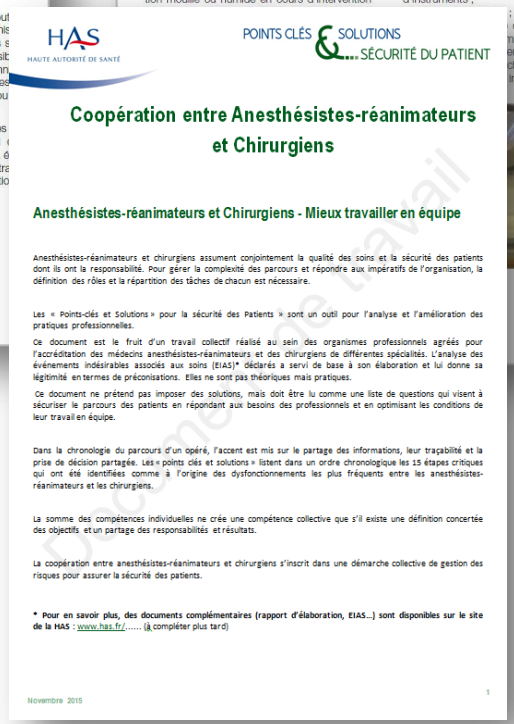
Des préconisations issues de l'analyse de la base REX

Publications « Solutions pour la sécurité du patient »


HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
POINTS CLÉS & SOLUTIONS SÉCURITÉ DU PATIENT
Comment réduire les risques associés à la création d'un pneumopéritoine en chirurgie digestive ?
Décembre 2014
De quoi s'agit-il ?


HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
POINTS CLÉS & SOLUTIONS SÉCURITÉ DU PATIENT
Comment réagir face à la présence d'humidité dans des boîtes d'instruments stériles après incision du patient ?
Décembre 2014
De quoi s'agit-il ?
Quand utiliser cette solution ?


HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
POINTS CLÉS & SOLUTIONS SÉCURITÉ DU PATIENT
PLASTIRISQ
Comment réduire les erreurs de site d'exérèse de lésions cutanées ?
Deux exemples d'événements indésirables


HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
POINTS CLÉS & SOLUTIONS SÉCURITÉ DU PATIENT
Coopération entre Anesthésistes-réanimateurs et Chirurgiens
Anesthésistes-réanimateurs et Chirurgiens - Mieux travailler en équipe


HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
POINTS CLÉS & SOLUTIONS SÉCURITÉ DU PATIENT
PLASTIRISQ
Comment éviter la confusion entre antiseptique et anesthésique injectable ?
Contexte de la situation à risque
Les causes identifiées lors de l'analyse des EPR

Exemples issus du dispositif d'accréditation des médecins

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

Mission Sécurité du Patient (MSP)



- **Contact :** pour écrire à la mission : *contact.msp@has-sante.fr*
- **rubrique site web HAS : sécurité du patient**

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439188/fr/securite-du-patient