

Colloque qualité et sécurité du SMPR

Noëlle Junod-Perron, Edith Mériaux, Michel Kossovsky,
Thierry Favrod-Coune, Yves Jackson



Copyright Chapatte 23.03.2009

Objectifs

- Définir le concept d'erreur en MPR
- Connaître et pratiquer les outils d'analyse d'incident/fait grave
- Promouvoir une culture de la gestion de l'erreur et de l'amélioration de la qualité/sécurité

Des bracelets à code-barres pour les patients des HUG

SOMS | Les HUG estiment à 300 000 les erreurs de médicaments commises chaque année. Ils souhaitent réduire ce taux.



© PIERRE ABENSURI | Dr Pierre Chopard, responsable du Service qualité des soins aux HUG.
«Aux Etats-Unis, on estime le nombre de patients décédés des suites d'une erreur médicamenteuse à 7000. En Suisse, ce nombre n'est pas connu.»

Chloé Dethurens | 01.11.2010 | 00:00

Prescription, préparation, administration de l'armoire à pharmacie au patient, le chemin que parcourt le médicament est semé d'embûches. Afin de faire diminuer le nombre d'erreurs de produits, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) planchent sur plusieurs projets. Parmi eux, celui de munir les patients de bracelets à code-barres.

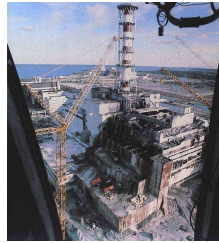
Les HUG estiment à quelque 300 000 les erreurs de médicaments, sur un total de 10 millions de comprimés transitant chaque année. Soit quelque 800 bévues par jour. Pas d'atténement: la grande majorité de ces erreurs (médicament donné une heure trop tard, par exemple) n'ont aucune conséquence pour le patient. «Ces estimations ne sont pas très intéressantes, estime Pierre Chopard, médecin responsable du Service qualité des soins. Nous préférons nous pencher sur les erreurs portant à conséquence, sur celles qui posent un véritable problème.» Selon la littérature

tdg 01.11.2010

Incident

- Limites de la sécurité du patient dépassée ou à risque
- Fait grave : préjudice
 - Manifeste vs potentiel
 - Systémique vs circonstanciel
 - Evitable vs non-évitable

Incident



Système de soin

- Peu d'importance
- Perception variable
- 1999: *To err is human: building a safer healthcare system* (Institute of Medicine)
- 100'000 décès/an (USA)
- France: effets indésirables graves: 6.6/1000 j. hosp
- 1200-3000 décès/an (CH)

Michel P. et al. Qual Saf Health Care 2007;16:369-77)

Médecine de 1^{er} recours

- Erreurs diagnostic (manqué, retard, incorrect, ...)
- > traitement (adéquation, prescription)
- 9% AIT manqués
- USA: 40% plaintes MPR
 - 300'000 USD/cas
- Vulnérabilité variable

60 310
6 units or 60 units? 3 international units or 31 units?

Newman-Toker DE et al. Ann Neurol. 2008;64(suppl 12):S17-S18
 Singh H. JAMA. 2010;304(4):463-464
 Newmann-Toker DE et al. JAMA 2009;301:1060-2
 Lamont T et al. BMJ 2010; 341:882-3

Cadre légal / institutionnel

- LPT art 59: obligation annonce EIG ou inconnu
- Loi sanitaire genevoise (k103) art 106: institutions de santé répertorient incidents
- HUG: directive 2004

Incidents

- Services
- volontaire
- anonyme/nominatif
- immunité

Faits graves

- Secrétariat général HUG
- obligatoire
- nominatif
- sanction possible

SMPR

- Nouvelle culture
- Evaluation FMH 2009: faible exposition
- Démarche qualité / sécurité / amélioration constante
- Pédagogie de l'erreur
- Colloques 2-3x/an

Qualité

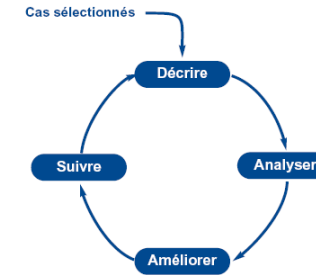
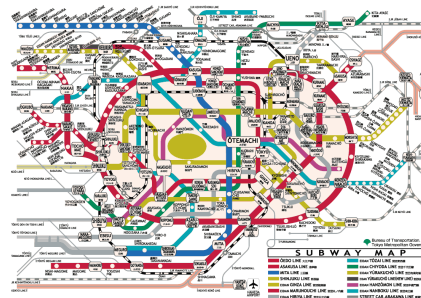


Figure 1. RMM et démarche qualité

Analyse

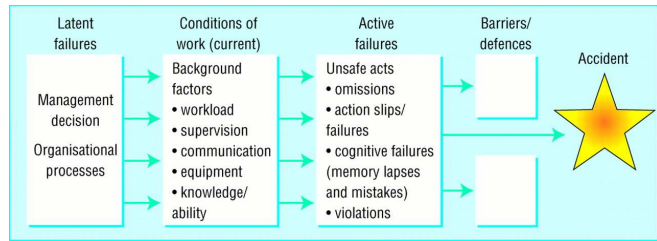


Investigation



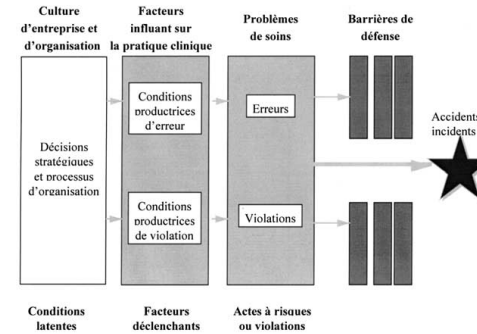
- Chronologie: résumé des faits
- Identification erreur:
 - Action (sélection, identification, attribution...)
 - Cognition
 - Violation
- Identifier facteurs contributifs (défaillances)
- Proposer actions correctives

Incident



Vincent C et al. *BMJ* 1998;316:1154-1155

Facteurs



Vincent C et al. *Ann Fr Anesth Réanim* 2002;21:509-16

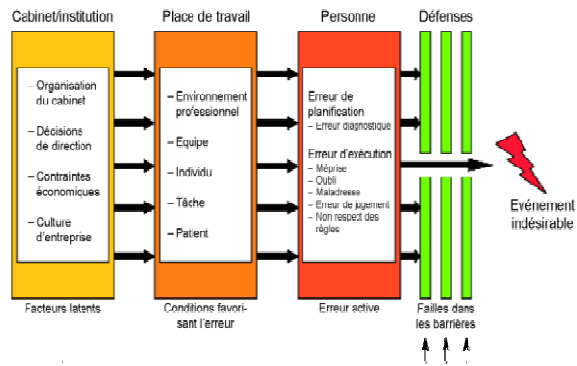


Figure 2. Modèle d'apparition d'une erreur médicale aboutissant à un événement indésirable (Adapté de J. Reason).

Staeger P et al. *Rev Med Suisse*. 2007 Nov 28;3(135):2702-4, 2706-9.

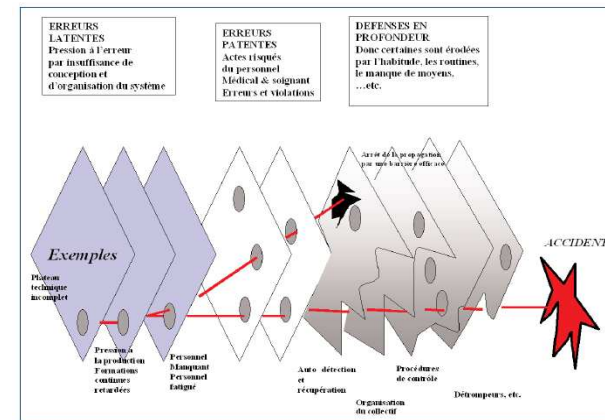
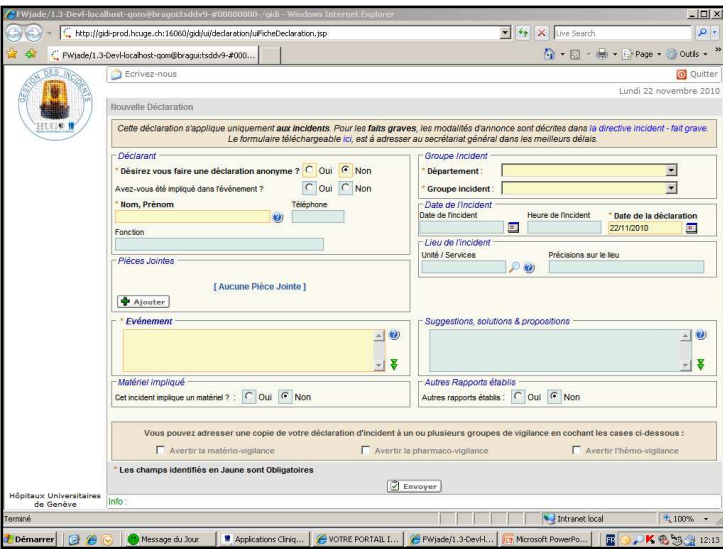
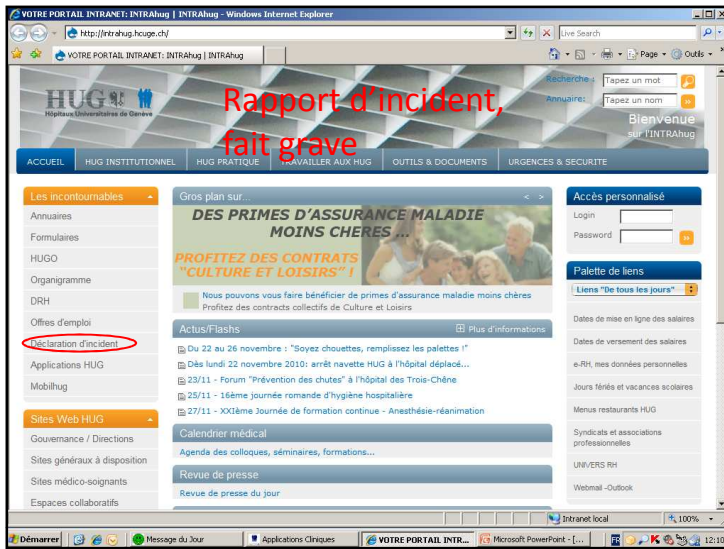
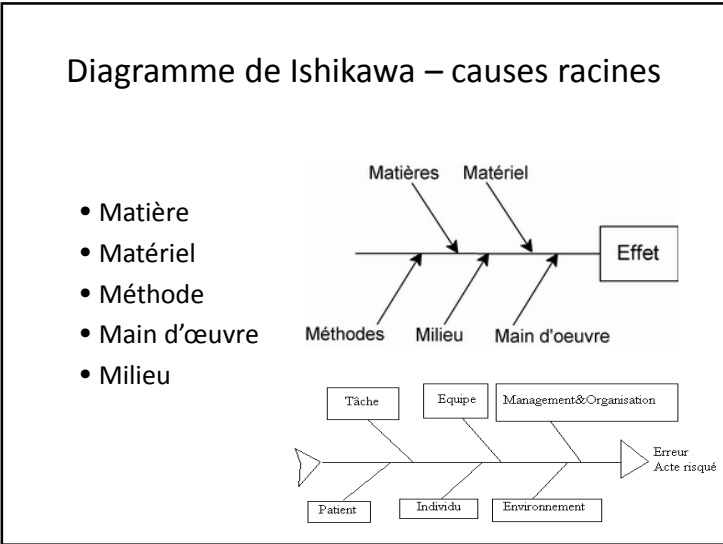


Figure 3. Modèle de dynamique de survenue d'un accident (ou « en gruyère suisse ») de James Reason, traduit par R. Amalberti (65).

Type de facteur	Facteurs contributifs ayant un retentissement	Exemples
Contexte institutionnel	Contexte économique réglementaire Direction des services de santé publique Projet sur la négligence clinique pour les financeurs	Stratégies contradictoires, problèmes de financement
Facteurs organisationnels et de gestion	Contraintes et ressources financières Structure organisationnelle Standards et buts stratégiques Priorités et culture de sécurité	Manque de procédures pour la direction générale en vue de réduire les risques
Facteurs liés à l'environnement de travail	Combinaison des compétences et des effectifs Charge de travail et modèles de transfert de responsabilité Conception, disponibilité et maintenance de l'équipement Engagement de l'administration et de l'encadrement	Charge de travail élevée, effectifs inappropriés, limitation de l'accès à des équipements essentiels
Facteurs d'équipe	Communication orale Communication écrite Supervision et recherche d'aide Structure d'équipe (cohérence, direction, etc.)	Mauvaise communication entre les personnels
Facteurs individuels (personnel)	Connaissances et compétence Qualification Santé physique et mentale	Manque de connaissances ou d'expérience de certains personnels spécifiques
Facteurs liés aux tâches à effectuer	Conception des tâches et lisibilité des structures Disponibilité et utilisation de protocoles Disponibilité et pertinence des résultats d'exams complémentaires	Indisponibilité des résultats d'exams ou de protocoles
Facteurs liés aux patients	État de santé (complexité et gravité) Expression et communication Personnalité et facteurs sociaux	Patient angoissé ou problème de langue étrangère

Vincent C et al. Ann Fr. Anesth Réanim 2002;21:509-14



Membres : Michel Kossovsky, responsable
 Sasha Pfaender
 Marie-Laure Dominguez
 Geneviève Irion
 Sabine Koller de Farias

Résumé de l'activité du groupe :

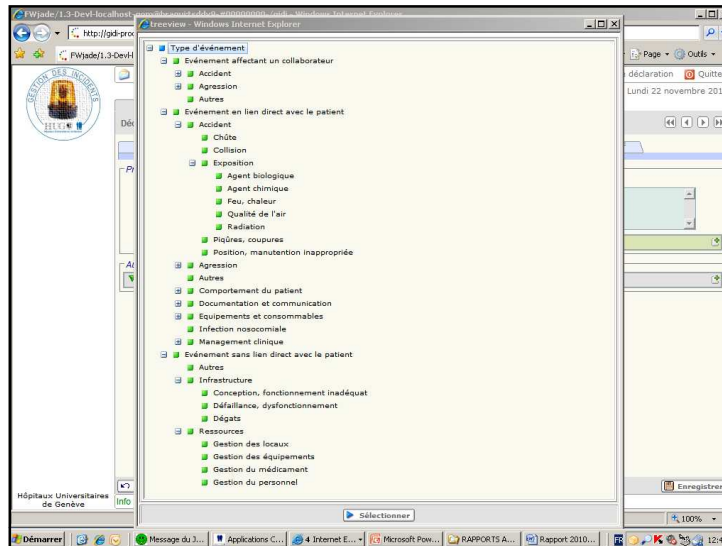
	2008-2009	2010
Analyses complètes	25	8
Incidents transférés au groupe incidents concerné	6	2

	2008-2009	2010
Réception	1	
PSM	3	
UGC	10	2
SMPR	7	4
CIMPV	0	
UMSCO	2	2
UITB	0	
SMIH		

	2008-2009	2010
Médecins	5	2
Infirmières	16	6
PPS (physio, ergo, ass. Social)	1	
Administratif	1	
Anonyme	0	

	2008-2009	2010
Organisation des soins	22 (4+16 UGC+11 pharmacie)	4
Communication	2	2
Violence	2	
Vol de matériel	1	2
Administratif	17	1
Thérapeutique	0	
Erreur/retard diagnostic et/ou traitement	0	1
Etiquetage	2	
Informatique	1	
Accident/chute		1

A préciser que plusieurs critères peuvent être sélectionnés pour le même incident.



Messages clés

- Erreur fréquente
- Défaillances en chaîne
- Analyse systémique
- Source d'apprentissage
- Diminution du risque
- Amélioration qualité
- Tout le monde est concerné

Pour continuer

- 2-3 colloques/an
 - Analyse préalable d'un incident au sein des cabinets de groupes
 - Travail multidisciplinaire
 - Présentation plénière: problème, analyse, actions correctives
 - Suivi et mise en place des actions correctives
 - Bilan des actions correctives

Prochain colloque: 4 mai 2011

UGC, dépendance, CG1, UMSCO