

COMMENT METTRE EN PLACE UN SYSTEME DE LA GESTION DE LA SECURITE DANS LES SECTEURS DE SOINS AIGUS DE L'HOPITAL

SIZ NURSING

Jeudi 18 avril 2013

P. Van den Berge

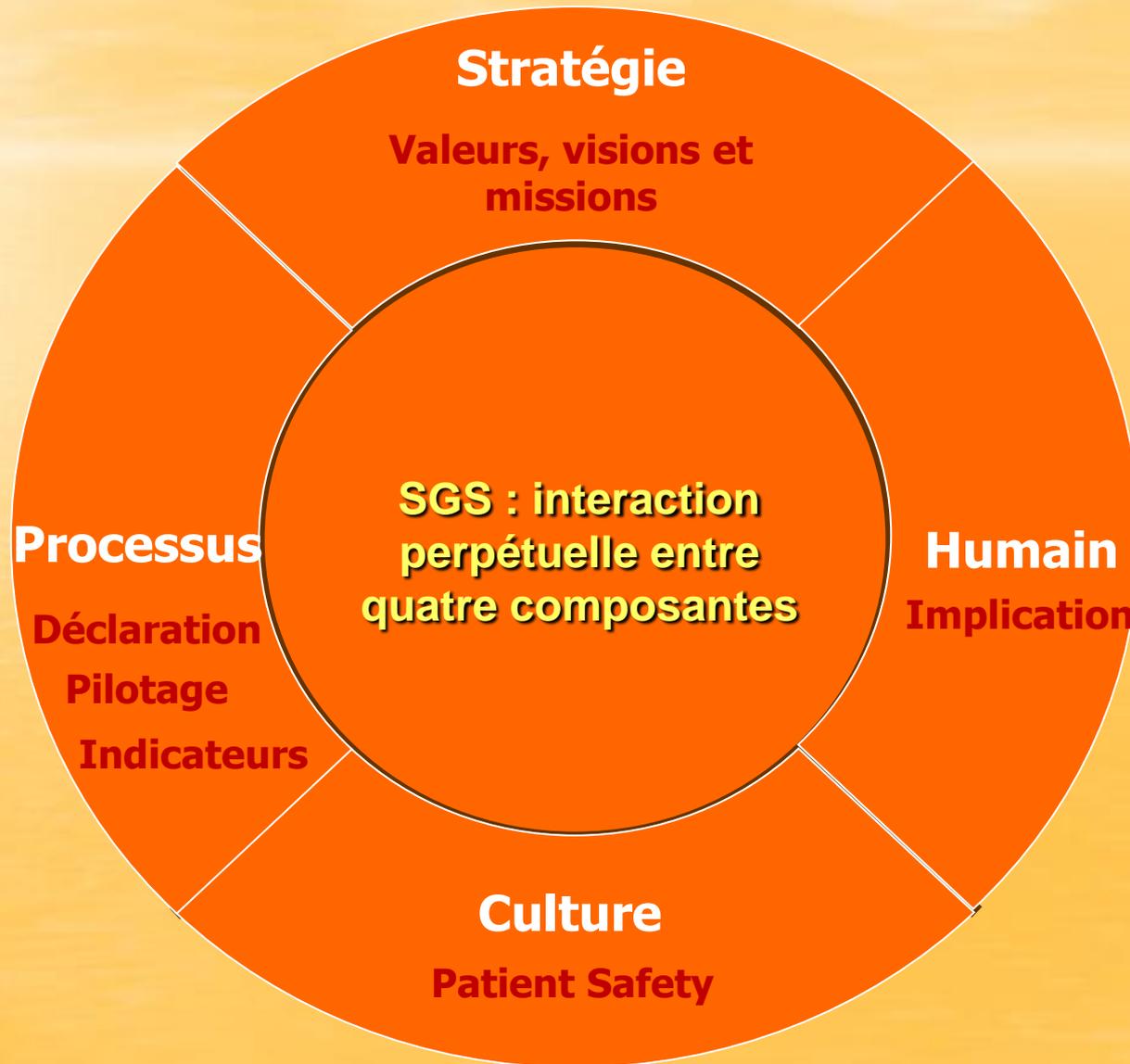
Plan

- ✓ Mise en place d'un SGS, comment s'y prendre ?
- ✓ Exemples repris de la littérature

Systeme de la gestion de la sécurité : définition

- ✓ **Gestion de la sécurité** : approche structurelle de la gestion des risques dont l'objectif est de *promouvoir* la sécurité des patients lors de trajet de soins.
- ✓ **Systeme de Gestion de la Sécurité (SGS)** : les processus dans lesquels s'intègrent les méthodes, instruments et actions destinés à améliorer la sécurité de patients

SGS : composantes majeures



Mise en place d'un SGS, comment s'y prendre ?

(Hellings, 2010)

- ✓ Elaboration d'un plan stratégique de sécurité
- ✓ Implication de la direction (top management)
- ✓ Implication des différentes disciplines de l'Hôpital (communication)
- ✓ Mise en place d'une cellule qualité et sécurité Patient
- ✓ Mise en place d'une culture de sécurité
- ✓ Implantation du processus de déclaration des incidents et quasi-incidents
- ✓ Inventaire proactif des risques
- ✓ Implantation des indicateurs de pilotage
- ✓ Intégration des sources d'informations de type patient safety
- ✓ Implication du patient en tant que partenaire
- ✓ Interaction transmurale (première ligne, soins à domicile)
- ✓ Amélioration continue de la sécurité de soins (PDCA)

SGS : Stratégie

- ✓ Elaboration d'un plan stratégique (CT, MT et LT) en matière de la sécurité Patient
- ✓ Plan de déploiement : traduire les différents axes stratégiques en objectifs opérationnels. Et ce, par métier et par processus
- ✓ Suivi de déploiement : revue de direction
- ✓ Feedback et retour Bottom-up

SGS : Instances de pilotage

- ✓ Mise en place d'une cellule de coordination Qualité et Sécurité Patient : composition pluridisciplinaire

- ✓ Rôles :
 - Interface entre les directions et les processus métiers
 - Coordination du SGS
 - Coordination des actions/projets ayant trait à la sécurité
 - Maintien d'un dispositif de communication et de sensibilisation permanente

SGS : organisation

- ✓ Mise en place d'un réseau de référents
- ✓ Identification et Recrutement : référent par thème
- ✓ Définir le mode de coordination entre les référents et la cellule Qualité et Sécurité Patient
- ✓ Définir les rôles et responsabilités de chaque Référent

SGS : processus

- ✓ Standardiser et institutionnaliser le processus de déclaration des incidents et presque-incidents : *déclaration, centralisation, analyse et action*
- ✓ Définir les indicateurs de pilotage des performances de ce processus:
Ex :
 - Nombre de déclarations par semestre*
 - Nombre de déclarations ayant induit une action d'amélioration*
 - Nombre d'actions réalisées*
- ✓ Automatiser ce processus : logiciel (Base de données) de notification

SGS : Processus, l'accent doit être mis sur :

- ✓ Contenu du support de la déclaration : taxonomie OMS (ICPS)
- ✓ Analyse rétrospective des incidents et presque-incidents :
 - PRISMA : Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis*
 - SIRE : Systematic Incident Reconstruction and evaluation*
- ✓ Analyse prospective des incidents et presque-incidents :
 - AMDEC*

SGS : Communication

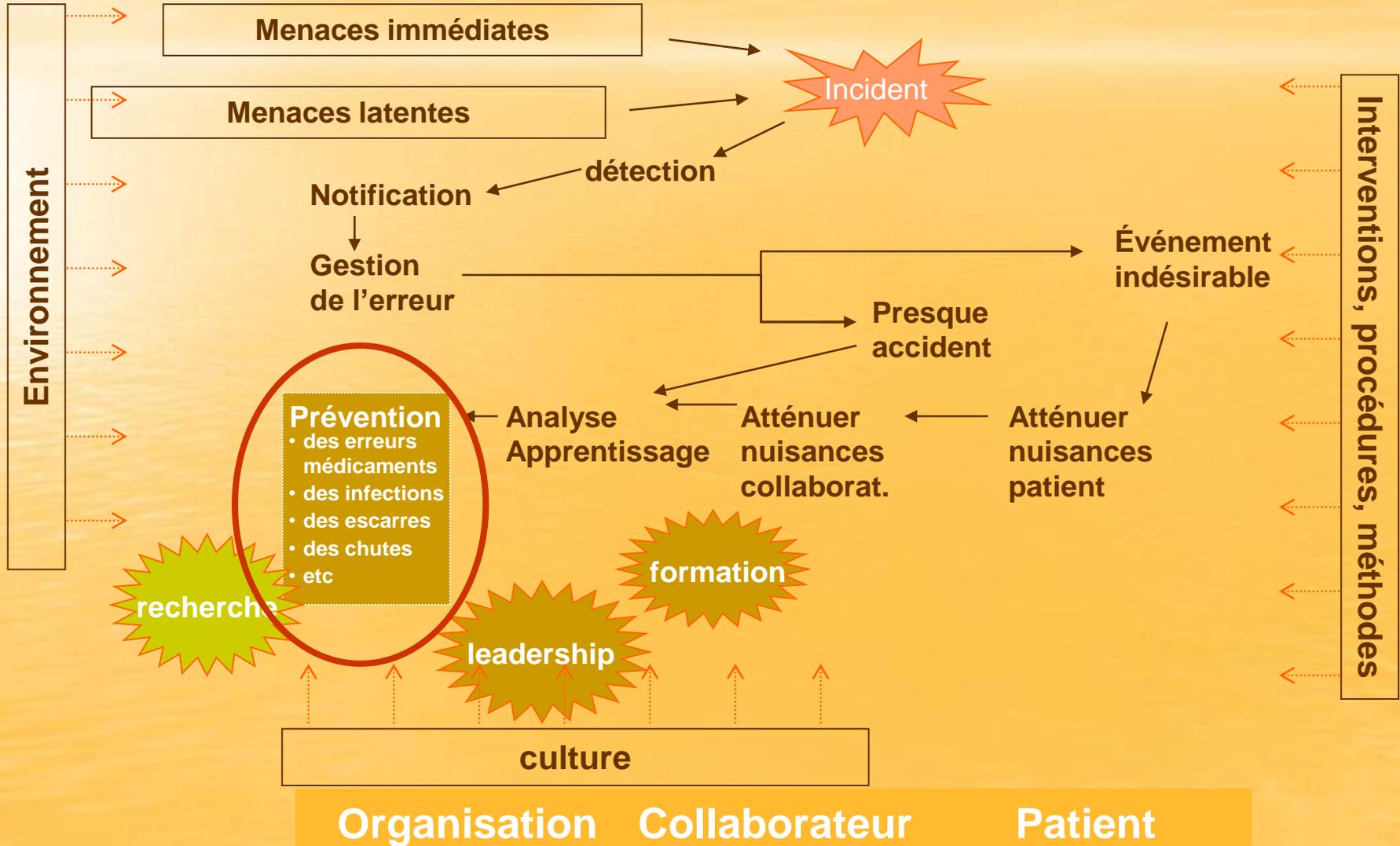
- ✓ Déculpabiliser et développer une culture positive de l'erreur :
Toute erreur, dysfonctionnement ou défaillance constitue une opportunité de progrès individuel et collectif
- ✓ Maintenir un plan de communication permanente au niveau des différents échelons
- ✓ Former les Référénts et les intégrer dans la communication de proximité
- ✓ Impliquer les médecins
- ✓ Intégrer la sécurité de patient dans le plan de formation
- ✓ Gérer le changement

SGS : Indicateurs

- ✓ Mettre en place des indicateurs multidimensionnels.
Ex d'indicateurs en chirurgie (Michaud et al., 2009)

- Complications d'anesthésie
- Corps étranger laissé au cours d'une intervention
- Fracture de hanche postopératoire
- Hémorragie ou hématome postopératoire
- Désordre physiologique et métabolique postopératoire
- Détresse respiratoire postopératoire
- Embolie pulmonaire ou phlébite post-opératoire
- Septicémie postopératoire
- Déhiscence de plaie opératoire en chirurgie abdominale
- Lacération accidentelle au cours d'un soin

Sécurité des soins – sécurité des patients



Méthodes d'analyse et de réduction de la mortalité à l'hôpital

● **Les équipes d'intervention rapide**

- Constat : les patients qui sont victimes d'arrêts cardiaques ou d'autres pathologies aiguës similaires présentent souvent des signes de détérioration clinique jusqu'à huit heures avant l'événement => suggère qu'un nombre de ces crises peut être prévenu
- Expériences en Australie dès la fin des années 80 :
 - court-circuiter les hiérarchies traditionnelles dans la fourniture de prestations de soins intensifs en dehors des unités de soins intensifs elles-mêmes²⁵.
 - disponibilité immédiate d'une petite équipe mobile (essentiellement infirmière et médecin des soins intensifs) équipée de monitoring, de défibrillateurs et de médicaments.
 - ces équipes pouvaient être appelées à chaque fois qu'un soignant était inquiet de l'évolution d'un patient¹⁵⁰ ou qu'un paramètre de l'état de santé de celui-ci entrait dans les critères d'appel de l'équipe d'intervention.

Méthodes d'analyse et de réduction de la mortalité à l'hôpital

- **Les équipes d'intervention rapide**
 - Concept généralisé dans le cadre de la campagne « sauver 100.000 vies » de l'IHI de Boston.
 - Composition varie considérablement en nombre de personnes, type de professions qui les composent.
 - Elles peuvent être conduites par des médecins ou par des infirmières.
 - Le niveau de déclenchement varie également (signes vitaux)¹⁴³.

La prévention des incidents indésirables médicamenteux

- **Systeme électronique de saisie d'ordres médicaux**
 - La majorité inclut une interface avec un système de soutien à la décision clinique au degré de sophistication variable² .
 - Les plus simples suggèrent les fréquences, doses, voies, pour la prescription.
 - Les systèmes plus sophistiqués peuvent aller jusqu'à évaluer
 - les allergies,
 - la compatibilité avec les valeurs de laboratoire,
 - les interactions médicamenteuses et rappeler des ordres corollaires à inscrire (contrôle de glucose en cas de prescription d'insuline)
 - recommander certaines prescriptions

La prévention des incidents indésirables médicamenteux

- **Pharmacie clinique**

- Plusieurs études recommandent la participation du pharmacien hospitalier au processus complet des médicaments⁷.
- Une étude de L. Leape⁶³ apporte des preuves fortes de l'avantage de la pharmacie clinique pour réduire les événements indésirables médicamenteux en milieu de soins intensifs

La prévention des incidents indésirables médicamenteux

● Détection par déclencheur

- Plusieurs études démontrent que la notification volontaire des événements indésirables médicamenteux sous-estime ces incidents d'un facteur de 20 à 60
- 1991 Classen⁶⁴ et al. :
 - résultats d'une étude relative à un système de détection informatisée des événements indésirables médicamenteux (EIM).
 - Les signaux déclencheurs incluaient l'arrêt subit d'un médicament, la prescription d'antidote, des valeurs de laboratoire se situant en dehors de valeurs prédéterminées².
- Les déclencheurs (triggers) sont des jeux de critères permettant des requêtes suggérant la présence d'événements indésirables médicamenteux.
- Ces critères génèrent des recherches de noms de médicaments, d'interaction entre valeur de laboratoire et médicament et de valeurs de laboratoires seules.
- Des versions plus sophistiquées incluent des requêtes sur les codes ICD-9 ou dans les textes des dossiers infirmiers, cherchant des combinaisons « médicament - symptômes »².

La prévention des incidents indésirables médicamenteux

- **Protocoles pour médicaments à haut risques**
 - L'OMS inclut dans cette catégorie les solutions électrolytiques⁶⁵ telles que le chlorure de potassium, l'insuline intraveineuse, les cytotoxiques, les anticoagulants tels que l'héparine et la warfarine. Le NFAQ⁷ ajoute les bloquants musculaires et les narcotiques.
 - Identifier clairement ces médicaments comme dangereux.
 - Le retrait des solutions électrolytiques des stocks des services de soins généraux⁶⁵ est proposé par l'OMS.
 - Au minimum : prévoir des procédures gérant le potassium comme une substance appelant une vigilance spécifique, avec restriction de commandes et documentation des pratiques de stockage.
 - Si des flacons de potassium sont stockés dans des unités de soins spécialisées, ils doivent être individuellement identifiés avec des étiquettes fluorescentes marquées « doit être dilué ».
 - La préparation de ces solutions doit se faire uniquement par des personnes qualifiées⁶⁵. La solution préparée doit être libellée « haut risque ».

La prévention des incidents indésirables médicamenteux

- **Bilan comparatif des médicaments**

- Le bilan comparatif est conçu pour prévenir des erreurs lors de transitions dans le processus de soins^{8, 65}. Il consiste en «
 1. la création d'une liste aussi complète et précise que possible de tous les médicaments préalables à l'admission
 2. à utiliser cette liste lors de la prescription de nouveaux médicaments
 3. à comparer cette liste aux ordres de transfert ou de sortie en identifiant et en rendant le médecin attentif aux différences et, si nécessaire, en apportant les changements aux ordres »⁶⁶.

Exemple (source: campagne québécoise « des soins de santé plus sécuritaires maintenant »)

Page 1 of _____



ADMISSION MEDICATION RECONCILIATION FORM

- On No Medications at Home
 Unable to obtain medication history: Reason: _____

draft 10

DATE _____ HSC NO. _____
 PATIENT _____
 DOB _____
 PROV HC# _____
 DOCTOR _____
 CLINIC/UNIT _____ LOC'N _____

Allergies: Yes No Known Allergies

Medications/food/environment	What is the reaction?	How long ago?	Has the child tried it since and how did he/she tolerate it?

Weight _____ kg Height _____ cm BSA _____

Any other medications that are **not** taken by the child due to adverse effects? no yes (list) _____
 Any street drug use? no yes (list) _____

HOME MEDICATIONS ON ADMISSION

- OTCs inhalers injectables tube feeds patches prescriptions
 Herbals eye/ear drops nasal mists creams/ointments

Drug (generic name preferred) How does the child like/tolerate the medication?	Dose	Route	Freq.	Tablet or Liquid (concentration) (special prep)	Last Taken (Date/Time)	Reason for medication
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Physician Medication Reconciliation against admission orders

Current Dose mg/kg/day or mg/kg/dose etc	Dose acceptable (please check)	CONTINUE	CHANGE	DO NOT ORDER	REASON FOR CHANGE/DO NOT ORDER

Source: (Circle all used): Chart Patient Parent Medication List Bottles DPIN Transfer Sheet Pharmacy: Name: _____ Number: _____

Medication History Recorded by: _____
 Date: _____
 Physician signature: _____
 Date: _____
 FAXED TO PHARMACY

COMPLIANCE AND ASSESSMENT OF EDUCATION NEEDS

How often do you miss a dose? Seldom 2-3times/week 4 or more times/week
 Why do you forget? Side effects, timing cost _____
 Have you stopped/started/changed any drugs in the past month? no yes _____
 Who gives (administers) the medications? _____
 Do you keep a medication list? no yes _____
 Do you bring your medications to all doctor's appointment? no yes _____

La prévention des incidents indésirables médicamenteux

- **Médicaments ressemblants**

- L'OMS⁶⁵ recommande une gestion des risques spécifiques à ces médicaments⁶⁷. Elle inclut:
 - revue annuelle des noms de médicaments disponibles dans l'hôpital et des risques de confusion,
 - des protocoles minimisant les transmissions d'ordres oraux et téléphoniques,
 - la formation aux procédures de préparation et de vérification,
 - l'inclusion des noms de marques et des noms non-propriétaires sur les ordres et les étiquettes,
 - le stockage physique séparé ou en dispensateurs automatisés, etc.

La prévention des incidents indésirables médicamenteux

- **Autres mesures relatives au processus médicamenteux**
 - Ordre, propreté, éclairage, et isolation du bruit et de l'agitation pour les places de travail où les médicaments sont préparés⁷.
 - Standardisation des méthodes d'étiquetage, d'emballage et d'entreposage des médicaments⁷
 - Mise à disposition d'informations relatives aux médicaments à l'endroit des soins (par exemple ordinateur type Palm)³
 - Autoévaluation des pratiques médicamenteuses au moyen de la check-list téléchargeable
<http://chrp.creighton.edu/documents/bestpractices.pdf>

CONCLUSION

Mettre en place un système de gestion de la sécurité, c'est une question de leadership et de culture

Leadership et culture

- **Un leadership promoteur de sécurité** (Øvretveit¹⁰⁶)
 - Changements de systèmes (créer ou développer systèmes de feedback des patients, de notification, d'analyse, priorisation et prévention, intégrer les indicateurs de sécurité des patients dans les tableaux de bords institutionnels)
 - Ressources humaines (intégrer la sécurité des patients aux séances d'accueil des collaborateurs, concertation avec les commissions du personnel sur la notification, formation de l'encadrement intermédiaire, s'assurer que les experts utilisent les connaissances les plus récentes)
 - Autres recommandations (faire tomber les barrières bloquant les projets, identifier les médecins enthousiastes, visiter régulièrement les unités de soins – demander aux patients leur vécu dans le domaine qualité et sécurité)

***Remerciements à Anthony Staines ,
Vice-Président de sanaCERT suisse,
Professeur associé, IFROSS, Université Lyon 3, France
pour le prêt de plusieurs dias***

Références bibliographiques

2. AHRQ. *Making Health Care Safer. A Critical Analysis of Patient Safety Practices.* Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Dept. of Health and Human Services, U.S. Public Health Service; July 20 2001. Evidence Report / Technology Assessment - Number 43
3. AHRQ. 10 Patient Safety Tips for Hospitals. May; <http://www.ahrq.gov/qual/10tips.htm>. Accessed October 3, 2007.
7. NFQ. *Safe practices for better healthcare.* Washington: National Quality Forum; 2003.
8. NFQ. *Safe practices for better healthcare - 2006 Update - A consensus report.* Washington: National Quality Forum; 2006.
25. Staines A. *La relation programme qualité / résultats patients* [Thèse de doctorat - Management].Lyon: IFROSS, Université Jean Moulin - Lyon 3; 2007.
63. Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD, et al. Pharmacist Participation on Physician Rounds and Adverse Drug Events in the Intensive Care Unit. *JAMA.* July 21, 1999 1999;282(3):267-270.

Références bibliographiques

64. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Burke JP. Computerized surveillance of adverse drug events in hospital patients. *Journal of the American Medical Association*. Nov 27 1991;266(20):2847-2851
65. World Health Organization, Joint Commission International, The Joint Commission. Patient Safety Solutions. www.jcipatientsafety.org/24725/. Accessed July 4, 2007.
66. Rogers G, Alper E, Brunelle D, et al. Reconciling Medications at Admission: Safe Practice Recommendations and Implementation Strategies. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2006;32:37.
67. Lambert BL, Lin SJ, Chang KY, Gandhi SK. Similarity as a risk factor in drug-name confusion errors: the look-alike (orthographic) and sound-alike (phonetic) model. *Med Care*. Dec 1999;37(12):1214-1225.
106. Øvretveit J. *The Leaders Role in Quality and Safety Improvement*. Stockholm: Sveringes Kommuner och Landsting; June 2005.
143. Øvretveit J, Suffoletto J-A. Improving Rapid Response Systems - progress, issues, and future directions. Stockholm; 2007:8.
150. DeVita MA. Rapid response systems: is yet another before-and-after trial needed? *Pediatr Crit Care Med*. May 2007;8(3):297-298

Merci de votre attention

Pierre.vandenberg@entitejolimontoise.be