

# La sécurité des personnes âgées : l'expérience du Comité de Retour d'Expérience Personnes Agées Ville-Hôpital CREX.PA.VH

*Pr A-M. MAGNIER, Département de médecine générale, UPMC  
Dr D. BIDON, Pharmacie, GH Pitié-Salpêtrière*

7<sup>ème</sup> journée SFTG Recherche

3 février 2018

# Contexte

**Vieillesse** de la population française ( $\approx 2M \geq 85$  ans)

↗ du nombre d'hospitalisations en urgence  
( $\approx 13\%$  des passages aux urgences concernent les patients  $> 75$  ans)

Hospitalisations liées à un **accident iatrogène**  
=  $20\%$  des hospitalisations des  $>80$  ans  
( $6,5\%$  en population générale)

Les accidents les plus sévères sont souvent **évitables** ( $42\%$ )

## Transitions dans les parcours

= période à haut risque pour les patients

Exemple : Sortie d'hospitalisation sans transmission d'informations



# Projet à l'initiative du pôle de santé Paris 13

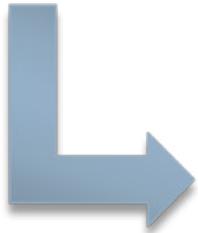
Mettre en place un projet d'échanges ville-hôpital pour identifier et intervenir pour réduire les EIAS chez les patients  $\geq 75$  ans

- ▶ Collaboration initiée avec :
  - ▶ le service de gériatrie,
  - ▶ le SAU,
  - ▶ la pharmacie du GHPS
- ▶ Réunion d'information et formation (SFTG) auprès des professionnels de santé (IDE, kiné, médecins) avec des cas pratiques
- ▶ Organisation sous la forme d'un **CREX**
- ▶ Etude de faisabilité (financé par une convention ARS) pour dépôt PREPS



# Evènement indésirable associé aux soins (EIAS)

*Les EIAS sont des évènements liés aux soins, et non à l'évolution normale de la maladie, qui auraient pu ou ont entraîné un préjudice pour le patient. (HAS)*



## Caractériser un EIAS :

- Erreur avérée ou évènement porteur de risque ?
- Conséquences pour le patient (préjudices ?)
- Gravité des conséquences
- Fréquence de survenue
- Causes et facteurs contributifs

**ESPRIT** (Etude épidémiologique en soins primaires sur les EIAS en France)

**ENEIS** (Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins)

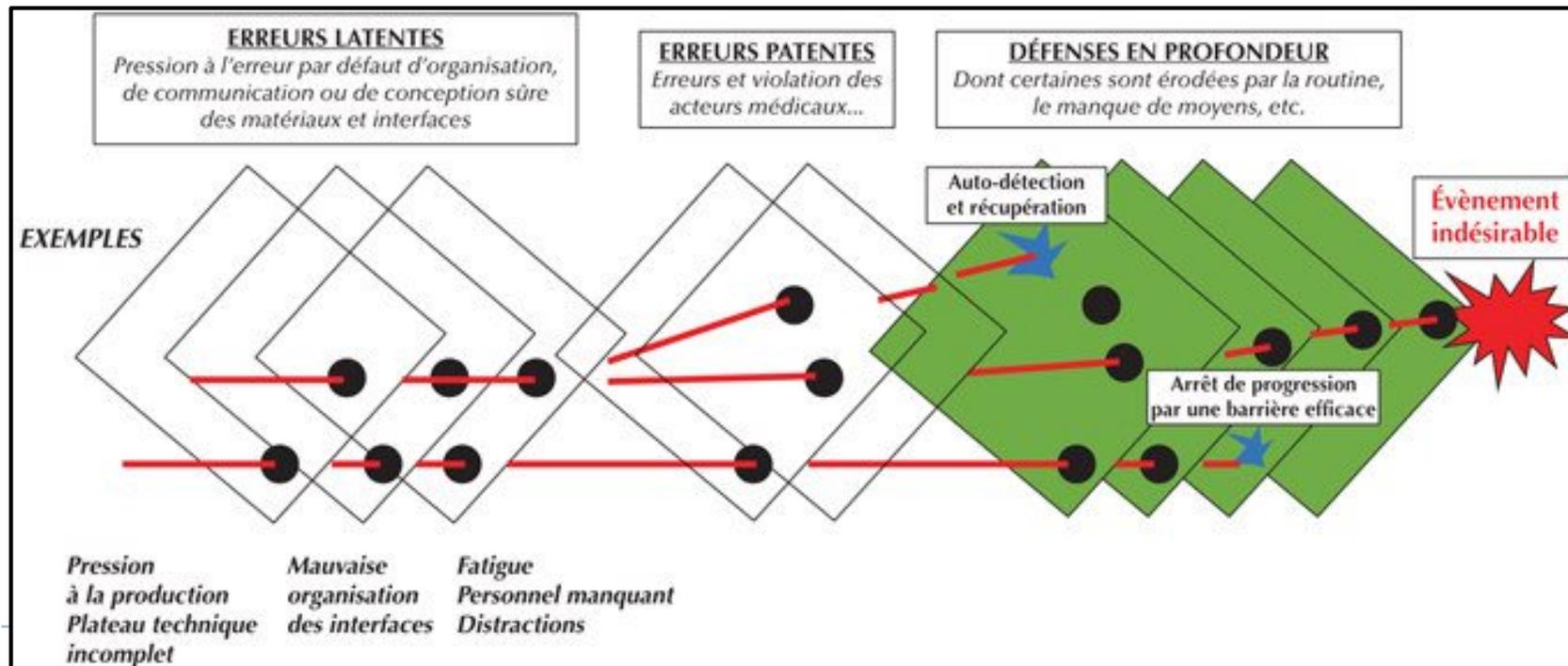
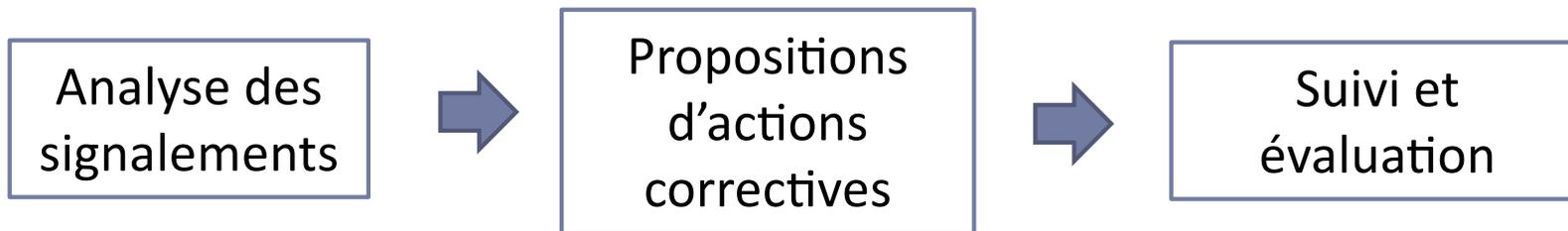


# Comité de Retour d'Expérience (CREX)



Démarche collective de recherche de l'ensemble des causes de l'incident à partir d'une analyse systémique des événements recensés afin de mettre en œuvre des mesures correctives.

→ approche à posteriori

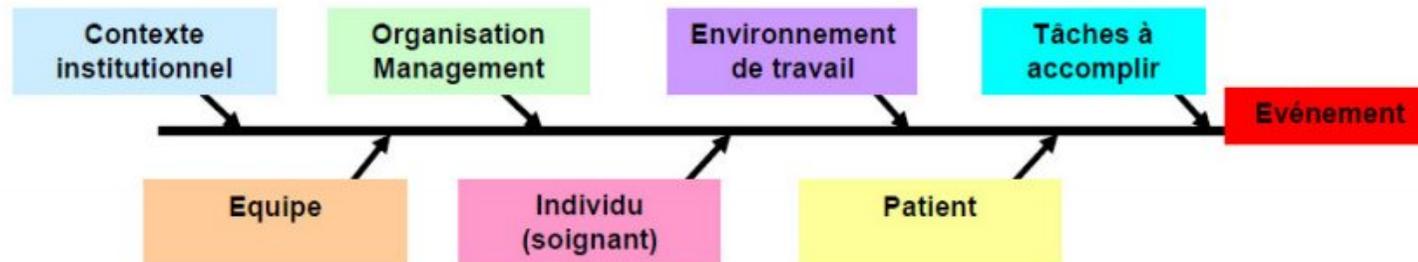


# Etude de faisabilité : méthodologie

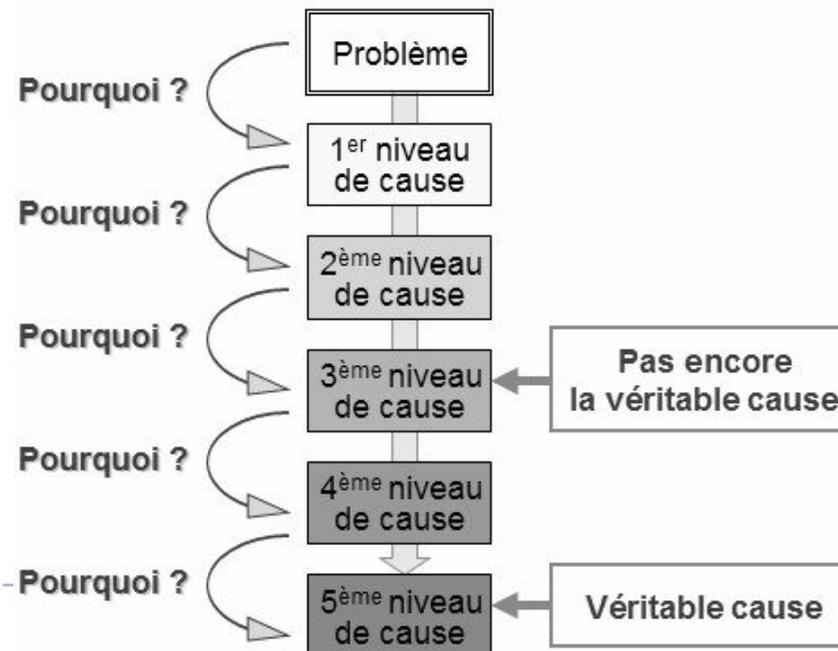
- ▶ Réunion mensuelle du groupe pluridisciplinaire de janvier à juillet 2016 composé par :
  - ▶ Service de gériatrie : un médecin, un cadre
  - ▶ SAU : un médecin, un cadre
  - ▶ Pharmacie du GHPS : deux pharmaciens
  - ▶ Ville : 3 médecins, un infirmier, un pharmacien, internes
- ▶ Elaboration d'une fiche de recueil en 3 parties :
  - ▶ Information générale caractéristique du patient.
  - ▶ Histoire de la survenue de l'EIAS, ses conséquences et causes.
  - ▶ Fréquence et la gravité de l'EIAS
- ▶ Recueil des cas par 3 internes en médecine
- ▶ Analyse des cas en CREX selon la méthode des « 5 pourquoi ? » et méthode ALARM

# Analyse des EIAS : identification des causes en établissement de santé

## Méthode ALARM



## Méthode des « cinq pourquoi »



# Analyse des EIAS : identification des causes hors ES

## Grille Cadya

Catégorie principale	Sous-niveau 1	Sous-niveau 2 (le cas échéant)	Aspects explorés par l'axe	Catégorie principale	Sous-niveau 1	Sous-niveau 2 (le cas échéant)	Aspects explorés par l'axe
<b>Facteurs environnementaux</b>	Contexte social du patient		Lieu et contexte de vie, situation sociale du patient (sens large)	<b>Processus de soin</b>	Dimension cognitive	Défaut de formation	Défaut de savoir (dans la formation initiale ou continue)
	Contexte d'action du soignant	Acte non planifié	Urgence ou recours urgent, demande non programmée			Défaut de restitution	Défaut de remémoration d'un savoir ou de manière incomplète
		Lieu de prise en charge	Patient vu au cabinet, au domicile ou ailleurs (EHPAD)			Défaut de synthèse	Décision inadaptée en dépit d'une formation et d'un raisonnement qui paraissent adaptés
		Gestion de la charge de travail	Retard, absence de rendez-vous disponible ou surcharge		Procédure de soins	Procédure non réalisée ou inadaptée	Procédure de soins non réalisée ou partiellement (exemples : inobservance ou non-délivrance d'un traitement)
	Perturbateur contextuel		Défaut de protocole			Protocole de soins défaillant, non à jour ou absent	
Système de santé	Offre de soins	Absence de soignant ou offre de soins inadaptée	Coordination des soins		Défaut de communication	Défauts de communication - autres qu'une défaillance du système d'information	
	Aspects financiers ou administratifs	Défaut de couverture sociale, tout aspect financier empêchant ou retardant une prise en charge médicale			Suivi absent ou inadapté	Défaut de mise en place d'un suivi ou suivi non adapté	
<b>Facteurs humains</b>	Lié au patient	Un mot-clé précise la nature du dysfonctionnement, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>• affects inadaptés (exemple : défaut d'empathie) dans la relation ;</li> <li>• troubles du comportement (violence, colère) ;</li> <li>• fatigue ou stress (altérant la performance individuelle) ;</li> <li>• croyances et représentations (culturelles, religieuses ou éthiques) ;</li> <li>• autre</li> </ul>			Absence de rétroaction	Suivi en place, mais non-prise en compte d'un retour d'information ou décision inadaptée	
	Lié au soignant						
	Lié aux autres soignants						
	Lié à un autre tiers						
<b>Facteurs techniques</b>	Facteur matériel	Panne, défautuosité, indisponibilité	Toute anomalie en rapport avec le matériel lors d'un acte technique				
		Défaut d'usage	Non-respect de l'usage habituel du matériel (sciemment ou non)				
	Système d'information	Données erronées ou manquantes	Information fausse ou manquante (exemple : mention d'une allergie)				
		Défaillance du système de communication	Une information n'a pu être transmise en temps et en heure (exemple : fax, e-mail ou courrier non reçu)				

# Recueil à l'hôpital



## **Phase 1 : Hospitalisation non programmée en gériatrie aiguë**

(≈30 lits)

Du 1 au 14 février 2016

- Evaluation systématique de toutes les hospitalisations en prospectif
- Inclusion des cas d'hospitalisations non programmées potentiellement associés à un EI survenu en ville
- Sources de données : CR médical + contact avec le MG + fiche de recueil
- Analyse des cas par un groupe de membres du CREX comprenant un médecin généraliste de ville, le chef de service de gériatrie, le pharmacien hospitalier et l'interne de MG



# Recueil à l'hôpital



## **Phase 2 : Hospitalisation après passage aux urgences**

Du 15 au 21 février 2016

- Evaluation systématique prospective de toutes les hospitalisations
- Inclusion des cas d'hospitalisations non programmées potentiellement associés à un EIAS survenu en ville
- Sources de données : CR des urgences + CR d'hospitalisation + contact avec le MG + fiche de recueil
- Analyse des cas par un groupe de membres du CREX comprenant médecin généraliste de ville, un médecin des urgences, infirmier libéral et l'interne de médecine.

# Recueil en ville

---

## **Déclarations spontanées** recueillies

Au préalable : formation de 19 professionnels (10 MG, 5 IDE, 4 pharmaciens)

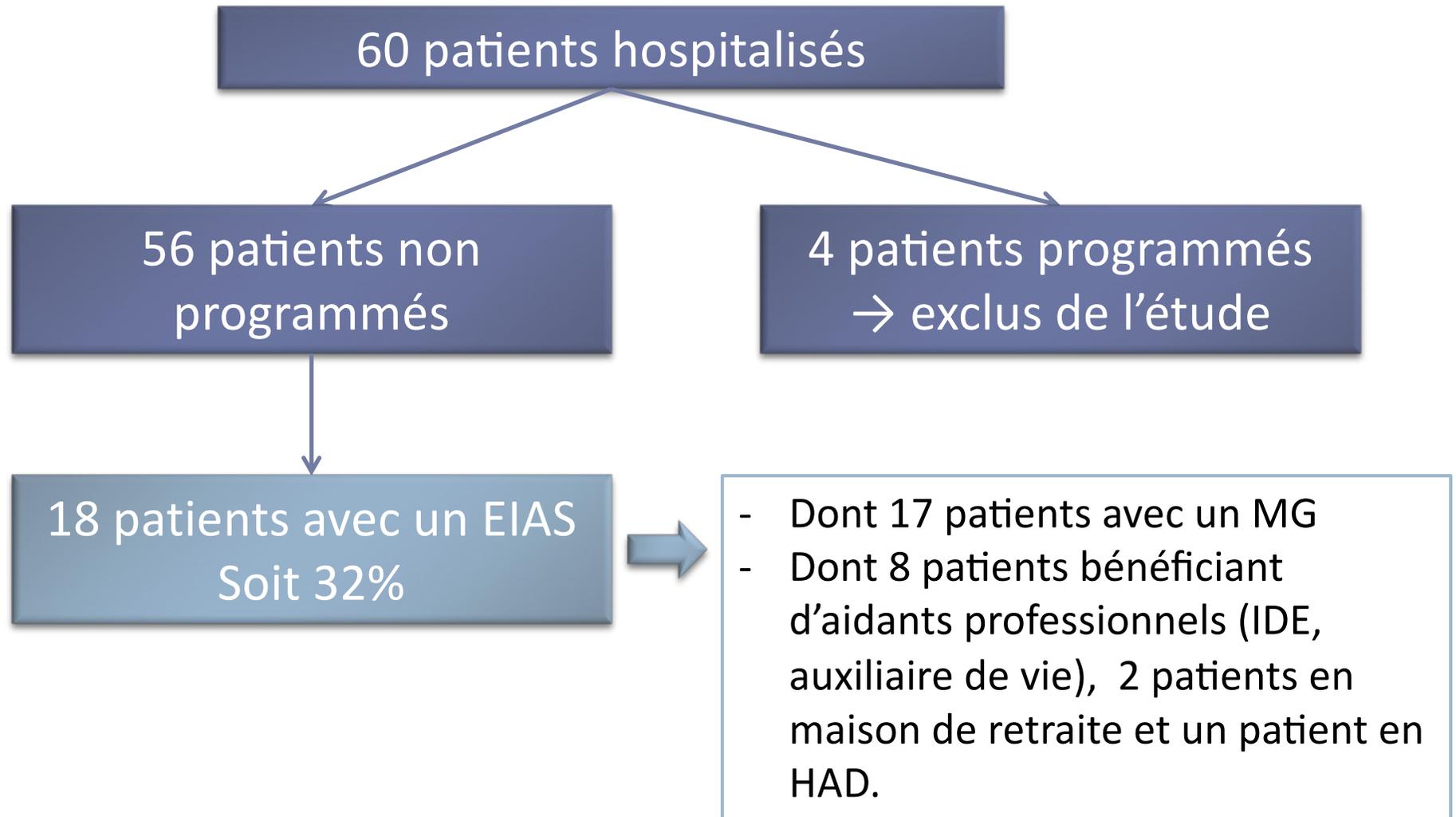
Problèmes de sortie d'hospitalisation sur 2 mois

---



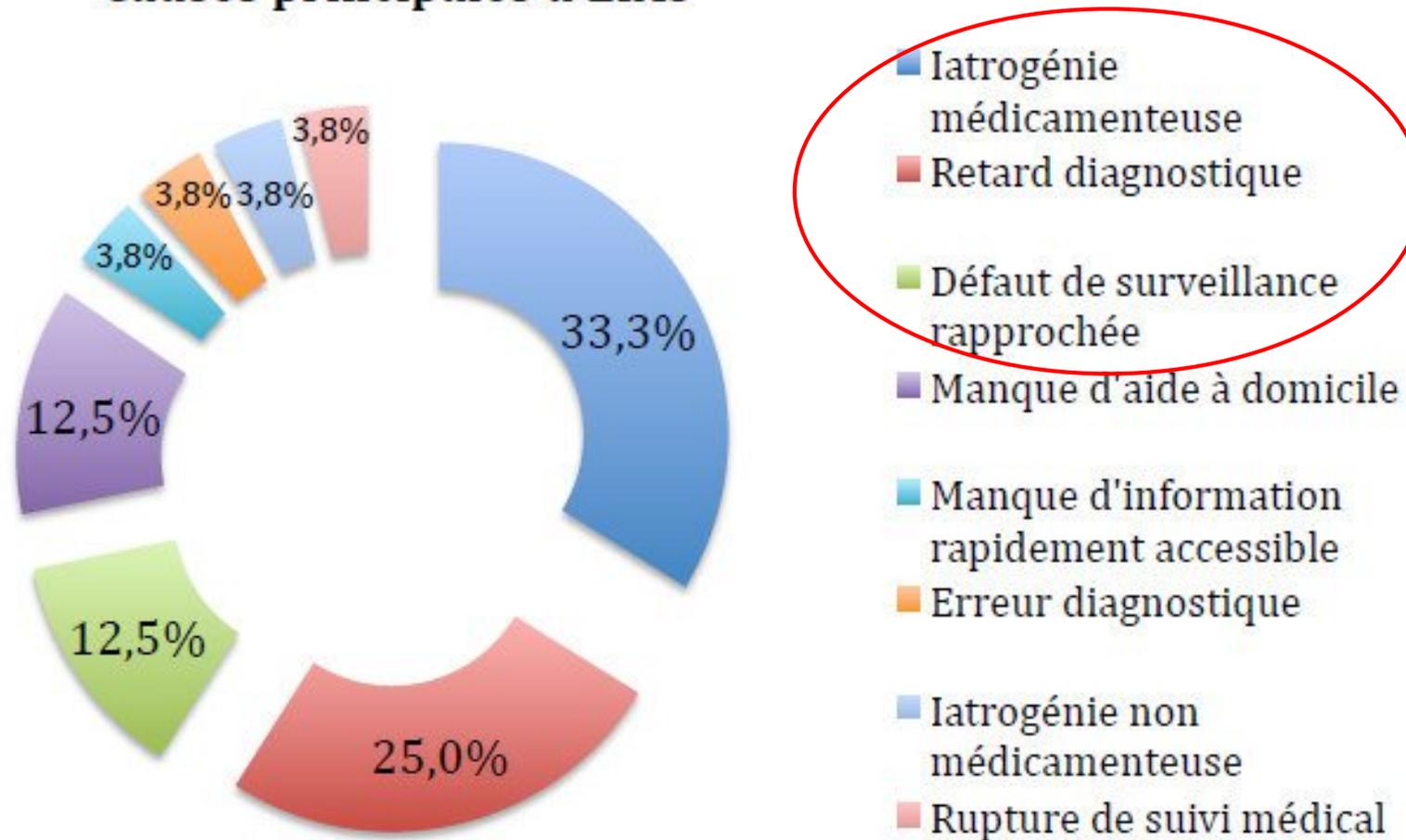
# Résultats du service de gériatrie

---



# Résultats du service de gériatrie

Causes principales d'EIAS



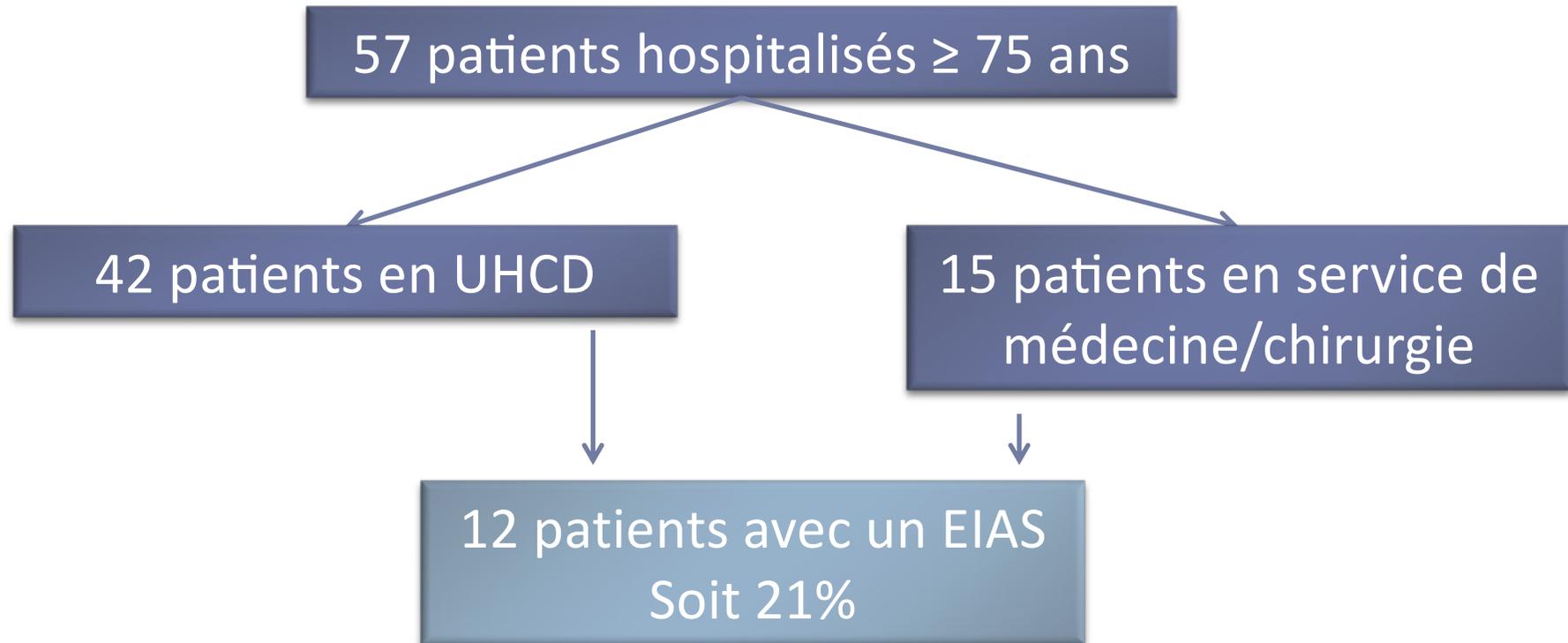
# Résultats du service de gériatrie

## B. Classification selon la grille CADYA

Cas G numéro		02	03	04	07	09	10	11	13	17	19	22	27	30	31	36	41	54	56
Facteurs environnementaux	Contexte social du patient			X					X	X				X				X	X
	Contexte d'action du soignant																		
	Perturbateur contextuel																		
	Système de santé			X															
Facteurs humains	Lié au patient			X									X		X				
	Lié au soignant								X										
	Lié aux autres soignants																		
	Lié à un autre tiers																		
Facteurs techniques	Facteurs matériels	X																	
	Système d'information							X									X		
Processus du soin	Dimension cognitive	X	X		X		X			X	X	X			X				X
	Procédure de soins					X								X		X			
	Coordination des soins		X	X	X			X	X				X	X		X		X	

# Résultats du service des urgences

---

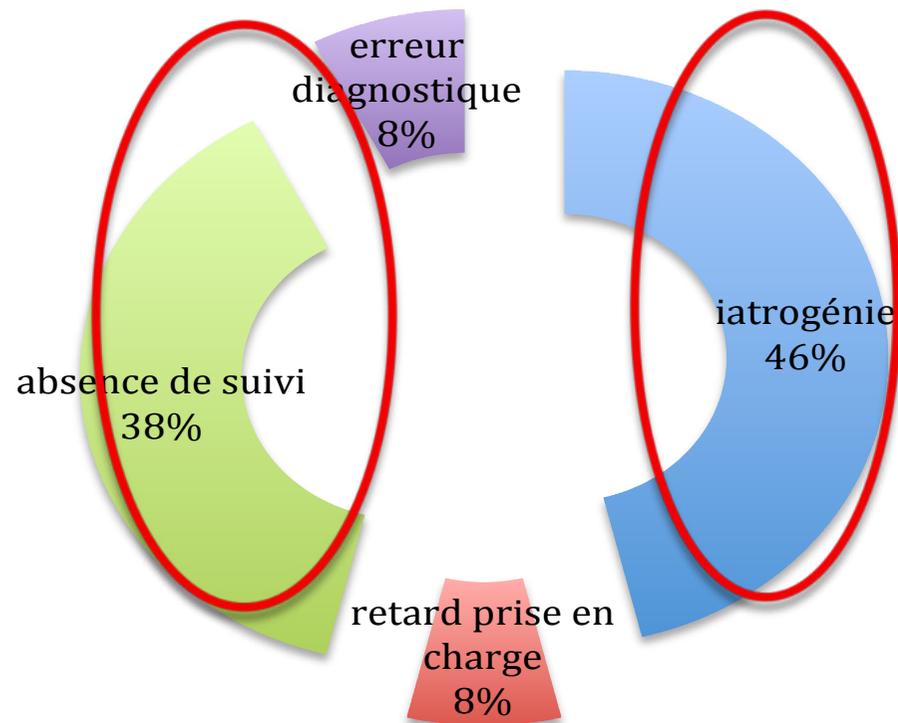


# Résultats du service des urgences

---

---

## EIAS



## En ville

---

- ▶ 11 fiches
- ▶ **6 = iatrogénie médicamenteuse** (4 Ttts non appropriés, 1 erreur de Ttt, 1 retard de mise en route)
- ▶ 4 prises en charge non appropriées
- ▶ 1 défaut d'information
- ▶ En ville: **11 EIAS** (recueil non systématique)



# En ville suite

---

Facteurs contributifs	
<b>Processus de soins</b>	
<i>Défaut de coordination/ défaut de communication</i>	9
<i>Dimension cognitive: défaut de formation, défaut de synthèse et de restitution</i>	3
<i>Défaut de procédure/protocole</i>	
<b>Facteurs humains</b>	
<i>Lié au patient</i>	3
<b>Facteurs techniques</b>	
<i>Système d'information</i>	3
<i>Donnée erronée ou manquante</i>	1
<b>Facteurs environnementaux</b>	
<i>Contexte d'urgence</i>	1
<i>Contexte social du patient</i>	2



## Cas clinique du service de gériatrie

---

- ▶ Madame G , 92 ans vit seule à domicile; maladie à corps de Lewy, HTA
  - ▶ Traitement habituel : Galantamine (Reminyl<sup>®</sup>), Fluoxetine, Bromazepam, Diltiazem, Latanoprost (Xalatan<sup>®</sup>), Oxybutynine (Ditropan<sup>®</sup>)
  - ▶ Chute de sa hauteur; fils la retrouve au sol le lendemain
  - ▶ EIAS : fracture du col fémoral avec rhabdomyolyse
  - ▶ Causes : - **Hypotension orthostatique avec iatrogénie** :  
Oxybutynine = anticholinergique (« contre-indiqué »),  
Diltiazem et Galantamine = bradycardisants  
- **Insuffisance d'aide à domicile : pas de téléalarme**
- 



# Cas clinique en ville

---

- ▶ Monsieur V, 95 ans vit seul à domicile; peu d'ATCD sauf TAVI en 2012, HBP, troubles de l'équilibre
- ▶ Sortie d'hôpital UGA puis SSR pour chute (SAU) et perte d'autonomie, mise sous tutelle
- ▶ **Sortie 25 avril , demande de visite 27 mai pour renouvellement ordonnance**
- ▶ Traitement de sortie : statine, diurétique et diffu K 3 par jour
- ▶ Pbs:
  - ▶ Sortie non préparée . MT non prévenu.
  - ▶ CRH récupéré au domicile (adressé à un autre médecin)
  - ▶ Surveillance kaliémie non faite, ordonnance perdue ?
  - ▶ Téléalarme non réactivée (n'a plus de ligne fixe)
  - ▶ Kiné non payé un an auparavant.... ne vient pas
  - ▶ tutrice non joignable



## Discussion

---

- ▶ Etude de faisabilité : travail permettant d'affiner la méthodologie pour déterminer EAIS
  - ▶ Travail pluridisciplinaire ++
  - ▶ Etude chronophage ( $\approx 60$ min/dossier)
  - ▶ Affirmation complexe du caractère évitable de l'hospitalisation
  - ▶ Sentiment de culpabilité du professionnel de santé
  - ▶ Fréquence élevée des EIAS retrouvés
- Coordination des soins indispensable dans le parcours patient de la personne âgée
- Priorisation aux événements iatrogènes et manque de suivi



## Perspectives et conclusion

---

- ▶ Proposer des recommandations suite à cette étude sur les EIAS
- ▶ Augmenter la culture de sécurité en ville et à l'hôpital
- ▶ Bénéfices déjà perceptibles : création d'échanges ville-hôpital entre les participants du CREX



## Les acteurs

---

- ▶ Pôle de santé du 13° = médecins , infirmiers, pharmaciens
- ▶ Services de Gériatrie de la Pitié Salpêtrière et Charles Foix  
médecins, cadres de santé
- ▶ SAU : médecins
- ▶ Direction de la relation avec les Usagers (N Fleury)
- ▶ Pharmacie Hospitalière
- ▶ Méthodologistes pour le projet PREPS ( Pr Tubach, Dr  
Dugué ) et partie qualitative Mme Kivits



# ***MERCI à tous !***

---



Pr A-M Magnier



Pr M Verny



Dr I Dupie



Dr H Falcoff



Dr S Delerme



Dr S Dubois  
Pharmacienne



Dr C Gard  
Pharmacienne



A Benchoubane  
IDE



Marie Astrid IMG



Chiraz IMG



Elodie IMG

---

