



Semaine de la sécurité des patients à l'AP-HP 26-30 nov 2012

« Des soins plus sûrs, pour tous »

Visitez notre site !
<http://www.securitepatients.aphp.fr/>



Sommaire

Un site internet dédié	3
<i>Edito</i>	4
<i>Sécurité</i>	5
Paroles d'expert... Évènement indésirable grave : comment répondre aux attentes des patients ?	
<i>Douleur</i>	7
Paroles d'expert : Dr Anissa Belbachir, médecin anesthésiste-réanimateur et présidente du Comité de lutte contre la douleur de l'AP-HP	
<i>Hygiène des mains</i>	8
Paroles d'expert ... Pr Christian Richard, chef de service de réanimation médicale de l'hôpital Bicêtre et président du Clin central	
<i>Communication et droits</i>	9
Paroles d'expert ... Pr Yves de Prost, coordonnateur des médiateurs médecins et membre de la Commission de concertation des usagers de l'AP-HP (3CU)	
<i>Médicaments</i>	11
Paroles d'expert ... Pr Béatrice Crickx, Responsable du Système de Management de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'AP-HP	
Paroles d'expert : Roselyne Vasseur, directrice de la direction centrale des soins et activités paramédicales de l'AP-HP	
Des quiz à destination des usagers et des professionnels	14
Un webzine spécial « semaine sécurité des patients »	22
<i>La gestion des événements indésirables graves, un sujet stratégique pour l'AP-HP !</i>	22
<i>Louis-Mourier : mieux vivre avec le VIH</i>	23
<i>Education thérapeutique : l'arthroschool de l'Hôtel-Dieu</i>	24
<i>Que reste-t-il de nos erreurs ?</i>	25

Un site internet dédié



Dans le cadre de la 2ème édition de la semaine de la sécurité des patients, l'AP-HP s'engage et agit pour des soins plus sûrs.

Cette campagne de sensibilisation, organisée par le ministère de la santé, a vocation à associer les patients et les professionnels de santé pour une meilleure communication autour de thèmes liés à la sécurité des soins. Les 4 thèmes choisis par le ministère sont cette année : bien utiliser les médicaments, favoriser la communication, soulager la douleur et renforcer l'hygiène des mains.

Un site internet a été créé spécialement pour cet événement

<http://securitepatients.aphp.fr/>

Sont disponibles :

- ✂ Des quiz en ligne pour les usagers et les professionnels de santé
- ✂ Des interviews, bonnes pratiques et documents de référence
- ✂ Des articles sur des expériences réussies dans les hôpitaux
- ✂ Les programmes des actions organisées par les groupes hospitaliers

Toute la semaine, les hôpitaux de l'AP-HP se mobilisent autour des 4 thèmes retenus cette année par le ministère : conférences grand public et à destination des professionnels, ateliers et stands d'information, jeux...

=> Retrouvez le programme détaillé des manifestations, groupe hospitalier par groupe hospitalier, sur [le site internet](http://securitepatients.aphp.fr/).

Parlons sécurité ! Deux tchats en ligne seront également proposés :

- ✂ Le mardi 27 novembre, de 9h à 12h sur l'**hygiène des mains**
Réponses dans la rubrique « nos experts vous répondent » dans l'après-midi, au plus tard à 16h
- ✂ Le jeudi 29 novembre, de 9h à 12h sur la **prise en charge de la douleur**
Réponses dans la rubrique « nos experts vous répondent » dans l'après-midi, au plus tard à 16h

Edito

« Tous les jours, nos équipes se mobilisent pour vous offrir des soins sûrs et de qualité. Nos organisations évoluent en permanence pour mieux répondre aux besoins mais également aux attentes légitimes de nos patients et de leurs proches.

En cette « semaine nationale de la sécurité des patients », nous souhaitons vous faire partager les actions entreprises dans nos hôpitaux pour garantir un maximum de sécurité et plus particulièrement les initiatives et bonnes pratiques mises en œuvre pour favoriser la communication, soulager la douleur, bien utiliser les médicaments et renforcer l'hygiène des mains, 4 thèmes forts retenus cette année par le ministère des affaires sociales et de la santé.

Construit dans un esprit d'ouverture et de dialogue, ce site est plus qu'un simple espace d'information. Pour la première fois, vous pourrez non seulement tester vos connaissances mais également poser des questions aux experts de l'AP-HP.»

Mireille Faugère

Loïc Capron

Paroles d'experts...

Évènement indésirable grave : comment répondre aux attentes des patients ?

Le 9 octobre, l'AP-HP organisait une journée de partage d'expériences sur l'annonce d'un événement indésirable grave (EIG). Priorité doit être donnée à l'information du patient, sans mépris et en toute transparence...

« Notre association d'aide aux patients victimes d'erreurs médicales, Le Lien, est ravie de constater qu'il existe une vraie réflexion, au sein de l'AP-HP, concernant les événements indésirables graves. C'est la deuxième fois que nous sommes invités à nous exprimer sur ce sujet ! » s'est réjoui Claudine Richon, porte-parole de l'association Le Lien, lors de la demi-journée de partage d'expériences consacrée à l'annonce des événements indésirables graves (EIG). Il était important, en effet, de commencer ce moment d'échanges en donnant la parole aux patients afin de connaître leurs attentes. Première d'entre elles : la communication, l'information. *« Nous demandons une politique de transparence et de dialogue, bien sûr, mais aussi d'information et de reconnaissance de l'erreur, a insisté Claudine Richon. Celle-ci est source de respect du patient, de l'amélioration de sa prise en charge et de la qualité globale des soins. Elle est aussi source de déjudiciarisation des erreurs médicales. »* Cette communication entre le corps médical et les victimes d'erreurs médicales doit reposer sur un principe clé : « zéro mépris pour le patient » et trois fondamentaux : « la sincérité, la transparence et l'empathie » a ajouté la porte-parole du Lien.

Un processus dynamique dépassant la première annonce

Marjorie Obadia, de la direction des affaires juridiques (DAJ) de l'AP-HP, a justement insisté sur la logique qui anime la DAJ, celle de la transparence. *« L'équipe médicale doit informer la direction de l'hôpital de tout événement indésirable grave. Celle-ci doit ensuite aviser le siège de l'AP-HP et aussi la DAJ en tant qu'assureur. Là, nous intervenons immédiatement, avec notre réseau de 15 médecins-conseils. Notre devoir consiste à remettre à plat toute la chaîne des dysfonctionnements. Il ne s'agit pas de pointer quelqu'un en particulier, mais de mener une enquête médico-légale, en nous faisant communiquer le dossier médical complet, le rapport circonstancié que doit remplir l'équipe médicale... La direction de l'hôpital (notamment chargés des relations avec les usagers (CRU)) a, quant à elle, informé le patient pour lui faire connaître ses droits... »* À charge pour la DAJ d'orienter les acteurs concernés vers la bonne voie juridique (commissions de conciliation et d'indemnisation dites CCI notamment, etc.), d'assumer ses responsabilités, y compris financières lorsqu'il y a réparation d'un dommage et de soutenir les équipes dans les cas, rares, de procédure judiciaire après une plainte pénale. .

Médiateur médical, le Pr Daniel Sérénis a convenu que *« les médecins n'ont pas suffisamment cette culture de l'erreur, de savoir reconnaître là où il y a une faute. Il faudrait sans doute leur procurer des données statistiques sur le sujet, mais aussi des récits de cas concrets qui sont souvent très instructifs et pourraient les aider à opérer cette prise de conscience. »* La difficulté, pointée lors des échanges avec la salle, consiste à aller très vite près des familles pour leur parler sincèrement et loyalement alors que l'on n'a pas toutes les informations disponibles. Les équipes doivent apprendre à communiquer et à dire qu'elles ne savent pas encore tout de l'erreur médicale qui vient d'avoir lieu. Comme l'a dit Marjorie Obadia, *« il faut savoir différencier le temps de l'annonce et celui de l'analyse. »*

« Les premiers mots sont fondamentaux »

Pr Denis Devictor, médecin réanimateur en pédiatrie (Hôpitaux Universitaires Paris Sud)

« Claudine est une "triplette" de 8 mois. Elle est tétraplégique, dépend à vie d'un respirateur. Une nuit, un interne fait une fausse manœuvre et Claudine sombre dans un état convulsif dont elle devrait garder des séquelles très lourdes. Nous avons commis une faute, cela ne fait pas de doute. Je reçois les parents, leur explique ce qui s'est passé et leur propose d'arrêter la réanimation. Ils me font valoir que ce n'est pas ce qu'ils me demandent. Ils me prient de leur remettre un rapport circonstancié sur ce qui s'est passé cette nuit-là. Ce que je fais... Les parents prennent une semaine de réflexion puis me remercient de cette transparence et n'engagent pas de procédure. J'avais pensé pouvoir leur proposer d'arrêter la réanimation, car Claudine avait deux petites sœurs en bonne santé. Mais un événement indésirable grave touche toujours un être singulier. Il est injustifiable et toujours violent. Un EIG est de l'ordre du tragique, au sens grec du terme. Il y a deux points de vue irréconciliables, la confrontation de deux absolus légitimes... C'est aussi la rupture d'un pacte. D'une part, le patient remet ce qu'il a de plus précieux, sa vie, entre les mains d'un médecin. D'autre part, celui-ci souhaite traiter ses patients dans une condition maximale de sécurité. Et soudain, ce pacte est rompu. Face à la violence de cette situation, il faut aller de l'avant, renouer le dialogue. Les premiers mots et les premiers gestes sont fondamentaux et l'on n'est pas du tout entraîné à faire cela. Il faut présenter ses excuses, c'est difficile. Nous devons être transparents à l'égard de la famille, sans verbiage médical et nous ne l'avons pas appris... Il faudrait former nos étudiants au fait que l'annonce d'un EIG fait aussi partie de la médecine. »

A voir aussi sur le site securitepatients.aphp.fr

- Que reste-t-il de nos erreurs ? Nils Tavernier et Dominique Davous reviennent sur leur documentaire réalisé dans les hôpitaux de l'AP-HP. [Lire ici](#)
- La gestion des événements indésirables graves, un sujet stratégique pour l'AP-HP ! Interview de Gérard Cotellon, directeur adjoint de cabinet de la Directrice générale - [Lire ici](#)
- Qu'est-ce que la sécurité des patients ? [Lire ici](#)

Pour les professionnels

- Fiche mémo sur la prise en charge des EIG à l'AP-HP. [Lire ici](#)
- Point sur l'information des patients en cas d'EIG. [Lire ici](#)

Paroles d'expert : Dr Anissa Belbachir, médecin anesthésiste-réanimateur et présidente du Comité de lutte contre la douleur de l'AP-HP

« La douleur n'est pas une fatalité ! »

Qu'elle soit le signe d'une pathologie ou la conséquence d'un soin, la douleur ne doit jamais être passée sous silence. L'AP-HP a mis en place des comités de lutte contre la douleur dans tous les groupes hospitaliers afin qu'elle soit prise en charge selon des protocoles précis, scientifiquement évalués et validés. Trois questions au Dr Anissa Belbachir, médecin anesthésiste-réanimateur et présidente du Comité de lutte contre la douleur de l'AP-HP.

Pourquoi est-il important de parler de la douleur à l'hôpital ?

Qu'ils viennent à l'hôpital pour une appendicite ou pour un infarctus, les patients se présentent avec « une douleur ». Notre première mission est de les soulager. De plus, 55 % des personnes disent avoir mal lors des soins. Nous devons rendre ceux-là le moins douloureux possible en proposant des prises en charge adaptées à chaque soin. Quelles que soient les circonstances de son apparition, la douleur n'est pas une fatalité. Il faut interroger le patient sur les circonstances de survenue, évaluer sa douleur, et mettre tout en œuvre pour un bon soulagement.

Comment l'AP-HP organise-t-elle la lutte contre la douleur dans ses hôpitaux ?

Nous avons créé des comités de lutte contre la douleur dans les 12 groupes hospitaliers de l'AP-HP en leur assignant des objectifs très précis. Ces structures font partie intégrante des projets médicaux des groupes hospitaliers et devront mettre en place des actions concrètes partout d'ici 2014. Quelques exemples : la création de binômes regroupant un médecin et une infirmière qui sont les référents douleur dans chaque pôle ou dans chaque service ; la mise en place d'une unité transversale, avec une infirmière qui intervient dans les différents services d'un même pôle pour améliorer la prise en charge de la douleur ; l'évaluation de la douleur selon des échelles scientifiquement validées, pour connaître précisément le degré de souffrance ressentie ainsi que l'effet des médicaments administrés. Autres priorités : l'amélioration de la prise en charge de la douleur aux urgences ou auprès des personnes âgées...

Que peuvent faire les patients ou leurs proches pour soulager la douleur ?

Ils doivent signaler l'existence d'une douleur ! Cela paraît évident, mais il y a des patients qui restent isolés, avec leur souffrance physique, sans en parler. Ensuite, il est important de suivre le traitement prescrit à la lettre, afin de réduire l'intensité de la douleur. Enfin, il faut savoir que les médicaments ne sont pas les seuls moyens mis en œuvre pour lutter contre la douleur. Il y a aussi l'acupuncture, l'hypnose, la relaxation, la physiothérapie, y compris au sein de l'hôpital.

A voir aussi sur le site securitepatients.aphp.fr

- Peut-on mesurer la douleur ? [Lire ici](#)
- A Saint-Louis : « La douleur, le 5e signe vital » - [Lire ici](#)
- Education thérapeutique : l'arthroschool de l'Hôtel-Dieu. [Lire ici](#)
- Une application douleur sur Iphone. [Lire ici](#)
- A Broca : soulager les personnes âgées - [Lire ici](#)

Pour les professionnels

- Fiche mémo sur l'évaluation de la douleur. [Lire ici](#)

Paroles d'expert ... Pr Christian Richard, chef de service de réanimation médicale de l'hôpital Bicêtre et président du Clin central

« Sauvez des vies, lavez-vous les mains ! »

Différentes mesures sont appliquées à l'AP-HP pour diminuer au maximum les risques d'infection associée aux soins. Parmi elles, l'hygiène des mains des soignants est primordiale, nous explique le Pr Christian Richard, chef de service de réanimation médicale de l'hôpital Bicêtre et président du Clin central.

Pourquoi l'hygiène des mains est-elle si importante à l'hôpital ?

Elle est primordiale, parce que la plupart des infections associées aux soins, ou infections nosocomiales sont liées à la transmission manuportée des germes par les soignants. Les patients portent des germes sur la peau ou dans leur tube digestif et en réalisant des soins ou des actes diagnostiques successifs, les soignants risquent de les transmettre d'une personne à une autre. L'hygiène des mains est essentielle pour prévenir ces infections croisées.

Comment doit-elle être réalisée ?

Depuis quelques années, la friction avec une solution hydro-alcoolique a remplacé le lavage des mains au savon et à l'eau, réservé aux rares cas où les mains seraient souillées. Dans tous les services, des distributeurs de solution sont accessibles dans les chambres. Ces frictions sont plus efficaces que le lavage au savon, plus simples à réaliser et mieux tolérées. Elles recueillent l'adhésion des soignants et permettent ainsi de mieux prévenir les infections croisées. Une friction hydro-alcoolique doit être réalisée impérativement avant tout contact avec un patient, quel que soit le geste pratiqué. Cela doit être automatique et s'applique à tous les personnels soignants : médecins, infirmières, aides-soignantes, manipulateurs radios... Une friction doit également être réalisée après chaque contact avec un patient ou son environnement. Les mêmes précautions sont recommandées pour les visiteurs.

Quels sont les grands progrès réalisés ces dernières années en matière de lutte contre les infections nosocomiales ?

L'AP-HP a la volonté d'évaluer les pratiques. Les équipes opérationnelles d'hygiène, présentes dans chaque hôpital, réalisent des audits pour s'assurer que les recommandations d'hygiène sont bien respectées, notamment en ce qui concerne l'hygiène des mains. Les commandes de solution sont également surveillées, ce qui donne un indicateur de leur utilisation. Par ailleurs, lors de l'admission de certains patients, un dépistage systématique des germes résistants est réalisé. Des mesures de prévention complémentaires, pouvant aller jusqu'à l'isolement, sont mises en place pour les patients porteurs de ces germes. Certaines bactéries résistantes aux antibiotiques comme les staphylocoques dorés multirésistants ont d'ailleurs diminué de façon majeure depuis 15 ans dans nos hôpitaux. Enfin, l'AP-HP a fait de gros efforts pour diffuser les règles de bon usage des antibiotiques, afin de diminuer l'émergence des résistances.

Propos recueillis par Chantal Guéniot

A voir aussi sur le site securitepatients.aphp.fr

- La lutte contre les infections nosocomiales à l'AP-HP. [Lire ici](#)

- Se laver les mains, mode d'emploi. [Lire ici](#)

Pour les professionnels,

- Fiche mémo sur les infections nosocomiales. [Lire ici](#)

Paroles d'expert ... Pr Yves de Prost, coordonnateur des médiateurs médecins et membre de la Commission de concertation des usagers de l'AP-HP (3CU)

« Ne pas hésiter à poser des questions »

Le Pr Yves de Prost, coordonnateur des médiateurs médecins et membre de la Commission de concertation des usagers de l'AP-HP (3CU), répond à nos questions sur l'importance du dialogue et de la parole des usagers.

Certaines personnes n'osent pas questionner les soignants sur leur traitement ou sur leurs droits, que pouvez-vous leur dire ?

Les patients ne doivent pas hésiter à faire part de tout ce qui se passe, de tout ce qui leur a posé problème, depuis le coup de téléphone pour prendre par exemple rendez-vous en consultation, jusqu'à la sortie, quel que soit le type d'hospitalisation. Il n'y a pas de question à proscrire, c'est ce qui nous permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Les patients peuvent aussi lire les livrets qui leur sont remis à leur arrivée à l'hôpital, dans lesquels ils trouveront des renseignements sur leurs droits, et de nombreux contacts [lien livrets]. D'ailleurs, la haute autorité de santé propose des outils pour encourager ce dialogue [lien outils HAS].

Pourtant, on n'obtient pas toujours les réponses souhaitées...

On peut tout demander ... mais le médecin ou le soignant ne connaît pas forcément la réponse. Quand on est angoissé, qu'on a mal, on a besoin d'une réponse rapide et précise, ce qui n'est pas toujours possible. De plus les équipes, si elles sont à l'écoute, n'ont pas en permanence la disponibilité nécessaire. Quand c'est possible, un dialogue peut s'instaurer sur le long terme, comme dans les nombreux programmes d'éducation thérapeutique, dans lesquels les patients sont véritablement acteurs de leur prise en charge.

De quels moyens dispose-t-on pour s'informer, s'exprimer à l'hôpital ?

Les premiers interlocuteurs sont toujours les gens qui travaillent dans le service : soignants, médecins, autres personnels. Mais l'AP-HP s'efforce également de recueillir de manière plus systématique la parole des usagers : en proposant des questionnaires en fin d'hospitalisation, qu'il est important de remplir, ou encore en menant des enquêtes de satisfaction comme l'enquête Saphora. On peut également s'adresser aux représentants des usagers, aux chargés des relations avec les usagers. Il ne faut pas hésiter à utiliser tous ces moyens de communication. Il est aussi possible de faire une réclamation auprès de la direction de l'hôpital.

Que deviennent les informations données par les usagers ?

L'analyse de la parole des patients est un sujet essentiel à l'AP-HP, c'est d'ailleurs l'une des missions de notre commission centrale de concertation avec les usagers. Les remarques sont centralisées dans chaque hôpital par une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) où siègent notamment des membres de la direction, des spécialistes de la qualité et des représentants des usagers. Ces informations donnent lieu à des recommandations d'amélioration. Elles permettent de développer, à la demande des patients et de leurs proches, de nouveaux services comme le rappel de rendez-vous par SMS, la possibilité de prendre rendez-vous sur internet, l'instauration de lignes téléphoniques dédiées pour l'annulation des rendez-vous. Nous souhaitons également développer l'outil internet pour l'envoi de questionnaires de satisfaction après la sortie.

Propos recueillis par FC

A voir aussi sur le site securitepatients.aphp.fr

- Vidéo : paroles de patients - [Voir ici](#)
- Un film pour mieux communiquer - [Voir ici](#)
- Louis-Mourier : mieux vivre avec le VIH - [Lire ici](#)
- La personne de confiance - [Lire ici](#)
- Vos interlocuteurs à l'hôpital - [Lire ici](#)

Pour les professionnels,

- Fiche mémo indicateurs HAS pour les professionnels. [Lire ici](#)

Paroles d'expert ... Pr Béatrice Crickx, Responsable du Système de Management de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'AP-HP

« Le médicament objet de toute notre attention »

La prise en charge médicamenteuse est l'objet d'une attention toute particulière à l'AP-HP. Le Pr Béatrice Crickx fait le point sur le statut du médicament à l'hôpital.

Les médicaments à l'hôpital sont-ils les mêmes qu'en pharmacie ?

Il peut effectivement exister des différences entre les médicaments distribués par la pharmacie hospitalière et ceux qui sont disponibles dans les pharmacies de ville. Mais il s'agit essentiellement de différences de forme ou de présentation (nombre de pilules par boîte, présentation sous forme de comprimés ou de sirops...). Ces changements tiennent au fait que l'hôpital dispense en priorité des médicaments génériques. Dans tous les cas, le médicament suit un circuit sécurisé à l'hôpital. Le médecin prescrit un traitement qui est validé par le pharmacien de l'hôpital. Le préparateur prépare le traitement, au jour le jour, et le délivre à l'infirmière dont le rôle est essentiel. Elle vérifie qu'il s'agit de la bonne posologie, du bon médicament et s'assure qu'il est administré au bon patient. La prescription d'un médicament obéit à des règles très strictes pour en assurer la conformité et la traçabilité. Néanmoins une attention de tous les jours est nécessaire et chaque service ou pharmacie est appelé à faire une analyse de ses risques potentiels et une analyse des événements indésirables qui auraient pu survenir tout au long du circuit.

Dois-je informer l'hôpital sur les traitements que je suis ?

Nous recommandons au patient d'apporter avec lui toutes les ordonnances des traitements en cours, car trop souvent, le personnel soignant constate qu'il ne sait pas précisément ce qu'il prend, ni pour quoi il est traité. Nous incitons aussi les patients à remettre aux soignants tous les médicaments qu'il a apportés à l'hôpital afin qu'il n'y ait pas de redondance avec les traitements prescrits à l'hôpital.

Même si le malade est bien connu du personnel hospitalier, il est également important de faire, à chaque hospitalisation, un point sur les allergies, les intolérances, etc. À la sortie du patient, le médecin doit prendre le temps de lui expliquer sa nouvelle ordonnance ou les ajustements opérés, si le traitement de base reste le même. Au moindre doute, le patient ne doit pas hésiter à poser des questions à l'infirmière ou au médecin. S'il refuse le traitement, il doit le dire et expliquer d'où vient ce refus, pour que l'équipe soignante puisse le rassurer.

L'AP-HP fabrique-t-elle ses propres médicaments ?

Pour certaines maladies rares, l'AP-HP doit en effet fabriquer ses propres comprimés, car ils sont introuvables sur le marché français. Même si leur utilité est reconnue, la rentabilité de ces médicaments n'est pas suffisante pour intéresser l'industrie pharmaceutique. Ce sont des médicaments dits « orphelins ». C'est la mission de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS), un établissement de l'AP-HP, de contrôler le développement et la fabrication de ces produits. L'AGEPS supervise également l'achat, l'approvisionnement et la distribution de médicaments sur les marchés français et étrangers pour les 12 groupes hospitaliers de l'AP-HP.

La prise en charge médicamenteuse est l'objet d'une attention toute particulière à l'AP-HP. Le Pr Béatrice Crickx fait le point sur le statut du médicament à l'hôpital.

Roselyne Vasseur: l'infirmier, l'ultime rempart pour éviter les erreurs médicamenteuses

À l'hôpital comme ailleurs, le risque zéro n'existe pas, et n'existera jamais. L'administration du médicament ne fait pas exception à la règle. Roselyne Vasseur, directrice de la direction centrale des soins et activités paramédicales de l'AP-HP nous rappelle que l'infirmier est un maillon essentiel du circuit du médicament, son ultime maillon de sécurité.

Le circuit du médicament est-il difficile à sécuriser au sein de l'hôpital ?

Roselyne Vasseur : Le circuit du médicament est un processus complexe à l'hôpital où à chaque étape interviennent de nombreux acteurs, de différents métiers, qui ne sont pas situés géographiquement au même endroit. La finalité est de veiller à ce que le médicament prescrit puisse être administré au bon patient, selon la bonne voie, à la bonne dose et au bon moment. Les médecins prescrivent ce qui doit être administré au patient. Les pharmaciens valident les prescriptions médicales et dispensent les médicaments. Les logisticiens livrent en temps et en heure les produits commandés et réceptionnés par les unités de soins. Enfin, les infirmiers qui administrent les médicaments aux patients doivent être particulièrement vigilants lors des contrôles ultimes requis pour ne pas commettre d'erreurs. De surcroît, ils doivent corriger ou arrêter d'éventuelles erreurs qui auraient été commises par d'autres acteurs en amont. Ils sont le dernier verrou de sécurité.

Quelles sont les conditions pour que les infirmières puissent assurer l'administration médicamenteuse en toute sécurité ?

Roselyne Vasseur : L'administration du médicament est un des éléments de la prise en charge du patient. Il est essentiel de sécuriser ce circuit du médicament en amont pour que l'infirmière puisse se concentrer sur les vérifications ultimes, qu'elle seule peut et doit assurer au lit du malade : identité du patient, conformité de la prescription et du produit (posologie et voie d'administration), péremption, état clinique du patient au moment de l'administration du médicament, surveillance des effets secondaires, signalement des effets indésirables graves, information du patient... Les études nationales et internationales montrent que les interruptions lors de la préparation du médicament augmentent les risques d'erreur. Notre démarche consiste à améliorer les conditions et l'organisation du travail et le matériel pour garantir la sécurité des soins. Par exemple : dédier une salle de l'unité de soins à la préparation du médicament en affichant « Préparation médicamenteuse en cours, ne pas déranger ».

Y-a-t-il d'autres mesures prises par l'AP-HP ?

Roselyne Vasseur : Depuis trois ans, la direction des soins de l'AP-HP a élaboré des outils pratiques pour sensibiliser et former nos professionnels infirmiers. Nous avons formalisé un logigramme qui doit être affiché dans tous les postes de soins. Cette check-list synthétise les bonnes pratiques et rappelle les étapes et vérifications indispensables avant l'administration d'un médicament. Un film didactique a également été réalisé pour illustrer les bonnes pratiques dans des situations réelles de soins. Nous avons créé un kit de formation théorique et pratique avec l'aide du centre de formation continue. Enfin, le projet de soins du plan stratégique 2010-2014 consacre un de ses chapitres à la prévention des risques évitables liés aux soins, dont la sécurisation de l'administration du médicament. Nous avons préconisé dans ce cadre un certain nombre d'actions : cartographie des risques dans les pôles et unités de soins, réalisation d'audits de conformité sur l'administration du médicament... C'est un sujet que nous suivons attentivement en lien étroit avec les directions des soins des groupes hospitaliers, la direction de la politique médicale, et le Pr Béatrice Crickx, responsable du système de management de la qualité de prise en charge médicamenteuse de l'AP-HP, sous l'égide du Pr Capron président de la Commission médicale d'établissement.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur [l'espace infirmier et paramédical de l'AP-HP](#).

A voir aussi sur le site securitepatients.aphp.fr

- Circuit du médicament : l'infirmier, l'ultime rempart pour éviter les erreurs médicamenteuses - [Voir ici](#)
- Mes médicaments à l'hôpital - [Voir ici](#)
- Médicaments sur Internet, une fausse bonne idée - [Lire ici](#)
- Générique, médicament de marque, quelle différence ? - [Lire ici](#)
- Médicaments orphelins : les bonnes pratiques - [Lire ici](#)
- Accident médicamenteux : les facteurs de risque - [Lire ici](#)

Pour les professionnels,

- Fiche mémo médicaments. [Lire ici](#)



Quiz à destination des usagers

COMMUNICATION & DROITS

Q1- Les progrès de la médecine ...

- a) ☐ Font qu'en moyenne on vit plus longtemps
- b) ☐ Rendent l'exercice de la médecine plus complexe
- c) ☐ Ne permettent pas de supprimer toutes les erreurs et complications
- d) ☐ Rendent plus difficile d'accepter les complications liées aux soins
- e) ☐ Toutes les réponses sont bonnes

Q2- Etre informé sur mon état de santé :

- a) ☐ Dépend de ce que décide le médecin
- b) ☐ N'est pas nécessaire
- c) ☐ Est mon droit en tant que patient
- d) ☐ N'est possible que par mon médecin traitant

Q3- Pour avoir accès à mon dossier médical :

- a) ☐ Je dois obligatoirement passer par mon médecin traitant
- b) ☐ Je ne peux le faire que si j'envisage une plainte ou une réclamation
- c) ☐ Je dois faire une demande écrite en joignant ma pièce d'identité

Q4 - Les risques et complications liés à un traitement...

- a) ☐ Doivent m'être expliqués avant le traitement
- b) ☐ Me seront expliqués plus tard
- c) ☐ Je dois en faire la recherche par moi-même sur internet

SOULAGER LA DOULEUR

Q1- Faut-il ou non signaler sa douleur aux soignants ?

- a) ☐ Non, c'est normal d'avoir mal quand on est malade
- b) ☐ Il vaut mieux éviter de réclamer et de déranger les soignants pour cela
- c) ☐ Oui, il est inutile de souffrir, il faut signaler sa douleur chaque fois qu'on a mal et ne pas hésiter à demander un traitement antalgique

Q2 - Seuls les médicaments sont efficaces contre la douleur

- a) ☐ Oui
- b) ☐ Non, il y a aussi des traitements antalgiques non médicamenteux comme la relaxation, l'hypnose ou le toucher-massage

Q3 - Il vaut mieux éviter de prendre de la morphine

- a) ☐ Oui, car prendre de la morphine, c'est risquer de devenir toxicomane
- b) ☐ On ne donne de la morphine qu'aux mourants
- c) ☐ Non, la morphine, lorsque l'indication est bien posée, est un traitement efficace pour soulager une douleur intense

Q4 - Il faut réserver la morphine à des douleurs très fortes

- a) ☐ Vrai
- b) ☐ Faux

Q5 - Il est normal d'avoir mal après une intervention chirurgicale

- a) ☐ Vrai
- b) ☐ Faux

COMMUNICATION & DROITS

Q1- Réponse : e

Q2- Réponse : c

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (art. L. 1111-2 du Code de la Santé Publique). Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel par tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences. Le patient peut être accompagné s'il le souhaite et il peut y avoir accès sans passer par son médecin traitant.

Q3- Réponse : c

L'accès aux informations relatives à la santé d'une personne, est demandé par la personne concernée sans qu'il soit nécessaire de justifier d'un motif (art. R. 1111-1 du Code de la Santé Publique). Dans ce cadre, le patient peut souhaiter passer par son médecin traitant dûment désigné comme mandataire. Mais rien ne l'y oblige. Avant toute communication, l'identité du demandeur est vérifiée.

Q4- Réponse : a

Les professionnels doivent informer les patients avant tous soins sur les risques et complications liés aux traitements afin que le patient soit en mesure de prendre les décisions sur sa santé (art. L. 1111-2 et art. L. 1111-4 du Code de la Santé Publique). Selon la jurisprudence tant civile qu'administrative, le défaut d'information peut en soi être considéré comme un comportement fautif s'il génère un préjudice particulier.

SOULAGER LA DOULEUR

Q1- Réponse : c

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. » (Art L.1110-5 du code de la santé publique)

Q2- Réponse : b

Les techniques antalgiques non médicamenteuses sont complémentaires des traitements médicamenteux. Diverses techniques peuvent être proposées en fonction notamment de l'intensité et des caractéristiques de la douleur et du contexte psychique et affectif de la personne. Mises en œuvre avec l'aide de la personne, elles peuvent être une aide efficace pour mieux contrôler le ressenti de la douleur.

Q3- Réponse : c

A dose thérapeutique, la morphine n'entraîne pas d'accoutumance. Il n'y a donc pas de risque de devenir toxicomane. La prescription de morphine n'est pas non plus synonyme de fin de vie. C'est un traitement antalgique couramment utilisé pour soulager certaines douleurs aiguës, post chirurgicales ou chroniques.

Q4- Réponse : b

Les traitements morphiniques ne sont pas réservés exclusivement aux douleurs de forte intensité. Des produits morphiniques faiblement dosés sont tout à fait efficaces pour des douleurs de moyenne intensité.

Q5- Réponse : b

Une intervention chirurgicale provoque en post-opératoire une douleur aiguë, qui peut être intense, et est généralement de courte durée (48-72h). Certaines chirurgies sont plus douloureuses que d'autres. Mais la douleur post-opératoire est prévisible et son traitement est anticipé avant même l'intervention. L'évaluation et le traitement de la douleur dans les heures et les jours qui suivent l'opération font partie de la surveillance et de la prise en charge de tout malade opéré.

Semaine sécurité des patients 2012



Quiz à destination des usagers

BIEN UTILISER LES MÉDICAMENTS

Q1- A mon entrée à l'hôpital, si j'ai des médicaments avec moi, que dois-je faire ?

- a) ☐ Les garder avec moi et continuer mon traitement comme à mon habitude
- b) ☐ Les jeter
- c) ☐ Les remettre au médecin ou à l'infirmière et /ou leur signaler.

Q2- L'automédication concerne :

- a) ☐ Les médicaments pour les problèmes de santé bénins
- b) ☐ Les médicaments pris sans avis du médecin ou du pharmacien
- c) ☐ Les médicaments délivrés sur ordonnance

Q3- A la sortie de l'hôpital, puis-je reprendre mon traitement habituel ?

- a) ☐ Oui
- b) ☐ Seulement après avis du médecin
- c) ☐ Non

Q4- Un(e) des mes ami(e)s a une maladie qui ressemble à la mienne :

- a) ☐ Je lui donne mes médicaments
- b) ☐ Je lui conseille de voir un médecin
- c) ☐ Je lui propose une tisane

Q5- Un médicament générique, c'est :

- a) ☐ Un médicament qui soigne toutes les maladies en général
- b) ☐ Une copie d'un médicament commercialisé depuis plus d'une dizaine d'années
- c) ☐ Un médicament qu'on peut toujours obtenir sans ordonnance

Q6- Existe-t-il un risque à prendre des médicaments achetés sur Internet ?

- a) ☐ Non, si c'est un médicament que je connais déjà
- b) ☐ Non, si le site internet est fiable
- c) ☐ Oui, c'est toujours risqué

L'HYGIÈNE DES MAINS

Q1- A l'hôpital, l'hygiène des mains concerne toutes les personnes en contact avec les patients (professionnels de santé mais aussi famille, visiteurs, bénévoles,...)

- a) ☐ Oui
- b) ☐ Non

Q2- Les mains peuvent se contaminer au contact des surfaces de l'environnement d'un patient (lit, objets...) ?

- a) ☐ Oui
- b) ☐ Non

Q3- Le patient devrait se laver les mains systématiquement après avoir été aux toilettes et avant les repas ?

- a) ☐ Oui
- b) ☐ Non

Q4- Les professionnels de santé doivent réaliser une hygiène des mains par friction avec des produits hydro-alcooliques avant tous types de soins :

- a) ☐ Oui
- b) ☐ Non

Q5- Le suivi de la consommation des produits hydro-alcooliques est un indicateur de performance des établissements de santé.

- a) ☐ Oui
- b) ☐ Non

BIEN UTILISER LES MÉDICAMENTS

Q1- Réponse : c

Il est très important de ne prendre aucun autre médicament que ceux qui sont prescrits par le médecin de l'hôpital et remis par les infirmier(e)s. En effet, des réactions entre les différents médicaments pourraient entraîner de graves complications.

Q2- Réponse : b

Il n'existe pas de définition officielle de l'automédication dans le Code de la Santé Publique. Cependant, dans un rapport rendu au Ministre de la santé en janvier 2007, l'automédication est défini « comme un comportement et non comme une catégorie de produits. Ainsi, est défini comme automédication, le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative dispensé(s) dans une pharmacie et non effectivement prescrit(s) par un médecin. ». Bien que prise sans prescription médicale, l'automédication doit permettre la prise de médicaments adaptés à l'utilisateur, avec une information suffisante et pertinente de la part du fabricant et du distributeur, afin d'assurer la plus grande sécurité d'utilisation et la plus grande efficacité des soins.

Q3- Réponse : b

Le traitement peut être différent de celui pris auparavant. Si des médicaments pris avant l'hospitalisation ont été supprimés, le médecin hospitalier vous expliquera pourquoi.

Q4- Réponse : b

Lorsqu'un médecin vous prescrit un médicament, il prend notamment en compte votre état de santé, votre poids, le fonctionnement de vos reins ou celui de votre cœur. En effet, certains médicaments peuvent nécessiter des précautions d'emploi ou même être contre-indiqués dans le cas de votre ami(e). De plus, votre médecin veillera à ne pas associer des médicaments qui pourraient interagir, ce qui pourrait modifier leur efficacité ou même les rendre toxiques.

Q5- Réponse : b

Un médicament générique est un médicament identique ou équivalent à celui d'un médicament de marque déposée mais produit et vendu sous le nom chimique de la substance active (ou sa Dénomination Commune Internationale (DCI) ou sous un nouveau nom commercial. La substance active (ou principe actif du médicament) en est identique à celle du produit de marque, les seules différences possibles étant la présentation et les excipients (substance qui permet au principe actif d'agir correctement). Pour en savoir plus, voir aussi notre article sur les génériques, rubrique Médicament : <http://securitepatients.aphp.fr/>

Q6- Réponse : c

Les produits de santé vendus sur Internet sont de qualité variable et totalement aléatoire. L'achat de médicament sur Internet est une pratique dangereuse qui expose l'acheteur à de nombreux risques pour sa santé (matière première de mauvaise qualité, autre médicament que celui qui est inscrit sur la boîte, mauvais dosage, médicament périmé, mauvaise conservation...). Ce circuit d'achat n'est contrôlé par aucune autorité en matière de sécurité sanitaire et n'offre ainsi aucune garantie de sécurité et de fiabilité. Pour en savoir plus, voir aussi notre article sur Internet, rubrique Médicament : <http://securitepatients.aphp.fr/>

L'HYGIÈNE DES MAINS

Q1- Réponse : oui

En dehors des soins, l'hygiène des mains, par lavage des mains au savon doux ou friction avec une solution hydro-alcoolique, est un acte pluriquotidien d'hygiène de base qui concerne l'ensemble de la population.

Q2- Réponse : oui

Les mains se contaminent lors des contacts avec un patient et/ou au contact de son environnement et peuvent être à l'origine de la transmission des germes. Les visiteurs peuvent être aussi une source de transmission des germes.

Q3- Réponse : oui

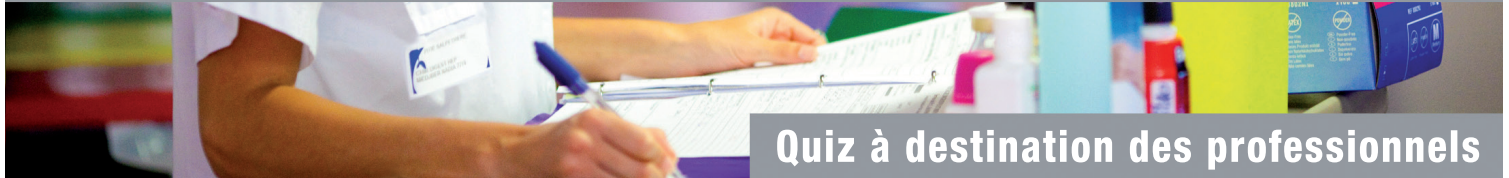
Le principal réservoir des bactéries est le tube digestif. Les mains se contaminent au contact des matières fécales. Cette contamination est invisible. C'est pourquoi il est très important de réaliser une hygiène des mains après avoir été aux toilettes et avant les repas.

Q4- Réponse : oui

Pour les professionnels de santé, la réalisation d'une friction hydro-alcoolique est un des points fondamentaux de la prévention des Infections Associées aux Soins (IAS). La désinfection des mains avec un produit hydro-alcoolique remplace le lavage de mains au savon doux en l'absence de salissures visibles. Son efficacité supérieure au lavage de mains à l'eau et au savon en fait une méthode de référence en matière d'hygiène des mains.

Q5- Réponse : oui

Il s'agit de l'indicateur ICSHA. Un objectif de consommation de produit désinfectant pour se laver les mains (produit hydro-alcoolique) est fixé à l'hôpital en fonction de son activité (réanimation, chirurgie,...). L'indicateur ICSHA mesure le volume de consommation réelle par rapport à l'objectif fixé. Le résultat peut dépasser 100%. L'objectif national est d'être en classe A ou B. Aujourd'hui, 97% des hôpitaux de l'AP-HP sont en classe A ou B.



Quiz à destination des professionnels

COMMUNICATION & DROITS

Q1- Les études épidémiologiques montrent que, dans un service de 30 lits, on observe un EIG lié à l'organisation et aux pratiques (et non à la maladie) :

- a) ☐ Tous les 5 jours
- b) ☐ Tous les mois
- c) ☐ Tous les 6 mois

Q2- Toutes les affirmations suivantes sont justes, sauf une... laquelle ?

- a) ☐ Plus on sanctionne les personnels, moins les EIG sont déclarés
- b) ☐ Si on supprime les erreurs, on supprime les EIG
- c) ☐ Etre plus vigilant n'est pas suffisant pour supprimer les EIG
- d) ☐ Pour prévenir les EIG, il est important de les analyser selon une méthode systématique

Q3- Toutes les affirmations suivantes sont justes, sauf une... laquelle ? Informer le patient d'une complication ou d'une erreur...

- a) ☐ ...répond à la demande des patients
- b) ☐ ...est une obligation éthique
- c) ☐ ...est une obligation légale qui doit être respectée dans les 15 jours qui suivent sa découverte
- d) ☐ ...augmente toujours le risque de contentieux

Q4 - Dans quelle situation le professionnel n'est pas obligé d'informer son patient sur les soins qui lui sont proposés ?

- a) ☐ Un acte médical imprévu
- b) ☐ En cas d'urgence absolue
- c) ☐ Le patient est mineur
- d) ☐ Le professionnel estime que ce serait contraire à l'intérêt du patient
- e) ☐ Suite à la demande expresse de la famille

Q5- Qui est le « propriétaire » du dossier médical ? :

- a) ☐ L'hôpital qui en dispose à son gré
- b) ☐ Le médecin qui est le seul à en autoriser l'accès
- c) ☐ Le patient qui peut en demander la copie
- d) ☐ La justice qui peut saisir l'original

SOULAGER LA DOULEUR

Q1- Quelle information sur la douleur faut-il donner au patient hospitalisé ? :

- a) ☐ Il faut lui demander de signaler sa douleur dès son apparition
- b) ☐ Il faut l'informer des modalités d'évaluation de l'intensité de sa douleur
- c) ☐ Il faut l'informer des modalités de prise en charge de sa douleur
- d) ☐ Il faut lui demander de bien observer le traitement prescrit
- e) ☐ Toutes les réponses sont justes

Q2 - Quels sont les 5 signes vitaux qui font partie de la surveillance systématique d'un patient ?

- a) ☐ La température
- b) ☐ La pression artérielle
- c) ☐ La fréquence cardiaque
- d) ☐ La fréquence respiratoire
- e) ☐ L'évaluation de la douleur
- f) ☐ Toutes les réponses sont justes

Q3 – Toutes les affirmations suivantes sont justes sauf une, laquelle ?

- a) ☐ Il faut évaluer la douleur chaque fois que le malade se plaint
- b) ☐ La douleur doit être systématiquement évaluée à l'admission du malade
- c) ☐ La douleur doit être évaluée après la mise en œuvre du traitement antalgique, pour s'assurer de son efficacité
- d) ☐ La douleur doit être évaluée au repos et au mouvement
- e) ☐ L'évaluation de la douleur doit être tracée pour suivre son évolution

Q4 - Que signifie MEOPA ?

- a) ☐ C'est le nom de marque d'un bandage herniaire
- b) ☐ C'est un acronyme : massage pour éviter les œdèmes chez une personne âgée
- c) ☐ C'est un acronyme : mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote

Q5 - La douleur provoquée par les soins concerne :

- a) ☐ les actes invasifs tels que les ponctions veineuses, artérielles, lombaires
- b) ☐ tous les actes sont potentiellement douloureux, qu'ils soient à visée diagnostique, thérapeutique et de nursing

COMMUNICATION & DROITS

Q1- Réponse : a

L'étude nationale française ENEIS (DREES, 2010) confirme les résultats de toutes les publications internationales : on dénombre 6,2 EIG/1000 jours d'hospitalisation, soit environ un EIG tous les 5 jours pour une unité de 30 lits. Ils sont le plus souvent associés aux actes invasifs et concernent surtout les patients âgés et fragiles.

Plus de 40% d'entre eux sont évitables (2,6/1000 j d'hospitalisation). En rapportant ces résultats aux 54 millions de journées enregistrées dans le PMSI, l'étude estime entre 95 000 et 180 000 le nombre d'EIG évitables survenant tous les ans en cours d'hospitalisation.

Sur les 6,2 EIG qui surviennent pour 1000 j d'hospitalisation, 2,4 ont pour seule conséquence, une prolongation d'hospitalisation, 1,9 ont mis en jeu le pronostic vital (avec ou sans prolongation de l'hospitalisation) et 1,9 ont entraîné une incapacité à la sortie (temporaire ou définitive). L'enquête ne permet pas d'estimer au niveau national le nombre de décès associé aux EIG, en raison de leur faible occurrence.

Q2- Réponse : b

Tous les EIG ne sont pas liés à des erreurs et la plupart des erreurs n'ont pas d'impact sur la santé des patients. L'erreur est indissociable de l'activité humaine, elle est même nécessaire dans les processus d'apprentissage et de maintien de la sécurité. Vouloir supprimer les erreurs est illusoire, car beaucoup d'entre elles sont hors de la réflexion consciente

des personnes, même expérimentées. Le blâme et la sanction des personnes qui ont commis des erreurs, les exhortations « travaillez mieux, soyez plus vigilants » sont inefficaces pour prévenir les erreurs et les EIG. Leur analyse, selon des méthodes systématiques, permet d'en comprendre les facteurs favorisants qui conduisent les médecins, les infirmières à commettre des erreurs.

Pour en savoir plus : fiche mémo AP-HP « Prise en charge des EIG » ; J Reason : l'erreur est humaine (PUF, 2003).

Q3- Réponse : d

Une étude publiée dans le New England Journal of Medicine montre que le programme lancé en 2002 par l'université du système de santé du Michigan a montré, en 5 ans, une réduction significative du nombre et du coût annuel des litiges et du temps de résolution. Ce programme associe reconnaissance et indemnisation rapide et juste des patients victimes d'EIG, associé à une erreur, défense des cas ne relevant pas de ces situations et analyse des EIG pour améliorer les pratiques et l'organisation. (Hillary Rodham Clinton, and Barack Obama, N Engl J Med 2006).

Q4- Réponse : b

Selon l'art. L. 1111-2 du CSP, seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peut dispenser le professionnel de santé de cette obligation. Une fois l'urgence passée ou lorsque cesse les raisons de l'impossibilité d'informer (sortie de coma par ex.),

l'information doit être délivrée. Ce droit d'être informé est une prérogative propre de la personne malade. Pour les mineurs, ce droit appartient aux titulaires de l'autorité parentale. Cependant, la « volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. »

Q5- Réponse : c

Il est délicat de raisonner strictement en termes de propriété du dossier médical au sens juridique. Selon l'art. R. 1112-2 du CSP, obligation est faite à l'hôpital de constituer un dossier médical pour chaque patient, qui en est le titulaire. Le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein de l'hôpital. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du patient dans le cadre de son droit d'accès direct. La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Personne ne peut saisir l'original d'un dossier médical à l'hôpital sauf l'autorité judiciaire dans le cadre d'une procédure pénale selon des conditions légales particulières. Dans ce cas il convient que l'hôpital en effectue une copie au préalable.

SOULAGER LA DOULEUR

Q1- Réponse : e

Comme l'indique la Charte de la personne hospitalisée, l'information sur la douleur et sa prise en charge font parties des droits du patient et constituent une obligation pour les professionnels de santé. Cette information comporte l'ensemble des dimensions citées, les réponses a) à d).

Q2- Réponse : f

La douleur est considérée comme le cinquième signe vital dans la surveillance quotidienne d'un patient. Elle doit donc être évaluée avec la même régularité que la température, la pression artérielle...

Q3- Réponse : a

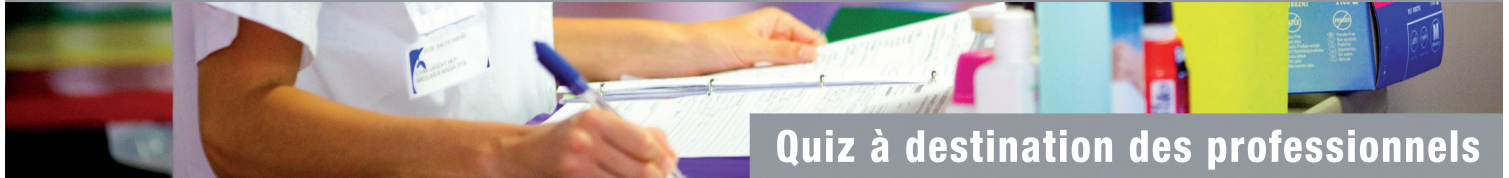
Pour qu'un traitement antalgique soit efficace, la douleur doit être systématiquement évaluée avec une échelle validée. En l'absence de plainte spontanée du patient, c'est la seule façon d'identifier sa douleur. C'est pourquoi, la douleur doit être évaluée à l'admission, pour reconnaître un malade algique ; après l'administration d'un traitement antalgique, pour s'assurer de son efficacité ; au repos et aussi au mouvement ou lors d'une mobilisation.

Q4- Réponse : c

L'administration de MEOPA est une technique antalgique désormais largement utilisée notamment pour la prise en charge de la douleur provoquée par un soin particulièrement douloureux. Elle consiste à faire inhaler au patient, avant et pendant la réalisation du soin douloureux, un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote, gaz qui a des effets antalgiques reconnus.

Q5- Réponse : b

Tous les actes de soins, quels qu'ils soient, peuvent être effectivement douloureux. La douleur provoquée dépend de plusieurs facteurs : la nature de l'acte, sa fréquence (une ponction veineuse répétée plusieurs fois par jour, par exemple), l'état général du patient (une simple toilette peut s'avérer douloureuse).



Quiz à destination des professionnels

BIEN UTILISER LES MÉDICAMENTS

Q1- Parmi les situations suivantes, susceptibles de conduire à un accident médicamenteux, quel est l'intrus ? :

- a) ☐ Présentations de médicaments qui se ressemblent
- b) ☐ Panne informatique à l'hôpital
- c) ☐ Absence de contrôle de l'identité du patient
- d) ☐ Prescription incomplète
- e) ☐ Traitements personnels non retirés à l'entrée
- f) ☐ Retard dans la distribution du plateau repas

Q2- D'après les principales études menées, les médicaments les plus fréquemment responsables d'effets indésirables chez les personnes de plus de 65 ans sont ?

- a) ☐ Les anticoagulants oraux (ou AVK)
- b) ☐ Les médicaments du diabète
- c) ☐ Les médicaments des maladies cardiovasculaires
- d) ☐ Les anti-inflammatoires
- e) ☐ Les psychotropes
- f) ☐ Les somnifères
- g) ☐ Toutes les réponses sont bonnes

Q3- DCI veut dire :

- a) ☐ Dénomination Commune Internationale
- b) ☐ Distribution d'un Comprimé Inconnu
- c) ☐ Défense du Consommateur Internationale

Q4- Qu'est-ce qu'un médicament générique ? Toutes les réponses suivantes sont justes, sauf une, laquelle ? :

- a) ☐ C'est une copie d'un médicament déjà autorisé et dont le brevet est arrivé à expiration
- b) ☐ C'est un médicament qui a fait la preuve de son efficacité et de sa sécurité
- c) ☐ C'est un médicament qui figure sur une liste accessible sans ordonnance

L'HYGIÈNE DES MAINS

Q1- La désinfection des mains avec un produit hydro-alcoolique (PHA) :

- a) ☐ Est plus efficace qu'un lavage au savon doux
- b) ☐ Est toujours associée à un lavage au savon doux
- c) ☐ Est inefficace au bout de 4 applications

Q2- La désinfection des mains par friction hydro-alcoolique est mieux tolérée que les autres techniques de lavage des mains ?

- a) ☐ Oui
- b) ☐ Non

Q3- Tous les points suivants sont à respecter pour une friction hydro-alcoolique efficace, sauf un, lequel ?

- a) ☐ Pas de bijoux aux mains et aux poignets
- b) ☐ Alliance tolérée
- c) ☐ Ongle court et sans vernis
- d) ☐ Absence de faux ongles, de décorations
- e) ☐ Tenue professionnelle à manches courtes

Q4- Laquelle des situations suivantes ne correspond pas aux recommandations de réalisation d'une friction hydro-alcoolique ? :

- a) ☐ Avant contact avec un patient
- b) ☐ Avant un geste invasif
- c) ☐ Après contact avec un patient
- d) ☐ Après contact avec l'environnement d'un patient
- e) ☐ Toutes les 2 heures

Q5- Quelle est la durée recommandée pour qu'une désinfection des mains par friction ait une efficacité optimale ?

- a) ☐ Il n'y a pas de durée minimum
- b) ☐ Au moins 15 secondes
- c) ☐ Au moins 30 secondes
- d) ☐ Au moins d'une minute

BIEN UTILISER LES MÉDICAMENTS

Q1- Réponse : f

Parmi les EIG, certains sont liés au produit : problèmes d'étiquetage ou de conditionnement notamment.

D'autres sont liés aux pratiques ou à l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient : erreurs lors de la prescription, ruptures dans les tâches par exemple.

La prise en charge médicamenteuse du patient en établissements de santé est un processus complexe où le risque est permanent et présent aux différentes étapes. Pour en savoir plus, voir aussi notre article sur les facteurs de risque, rubrique Médicament : <http://securitepatients.aphp.fr/>

Q2- Réponse : g

Les personnes âgées sont particulièrement exposées au risque d'effets indésirables liés à la prise de médicaments. Il a été observé que les événements indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents en moyenne après 65 ans et que 10 à 20% d'entre eux conduisent à une hospitalisation. Pourtant près des deux tiers peuvent être évités. Pour en savoir plus, voir l'article sur les facteurs de risque, rubrique Médicament :

<http://securitepatients.aphp.fr/>

Q3- Réponse : a

La DCI est la Dénomination Commune Internationale, c'est-à-dire le nom de la substance active du médicament. C'est le seul langage commun qui permet de nommer les médicaments de la même façon, partout dans le monde. Pour en savoir plus, voir aussi notre article sur les génériques, rubrique Médicament : <http://securitepatients.aphp.fr/>

Q4- Réponse : c

Un médicament générique est un médicament identique ou équivalent à celui d'un médicament de marque déposée mais produit et vendu sous le nom chimique de la substance active (ou sa Dénomination Commune Internationale (DCI) ou sous un nouveau nom commercial. Pour en savoir plus, voir aussi notre article sur les génériques, rubrique Médicament : <http://securitepatients.aphp.fr/>

L'HYGIÈNE DES MAINS

Q1- Réponse : a

La désinfection des mains avec un produit hydro-alcoolique est plus efficace que le lavage des mains au savon doux. Il n'est pas recommandé d'y associer un lavage au savon doux, en l'absence de salissures visibles.

Le lavage des mains avec un savon antiseptique n'est plus recommandé.

Q2- Réponse : oui

Le produit hydro-alcoolique contient des émoullifiants qui ont un effet protecteur. C'est l'association de produits chimiques différents et/ou un séchage des mains insuffisant après lavage à l'eau qui favorisent la survenue d'une intolérance cutanée.

Q3- Réponse : b

Au même titre que n'importe quel bijou, l'alliance favorise la colonisation bactérienne et la transmission croisée. L'alliance, même lisse, n'est pas admise.

Les ongles longs, les vernis, même transparents, favorisent également la colonisation bactérienne. Il est préconisé de porter une tenue professionnelle à manches courtes afin de découvrir les avant-bras et faciliter l'hygiène des poignets.

Q4- Réponse : e

Les 4 premières propositions sont des indications essentielles de la friction hydro-alcoolique. Une friction doit également être réalisée après contact avec un liquide biologique.

Celle-ci doit être renouvelée à chaque occasion d'hygiène des mains et non selon une fréquence pré établie.

Q5- Réponse : c

Une friction hydro-alcoolique doit durer au moins 30 secondes pour assurer une efficacité optimale.

L'efficacité des produits hydro-alcooliques est validée par des tests normalisés internationaux (ex AFNOR).

Un webzine spécial « semaine sécurité des patients »

La gestion des évènements indésirables graves, un sujet stratégique pour l'AP-HP !



L'AP-HP a souhaité s'inscrire activement dans la semaine sécurité des patients lancée par le Ministère de la santé. Gérard Cotellon, directeur adjoint de cabinet de la Directrice générale nous en dit plus sur la gestion des évènements indésirables graves, un axe stratégique pour l'AP-HP.

A l'occasion de la semaine « sécurité des patients », pourquoi mettre l'accent sur la gestion des événements indésirables

graves ?

Parce que les évènements indésirables graves constituent une préoccupation légitime de l'hôpital. Un évènement indésirable grave ou EIG, c'est ce qui ne devrait jamais arriver. Mais ça arrive : toute activité humaine génère des erreurs, qui plus est une activité à risque. Et par définition, l'hôpital est un lieu à risque : nous employons des technologies de pointe sur le plan diagnostic ou thérapeutique, qui peuvent engendrer, pour diverses raisons, des accidents et des erreurs de soins dans la prise en charge des patients. De plus, en tant que CHU, nous pratiquons une médecine de recours et les patients que nous accueillons ont souvent des pathologies plus complexes et dont la prise en charge est plus à risque.

En cas d'EIG, le patient et son entourage sont bien évidemment les 1^{ères} victimes, les 2^{èmes} victimes sont les professionnels. La personne qui commet l'erreur – ou l'équipe en cause – vit l'EIG comme un échec et peut-être complètement anéanti par celui-ci, avec une incapacité à retrouver la sérénité dont on a besoin pour prendre en charge les malades.

Ayant débuté ma carrière comme infirmier - c'était mon premier métier - j'ai une sensibilité toute particulière sur le sujet et je pense qu'il est vraiment de notre responsabilité managériale d'accompagner les personnels. La gestion des évènements indésirables, c'est aussi une affaire de management, de gestion d'équipe, de gestion d'hommes.

En effet, lors de la survenue d'un EIG, il s'agit de répondre aux besoins de sécurité, de transparence, de soutien et, le cas échéant d'indemnisation des patients et de leurs proches. Mais il s'agit aussi pour nous de garantir des conditions d'exercice à nos professionnels et donc, quand une erreur est commise, de les accompagner, parce qu'on sait que les répercussions peuvent être importantes sur le plan psychologique, mais aussi judiciaire.

Qu'entendez-vous promouvoir pour que les EIG soient mieux gérés ?

La transparence est le minimum que tout professionnel et qu'une Institution comme l'AP-HP doit à ses malades pour garder leur confiance : sur le plan éthique, cela nous semble primordial. Elle est aussi importante parce que la connaissance des évènements indésirables graves est une source d'apprentissage pour les professionnels.

C'est parce qu'on connaît nos erreurs, parce qu'on les analyse, que l'on peut en tirer des enseignements et des mesures correctives permettant de ne pas les renouveler. Nous voulons inciter au signalement sans rechercher la responsabilité individuelle et promouvoir cette analyse.

Dans le cadre d'un travail que nous menons sur le sujet, Mireille Faugère, Directrice générale de l'AP-HP, a voulu que nous affichions très clairement le principe de la non-sanction pour les agents qui déclarent un EIG dans lequel ils sont impliqués. L'objectif est bien entendu d'améliorer encore et encore la sécurité des patients qui s'adressent à nous. Ce sont des soins de qualité et en toute sécurité que nos patients attendent de nous.

Que reste-t-il de nos erreurs ?

Nicholas, Raphaël, Capucine, trois prénoms d'enfants et trois histoires d'erreurs au cours d'un soin. A l'initiative de Dominique Davous, mère de Capucine, Nils Tavernier et Gil Rabier ont réalisé un documentaire dans les hôpitaux de l'AP-HP : **Que reste-t-il de nos erreurs ?** Familles et professionnels de santé témoignent pour lever les tabous sur l'erreur médicale et questionner les pratiques.

Réaliser un film sur ce thème pour former les professionnels est en soi une expérience. Quelle est l'histoire de ce documentaire ?



Dominique Davous : Au sein du groupe de travail « Parents et soignants face à l'éthique en pédiatrie » de l'Espace éthique de l'AP-HP, nous avons travaillé sur beaucoup de thématiques. Compte tenu de mon expérience propre, il m'a fallu près de quinze ans pour oser travailler en groupe l'erreur au cours d'un soin. Nous avons sollicité des témoins, à la fois des parents, et des équipes soignantes... Notre choix a été de positionner le film dans la notion de relation entre les équipes et les familles.

Nils Tavernier : Dominique Davous est une personne extraordinaire. Elle m'a beaucoup apporté, m'a permis de réfléchir sur cette question fondamentale : jusqu'où va la vérité ? J'ai voulu adopter une forme la plus simple, la plus neutre, rester sur les témoignages et les images. La remise en question, c'est déjà le plus gros du chemin.

Quels sont les messages essentiels ?

Dominique Davous : Tout d'abord, l'erreur n'est jamais celle d'un individu, c'est une chaîne. Des traitements ou des parcours complexes, de même que lorsque les équipes sont confrontées à des charges de travail importantes, sont des facteurs qui peuvent favoriser la survenue d'une erreur. Il peut aussi y avoir un manque d'attention des soignants aux signaux d'alerte lancés par les parents : écouter les parents, les croire quand il signale un problème chez leur enfant. Ensuite, il faut reconnaître l'erreur. Il doit y avoir des rencontres entre médecins, équipes et familles. La qualité de la relation initiale est déterminante dans le vécu de l'erreur. Dans mon cas personnel, les relations entre l'équipe soignante, Capucine et nous, les parents, étaient intenses et vraies. Cela a été très important. Après, il faut un accompagnement des parents, mais aussi des soignants. Il est possible de traverser ensemble une erreur.

Nils Tavernier : L'essentiel, c'est de préserver le lien entre les soignants et le patient, sa famille, de conserver une relation de confiance. Il n'y a pas de savoir absolu. Si le médecin se remet en question, l'équipe pourra aussi faire ce chemin. Cela passe aussi pour les soignants notamment en acceptant sa propre fragilité, ses doutes, ses propres difficultés face à l'erreur.

Ce documentaire est un point de départ. Quel sera son prolongement ?

Nils Tavernier : C'est un outil de formation et de réflexion pour les soignants, qui peut contribuer à délier la parole.

Dominique Davous : Nous sommes déjà sollicités par des internes, des infirmières, des membres d'équipes hospitalières. L'espoir, c'est qu'il contribue à lever le tabou, le silence, qui est à l'origine de beaucoup de souffrances. Et pourquoi pas, faire ensuite un film pour le grand public.

Propos recueillis par Cyrienne Clerc

DVD disponible : erreurlfilm@gmail.com – 15 euros – 42 minutes – peut être présenté par séquences (Nicholas, Raphaël ou Capucine)

Louis-Mourier : mieux vivre avec le VIH

Pour faciliter l'observance des lourds traitements médicamenteux des patients séropositifs, l'hôpital de jour de Louis Mourier (AP-HP) a mis en place un programme d'éducation thérapeutique baptisé « Mieux vivre avec sa maladie ». Explications avec le Dr Emmanuel Mortier, responsable de l'hôpital de jour de maladies infectieuses.



En France, plus de 150 000 personnes sont séropositives pour le VIH (dont 1 sur 5 au stade sida). Environ 7 000 nouveaux cas sont enregistrés chaque année. Leur quotidien est souvent marqué par la prise de nombreux médicaments, parfois plusieurs fois par jour. *« Contrairement à d'autres maladies chroniques, la stricte observance du traitement antiviral est essentielle pour garantir son efficacité. Le patient n'a quasiment pas le droit à l'erreur »*, souligne le Dr Emmanuel Mortier, responsable des maladies infectieuses à l'hôpital de jour de Louis Mourier (AP-HP), qui suit plus de 1 000 patients

séropositifs.

Mais comment s'assurer que le patient respectera scrupuleusement ses prescriptions thérapeutiques ? *« Se focaliser sur le seul traitement est trop réducteur, estime le praticien. Nous devons aider le patient à accepter sa maladie, comprendre pourquoi il se soigne. L'objectif est de mieux vivre avec sa maladie, et donc avec son traitement »*. C'est tout l'enjeu d'un programme d'éducation thérapeutique développé par les soignants de l'hôpital de jour.

En marge des consultations médicales, de l'accompagnement social et du soutien psychologique, ce programme propose des entretiens personnalisés avec une pharmacienne pour « mieux connaître sa maladie et ses traitements ». L'hôpital permet des rencontres avec des associations de patients pour sortir d'un éventuel isolement. Enfin, des activités sportives et d'art-thérapie sont organisées au sein de l'hôpital pour permettent aux malades de « se sentir mieux dans leur corps et dans leur tête ». *« L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de le rendre plus autonome, et faciliter son adhésion aux traitements prescrits en améliorant sa qualité de vie »*, conclut Emmanuel Mortier.

Eric Allermoz

Education thérapeutique : l'arthroschool de l'Hôtel-Dieu

Depuis début 2012, l'Hôtel-Dieu (AP-HP) propose un programme d'éducation thérapeutique original destiné aux personnes souffrant d'arthrose. Objectif : aider les patients et améliorer la sécurité des soins.



L'arthrose est une maladie chronique très fréquente. Si elle n'est pas grave, elle est invalidante pour les 15 à 17 % de la population qui en souffrent. Pour soulager les douleurs qu'elle occasionne, peu de traitements s'avèrent efficaces, en dehors de la chirurgie. À l'Hôtel-Dieu, les patients « complexes » – pour lesquels la prise en charge et le traitement classiques sont mal supportés ou inefficaces, ou bien vivant une situation personnelle difficile – peuvent alors être adressés au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) de l'hôpital. Là, ils se voient proposer un programme d'éducation thérapeutique original : Arthroschool. Un accompagnement collectif complet pour les aider à mieux gérer leur douleur, en les impliquant activement dans leur prise en charge.

Un programme éclectique

Tous les lundis après-midis pendant cinq semaines, un groupe de six à huit personnes se retrouve ainsi au CETD. Médecin, chirurgien, kinésithérapeute, infirmière, diététicienne, psychologue dialoguent avec les patients et leur apprennent à comprendre leur douleur et à gérer leurs traitements. Ils leur expliquent comment utiliser les outils et dispositifs qui leur sont proposés (orthèses, canne, application de chaud et de froid), leur divulguent des conseils diététiques... L'accent est également mis sur la rééducation et l'exercice physique, qui jouent un grand rôle dans l'atténuation de la douleur. « *Il n'est jamais trop tard pour démarrer une activité physique*, souligne le Pr Serge Perrot, directeur du centre de la douleur de l'Hôtel-Dieu. *Même à un âge avancé, c'est utile !* » L'apprentissage est progressif et adapté aux possibilités de chacun : les participants sont invités à se fixer des objectifs de vie (retourner au travail, faire un peu de sport), qu'ils doivent pouvoir atteindre à l'issue du programme.

De nombreux bénéfices

« Impliquer le patient est difficile, mais une fois que nous avons réussi à le motiver, il constate rapidement les bénéfices du programme, souligne le Pr Perrot. Au début, les personnes arthritiques sont souvent désespérées et démunies ; elles pensent que seuls les médicaments peuvent les soulager. Nous leur montrons qu'elles peuvent agir et mieux vivre avec leur maladie. Les ateliers les aident aussi à retrouver confiance et estime de soi, car l'arthrose est une maladie qui fait honte. »

L'enjeu est aussi de taille en matière de sécurité des soins : « *Un patient éduqué, c'est un patient qui sait ce qu'il peut attendre d'un médicament, qui l'utilise correctement et sait en gérer les effets indésirables* » conclut le Pr Perrot.

Cécile Couturier