



## Edito



Le 19 avril 2017, le [réseau régional de vigilances et d'appui de Nouvelle-Aquitaine](#) (RREVA-NA) était officiellement installé. Le bilan des premiers mois de fonctionnement a été réalisé à l'occasion de sa réunion plénière annuelle, le 21 mars 2018. Les résultats semblent satisfaire les parties prenantes comme les évaluateurs nationaux que l'ARS a reçus récemment.

**Briques**, l'un de ses vecteurs de communication, a également vu le jour en avril 2017. Le sondage réalisé en début d'année 2018 auprès de ses lecteurs (voir plus loin) montre des retours très positifs. Nous sommes donc particulièrement fiers de vous proposer le 6<sup>e</sup> numéro. Pour qu'il réponde complètement aux attentes, il faudrait toutefois que les professionnels des domaines sanitaire et médicosocial se mobilisent pour partager leurs expériences à travers le bulletin ; les membres du comité éditorial peuvent apporter leur appui dans cette démarche !



## En direct avec nos coordonnateurs régionaux d'hémovigilance

### Qu'est-ce que l'hémovigilance ?

Élément de la sécurité transfusionnelle, l'hémovigilance a pour objet l'ensemble des procédures de surveillance et d'évaluation des incidents et des effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de produits sanguins labiles (PSL). Elle porte sur l'ensemble de la chaîne transfusionnelle allant de la collecte des PSL jusqu'au suivi des receveurs. Elle comprend également le suivi épidémiologique des donneurs.

### Comment l'hémovigilance est-elle organisée dans la région Nouvelle-Aquitaine ?

L'ARS dispose de 3 [coordonnateurs régionaux d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle](#) (CRHST). Ils sont en charge des 126 établissements de santé transfuseurs de la région. Référents médicaux en hémovigilance et sécurité transfusionnelle, ils sont chargés de la gestion des signalements d'incidents et accidents, de la veille sanitaire et du soutien aux établissements de santé dans ce domaine. Dans ce cadre, ils assurent :

- la coordination de l'hémovigilance au plan régional ;
- l'animation du réseau des hémovigilants locaux ;
- la formation de ces référents à utiliser et maîtriser l'application nationale dédiée aux signalements en rapport avec l'hémovigilance (e-FIT) ;
- l'inspection et le renouvellement des autorisations des dépôts de sang ;
- la réalisation des bilans d'activité transfusionnelle en région ;
- la participation aux différents groupes et ateliers nationaux organisés par l'[ANSM](#) ;
- la participation aux activités du [réseau régional de vigilance et d'appui de Nouvelle-Aquitaine](#) (RREVA-NA).

#### Directeur de la publication

Michel Laforcade

#### Rédac-chef

Bernard Tabuteau (ARS)

#### Comité éditorial

Amélie Daveluy (CRPV/CEIP)

Régine Léculée (PRAGE)

Michel Marsand (PSV)

Julie Rongère (CCECQA)

Myriam Roudaut (OMEDIT)

Camille Testas (CRM RV)

Anne-Gaëlle Venier (CPIAS)

### Que représente l'hémovigilance en Nouvelle-Aquitaine sur le plan quantitatif ?

- 268 924 produits sanguins labiles (PSL) transfusés en 2016 :
  - o 220 536 concentrés de globules rouges,
  - o 25 763 concentrés de plaquettes,
  - o 22 624 plasmas et 3 granulocytes ;
- environ 300 000 dons de sang effectués en 2017 ;
- 1008 effets indésirables déclarés pour les receveurs, toutes imputabilités confondues ;
- 201 incidents graves ou incidents de la chaîne transfusionnelle\* ;
- 530 effets indésirables graves pour les donneurs\* ;
- 183 informations post don\*.



\* pour la définition des termes relatifs aux événements indésirables, consulter [l'article R.1221-23 du CSP](#).



## Le CCECQA [séka] : c'est quoi ?

Ah les sigles !



L'acronyme CCECQA,

c'est pour [Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Nouvelle-Aquitaine](#).

C'est une structure régionale d'appui (SRA) à la qualité des soins et sécurité des patients, qui accompagne les professionnels des établissements sanitaires (ES) et médico-sociaux (ESMS) en Nouvelle-Aquitaine. Elle propose des méthodologies et outils innovants, des accompagnements de projets et des campagnes d'évaluation, des formations et des retours d'expériences en matière de qualité et de gestion des risques (QGDR).

Ses principales thématiques de travail sont en lien avec la culture sécurité, la pertinence des soins, les parcours de santé, les évaluations interne et externe, l'accompagnement à la certification et le partenariat avec les usagers.



Le CCECQA participe également à des projets de recherche avec les membres de la [Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé \(FORAP\)](#).

Le CCECQA intègre la PRAGE (*Plateforme régionale d'appui à la gestion des événements indésirables graves*, présentée dans le [n° 2 de Briques](#)) et ETAPE (*Cellule régionale d'éducation thérapeutique, amélioration des pratiques et évaluation*), qui permettent aux établissements de bénéficier d'une aide pour l'analyse des événements indésirables graves et l'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique.

Le CCECQA est membre du [RREVA-NA](#) et contribue à la rédaction de *Briques*.



### Les lecteurs de Briques ont la parole !

Le sondage en ligne proposé dans le n° 5 de *Briques* est désormais clôturé. L'équipe éditoriale remercie chaleureusement les 84 personnes qui y ont participé. Les résultats ont été présentés en réunion plénière du RREVA-NA le 21 mars dernier. Ils font l'objet d'un [document détaillé](#), publié sur le site du RREVA-NA, dont voici un rapide résumé :

- 79% des sondés sont Néo-Aquitains ; la renommée du bulletin dépasse donc les frontières régionales !
- 51% des répondants ont un profil « qualitatif » ; les autres sont : médecins, pharmaciens, infirmiers, cadres de santé, directeurs, usagers. 65% exercent en établissement de santé ; 15% en secteur médicosocial.
- Les participants se déclarent « très satisfaits » (70%) ou « satisfaits » (30%) de la forme et du contenu.
- Le format électronique plaît à la majorité ; à signaler que les 13% qui préfèrent lire la version papier se privent des nombreux [liens hypertextes](#) contextuels que propose le bulletin !
- Les lecteurs ont tendance à partager les informations du bulletin en les relayant indirectement au sein de leur structure d'exercice, par exemple via le journal interne de leur établissement.
- Certains font part d'attentes encore incomplètement satisfaites en termes :
  - o d'expériences de terrain → c'est une proposition faite par le bulletin à tous ses lecteurs depuis le 1<sup>er</sup> numéro mais les contributeurs restent en nombre insuffisant ;
  - o d'articles davantage centrés sur le médicosocial → il faudrait, là encore, pouvoir s'appuyer sur des correspondants externes ou, *a minima*, recevoir des indications sur les thèmes à aborder en priorité.

**On compte sur vous, chers lecteurs, pour nous aider à enrichir le contenu de Briques dès le n° 7 !** Même si vous avez des doutes sur vos habiletés rédactionnelles, [prenez contact avec l'équipe éditoriale](#) qui se fera un plaisir de vous aider à valoriser votre expérience !





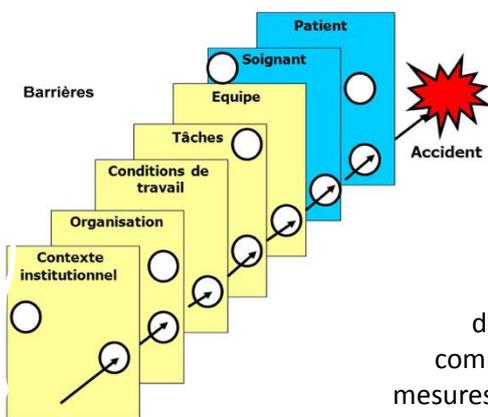
## Déclarer un événement sanitaire indésirable

Parmi les documents mis à disposition sur le site du RREVA-NA, il faut signaler le travail collectif du réseau pour formaliser une synthèse des obligations en termes de [signalement des événements sanitaires indésirables](#). Ce document important est destiné à éclairer les professionnels ainsi que les usagers de la santé sur ce domaine essentiel pour améliorer la sécurité des prises en charge (cf. plus haut). Il apporte des réponses aux questions suivantes : *Qu'est-ce qu'un événement indésirable ? Pourquoi le déclarer ? Comment le signaler ? Quels sont mes interlocuteurs en région Nouvelle-Aquitaine ?*



### Connaître ou punir, il faut choisir

Cette formule du sociologue Christian Morel, utilisée lors d'un [colloque sur les événements indésirables associés aux soins](#) en novembre 2016, reflète parfaitement les enjeux du signalement et de l'analyse des accidents dans le monde de la santé. Ils concernent aussi bien l'hôpital, le secteur médicosocial que les prises en charge ambulatoires. L'erreur commise – ou évitée de justesse – est une source précieuse de renseignements susceptibles d'éviter la survenue d'autres événements indésirables ou d'en limiter l'impact. Encore faut-il que la menace de la punition ne dissuade pas les professionnels de signaler les faits et que la crainte du jugement des autres n'empêche pas [l'objectivité des analyses](#) !



On sait depuis longtemps qu'un accident est rarement la conséquence d'une erreur isolée mais qu'il est lié à une chaîne de défaillances dans des barrières de sécurité, symbolisées par le modèle des plaques de James Reason (cf. [Concepts et points clés pour aborder la sécurité des soins](#). HAS, 2010). On peut citer : les facteurs qui ont favorisé la survenue de l'événement indésirable, comme la mauvaise organisation du parcours de santé, l'insuffisance de partage d'informations, les interruptions multiples qui empêchent un professionnel de se concentrer sur une tâche délicate ; ou encore ceux qui concourent au retard de sa prise en charge, comme le défaut de reconnaissance de la gravité, les hésitations sur les mesures à prendre ou sur l'utilisation du matériel d'urgence, l'absence de concertation ou d'écoute au sein de l'équipe ; etc.

Seule une analyse approfondie des causes de l'événement, conduite de façon transparente et sans préjugés, sera de nature à identifier les différents facteurs ayant favorisé la survenue de l'accident. Et donc de mettre en œuvre les actions préventives ou correctives destinées à sécuriser les futures prises en charge : mise en place d'outils de surveillance, de [communication entre professionnels](#), de procédures d'alerte ; amélioration du partage des informations tout au long du parcours de santé ; sécurisation des conditions de réalisation des actes à risque ; évaluation des pratiques professionnelles ; utilisation de la simulation pour s'entraîner à la prise en charge des situations à risques les plus probables ; renforcement du travail en équipe ; etc.

Il est donc essentiel de mettre en place les conditions favorables au signalement et à l'analyse des événements indésirables en menant une [politique de « non punition »](#). On n'oubliera pas non plus de partager le plus largement possible ces retours d'expériences afin que les autres puissent également s'enrichir d'événements qu'ils n'ont pas vécus et qu'ils puissent engager à leur tour les mesures évitant la répétition des mêmes erreurs...

« L'homme intelligent apprend de ses erreurs  
Le sage apprend de celles des autres. »  
« La vraie faute est celle qu'on ne corrige pas ».  
Confucius.



### Un petit nouveau sur la toile

Ainsi que **Briques** l'avait annoncé dans son numéro précédent, le site [www.rreva-na.fr](http://www.rreva-na.fr) du *réseau régional de vigilances et d'appui de Nouvelle-Aquitaine* est désormais en ligne. Vous y trouverez des informations sur le RREVA-NA et ses actions, des documents mis à disposition sur les thèmes de la qualité et de la sécurité en santé, et, bien évidemment, tous les numéros de [Briques](#) !

Le site s'enrichissant progressivement, ne manquez pas de suivre la page [Actualités](#).





## C'est arrivé ailleurs... Et chez vous, quel est le risque ?

### À propos d'un événement indésirable d'origine médicamenteuse

Une patiente de 83 ans est transférée, un vendredi soir, d'un établissement hospitalier vers une structure de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour poursuite du traitement fonctionnel de plusieurs fractures/tassements vertébraux.

Elle présente de nombreuses comorbidités, dont une polyarthrite rhumatoïde ancienne, traitée par *méthotrexate* : 10 mg (soit 4 comprimés de 2,5 mg) à prendre 1 fois par semaine. Le courrier qui l'accompagne ne reprend pas le détail de son traitement et ce n'est que par une communication téléphonique en urgence que celui-ci peut être connu. Le traitement est prescrit dès son admission, ce qui permet à la pharmacie d'officine voisine d'honorer l'ordonnance sans délai.

Durant le séjour, l'attention des soignants est essentiellement focalisée par l'équilibration difficile du diabète insulino-dépendant. Du fait de l'apparition d'une inflammation digestive invalidante (mucite), un bilan biologique est prescrit une dizaine de jours plus tard. Les résultats révèlent une leucopénie (baisse du nombre de globules blancs) grave. En reprenant le dossier, le médecin s'aperçoit de l'erreur de prescription et de dispensation du méthotrexate, aboutissant à l'administration 10 mg par jour au lieu de 10 mg par semaine.

La patiente est transférée en réanimation où elle décède malheureusement quelques jours plus tard dans un tableau d'aplasie médullaire complète.

### Retour d'expérience

L'analyse approfondie de cet événement indésirable grave associé aux soins (EIGS), mis en ligne par la PRAGE, peut être consultée à l'adresse suivante : [http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/rex\\_37.pdf](http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/rex_37.pdf).

### Notion de « never event »

L'erreur de rythme d'administration du *méthotrexate* par voie orale n'est pas exceptionnelle. Elle fait pourtant partie la liste des événements qui ne devraient jamais arriver (« *never events* »), publiée sur le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Cette liste mérite d'être connue par tout professionnel de santé participant la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (*barrière n° 1*). Une alerte de sécurité au praticien devrait être affichée par tout [logiciel d'aide à la prescription](#) (*barrière n° 2*) pour ces médicaments qui sont par ailleurs censés bénéficier de l'analyse pharmaceutique (*barrière n° 3*) prévue dans le cadre de la [dispensation des médicaments](#). La liste mérite aussi être prise en compte lors de [l'analyse des risques a priori](#) que devrait conduire tout établissement : la prévention des erreurs en lien avec les *never events* peut alors aboutir à la formalisation d'une ou plusieurs procédure(s) pour sécuriser leur emploi (*barrière n° 4*), en s'assurant de la bonne appropriation par les personnels soignants (*barrière n° 5*). Sous réserve d'être bien informé sur les traitements qu'il prend et avoir bien compris leurs dangers, le patient (ou, à défaut, sa famille) devrait jouer un [rôle actif dans sa sécurité](#) en contrôlant ce qu'on lui administre (*barrière n° 6*). On pourrait enfin s'attendre à ce que les laboratoires pharmaceutiques alertent les utilisateurs sur les dangers de ces médicaments à haut risque en adoptant, par exemple, un affichage adapté sur leur conditionnement (*barrière n° 7*).

### Commentaire

Il arrive que des accidents se produisent malgré les bonnes pratiques et les barrières de sécurité activées... Comme dans le cas de l'EIGS lié à l'utilisation d'un curare, relaté dans le [n° 2 de Briques](#), ce nouvel exemple illustre une situation où le nombre de barrières effectivement activées n'étaient pas suffisant pour éviter l'accident.

*Et chez vous ? Êtes-vous sûr de la capacité des garde-fous mis en œuvre pour éviter tout risque d'accident ?*

Ce principe de réalité renforce encore l'intérêt du signalement des EIGS et de l'analyse approfondie des leurs déterminants. Il donne une nouvelle occasion d'alerter tous les professionnels de santé sur l'importance de la prévention des risques liés aux médicaments et de rappeler la surveillance attentive qu'ils doivent mettre en œuvre lors de leur utilisation.



Ce bulletin est le vôtre. N'hésitez pas à le partager, à le faire connaître autour de vous, à le faire vivre en partageant vos expériences. Professionnels ou usagers, vous pouvez :

- contacter l'équipe éditoriale pour adresser vos commentaires ainsi que vos propositions, personnelles ou collectives, de contributions au bulletin : [ars-na-polquas@ars.sante.fr](mailto:ars-na-polquas@ars.sante.fr) ;
- suivre l'actualité du bulletin et de ses followers sur Twitter : [@BriquesJournal](https://twitter.com/BriquesJournal) ;
- vous [inscrire ici pour recevoir les prochains avis de parution](#) de Briques.

