



Guide animation

Et si on analysait collectivement nos erreurs ?

Ce guide est un support d'animation de « quick séance » (10/15 minutes) autour de l'analyse d'une erreur liée aux produits de santé, des principaux facteurs contributifs et mesures barrières qui auraient pu éviter cet évènement.

Ce guide est à rapprocher des fiches pédagogiques réalisées par l'OMÉDIT Normandie en partenariat avec les professionnels du groupe « erreurs médicamenteuses » du comité technique « Management de la prise en charge médicamenteuse » - reprenant les erreurs fréquentes et potentiellement graves retrouvées dans l'analyse des CREX des établissements volontaires de la région.

En complément des flashs « Sécurité patient » de la HAS, le **groupe de travail de l'OMÉDIT Normandie sur l'accompagnement à la déclaration des erreurs médicamenteuses et DM associés** – en partenariat avec les CRPV - a permis de plancher sur l'analyse de vos CREX.

L'idée : sortir de la culture de la faute pour aller vers la culture de l'erreur apprenante, processus qui nécessite une appropriation par les professionnels et qui ne pourra se faire qu'avec la confiance et le temps : « Apprendre de ses erreurs pour éviter de les reproduire »

Afin de faciliter cette appropriation le groupe a souhaité réaliser des supports d'animation courte (10/15 minutes) par l'intermédiaire de fiches pédagogiques de RETEX sur des erreurs fréquentes et potentiellement graves.

Retrouvez ainsi nos fiches RETEX composé à chaque fois :

1- d'un support animateur : permettant d'animer une séance interactive autour de l'analyse d'un évènement, détaillant des éléments bibliographiques sur facteurs, mesures barrières, outils nationaux et régionaux disponibles

2- d'un support apprenant : avec un recto permettant de lancer rapidement la discussion autour de l'évènement, d'échanger sur la survenue éventuelle dans leur pratique et un verso avec l'ensemble des éléments de réponses pour l'analyse et le quizz

Ces fiches sont **disponibles sur le site de l'OMÉDIT Normandie** : <http://www.omedit-normandie.fr/> dans la **boite à outils « Erreurs médicamenteuses »**

Contexte et méthode



Tout d'abord un bref rappel

L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable car elle résulte de ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient.

Elle peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament, telles que la prescription, la dispensation, la préparation galénique, la délivrance, l'administration, le suivi thérapeutique mais aussi ses interfaces telles que les transmissions.

Enfin il faut savoir que les événements indésirables graves (EIG) médicamenteux représentent 32.9% du total des EIG liés aux soins, dont 51.2% sont évitables (ENEIS 2009).

L'objectif de la prise en charge médicamenteuse est d'assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût.

Pourquoi y a-t-il encore des dysfonctionnements dans la prise en charge du médicament avec pour conséquence des erreurs médicamenteuses aujourd'hui ?

La prise en charge médicamenteuse est un processus complexe qui repose sur l'organisation du circuit du médicament. Celle-ci doit prendre en compte dans sa mise en œuvre les facteurs humains et organisationnels, les facteurs environnementaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et les situations à risque.

Plusieurs facteurs expliquent la survenue d'erreurs :

- la diversité des pathologies, leur degré d'urgence et de gravité couplée à la diversité des thérapeutiques et des terrains des patients ;
- l'intervention de différents acteurs de santé dont les rôles particuliers sont complémentaires et l'enchaînement de nombreuses étapes qui se réalisent en des lieux géographiquement différents ;
- la circulation d'une information qui n'est d'ailleurs pas toujours accessible ;
- ou encore l'interruption de tâches, la surcharge de travail avec un accomplissement trop rapide des différentes tâches, une méconnaissance du traitement etc.

Une méthode de prévention : l'analyse collective d'erreurs médicamenteuses fréquentes

Osons nous lancer dans l'**animation** de séances courtes autour des erreurs médicamenteuses fréquentes issues des analyses de CREX. Nous vous fournissons dans les pages qui viennent les meilleurs trucs et astuces, les ficelles les plus secrètes pour mettre en place une **animation** de grande classe et briller aux yeux de toutes et tous pendant 10/15 minutes !



Prérequis

- Prendre connaissance de la boîte à outils OMÉDIT Normandie
- Choisir un événement en lien avec le périmètre d'activité de son établissement
- Prévoir une régularité dans les séances d'animations de ces mini ateliers de travail en équipe : afficher les dates de séances et communiquer largement auprès des professionnels soignants et non soignants, en associant les représentants d'utilisateurs, associations de patients, etc.
- Choisir un lieu et des conditions adaptés, pour permettre un échange libre des participants
- Imprimer un support animateur et autant de supports apprenants que le nombre de personnes inscrites, prévoir des crayons, (+/- vidéoprojecteur ou paper-board si vous souhaitez en profiter pour présenter des outils / intranet de votre établissement)
- Rappeler les objectifs de ces ateliers :
 - Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse
 - Eviter les erreurs médicamenteuses
 - Sécuriser le parcours des patients pris en charge dans les établissements de santé
 - Répondre aux nouvelles exigences de la certification :

Critère 2.4-04 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins

La gestion des événements indésirables associés aux soins (EIAS, plaintes, erreurs cliniques, thérapeutiques ou pharmaceutiques...) est traitée comme une opportunité d'analyse des pratiques et de mise en œuvre d'une dynamique collective de gestion des risques. Dans un service, les professionnels sont informés des erreurs survenues, discutent des moyens possibles pour prévenir et récupérer les erreurs et reçoivent un retour d'information sur les actions mises en place. Les équipes s'améliorent en tirant des leçons des réussites et des erreurs, de la gestion des imprévus (savoirs formels et informels, compétences techniques et non techniques), et elles évaluent leurs performances collectives. La gouvernance promeut l'accréditation des médecins ou des équipes médicales pour développer ces bonnes pratiques.

Tout l'établissement Impératif

- Rappeler le dérouler :
 - Séance courte de 10 à 15 minutes
 - Séances répétées à partir de thèmes pré-identifiés par les professionnels
 - Il n'est pas question de faire une analyse approfondie du cas, présenté comme support de discussion
 - La discussion autour de chaque cas ne dure pas plus de dix minutes, pour ne pas prendre le risque de faire ou refaire une analyse
 - Séance interactive autour d'une analyse d'un cas, permettant à chacun de s'exprimer sur les erreurs vues et entendues dans son exercice professionnel ou son vécu personnel, les principaux facteurs favorisants ou contributifs et mesures barrières qui pourraient aider à la sécurisation de la prise en charge du patient
 - S'en tenir au support d'animation, pour tenir le timing !
- Dérouler la séance : lire la fiche animateur et animer la séance
- Chaque participant complète le recto de sa fiche et pourra consulter les réponses au verso
- Clôturer la séance en remerciant l'ensemble des participants
- Annoncer les prochaines séances et thème des erreurs qui seront étudiées

Fiche animateur

A partir du support animateur :

Lecture de l'évènement et, rappeler quelques chiffres nationaux et éventuellement régionaux ainsi que les principaux messages généraux (2 minutes maximum)

Lancer la discussion par la question « Selon vous ? Au regard de l'évènement qui vous a été relaté et au regard de votre expérience ? » quels sont les facteurs contributifs possibles ? au niveau organisationnel, humains, techniques, environnementaux.

En cas de difficulté du groupe : indiquer quelques exemples mentionnés dans la fiche animateur.

Demander à chaque fois d'identifier des mesures barrières corrélées aux facteurs.

Chaque participant note ses idées sur le support apprenant

En 2^{ème} partie de séance passer au quizz, laisser si nécessaire 2 minutes aux participants et demander aux volontaires leurs réponses.

Présenter le recto de la fiche participant et présenter la boîte à outils pour « aller plus loin ».

A vous de jouer !