|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Erreurs médicamenteuses** | **Erreurs médicamenteuses** | **Erreurs médicamenteuses**  Plusieurs catégories | **Erreurs médicamenteuses** |
| **Erreurs médicamenteuses**  Quelques données  Parmi les **effets indésirables graves associés aux soins** (EIGS) :  **33%** sont liés aux médicaments  **Dont :** | **Erreurs médicamenteuses** | **Gestion des risques**  Principe et Objectifs | **Gestion des risques**   * Amélioration continue qualité – sécurité * Développement d'une culture de gestion des risques encore trop insuffisante * Réduction de la fréquence ou de la gravité des événements indésirables   **Améliorer la sécurité des soins :** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Gestion des risques**  La gestion des risques se déroule en  **5 grandes étapes ou principes**  Selon la HAS : | **Gestion des risques** | **Gestion des risques**  **Etape 1**  Organiser une démarche **pluri professionnelle** | **Gestion des risques**   * Gestion des risques intégrée **au quotidien** dans la **gouvernance** de la structure * Organisation réunissant **tous les acteurs impliqués**   + Dans la **prise en charge médicamenteuse (PECM)** : *médecins, pharmaciens, internes, infirmiers, aides-soignants, préparateurs en pharmacie…* |
| **Gestion des risques**  **Etape 2**  **Identifier** a priori / a posteriori | **Gestion des risques**   * **Identifier** les risques : * Qui pourraient survenir = ***a priori*** * Qui se sont déjà produits =   ***a posteriori***  [Résultat de recherche d'images pour "regle 5b"](http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj50LabkeXmAhUKnxQKHRCtAgAQjRx6BAgBEAQ&url=http://www.omedit-centre.fr/potassium/co/2_regle_des_5B.html&psig=AOvVaw2B9YOAjcL2PLTbPi7cfaNd&ust=1578061988058948)La **règle des 5B est le fil conducteur** qui sécurise la PECM : | ***Never events***  = Evènements indésirables graves médicamenteux qui  **NE** **DEVRAIENT JAMAIS ARRIVER** | ***Never events*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Gestion des risques**  **Etape 3**  **Analyser** recherche de causes, hiérarchiser | **Gestion des risques**   * **Déterminer leurs causes et conséquences** * **Evaluer leur gravité et leur fréquence**   **Hiérarchiser et prioriser** | **Gestion des risques**  **Les étapes de survenue des erreurs médicamenteuses** | **Gestion des risques**  **Toutes les étapes** de la **prise en charge médicamenteuse** :  Mais aussi :  Les **transmissions** entre les différents acteurs  Le **patient** |
| **Gestion des risques**  **L’étape où surviennent le plus d’erreurs médicamenteuses**  **Facteurs à l’origine du plus grand nombre d’erreurs médicamenteuse** | **Gestion des risques**  **L’étape d’administration**  **= 60% des erreurs**  *(guichet des EM AFSSAPS 2010)* | **Gestion des risques**  **Etape 4**  **Traiter** solutions / barrières | **Gestion des risques** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Gestion des risques**  **Mesures barrières pouvant être mises en place à différentes étapes de la PECM** | **Gestion des risques**  **Exemples :**   * **Double vérification** * **Traçabilité en temps réel** * **Informatisation** de la prescription * **Dispensation nominative** * **Analyse pharmaceutique** de l’ordonnance avant la dispensation * **Automatisation** de la dispensation * Réduction des **interruptions de tâche** * **Conciliation médicamenteuse** * Prescription et dispensation d’une **forme galénique adaptée à l’observance** * **Education Thérapeutique du Patient** | **Gestion des risques**  **Outils disponibles pouvant être utilisés pour traiter les risques** | **Gestion des risques**    **Exemples :** |
| **Gestion des risques**  **Etape 5**  Assurer le **suivi** et mettre en place le **retour d’expérience** | **Gestion des risques**   * + Assurer le **suivi** et l’évaluation de l’**efficacité des actions** * Modalités définies dans le **plan d’action** * **Audits, indicateurs, enquêtes de satisfaction…**   + Déterminer les **risques résiduels**   + Mettre en place un **retour d’expérience** entre professionnels * **Communication** sur l’analyse et le plan d’action | **A posteriori**  **Gestion des risques a posteriori**  = **Après la survenue** d’un **évènement indésirable**  (ex. : erreur médicamenteuse)  **Quel objectif ?** | **A posteriori**   * + **Éviter la survenue d'un autre événement indésirable**, par une analyse approfondie des causes   **« Une erreur qui ne s'analyse pas est une erreur qui se reproduira »** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **A posteriori**  **Déclaration des erreurs médicamenteuses**  **Pourquoi ?**  **Comment ?**  **Que déclarer ?** | **A posteriori** | **A posteriori**  **Analyse des erreurs médicamenteuses**   * Analyse **descriptive**, **chronologique**, **rétrospective** * **Plusieurs méthodes** mais grandes **étapes communes** : | **A posteriori**  **Rencontrer les professionnels concernés**  **Reconstituer la chronologie des faits**  **Identifier les écarts par rapport aux référentiels**  (évènements intercurrents)  **Identifier les causes** |
| **A posteriori**    **Analyse des erreurs médicamenteuses**   * **Principales méthodes** utilisées en santé : | **A posteriori** | **A posteriori**  **Restitution de l’analyse des erreurs médicamenteuses**   * Présence des **analystes** et du groupe de **professionnels concernés** * **Différentes structures possibles :** | **A posteriori**    **Grandes étapes communes**   * **présentation de l’analyse** * identification des **causes** (en amont ou en réunion) * choix des **mesures d’amélioration** (en réunion) * décision du **plan d’action et de suivi** (en réunion) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **A priori**  **Gestion des risques a priori**  = **Avant**  **la survenue** d’un **évènement indésirable**  (ex. : erreur médicamenteuse)  **Quel objectif ?** | **A priori** | **A priori**  **Plusieurs méthodes possibles** | **A priori** |
| **A priori**  **Méthode AMDEC**   * Recommandée par HAS et SFPC (Société Française de Pharmacie Clinique) * Fréquemment utilisée en santé * Approche fonctionnelle par **processus** * **Cartographie des risques** | **A priori**  **Plusieurs étapes**   1. **Découpage fonctionnel** du processus en activités et en tâches 2. Identifier les **risques** 3. Identifier les **causes, conséquences et modes de détection** 4. Evaluer la **criticité** des risques 5. **Hiérarchiser** les risques 6. Définir le **plan d’actions** 7. **Suivre** le plan d’actions |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |