

WEBINAIRE 30 MINUTES N°5: APPRENDRE POUR PRÉVENIR



*COMMENT ANIMER UNE FORMATION SUR
LA GESTION DES RISQUES A POSTERIORI
D'ERREURS MÉDICAMENTEUSES ?*

JEUDI 20 MARS 13H30-14H00

ALBANE CHEREL, PHARMACIEN



RETROUVEZ NOS WEBINAIRES SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES



1

Webinaire N°1 : Rappel des circuits de déclaration - Organisations en Normandie - Portail de signalement - Comprendre autour de cas pratiques

2

Webinaire n°2 : Erreurs médicamenteuses liées à l'automédication

3

Webinaire N°3 : Comment animer une séance de retour d'expérience sur les erreurs médicamenteuses ?

2

4

Webinaire N°4 : Erreurs médicamenteuses en lien avec les anticancéreux oraux : des erreurs pas si rares et si anodines !

OBJECTIFS DE CES WEBINAIRES

1

Répondre aux exigences des référentiels HAS :
déployer une culture de sécurité, l'évaluation de la gestion des risques et vigilances
Partager la culture positive de l'erreur, la sensibilisation aux EI, participation aux analyses systémiques effectives

2

Diminuer la fréquence des Evènements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS) liés aux produits de santé

CONTEXTE ET ENJEUX



6ÈME CYCLE DE CERTIFICATION HAS



MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

REFERENTIEL

Certification
des établissements
de santé pour
la qualité des soins

Version 2025

- Critère 2.2-06 : les **équipes préviennent** les **risques d'erreurs médicamenteuses (impératif)**
- Critère 3.1-04 : **l'établissement impulse** la **culture** de la **déclaration** des **événements indésirables, dont** les **presqu'accidents (impératif)**

CONTEXTE ET ENJEUX



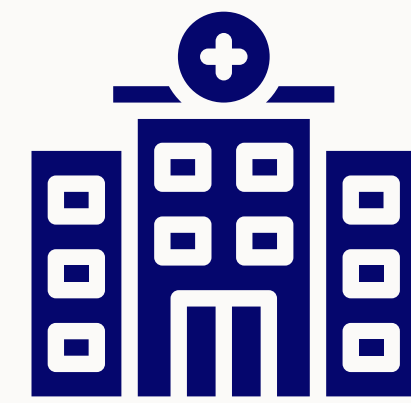
6ÈME CYCLE DE CERTIFICATION HAS

- Critère 2.2-06 : les **équipes préviennent** les **risques d'erreurs médicamenteuses** **(impératif)**

Éléments d'évaluation :

- **Les professionnels sont formés à la prévention du risque médicamenteux.**
- Les professionnels connaissent les moyens de maîtrise des médicaments les plus à risque.
- Une liste des médicaments les plus à risque, établie de manière collégiale, est adaptée à l'activité et connue des professionnels.
- Le circuit des préparations en atmosphère contrôlée (chimiothérapie, immunothérapie, biothérapie, nutrition parentérale, radiopharmaceutique...) est maîtrisé (prescription, analyse pharmaceutique, préparation, libération, transport, stockage et administration).
- **Les erreurs médicamenteuses sont analysées en équipe et font l'objet d'un plan d'action suivi.**

CONTEXTE ET ENJEUX



6ÈME CYCLE DE CERTIFICATION HAS

- Critère 3.1-04 : l'établissement **impulse** la **culture** de la **déclaration** des **évènements indésirables, dont** les **presqu'accidents (impératif)**

Éléments d'évaluation :

- Les évènements indésirables graves associés aux soins sont systématiquement analysés, en associant les équipes concernées et les représentants des usagers, selon les méthodes promues par la HAS.
- Une synthèse des facteurs contributifs₆ (ou causes profondes) des évènements indésirables associés aux soins, dont des presqu'accidents, et des résultats des plans d'actions mis en place sont diffusés aux professionnels et aux représentants des usagers.
- Les évènements indésirables graves associés aux soins sont systématiquement déclarés sur le portail de signalement des évènements sanitaires indésirables. Ils font l'objet d'un volet 2 au plus tard 3 mois après le volet 1.
- Les évènements indésirables associés aux soins analysés et déclarés dans le cadre de l'accréditation sont aussi transmis au sein de l'établissement et les actions d'amélioration issues des analyses collectives contribuent au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

CONTEXTE ET ENJEUX



KIT D'ANIMATION D'UNE FORMATION À LA GDR A POSTERIORI D'ERREURS MÉDICAMENTEUSES

Disponible sur notre site internet



Kits de sensibilisation et formation

Fiches RETEX

Never Events

Flashes Sécurité Patient - HAS

Gestion des risques (a priori et a posteriori)

Portail de déclarations

Pharmacovigilance - CRPV

Kits et modules e-learning

Formation⁷ à la gestion des risques a posteriori d'erreurs médicamenteuses

L'OMÉDIT Normandie vous propose un **kit d'animation** d'une **formation à la gestion des risques a posteriori d'erreurs médicamenteuses** (nouveau du 29/01/2025)

Cette formation doit permettre de présenter aux professionnels les principales méthodes de gestion des risques des erreurs médicamenteuses, dans une approche collective pluridisciplinaire.

Elle contribue à répondre aux **critères impératifs** du **6ème cycle de certification des établissements de santé** :

- 2.2-06 les équipes préviennent les risques d'erreurs médicamenteuses
- 3.1-04 : l'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables, dont les presque-accidents

Objectifs pédagogiques :

- Appréhender la **notion d'erreur médicamenteuse**
- Comprendre les **enjeux de la gestion des risques** d'erreurs médicamenteuses
- Acquérir une **approche systémique et collective** de la gestion des risques a posteriori
- Maîtriser **différentes approches de gestion des risques** et être capable de les appliquer dans sa pratique

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

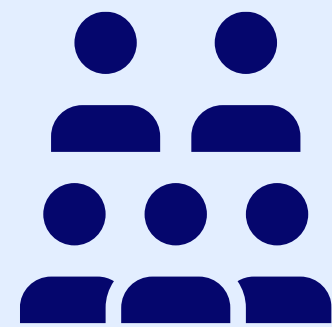


- Appréhender la notion d'erreur médicamenteuse
- Comprendre les enjeux de la gestion des risques d'erreurs médicamenteuses
- A partir d'une situation d'erreur médicamenteuse :
 - Acquérir une approche systémique et collective de la gestion des risques a posteriori
 - Maîtriser différentes approches de gestion des risques et être capable de les appliquer dans sa pratique



**«Etre dans une
approche collective et
pluridisciplinaire »**

FORMAT

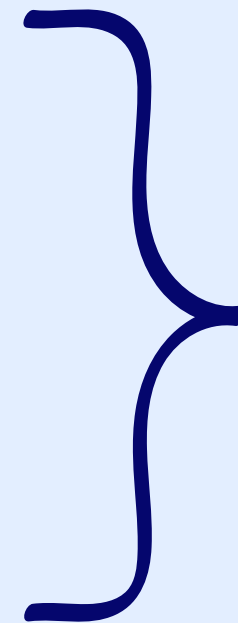


8 à 10 participants (professionnels intervenant dans la prise en charge médicamenteuse)

1 à 2 formateurs

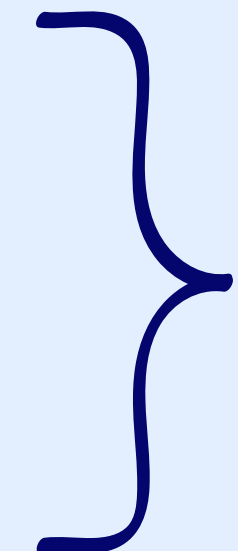


3 h



En présentiel

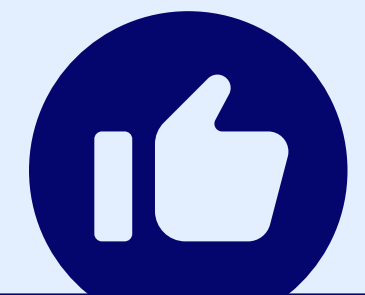
9



Prévoir un vidéoprojecteur

Pochette animateur/guide animation déroulé pédagogique (à imprimer)

Pochettes participant (à imprimer)



«Etre dans une approche collective et pluridisciplinaire »

CHOIX DU SCÉNARIO

Le formateur sélectionne le scénario à partir duquel il souhaite faire travailler les participants :

SCÉNARIO 1

Surdosage en fluindione lors du relais héparine/AVK



SCÉNARIO 2

Surdosage en insuline lors d'un transfert entre deux services et erreur d'utilisation du dispositif d'administration



D'autres scénarii à venir...selon vos souhaits

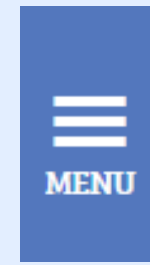


COMMENT RETROUVER CES SUPPORTS ?

01

SE CONNECTER SUR LE SITE OMÉDIT

[HTTPS://WWW.OMEDIT-NORMANDIE.FR/](https://www.omedit-normandie.fr/)



BOÎTE À OUTILS

Erreurs médicamenteuses

Kits de sensibilisation
et formation



02

GUIDE ANIMATION

POCHETTE ANIMATEUR ET POCHETTE PARTICIPANT

Guide animation
Formation gestion des risques a posteriori
d'erreurs médicamenteuses

Ce guide est un support d'animation d'une formation sur la gestion des risques a posteriori d'erreurs médicamenteuses.
Cette formation doit permettre de présenter aux professionnels les principales méthodes de gestion des risques des erreurs médicamenteuses, dans une approche collective pluridisciplinaire. Elle contribue à répondre aux critères impératifs du 6^{ème} cycle de certification des établissements de santé : 2.2-06 les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse et 3.1-04 : l'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables, dont les presqu'accidents

Les objectifs de la formation sont les suivants :

- Appréhender la notion d'erreur médicamenteuse
- Comprendre les enjeux de la gestion des risques d'erreurs médicamenteuses
- Acquérir une approche systémique et collective de la gestion des risques a posteriori
- Maîtriser différentes approches de gestion des risques et être capable de les appliquer dans sa pratique

Public concerné :

- Professionnels de santé salarié ou libéral, intervenant dans la prise en charge médicamenteuse (médecins, sage-femmes, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, préparateurs en pharmacie, ...)
- Professionnels de la qualité

Nombre de participants par session : 8 (maximum)

Format : présentiel

Durée : une demi-journée (3h)

Nombre de formateurs : 1 à 2 formateurs

Matériel : prévoir une salle avec un vidéoprojecteur

11

Matériel :

Cette formation comprend une mise en situation. Le formateur sélectionne le scénario à partir duquel il souhaite faire travailler les participants:

- Scénario 1 : surdosage en fluindione lors du relai héparine/AVK en post-opératoire
- Scénario 2 : surdosage en insuline lors d'un transfert entre deux services et erreur d'utilisation du dispositif d'administration

Guide animation de la formation/Déroulé pédagogique : [ici](#)

Scénario 1 :

- Pochette formateur
- Pochette participant

Scénario 2 :

- Pochette formateur
- Pochette participant



DÉROULÉ PÉDAGOGIQUE

Horaires		Durée	Détails	Outils	Débriefing
Matin	AM				
Avant	Avant	30 min	Accueil des participants	Feuille émargement papier	
9h00	14h00	25 min	Présentation		
		15 min	1- Présentation du formateur et des apprenants	Chacun se présente	
		5 min	2- Présentation du programme de la demi-journée + réajustement éventuel	à l'oral	
		5 min	3- Quiz avant formation	Questionnaire individuel papier (P1)	
9h25	14h25	25 min	Atelier 1 : Jeu sérieux de cartes – Concepts théoriques		Erreur médicamenteuse (EM) = dysfonctionnement non intentionnel et évitable à n'importe quelle étape de la PECM, à l'origine d'un risque pour le patient, qu'il y ait ou non un impact patient
			<i>Messages / Objectifs clés : Connaissance de la notion d'erreur médicamenteuse et des principes de gestion des risques</i>	12	
		5 min	1- Règle du jeu : 2 groupes de 4 personnes	Explication des consignes	<ul style="list-style-type: none"> • Incluant les 16 never events • Non-respect de la règle des 5B = erreur médicamenteuse
		18 min	Chaque groupe visualise un jeu de carte sur les 4 thématiques	Répartition des participants en sous-groupes de 4 personnes. 1 jeu de cartes par sous-groupe	Gestion des risques = 5 grandes étapes : Organiser démarche pluriprofessionnelle, Identifier les risques, les Analyser, les Traiter, Assurer le suivi et le retour d'expérience
			Chaque groupe déplace les cartes et reconstitue les paires	4 thématiques : <ul style="list-style-type: none"> • Erreurs médicamenteuses • Gestion des risques (+ Never 	

DÉROULÉ PÉDAGOGIQUE

- **Présentation**
- **Atelier 1 : jeu sérieux de cartes - concepts théoriques**
- **Atelier 2 : Analyser l'erreur médicamenteuse**
 - Identifier l'erreur médicamenteuse
 - Prise de connaissance des éléments du dossier
 - Rencontre des professionnels concernés
 - Reconstitution de la chronologie des faits
 - Identification des écarts
 - Identification des causes des écarts
- **Atelier 3 : Restituer l'analyse**
- **Atelier 4 : Faire un retour d'expérience et suivre les actions**
- **Synthèse et évaluation de la demi-journée**

13



PRÉSENTATION

25 min

- **Présentation du ou des formateurs et des apprenants**
- **Présentation du programme de la demi-journée + réajustement éventuel**
- **Quiz avant formation**

14

Formation « Gestion des risques d'erreurs médicamenteuses »

Questionnaires d'auto-évaluation des connaissances Pré- et post-formation

Nom, Prénom : _____

Concernant les erreurs médicamenteuses (plusieurs réponses possibles) :

- Le non-respect de la règle des 5B aboutit à une erreur médicamenteuse
- Chaque étape du processus de réalisation « Prise en charge médicamenteuse » est source d'erreurs potentielles pouvant mettre en jeu la sécurité du patient
- Les facteurs à l'origine du plus grand nombre d'erreurs médicamenteuses sont ceux liés à l'environnement de travail
- La formation des acteurs de la prise en charge médicamenteuse n'est pas une « mesure barrière » d'erreurs médicamenteuses

Concernant la gestion des risques (plusieurs réponses possibles) :

- C'est une approche transversale basée sur la collaboration entre tous les acteurs concernés
- Elle permet d'augmenter la criticité des risques en réduisant leur fréquence et leur gravité
- L'analyse des risques permet de les hiérarchiser et de prioriser les actions d'amélioration
- Le plan d'action définit uniquement le responsable et les modalités de suivi de chaque action
- La communication de l'analyse et du plan d'action aux professionnels n'ayant pas participé à l'analyse est une étape facultative de la gestion des risques

Concernant la gestion des risques *a posteriori* (plusieurs réponses possibles) :

- L'identification des responsabilités de professionnels est l'un des objectifs de la gestion des risques *a posteriori*
- Les erreurs médicamenteuses n'ayant aucune conséquence pour le patient ne doivent pas être déclarées
- La planification régulière des CREX (Comités de Retour d'Expérience) permet d'assurer le suivi des actions décidées aux séances précédentes
- Les CREX sont des méthodes d'analyse de risque *a posteriori*



ATELIER 1 : JEU DE CARTES

25 min

Concepts théoriques sur la notion d'erreur médicamenteuse et les principes de gestion des risques

- 2 groupes de 4 à 5 personnes
- Chaque groupe visualise un jeu de carte sur les 4 thématiques :
 - Erreurs médicamenteuses
 - Gestion des risques/never events
 - GDR a posteriori
 - GDR a priori
- Reconstitution des paires par chaque groupe
- Récapitulatif des messages clés par le formateur

15

Erreurs médicamenteuses

Qu'est-ce que la iatrogénie médicamenteuse ?

= L'ensemble des **événements indésirables imputables aux médicaments**



Erreurs médicamenteuses

Inévitables
Effet indésirable

Évitables
Erreur médicamenteuse (EM)

➤ « Omission ou 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 » (ANSM*)

➤ « Évènement iatrogène médicamenteux *évitable* : lié à un dysfonctionnement non intentionnel dans l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient » (SFPC**)

* Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
** SFPC: Société Française de Pharmacie Clinique

Gestion des risques

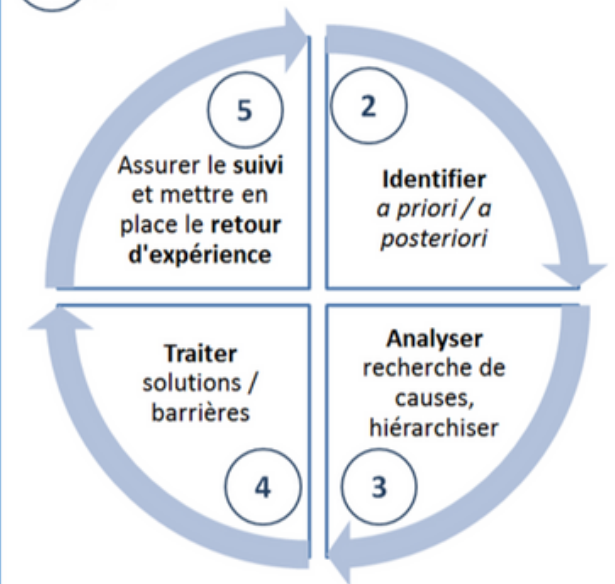
La gestion des risques se déroule en

5 grandes étapes ou principes

Selon la HAS :

Gestion des risques

1 Organiser une démarche pluri professionnelle



5 Assurer le suivi et mettre en place le retour d'expérience

2 Identifier a priori / a posteriori

3 Analyser recherche de causes, hiérarchiser

4 Traiter solutions / barrières

ATELIER 2 : ANALYSE DE L'EI

50 min

1- Résumé de l'évènement en collectif

Pôle Santé Eula	Fiche de déclaration en interne d'un Evènement Indésirable (EI)	Date de création : 22/01/2020 Date de mise à jour : 02/04/2020
Date de déclaration en interne de l'évènement indésirable : 25/05/2020		
ENREGISTREMENT DE L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE		
Date et lieu de survenue de l'évènement Date : 22/05/2020 Heure : 15h00 Lieu : Service de chirurgie		N° d'enregistrement en interne : 212
Emetteur de la déclaration Nom, Prénom, Fonction : Yannick M., interne en médecine	Personne(s) concernée(s) par l'évènement <input checked="" type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Intervenant extérieur <input type="checkbox"/> Visiteur Nom, Prénom (H/F) : MADELAINE, Jeannette (F) Age : 86 ans Lieu de survenue (unité, spécialité) : Chirurgie	
NATURE DE L'ÉVÈNEMENT INDESIRABLE (EI) (à cocher)		
Décès inexpliqué ou menace de la sécurité de l'utilisateur		
<input type="checkbox"/> Décès inattendu ou inexpliqué <input type="checkbox"/> Conduites suicidaires (tentative de suicide ou suicide) <input type="checkbox"/> Disparition inquiétante d'un résident (ex : fugue)		
EI lié aux soins 16		
<input checked="" type="checkbox"/> Erreur ou évènement indésirable associé à des soins (erreur dans l'exécution d'un acte, retard de prise en charge, erreur d'identification du résident, erreur médicamenteuse, défaut de surveillance, manque d'hygiène...) <input type="checkbox"/> Evènement indésirable susceptible d'être dû à un médicament : lié à ses propriétés pharmacologiques, son mésusage ou son abus (ex : hémorragie sous AVK, urticaire sous morphine, etc.) <input type="checkbox"/> Incident ou risque d'incident susceptible d'être dû à un dispositif médical		
<input type="checkbox"/> Infection associée aux soins (Si EHPAD rattaché à un établissement de santé, déclarer également à l'Agence Nationale de Santé Publique via e-sin : https://esin.invs.sante.fr/appli_esin/)		
<input type="checkbox"/> Accident d'exposition au sang -> Déclarer à la médecine du travail et à la CNAM (= accident du travail)		
Chute		
<input type="checkbox"/> Chute (Recenser en interne l'ensemble des chutes + analyse annuelle des causes de chute)		
Maltraitance et violence		
<input type="checkbox"/> Maltraitance vis-à-vis du ? ou causé par ? résident (violence physique, psychique, médicale, matérielle ou financière, négligence, privation de droits) <input type="checkbox"/> Violence entre résidents ou agression envers un professionnel		
Sécurité des locaux et du matériel		
<input type="checkbox"/> Sécurité des biens (disparition, casse, vol, vandalisme, etc.) <input type="checkbox"/> Système d'information (équipement indisponible, défaut de confidentialité, perte d'information) <input type="checkbox"/> Environnement (température inadéquate, mauvaise odeur, nuisance sonore, inondation, etc.) <input type="checkbox"/> Sinistre/ Incident matériel (feu, fuite d'eau ou de gaz, défaut d'alimentation électrique, panne d'ascenseur, de chauffage ou de climatisation, etc.) <input type="checkbox"/> Logistique, hôtellerie et prestataires extérieurs (problème de restauration, linge, ménage, maintenance, approvisionnement en fournitures/gaz/eau, etc.) <input type="checkbox"/> Indisponibilité préoccupante d'un produit de santé		
Divers		
<input type="checkbox"/> Difficultés relationnelles récurrentes avec le résident/famille <input type="checkbox"/> Autres : à préciser au verso dans le cadre « Que s'est-il passé ? »		
* Erreur médicamenteuse : omission ou réalisation non intentionnelle d'un acte impliquant un médicament qui peut être à l'origine d'un EI		

ATELIER 2 : ANALYSE DE L'EI

2- Collecte des données en collectif

- Lecture des documents du dossier patient par les formateurs

Identification du prescripteur
Dr DODOUS Marin
Médecin généraliste

cerfa
n°60-3937

MADELAINE Jeannette
81 ans

Le 04/05/2020

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTIION EXONÉRANTE)

PREVISCAN 20MG CPR (fluidione)
TEMERITDUO 5MG/12,5MG CPR
(nebivolol/hydrochlorothiazide)

1 + ½ comprimé le soir
1 comprimé le matin

qsp 1 mois

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

[Signature]

Patient: MADELAINE Jeannette
Né(e) le 20/03/1939

OBSERVATIONS MEDICALES – SERVICE CHIRURGIE

Modifiée le 19/05/2020 à 11:20 par Yannick MALEOLE (interne) - SERVICE DE CHIRURGIE

17

Votre patiente Mme MADELAINE Jeannette née le 20/03/1939 a été hospitalisée du 19/05/2020 au 25/05/2020 pour pose de prothèse totale de hanche gauche.

Mode d'entrée programmé : oui non

Antécédents

Médicaux :
Hypertension artérielle
ACFA avec antécédent embolique
Coxarthrose primaire douloureuse
Démence

Allergiques : AUCUNE ALLERGIE

Traitement d'entrée :
PREVISCAN 20MG : 0-0-1,5 (dernière prise le 15/05/2020 avec relais par LOVENOX 8000 UI matin et soir)
TEMERITDUO 5MG/12,5MG : 1-0-0

Relais fluidione-héparine pré-opératoire réalisé à domicile
Suspension de l'héparine ce jour

Mode de vie : Vit avec son mari en maison avec un étage. Marche sans cannes. Périmètre de marche limité au domicile. Le mari est l'aidant principal.

Patiente démente, interrogatoire difficile, mari qui gère les traitements habituels

Histoire de la maladie :
2020 : PTHg programmée en mai 2020, sur coxarthrose primaire douloureuse (résistance aux antalgiques, douleurs nocturnes, handicap fonctionnel avec limitation du périmètre de marche et de l'amplitude articulaire)

Patient: MADELAINE Jeannette
Né(e) le 20/03/1939

Rédacteur : Pr SISO Claire
Destinataires A: Dr ESSERE Dolores (SSR du Pôle Santé Eula)
Destinataires CC: Dr DODOUS Marin (médecin traitant)

Pôle Santé Eula
Rue de l'Hôpital – CALVA - Standard : 02 XX XX XX XX

POLE CHIRURGIE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Niveau 2
Chef de service : Professeur SISO Claire
Permanence téléphonique 8h30 -18h00 : 02 XX XX XX XX
Ligne annulation de RV 02 XX XX XX XX
Fax : 02 XX XX XX XX

Le 25/05/2020

LETTRE DE LIAISON validée le 25/05/2020

Cher Confrère,

Votre patiente : **Madame MADELAINE Jeannette**

Née le 20/03/1939
Nom de naissance : MADELAINE
Adresse : 4 rue du Faubourg - CALVA
a été hospitalisée au Pôle Santé Eula du 19/05/2020 au 25/05/2020

Motif d'hospitalisation : pose de prothèse totale de hanche gauche

Mode d'entrée programmé : oui non

Antécédents

Médicaux :
Hypertension artérielle
ACFA avec antécédent embolique
Coxarthrose primaire douloureuse
Démence

Allergiques : AUCUNE ALLERGIE

ATELIER 2 : ANALYSE DE L'EI

2- Collecte des données en collectif

- Des volontaires lisent les trames de faits vécus par les professionnels

Atelier 2 : analyse de l'évènement indésirable - Entretiens

Les faits vécus selon Myriam H, infirmière dans le service de chirurgie :

Concernant la gestion du traitement personnel :

Il existe un emplacement identifié pour stocker les traitements personnels des patients dans l'armoire à pharmacie du service. Cependant, les traitements personnels sont rarement retirés aux patients, par manque de temps et surtout par méconnaissance de la procédure. En l'occurrence, la semaine du 18/05/2020, une IDE de notre service était en arrêt maladie, d'où une surcharge de travail pour les IDE présentes.

Mme MADELAINE a été accueillie dans le service le 19/05/2020, accompagnée de son mari. Je leur ai réclamé les ordonnances habituelles que le mari m'a données (je crois qu'il y en avait 2). J'en ai fait des photocopies que j'ai rangées dans le dossier médical de la patiente (pour le prescripteur) et j'ai rendu les originaux au mari comme il me l'a demandé.

Le 19/05/2020 vers 9h45, je consulte les prescriptions de Mme MADELAINE pour lui administrer ses médicaments du matin. Je vois que le TemeritDuo prescrit est hors livret, je contacte donc la pharmacie qui m'explique qu'il est possible de substituer cette association par 2 médicaments disponibles au livret, mais c'est au médecin d'effectuer cette substitution sur la prescription. J'en parle donc à Yannick M. l'interne, qui préfère éviter une substitution et me demande d'utiliser le traitement personnel de la patiente puisque son mari l'a avec lui. Je vais donc expliquer la situation au mari qui refuse de me donner les boîtes de médicaments car « c'est lui qui gère » le traitement de son épouse. Je retourne voir Yannick pour l'en informer, il me dit qu'il va rajouter la mention « Traitement personnel du patient » sur la prescription. J'administre donc l'enoxaparine selon la prescription, je n'administre pas le TemeritDuo. J'explique au mari qu'il doit donner à son épouse « l'autre traitement par voie orale prescrit ce jour ». Tous les médicaments prescrits pendant l'hospitalisation, sauf le TemeritDuo, ont été administrés à la patiente par les infirmières (l'analyste le vérifie en consultant le suivi des administrations sur le logiciel durant l'entretien avec Myriam H).

Atelier 2 : analyse de l'évènement indésirable - Entretiens

Les faits vécus selon Yannick M., interne en chirurgie :

Le 19/05/2020 vers 9h15, je réalise la visite d'entrée de Mme MADELAINE, qui est accompagnée de son mari. L'interrogatoire de la patiente est difficile en raison d'une démence modérée. Je m'adresse donc au mari concernant les traitements habituels et le relais pré-opératoire AVK-héparine. Le mari m'explique qu'il a déjà transmis toutes les ordonnances à l'infirmière, qu'il « gère toujours les traitements de son épouse », qu'il a suivi les ordonnances « à la lettre » pour le relais d'anticoagulants. Il semble maîtriser la gestion des médicaments de son épouse, et il n'est pas très ouvert aux échanges : je ne m'étends donc pas dans les explications et je les laisse tranquilles.

Je vais ensuite consulter le dossier médical qui contient bien les ordonnances d'entrée, que je retranscris sur le logiciel de prescription, en étant vigilant sur le relais AVK-héparine en cours.

Plus tard dans la matinée, Myriam H. l'infirmière me sollicite à propos du TemeritDuo qui n'est pas disponible à la pharmacie. Le pharmacien a proposé une substitution, mais je ne connais pas bien les équivalences d'anti-hypertenseurs. Pour ne pas déranger à nouveau le pharmacien, je demande à l'infirmière d'utiliser le traitement personnel de la patiente car j'ai vu le sac dans sa chambre. En conséquence, j'ajoute la mention « Traitement personnel du patient » sur la prescription. Cela fait partie des nouvelles fonctionnalités disponibles depuis le changement de version du logiciel récemment. J'en ai entendu parler par un médecin senior, mais nous n'avons pas reçu de formation sur cette nouvelle version.

Comme détaillé dans les observations médicales, il nous a été difficile d'équilibrer l'INR lors de la reprise du Previscan. La sortie a donc été reportée de 3 jours. Le surdosage en AVK a été pris en charge selon les recommandations de la HAS.

Le 25/05/2020, le transfert de la patiente en SSR est confirmé. Je suis assez stressé ce jour-là : la gestion de cette sortie s'ajoute à tous les patients entrants du lundi matin... Je rédige donc rapidement les documents de sortie (lettre de liaison, ordonnance), que je remets au mari avant la sortie, vers 15h00. Il est très demandeur d'informations sur la prise en charge et me demande pourquoi la date de sortie a été reportée. Je lui explique le surdosage de Previscan en reprenant la lettre de liaison. Il n'était pas au courant des modifications de traitements pendant l'hospitalisation, ni du surdosage.

Il m'interpelle alors sur le fait qu'il ne savait pas que le traitement habituel était repris sur la

ATELIER 2 : ANALYSE DE L'EI

3- Analyse en collectif

Reconstitution de la chronologie des faits

CHRONOLOGIE DES FAITS			ECARTS (OK/ non OK)	FACTEURS CONTRIBUTIFS ET INFLUENTS <i>Préciser le domaine d'investigation* (T, O, H ou E)</i>	
DATE	HEURE	FAITS			
19/05/2020	09:00				
19/05/2020	09:00				
19/05/2020	09:15				
19/05/2020					
19/05/2020	09:30				
19/05/2020	09:45				
19/05/2020					
19/05/2020					
19/05/2020					
19/05/2020					
19/05/2020					
19/05/2020					
19/05/2020	10:00				

ATELIER 2 : ANALYSE DE L'EI

3- Analyse en collectif

Identification des écarts et identification des facteurs contributifs et influents

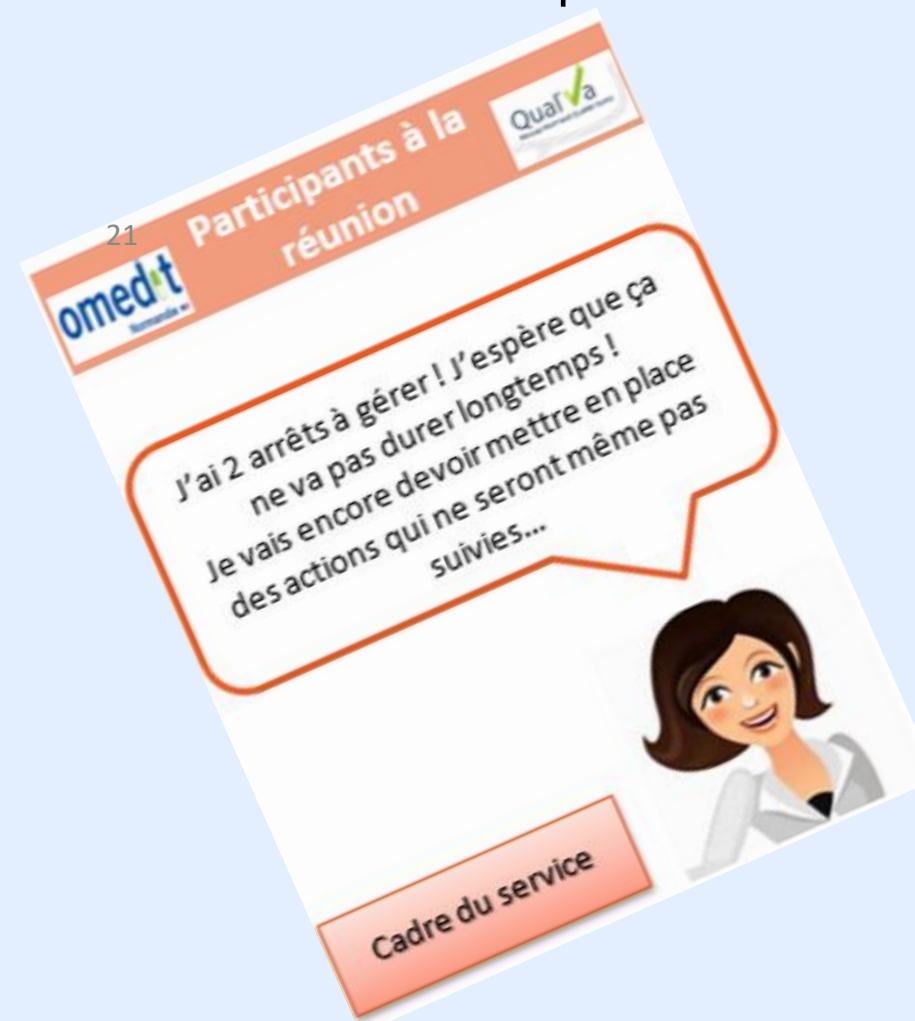
CHRONOLOGIE DES FAITS			ECARTS (OK/ non OK)	FACTEURS CONTRIBUTIFS ET INFLUENTS <i>Préciser le domaine d'investigation* (T, O, H ou E)</i>
DATE	HEURE	FAITS		
19/05/2020	09:00	Mme M. et son mari se présentent dans le service de chirurgie du Pôle Santé Eula (sortie prévue le 22/05/2020 en l'absence de complications).	OK	
19/05/2020	09:00	L'IDE 1 récupère les 2 ordonnances d'entrée auprès du mari (traitement habituel par le médecin traitant et relais AVK/héparine pré-opératoire par l'anesthésiste), range les photocopies dans le dossier médical de Mme M. et rend les originaux au mari car il lui a demandé de les récupérer.	Ordonnances et boîtes de médicaments laissées dans la chambre de la patiente	O - Sur la gestion des traitements personnels : formation insuffisante du personnel, absence de procédure H - Patiente démente, aidant très impliqué dans la gestion des traitements, besoin de maîtriser E - Sous-effectif (absence d'une IDE non remplacée) => surcharge de travail
19/05/2020	09:15	L'interne 1 réalise la visite d'entrée de Mme M. et voit le sac de médicaments sur sa table de nuit. Il demande des informations à son mari concernant les traitements habituels et le relais pré-opératoire.	Ordonnances et boîtes de médicaments laissées dans la chambre de la patiente	O - Sur la gestion des traitements personnels : formation insuffisante du personnel, absence de procédure
19/05/2020		Le mari explique à l'interne 1 qu'il a déjà transmis toutes les ordonnances à l'infirmière, qu'il gère toujours les traitements de son épouse, qu'il a respecté l'ordonnance pour le relais d'anticoagulants pré-opératoire.	Le mari informe qu'il continue de gérer les traitements de son épouse, information non comprise par l'interne	H - Manque de communication, incompréhension, manque d'attention lors de l'entretien avec l'aidant
19/05/2020	09:30	L'interne 1 rédige la prescription d'entrée de Mme M., avec reprise du traitement habituel et poursuite du protocole de relais AVK/héparine.	OK	
19/05/2020		L'IDE 1 consulte les prescriptions de Mme M., constate que le TemeritDuo prescrit est hors livret et appelle la pharmacie pour connaître la conduite à tenir.	OK	
19/05/2020		Le pharmacien 1 répond qu'il est possible de substituer cette association par 2 médicaments disponibles au livret, mais que c'est au médecin d'effectuer cette substitution sur la prescription.	OK	
19/05/2020		L'IDE 1 rapporte ces informations à l'interne 1.	OK	
19/05/2020		L'interne 1 demande à l'IDE 1 d'utiliser le traitement personnel de la patiente.	Utilisation du traitement personnel alors qu'une équivalence est disponible au livret thérapeutique	H - Méconnaissance par le prescripteur des équivalences entre anti-hypertenseurs (beta-bloquants et thiazidiques), manque de communication entre prescripteur et pharmacien sur les équivalences possibles
19/05/2020		L'IDE 1 demande au mari les boîtes de médicaments de son épouse.	OK	

ATELIER 3 : RESTITUTION DE L'ANALYSE

45 min

1- Règles du jeu de rôle

- 2 analystes + 6 participants à la réunion de CREX
- Distribution des cartes aux participants
- Chaque participant doit jouer son rôle selon les éléments indiqués sur la carte



ATELIER 3 : RESTITUTION DE L'ANALYSE

2- Préparation des rôles

- 2 participants se préparent à restituer l'analyse avec les formateurs
- Les autres se préparent à y assister, avec des jeux de rôles pour chacun

Comité de Retour d'Expérience

Réunion du 01/06/2020

Pôle Santé
Eula

1

Facteurs contributifs et influents

HUMAIN

- Patiente démente, **aidant très impliqué** dans la gestion des traitements, besoin de maîtriser, **manque de confiance** envers le personnel
- **Manque de communication** :
 - entre aidant et personnel (surdosage, adaptations posologiques)
 - entre prescripteur et pharmacien (équivalences des médicaments hors livret)
- **Méconnaissance** par le prescripteur des **équivalences** entre anti-hypertenseurs
- **Manque de maîtrise** des fonctionnalités du LAP
- **Stress** de l'interne lié à la charge de travail le lundi

ENVIRONNEMENT

- **Sous-effectif** (absence d'une IDE non remplacée) → surcharge de travail
- **Manque de temps**, forte activité le lundi : nombreux patients entrants

Evènement indésirable

TECHNIQUE

- **Changement récent de version du LAP** : ajout des mentions « Traitement personnel du patient » et « Gestion par le patient »
- **SSR** avec dossier patient **non informatisé** : pas d'accès au dossier patient informatisé du service de chirurgie

ORGANISATION

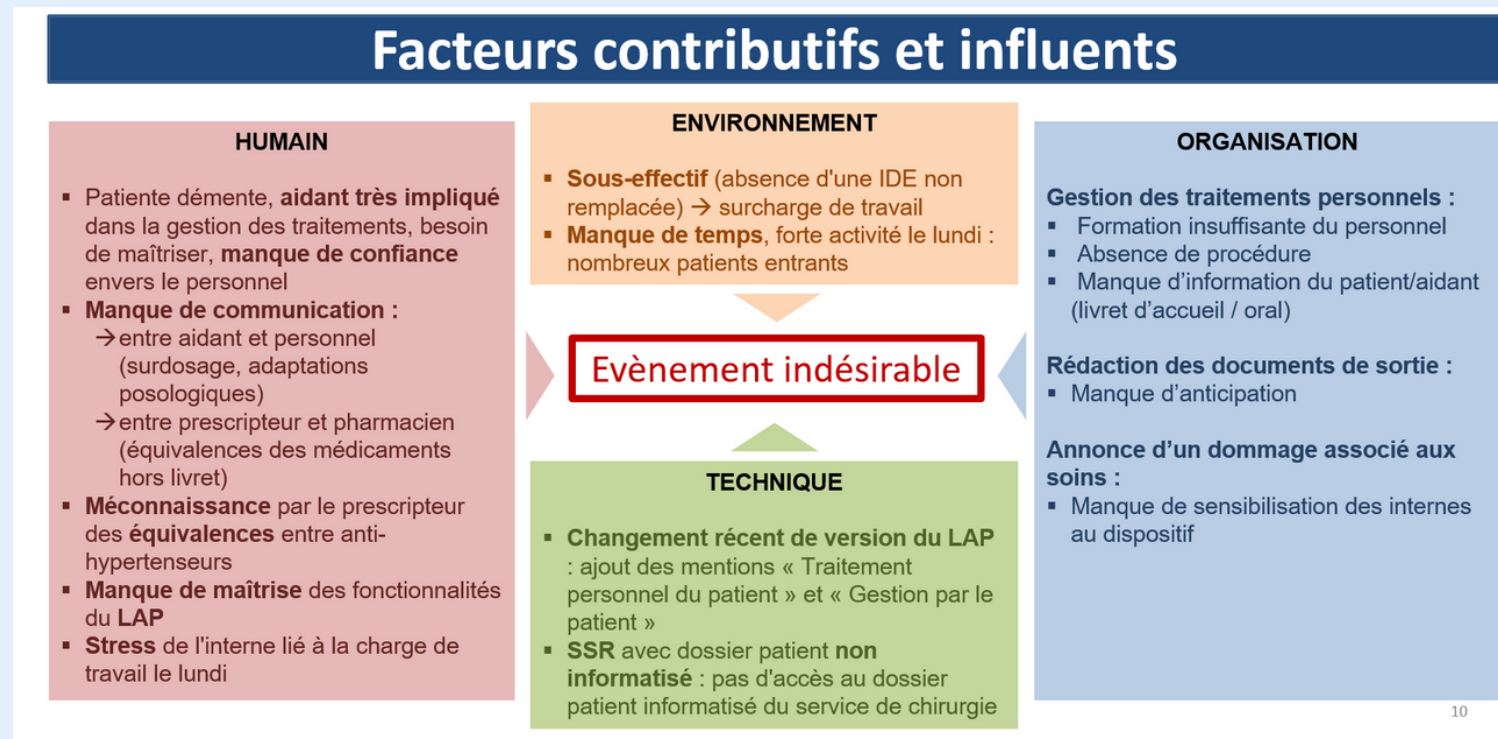
- Gestion des traitements personnels** :
 - Formation insuffisante du personnel
 - Absence de procédure
 - Manque d'information du patient/aidant (livret d'accueil / oral)
- Rédaction des documents de sortie** :
 - Manque d'anticipation
- Annonce d'un dommage associé aux soins** :
 - Manque de sensibilisation des internes au dispositif

10

ATELIER 3 : RESTITUTION DE L'ANALYSE

3- Simulation de la réunion

- Restitution de l'analyse et proposition d'actions correctives et du plan d'actions (maximum de 3- 4 actions)



Actions d'amélioration

Actions proposées	Action retenue	Responsable	Echéance	Modalités de suivi (indicateurs, audits...)
23				

ATELIER 4 : RETOUR D'EXPÉRIENCE

Communication de la synthèse de CREX aux professionnels, au-delà de la réunion


20 min

1- Préparation de la synthèse de CREX en collectif

- Répartition des participants en 2 groupes de 4
- Le formateur identifie un volontaire pour présenter la synthèse du CREX de son groupe

2- Présentation de la synthèse du CREX par un volontaire de chaque groupe à l'oral

3 - Correction collective

SYNTHESE DU CREX														
Analyse d'un évènement indésirable et plan d'action														
Date de la réunion : 01/06/2020														
Participants à l'analyse :														
														
Evènement : Surdosage en fluindione lors du relais héparine/AVK en post opératoire Gestion en parallèle de la fluindione par l'aidant et le service														
Conséquences : Difficultés pour équilibrer l'INR Prolongation de l'hospitalisation (transfert en SSR prévu le 22/05, reporté au 25/05) Surdosage symptomatique : épistaxis														
Principales causes identifiées : Manque de procédure et de formation sur la gestion des traitements personnels Manque d'information au patient (surdosage, adaptations posologiques) Manque de maîtrise des fonctionnalités du LAP* (changement récent de version) Manque de communication entre prescripteur et pharmacien (hors livret) Stress, surcharge de travail														
Plan d'action : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Actions correctives</th> <th>Responsable</th> <th>Échéance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Elaborer et diffuser une procédure sur la gestion des traitements personnels</td> <td>Cadre de santé de chirurgie</td> <td>30/06/2020</td> </tr> <tr> <td>Elaborer et diffuser un flyer sur les points clés de la prescription sur le LAP* (notamment gestion des traitements personnels et des produits hors livret)</td> <td>Pharmacien référent LAP*</td> <td>30/10/2020</td> </tr> <tr> <td>Mettre en place la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie dans le service de chirurgie</td> <td>Pharmacien référent chirurgie</td> <td>01/12/2020</td> </tr> </tbody> </table>			Actions correctives	Responsable	Échéance	Elaborer et diffuser une procédure sur la gestion des traitements personnels	Cadre de santé de chirurgie	30/06/2020	Elaborer et diffuser un flyer sur les points clés de la prescription sur le LAP* (notamment gestion des traitements personnels et des produits hors livret)	Pharmacien référent LAP*	30/10/2020	Mettre en place la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie dans le service de chirurgie	Pharmacien référent chirurgie	01/12/2020
Actions correctives	Responsable	Échéance												
Elaborer et diffuser une procédure sur la gestion des traitements personnels	Cadre de santé de chirurgie	30/06/2020												
Elaborer et diffuser un flyer sur les points clés de la prescription sur le LAP* (notamment gestion des traitements personnels et des produits hors livret)	Pharmacien référent LAP*	30/10/2020												
Mettre en place la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie dans le service de chirurgie	Pharmacien référent chirurgie	01/12/2020												
*LAP = logiciel d'aide à la prescription														

SYNTHÈSE ET ÉVALUATION DE LA FORMATION

15 min

1- Quiz après formation

2- Réponse aux questions

3 - Satisfaction des participants

25

Formation « Gestion des risques d'erreurs médicamenteuses »

Questionnaires d'auto-évaluation des connaissances Pré- et post-formation

Nom, Prénom : _____

Concernant les erreurs médicamenteuses (plusieurs réponses possibles) :

- Le non-respect de la règle des 5B aboutit à une erreur médicamenteuse
- Chaque étape du processus de réalisation « Prise en charge médicamenteuse » est source d'erreurs potentielles pouvant mettre en jeu la sécurité du patient
- Les facteurs à l'origine du plus grand nombre d'erreurs médicamenteuses sont ceux liés à l'environnement de travail
- La formation des acteurs de la prise en charge médicamenteuse n'est pas une « mesure barrière » d'erreurs médicamenteuses

Concernant la gestion des risques (plusieurs réponses possibles) :

- C'est une approche transversale basée sur la collaboration entre tous les acteurs concernés
- Elle permet d'augmenter la criticité des risques en réduisant leur fréquence et leur gravité
- L'analyse des risques permet de les hiérarchiser et de prioriser les actions d'amélioration
- Le plan d'action définit uniquement le responsable et les modalités de suivi de chaque action
- La communication de l'analyse et du plan d'action aux professionnels n'ayant pas participé à l'analyse est une étape facultative de la gestion des risques

Concernant la gestion des risques *a posteriori* (plusieurs réponses possibles) :

- L'identification des responsabilités de professionnels est l'un des objectifs de la gestion des risques *a posteriori*
- Les erreurs médicamenteuses n'ayant aucune conséquence pour le patient ne doivent pas être déclarées
- La planification régulière des CREX (Comités de Retour d'Expérience) permet d'assurer le suivi des actions décidées aux séances précédentes
- Les CREX sont des méthodes d'analyse de risque *a posteriori*

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Des questions ?

Appui de l'OMéDIT pour le déploiement des formations intra établissements

Demande d'appui : ars-normandie-omedit@ars.sante.fr

Groupe de travail "Erreurs médicamenteuses" ouvert à tous