



Et si on mettait en scène nos erreurs ?

10 films supports
à la méthode d'analyse
de scénario comme outil
de formation de vos équipes



Sommaire

Liste des abréviations	2
A. Introduction	3
B. Principe	6
C. Objectifs	7
D. Cible	8
E. Durée de la formation	9
F. Mise en œuvre en amont	10
G. Déroulement de l'analyse de scénario	11
I. Présentation de la méthode d'analyse de scénario et des objectifs opérationnels (5')	11
II. Diffusion du film (5 à 10')	11
III. Analyse de l'événement survenu dans l'établissement témoin (10')	11
IV. Evaluation par les professionnels du risque de survenue de cet événement dans leur service (2 à 5')	12
V. Identification par les professionnels des points forts et des défaillances concernant la survenue de cet événement dans leur service (10')	12
VI. Définition des mesures de prévention à mettre en place par les professionnels (10 à 15')	13

Films

Film n°1 : « Je m'appelle Annick... »	14
Film n°2 : Docteur mais pas médecin !	16
Film n°3 : Les solvants, c'est pas automatique !	18
Film n°4 : Range ta chambre !	20
Film n°5 : Deux pour le prix d'un	22
Film n°6 : 1kg de plume ou 1kg de plomb ?	24
Film n°7 : Faire et défaire...	26
Film n°8 : « Peux-tu me dépanner ? »	28
Film n°9 : « Toujours somnolent Monsieur ? »	30
Film n°10 : Passager clandestin	32
Grille de recueil	34
Bibliographie	36

Liste des abréviations

ARLIN :	Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales
BHR_e :	Bactérie Hautement Résistante émergente
BMR :	Bactérie Multi Résistante
CCECQA :	Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
CCLIN :	Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CHIC :	Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille
CMRRF :	Centre Mutualiste de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle
COMEDIMS :	Commission des MÉdicaments et des DIspositifs Médicaux Stériles
DPC :	Développement Professionnel Continu
ECBU :	Examen CytoBactériologique des Urines
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EOH :	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPSM :	Etablissement Public de Santé Mentale
FSEI :	Fiche de Signalement des Evènements Indésirables
HAD :	Hospitalisation A Domicile
HBPM :	Héparine de Bas Poids Moléculaire
IDE :	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
OMEDIT :	Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
PCA :	Analgésie Contrôlée par le Patient
PSY :	Psychiatrie
REX :	Retour d'EXpérience
SSR :	Soins de Suite et de Rééducation
URCC :	Unité de Reconstitution Centralisée des Cytotoxiques

A. Introduction

Assurer la qualité et la sécurité des soins représente une préoccupation forte des établissements de santé. Le retour d'expérience sur les événements indésirables est un outil de la gestion des risques qui contribue à améliorer la sécurité des patients. Par l'analyse pluriprofessionnelle d'événements indésirables et de dysfonctionnements associés aux soins, le retour d'expérience permet la mise en place d'actions d'amélioration contribuant à la diminution des risques dans les établissements de santé.

En 2013, suite à l'instruction DGOS/PF2/2012/352 du 28 septembre 2012, l'ARS Bretagne a souhaité accompagner, sous la forme d'un appel à projet, les établissements de santé, dans la mise en œuvre de démarches de retour d'expérience, en lien avec le décret n°2012-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins et de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

En complément, la circulaire DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012 précise dans son axe 17 que la formation aux démarches de retours d'expérience dans le cadre de la mise en place d'analyse de risque en établissement de santé, est une priorité nationale de formation.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le projet « Et si on mettait en scène nos erreurs ? ».

En effet, le CMRRF de Kerpape, établissement porteur du projet et les établissements de l'Union des Pharmaciens Hospitaliers de Cornouaille (UPHC) : le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille (Quimper-Concarneau), le Centre Hospitalier Michel Mazeas de Douarnenez, l'Hôtel Dieu-HSTV de Pont L'Abbé, le Centre de Soins de Suite et de Réadaptation (Jean Tanguy) de Saint Yvi, l'EPSM Gourmelen de Quimper, et la Clinique Saint Michel Saint Anne de Quimper partagent une politique qualité et sécurité sur la prise en charge médicamenteuse depuis 2011. Cette politique se traduit par des rencontres trimestrielles des pharmaciens et des responsables qualité-gestion des risques, et le partage de retours d'expériences. Ces établissements ont ainsi développé en 2012 un outil de simulation en santé, préalablement institué au CMRRF de Kerpape. Celui-ci est intitulé « la chambre des erreurs», ciblé en grande partie sur les erreurs médicamenteuses¹ mais adaptable à d'autres domaines de risque. Il a depuis été repris par de nombreux établissements de santé dans le cadre de la semaine nationale de la sécurité des patients.

¹ Les outils sont disponibles sur le site de l'OMEDIT Bretagne (www.omeditbretagne)

Dans la continuité de «la chambre des erreurs», les établissements ont souhaité mettre en scène les événements indésirables dans le but de montrer l'enchaînement des faits qui a conduit à l'erreur ou au défaut de soins. Le projet, présenté et retenu par l'ARS Bretagne dans le cadre de son appel à projet, est la réalisation d'un outil de formation-action, dynamique et interactif, basé sur la production de films courts. Ces films reconstituent des situations à risques déjà produites, signalées et analysées lors de comités de retour d'expérience. 10 films ont ainsi été réalisés répartis sur trois thèmes : l'erreur médicamenteuse (8 films), l'identito-vigilance (1 film) et le risque infectieux (1 film). L'objectif est de partager avec d'autres professionnels ces situations à risque et donc d'APPRENDRE DE CES ERREURS !

Les événements sélectionnés sont de gravités différentes pour les patients/résidents. Certains événements peuvent être des « presque accidents », c'est à dire des incidents où l'accident est évité de justesse.

Les événements indésirables mis en scène prennent en compte les différents types :

- d'établissements (MCO, SSR, HAD, santé Mentale et EHPAD),
- d'hospitalisations (Hospitalisation Complète, Hospitalisation à Temps Partiel),
- de patients (enfants, personnes âgées,...),
- de pathologies,
- de domaines de risque (erreur médicamenteuse, risque infectieux, identitovigilance),
- d'étapes de la prise en charge médicamenteuse
- de never events (les événements qui ne devraient jamais arriver)

La méthode de formation choisie pour accompagner ces films est l'analyse de scénario.

L'analyse de scénario est une méthode rapide et simple d'évaluation des pratiques professionnelles basée sur l'analyse a priori des risques de façon collective. Transposée au milieu de la santé par le réseau CCECQA, cette méthode est depuis régulièrement utilisée par les CCLIN. L'objectif est de tester à partir de l'analyse d'un problème, la capacité des professionnels d'un service à mettre en œuvre une stratégie de prévention et d'appliquer les mesures ad hoc afin de limiter le risque décrit dans le scénario.

Ce guide s'adresse aux structures et organisations professionnelles et institutionnelles souhaitant mettre en œuvre et proposer des programmes de formation aux professionnels de santé.

Ces films s'inspirent de faits réels. Les personnages, les lieux ou les situations ont été modifiés à des fins documentaires. « Les personnages et les situations de ces films étant purement fictifs, toute ressemblance avec des personnes ou des situations existantes ou ayant existé ne saurait être que fortuite. »

Ce document a été élaboré par les pharmaciens et responsables qualité-risques des établissements participant au projet. Il présente d'une part la méthode d'analyse de scénario et les modalités d'organisation de la formation et d'autre part, les fiches d'analyse de chaque situation. Pour chaque film, la fiche d'analyse présente le synopsis du film, les erreurs, les facteurs contributifs et les mesures barrières.

Remerciements aux pilotes du projet :

Mme Céline BREGARDIS, Responsable Qualité Risques, CMRRF de Kerpape

Mme le Dr. Emmanuelle LE CAIGNEC, Pharmacien, CMRRF de Kerpape

Mme Emilie JUNEAU, Assistante du projet

M. le Dr Gilles PIRIOU, pharmacien, OMEDIT BRETAGNE

Remerciements aux membres du groupe de travail :

Mme le Dr. Mélanie CHACOU LEPRINCE, OMEDIT BRETAGNE

Pharmacien, CHIC Quimper – Concarneau

Mr Fabrice CHARLES, Responsable Assurance Qualité, Clinique Saint Michel Sainte Anne

Mr Alexandre DAMLAINCOURT, Ingénieur Qualité, CHMM de Douarnenez

Mme Muriel DUMOUTIER-BOËDEC, Ingénieur Responsable Système Qualité, CHIC Quimper – Concarneau

Mme le Dr. Charlotte GOARIN, Pharmacien, EPSM Gourmelen

Mme Le Dr. Marie Eve GOTKOVSKY, Pharmacien, HAD Aven à Etel de Lorient

Mme le Dr. Viorica LARGEAU, Pharmacien, CHIC Quimper – Concarneau

Mme le Dr. Marine LE BARS, Pharmacien, Clinique Saint Michel Sainte Anne, HD Pont L'Abbé

Mme Estelle LE GALLOUDEC, Responsable Assurance Qualité, HAD Aven à Etel de Lorient

Mr Guillaume LESTIDEAU, Gestionnaire des risques, EPSM Gourmelen

Mme le Dr. Annie LEVRY, Pharmacien, CSSR Jean Tanguy

Mme le Dr. Cécile PARTANT, Pharmacien, CHIC Quimper – Concarneau

Mme Pauline ROUSSEL, Assistante Qualité, CHMM de Douarnenez

Mme Frédérique SACRE, Responsable Assurance Qualité, CSSR Jean Tanguy

Mr Michel SOUCHU, Cadre de santé - Responsable Assurance Qualité, EPSM Gourmelen

Mme le Dr. Rozenn TEXIER, Pharmacien, CHMM de Douarnenez

Mme Isabelle VALLEE, Responsable Assurance Qualité, HD Pont L'Abbé

B. Principe

Ces films ont une vocation pédagogique dans le cadre d'une formation basée sur l'analyse de scénario.

L'analyse de scénario est une méthode rapide d'évaluation des pratiques professionnelles. Le scénario est un accident ou presque survenu dans un établissement (« ailleurs »), que l'on présente aux professionnels d'un service exposé au même risque (« ici »).

La démarche se déroule en deux temps :

- analyse de la situation mise en scène (film) : identification des erreurs, des facteurs contributifs et des mesures barrières
- analyse de la possibilité de survenue de cet événement au sein du service (« ici ») par une démarche proactive :
 1. principales barrières existantes,
 2. principales défaillances
 3. propositions d'amélioration

Cette approche par analyse de scénario est une démarche participative, en effet, elle implique le personnel formé dans la réflexion autour de l'événement à analyser.

C. Objectifs

L'analyse de scénario permet d'étudier rapidement et de manière approfondie des problèmes complexes, parfois peu fréquents, dans une démarche déculpabilisante, permettant d'être à l'écoute de tous les professionnels.

Le questionnement collectif est utile pour appréhender la perception du risque, les connaissances, les attitudes, les difficultés et les contraintes de chaque acteur.

L'objectif général est de tester, à partir de l'analyse du scénario, l'aptitude des équipes (« ici ») à mettre en œuvre une stratégie de prévention afin de maîtriser le risque décrit dans le scénario (« ailleurs »).

Les objectifs opérationnels sont les suivants :

- Analyser, avec le groupe, les actions de prévention mises en places et leur efficacité, et les autres défenses possibles ;
- Identifier les faiblesses ;
- Comprendre les difficultés et les freins rencontrés dans la mise en œuvre des bonnes pratiques ;
- Définir des actions d'amélioration de façon collective applicables dans leur service.

Cette formation peut être une introduction à une formation plus théorique. De plus, l'analyse de scénario est une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles pouvant être validée en DPC.

D. Cible

Pour une session de formation, il est conseillé de s'adresser aux professionnels d'un même service ou de plusieurs services avec une organisation similaire.

Cette formation – action rapide et simple à mettre en œuvre a plusieurs intérêts :

- des acquisitions de connaissances et de capacités directement attachées aux pratiques professionnelles ; les besoins et les problèmes de fonctionnement de l'organisation,
- une opportunité de développer des compétences collectives nécessaires au bon fonctionnement.

Il est conseillé de faire participer 10 à 15 personnes pour favoriser des échanges constructifs et interactifs.

Ces films sont à destination des professionnels des établissements de santé : médecins, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, infirmiers diplômés d'état et autres soignants paramédicaux et administratifs en lien direct avec le patient. Les cibles préférentielles de chaque film sont identifiées dans la synthèse (annexe en page 39 actuellement).

E. Durée de la formation

La durée de la formation est établie à 45 minutes - 1 heure, avec un temps réparti comme indiqué ci-dessous :

- Présentation de la méthode d'analyse de scénario et des objectifs opérationnels : **5'**
- Diffusion du film : **5' à 10'**
- Analyse de l'événement survenu dans l'établissement témoin : **10'**
- Evaluation par les professionnels du risque de survenue de cet événement dans leur service : **2 à 5'**
- Identification par les professionnels des points forts et des défaillances concernant la survenue de cet événement dans leur service : **10'**
- Définition des mesures de prévention à mettre en place par les professionnels : **10' à 15'**

F. Mise en œuvre en amont

I. Définition du binôme d'animation

La session de formation est animée par un binôme

- une personne formée à la gestion des risques (responsable qualité et gestion des risques, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins autre)
 - un expert du thème étudié, garant des recommandations de bonnes pratiques (par exemple : un pharmacien pour le thème médicament).
- Il peut s'agir également d'une personne ayant la double compétence

II. Lancement des inscriptions

Sont invités à participer à l'analyse de scénario les professionnels du service avec, si possible, un représentant de l'encadrement, et de chaque catégorie professionnelle et de chaque équipe (matin, après-midi, nuit).

III. Feuille de présence

Une feuille de présence sera signée par l'ensemble du personnel formé.

IV. Grille de recueil

Une grille de recueil est fournie en annexe ; elle permet de rendre compte de la formation et intègre les actions proposées par le groupe.

V. Matériel

Pour le bon déroulement de la formation, il est nécessaire de prévoir :

- un ordinateur, (conseil : mettre à jour son lecteur multimédia ou utiliser le lecteur VLC player)
- un vidéo projecteur
- des enceintes.
- un paperboard pour retranscrire les éléments de réflexion et les propositions formulées par les professionnels

Les films proposés sont de « haute définition » en terme de résolution, il est donc conseillé de vous assurer du bon fonctionnement de la lecture sur votre ordinateur en amont de la formation.

VI. Préparation de l'analyse du film sélectionné

L'animateur sélectionne le film le plus adapté au contexte local et le plus intéressant en matière d'apport d'informations. Il se munit de la fiche d'analyse correspondante.

G. Déroulement de l'analyse de scénario

I. Présentation de la méthode d'analyse de scénario et des objectifs opérationnels (5')

L'animateur présente les objectifs opérationnels et le déroulement de cette formation



LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS SONT LES SUIVANTS :

- Analyser, avec le groupe, les actions de prévention mises en places et leur efficacité, et les autres défenses possibles ;
- Identifier les faiblesses ;
- Comprendre les difficultés et les freins rencontrés dans la mise en œuvre des bonnes pratiques ;
- Définir de façon collective des actions d'amélioration applicables dans leur activité.

II. Diffusion du film (5 à 10')

L'animateur diffuse la vidéo sélectionnée au préalable. Les situations sont inspirées d'événements indésirables déclarés et analysés en séance de retour d'expérience (REX) par les équipes de soins des établissements participants au projet.

III. Analyse de l'événement survenu dans l'établissement témoin (10')

L'animateur demande aux professionnels d'identifier :

- D'une part, les causes de survenue de cet événement dans l'établissement témoin
- D'autre part, les mesures qu'aurait dû prendre cet établissement pour éviter que celui-ci ne se reproduise.

L'animateur s'appuie sur la fiche d'analyse correspondante au film choisi, à disposition dans ce livret



IL POURRA AIDER LE PERSONNEL AVEC LES QUESTIONS SUIVANTES :

- Que s'est-il passé ?
- Quelles ont été les défaillances ?
- Quelles étaient les barrières en place ?
- Quelles autres barrières auraient permis d'éviter cet événement ?

G. Déroulement de l'analyse de scénario



L'ANIMATEUR POURRA UTILISER LES MÉTHODES D'ANALYSES SUIVANTES POUR QUESTIONNER LES PARTICIPANTS À LA FORMATION :

- QQQQCP
- Arbre des causes
- 5M
- Alarm
- REMED
- ORION



- Favoriser l'expression de chaque participant
- Insister sur la pluralité et l'enchaînement des dysfonctionnements



- Ne pas questionner de façon directive et trop précise
- Ne pas laisser les participants s'égarer
- Ne pas laisser un leader monopoliser la parole
- Ne pas rechercher des responsables/coupables de l'erreur

IV. Evaluation par les professionnels du risque de survenue de cet événement dans leur service (2 à 5')

Les professionnels formés s'interrogent sur les possibilités de survenue d'un événement semblable dans leur propre service. L'objectif est de mettre rapidement en évidence la probabilité de survenue.

V. Identification par les professionnels des points forts et des défaillances concernant la survenue de cet événement dans leur service (10')

Selon la réponse donnée précédemment, l'animateur oriente les questionnements vers l'une ou l'autre des situations possibles :



UN ÉVÈNEMENT SEMBLABLE NE PEUT PAS SE PRODUIRE :

- Quelles sont les barrières mises en place dans le service pour éviter la survenue d'un événement similaire ?
- Le risque de survenue dans le service est-il rare ou improbable ?
- Quelles sont nos vulnérabilités ?

G. Déroulement de l'analyse de scénario



UN ÉVÈNEMENT SEMBLABLE PEUT SE PRODUIRE :

- Le risque de survenue dans le service est-il très fréquent, fréquent ou probable ?
- Pourquoi un événement similaire pourrait-il se produire ?
- Quelles sont nos propres défenses susceptibles de limiter la survenue d'un événement semblable ou ses conséquences ?
- Quelles barrières ne sont pas mises en place dans le service ? Quelles sont nos vulnérabilités ?

VI. Définition des mesures de prévention à mettre en place par les professionnels (10 à 15')

L'animateur et le groupe définissent de manière collégiale des mesures de prévention



- Quelles actions faudrait-il mettre en place dans le service pour éviter un événement semblable ?



Si la configuration du groupe le permet, l'animateur aidera à définir un plan d'actions (échéance, pilote)

L'animateur clôture la séance en réalisant une synthèse des échanges et en remerciant les participants.



ANALYSE DES DONNÉES ET RETOUR D'INFORMATION

Un retour d'information, sous la forme d'un rapport écrit standardisé, à l'aide de la fiche disponible en annexe vers l'ensemble des professionnels impliqués dans cette thématique peut être envisagé par l'animateur.

«Je m'appelle Annick...»



Madame Annick Le Roux, née le 04/04/1944 et venant d'un EHPAD, se présente à l'accueil de l'établissement pour une hospitalisation. Elle est installée dans la salle d'attente pendant qu'une infirmière crée son dossier.

Pendant ce temps, arrive au même endroit Madame Annick Le Berre, née le 24/04/1944 et venant, elle aussi, d'un EHPAD. Une seconde infirmière la reçoit et l'installe dans la salle d'attente afin d'enregistrer son dossier.

Pendant que les deux professionnelles de santé sont occupées à régler les démarches administratives, l'une des deux patientes change de place...

Principale erreur :

Erreur d'identité entre deux patientes nées la même année et portant le même prénom.

Dommmages associés :

- Inversion du suivi somatique (problème cardiaque) des deux patientes sans conséquence au final.
- Inversion d'identité pouvant renforcer l'état confusionnel des deux patientes.

Facteurs contributifs :

- Absence de vérification de l'identité du patient à partir de pièces officielles et en recherchant les traits stricts (nom, prénom, date de naissance, sexe) à chaque étape de la prise en charge.
- Interruption de tâches (téléphone).
- Etat psychologique des deux patientes, personnes vulnérables.
- Absence d'écoute / Défaut de communication avec les patientes.
- Absence de recherche de correspondance entre les éléments contenus dans le courrier d'admission et le dossier médical des précédents séjours pour la patiente déjà connue.
- Absence de vérification des éléments contenus dans le DLU (Dossier de Liaison) auprès de la patiente non connue.
- Dépôt du dossier sans le relier directement à la patiente.

Barrières qui auraient pu éviter cet évènement :

- Sensibiliser l'ensemble des professionnels à l'identitovigilance (affiches, ateliers, articles dans le bulletin d'information mensuel).
- Mettre en place une cellule d'identitovigilance ayant pour mission :
 - Elaborer des procédures sur les règles de création et de recherche d'une identité tout au long de la prise en charge du patient ;
 - Réaliser un audit afin d'évaluer l'application des procédures dans l'ensemble des pôles d'activité clinique ;
 - Gérer les problèmes liés aux actions d'identification et suivre les indicateurs retenus (taux de doublons, taux de fusions, nombre de FSEI traitées) ;
- Utiliser cet évènement pour sensibiliser l'ensemble du personnel ainsi que les étudiants infirmiers.
- Mettre un bracelet d'identification aux patients ou électronique ou autre.
- Déposer le dossier sur les genoux du patient.
- Sensibiliser le personnel à la gestion des risques.
- Encourager à la déclaration d'évènements indésirables.



Docteur mais pas médecin !



A la suite de la décision de changement de traitement par le centre de référence, l'hôpital de jour de l'établissement reçoit par télécopie la prescription Herceptin (J1) + Gemzar (J1 et J8). Une copie est adressée à la pharmacie.

Pour permettre la fabrication, le médecin de l'hôpital de jour prescrit dans le logiciel de l'établissement. Ne trouvant pas de protocole adapté dans le logiciel, il associe 2 protocoles pour le J1, protocole Herceptin pour J1 et J22 et le protocole Gemzar pour J1 et J22. Les poches sont fabriquées et administrées.

A J7, en regardant la prescription adressée par télécopie, le pharmacien remarque que le médecin a oublié de prescrire sur le logiciel le J8. De ce fait, il enregistre la prescription à la place du médecin pour permettre la fabrication. Il reprend ce qui a été prescrit au J1 : (Herceptin J1 et Gemzar J1) puis demande à son collègue pharmacien de vérifier. Le J8, la poche d'Herceptin est fabriquée en premier puis le Gemzar...

Principale erreur :

Protocole requis non paramétré dans le logiciel

Autres erreurs:

- Absence de prescription du J8 par le médecin.
- Le pharmacien prescrit à la place du médecin.
- Validation par le pharmacien d'une prescription associant les 2 protocoles modifiés.
- La prescription effectuée par le premier pharmacien a été validée par un second pharmacien qui n'a pas détecté l'erreur.

Facteurs contributifs :

- 2 supports de prescriptions : protocole papier complet (médicaments, surveillances, modalités d'administration ...) et protocole informatique pour les médicaments pour permettre la fabrication.
- Enregistrement occasionnel des prescriptions informatiques par les pharmaciens en se basant sur les prescriptions papiers pour rendre service aux médecins.
- Non détection de l'erreur lors de la validation pharmaceutique.

Barrières qui auraient pu éviter cet événement :

- Créer un protocole adapté, à la demande du médecin, avant la prescription.
- Ne pas autoriser l'enregistrement d'une prescription par un pharmacien dans le logiciel informatique.
- Revoir les protocoles de validation pharmaceutique.
- Disposer d'un support unique : logiciel permettant de disposer du protocole complet et permettant la prescription, l'analyse pharmaceutique, l'édition des fiches de fabrication et la validation d'administration.
- Disposer d'un logiciel de prescription des chimiothérapies anticancéreuses commun et communicant de manière à éviter les retranscriptions ; dans le cadre de sites associés de chimiothérapies.
- Redéfinir le circuit de prescription médicale et de validation pharmaceutique avec l'ensemble des acteurs : équipe médicale et soignante, pharmaciens et préparateurs.
- Mettre en place une check-list bloquante concernant le circuit des chimiothérapies anticancéreuses. (plan national).
- Sensibiliser le personnel aux erreurs médicamenteuses.
- Encourager à la déclaration d'événements indésirables.



Les solvants, c'est pas automatique !



Dans un secteur de 27 lits, un patient entré le matin dans l'établissement de soins de suite et réadaptation présente une charge en soins importante. Suite à la visite d'entrée, le médecin prescrit, entre autres, une injection en intraveineux d'un antibiotique à exécuter en fonction du résultat du laboratoire. La transmission est faite entre l'IDE du matin et celle de l'après-midi. L'infirmière de l'après-midi est dérangée à de nombreuses reprises lors de la préparation de l'injectable...

Principale erreur :

Erreur de solvant lors de l'injection en intraveineux de l'antibiotique

Facteurs contributifs :

- Timing à respecter (horaires de repas pour le déplacement des patients).
- Charge de travail importante dans ce secteur.
- Prise en charge complexe du patient.
- Non appropriation du dossier médical du patient car entré le jour même.
- Une seule référence de cet antibiotique inscrite au livret thérapeutique, contenant le solvant à utiliser exclusivement pour la voie intramusculaire ou sous-cutanée (lidocaïne).
- Pas de protocole de reconstitution.
- Interruption de tâches :
 - Répondre au téléphone ;
 - Renseigner les familles.

Barrières qui auraient pu éviter cet événement :

- Mener une réflexion en COMEDIMS ou instance équivalente sur le référencement de la spécialité sans lidocaïne.
- Informer les prescripteurs sur le choix de la spécialité à prescrire en fonction de la voie d'administration.
- Rédiger un tableau de préparation de l'ensemble des injectables, indiquant le solvant à utiliser en fonction de la voie d'administration.
- Eviter les interruptions de tâches notamment lors des préparations et administrations de médicaments.
- Sensibiliser/rappeler/former à la règle des 5 B et à la double vérification.
- Sensibiliser le personnel aux erreurs médicamenteuses.
- Encourager à la déclaration d'événements indésirables.

Film n° 4

Range ta chambre !



Lors de la campagne de vaccination antigrippe de résidents d'EHPAD, une IDE commande par téléphone 18 vaccins antigrippes. Elle récupère à la pharmacie auprès de la préparatrice sa commande préparée par le pharmacien. Elle débute les injections...

Analyse



Principale erreur :

Erreur d'administration

Autres erreurs :

Erreur de dispensation

Facteurs contributifs :

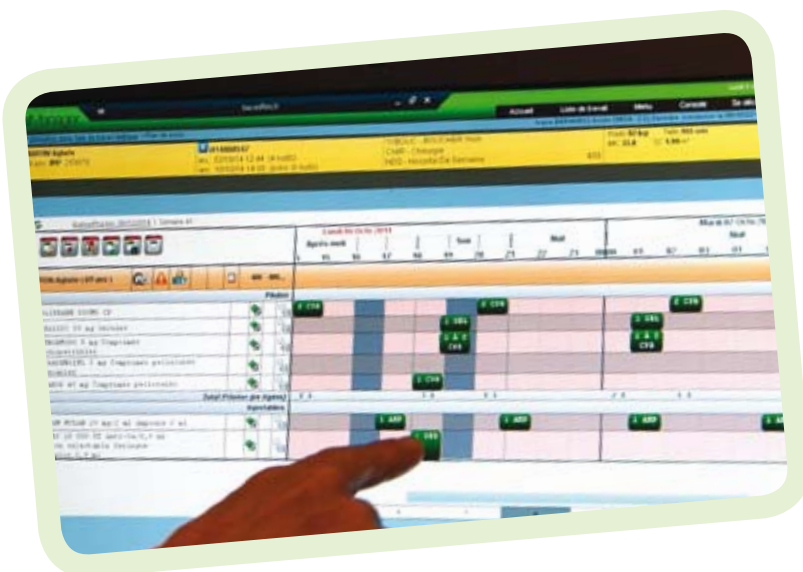
- Pas de rangement identifié dans la chambre froide.
- Préparation des commandes = tâche inhabituelle réalisée par le pharmacien.
- Pharmacien seul à la pharmacie lors de l'appel (interruption de tâche).
- Commande par téléphone.
- Absence de fax dans les services d'EHPAD.
- Administration réalisée en fin de journée par l'IDE.
- Absence de vérification lors de la dispensation et de l'administration.

Barrières qui auraient pu éviter cet événement :

- Organiser et identifier le rangement dans la chambre froide.
- Délivrer uniquement lorsqu'il y a un bon de commande écrit, comprenant :
 - Nom du médicament
 - Dosage
 - Quantité
 - Identification du patient (si possible)
- Définir un moyen de transmission écrit pour les services (mail, fax, boîte à lettres...).
- Sensibiliser/rappeler/former à la règle des 5 B et à la double vérification (bon médicament, bon patient, bonne dose, bon moment, bonne voie).
- Sensibiliser le personnel aux erreurs médicamenteuses.
- Encourager à la déclaration d'événements indésirables.



Deux pour le prix d'un



Lors de la distribution des médicaments du soir, une IDE s'aperçoit que l'administration d'HBPM d'une patiente n'est pas tracée. Elle interroge la patiente, qui un peu confuse ne sait lui répondre. Elle lui administre l'anticoagulant...

Principale erreur :

Double administration d'anticoagulant

Autres erreurs :

Absence de validation de l'administration dans le logiciel de prescription

Facteurs contributifs :

- Interruption de tâche de l'IDE et de l'aide soignante.
- Défaut de traçabilité de la non réalisation d'un soin.

Barrières qui auraient pu éviter cet événement :

- Eviter l'interruption de tâches notamment lors de la préparation/administration des médicaments.
- Dispenser de façon nominative.
- Définir les médicaments à risques en fonction des never events/patients à risques.
- Tracer et justifier la non réalisation d'un soin.
- Définir le processus d'administration des médicaments en chambre.
- Sensibiliser le personnel aux erreurs médicamenteuses.
- Encourager à la déclaration d'événements indésirables.



Principale erreur :

Erreur de préparation de la dose à administrer

Autres erreurs :

- Non adaptation de la prescription au dispositif de prélèvement (cuillère-mesure).

Facteurs contributifs :

- Prescription non adaptée au mode d'administration (volume prescrit ne correspondant pas au volume pouvant être prélevé par les cuillères-mesures : 13ml prescrit pour une cuillère-mesure graduée à 2,5mL et 5mL).
- Manque d'uniformité dans la prescription de l'unité (mg et ml).
- Erreur de prélèvement par du matériel inadéquat.
 - Inversion de cuillères mesures de 2 spécialités en solution buvable différentes ;
 - Multiplicité des dispositifs de prélèvement ;
 - Perte de produit lors de la préparation et/ou l'administration (cuillère-mesure, mortier, seringue puis verre) ;
 - Mauvaise visibilité des niveaux de seringue.
- Texture du produit (visqueux et épais).
- Défaut d'expérience et de formation des remplaçants en période de vacances estivales.
- Défaut de formation du personnel sur les formes orales liquides et les modalités d'administration.

Barrières qui auraient pu éviter cet évènement :

- Sécuriser la prescription :
 - Utiliser comme unité de prescription, par défaut le dispositif de prélèvement fourni avec le médicament (cuillère mesure, pipette...).OU
- Sécuriser la préparation et l'administration :
 - Définir les modalités de préparation (étiquetage, administration et conservation des formes orales liquides) ;
 - Garder ensemble le flacon et le dispositif de prélèvement spécifique ;
 - Agiter avant usage pour homogénéiser le produit ;
 - Utiliser le matériel spécifique et le rincer après usage pour éviter les pertes de produits (ici : seringue et verre) ;
 - Maintenir le matériel de prélèvement droit et au niveau des yeux ;
 - Favoriser le recours aux seringues voie orale.
- Former à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en pédiatrie (patient à risques).
- Evaluer les pratiques sur le bon usage et le risque spécifique en pédiatrie.
- Sensibiliser le personnel aux erreurs médicamenteuses.
- Encourager à la déclaration d'évènements indésirables.

1kg de plume ou 1kg de plomb ?



Au mois d'août, une jeune fille de 13 ans est admise pour un séjour en soins de suite et réadaptation suite à une intervention d'arthrodèse avec une antibio-thérapie au long cours. Entre autres médicaments, sont prescrits de l'Amoxicilline 500mg/5ML (900 mg/prise) et de la Rifampicine 100mg/5ml (13ml/prise).

Chaque flacon de ces solutions buvables contient une cuillère-mesure (chacune étant graduée à 2,5ml et 5ml)...



Faire et défaire...



Dans cet établissement, la pharmacie délivre nominativement les traitements à l'aide d'un automate pour les résidences de personnes âgées. L'infirmière prépare les médicaments pour les résidents et délègue à un AMP (Aide médico-psychologique) l'aide à la prise des médicaments dans le cadre d'un repas thérapeutique...

Principale erreur :

Administration d'un traitement au mauvais patient

Autres erreurs :

- Les IDE sortent les comprimés de leurs sachets nominatifs, pour les mettre en vrac dans les boîtes des patients.

Facteurs contributifs :

- Patients présentant des troubles cognitifs importants (non communicants).
- Personnels peu sensibilisés aux risques d'erreurs médicamenteuses.
- Multiplicité des intervenants et des tâches.

Barrières qui auraient pu éviter cet événement :

- Garder les sachets nominatifs jusqu'à la prise : ils représentent une sécurité supplémentaire, car y figurent plusieurs informations importantes : nom, prénom et date de naissance du patient, le nom du médicament, la description du comprimé et son dosage, quantité, la date et le moment de prise.
- Respecter le contrôle ultime de la concordance « Patient-Médicament ».
- Redéfinir le processus d'administration des médicaments et l'évaluer.
- Sensibiliser/rappeler/former à la règle des 5 B et à la double vérification (bon médicament, bon patient, bonne dose, bon moment, bonne voie).
- Sensibiliser le personnel aux erreurs médicamenteuses.
- Encourager à la déclaration d'événements indésirables.

«Peux-tu me dépanner ?»



Un protocole de chimiothérapie avec Vindesine (Eldisine®) est prescrit à un patient atteint d'une maladie hématologique. Au milieu de la cure une rupture de stock engendre un dépannage auprès d'un établissement voisin...



Principale erreur :

Surdosage d'un médicament anticancéreux

Autres erreurs:

- Erreur de fabrication : Absence de vérification du dosage du médicament utilisé au regard de la fiche de fabrication.
- Manque d'anticipation sur la commande, qui a entraîné une situation d'urgence (rupture de stock).
- Non-respect de la procédure de dépannage (demande orale et pas de confirmation par écrit);
- Erreur d'enregistrement du produit dans le logiciel de production des chimiothérapies: réception des flacons de 5 mg enregistrés sur la référence 1mg.
- Absence de double contrôle obligatoire lors de la préparation des chimiothérapies.

Facteurs contributifs :

- Demande orale d'emprunt de médicaments sans préciser le dosage.
- Similitude de présentation pour deux dosages différents du même médicament : source de confusion dans le conditionnement (Médicaments Look-like).
- Référencement de deux dosages différents dans chaque établissement.
- Réception en dehors des horaires habituels.
- Glissement de tâches.
- Production en flux tendu.

Barrières qui auraient pu éviter cet événement :

- Respecter la procédure d'emprunt entre établissements (demande écrite précisant le nom complet, le dosage du médicament et la quantité)
Vérifier le nom et le dosage du médicament :
 - à la réception
 - à l'entrée en stock dans le logiciel
 - lors de la préparation des paniers de stérilisation
 - lors de la fabrication de la préparation
 - lors du double contrôle
- Mettre en place un contrôle complémentaire pour les préparations à risques :
 - Contrôle pondéral du produit fini
 - Contrôle analytique (spectrophotomètre) du produit fini
 - Contrôle visuel (humain ou par caméra) des médicaments utilisés
 - Contrôle de l'identité du médicament par lecture d'un datamatrix/code barre
- Effectuer un double contrôle obligatoire lors de la préparation des chimiothérapies.
- Optimiser la gestion des stocks (anticiper les commandes).
- Eviter les conflits de rôles (entre préparateurs de commande, préparateurs de chimiothérapie et les pharmaciens).
- Sensibiliser le personnel aux erreurs médicamenteuses.
- Encourager à la déclaration d'événements indésirables.

«Toujours somnolent Monsieur ?»



M Le Gall a été admis en Hospitalisation A Domicile, HAD, pour la prise en charge de sa douleur, liée à un cancer du poumon avec métastases osseuses.

Il est traité par de l'oxycodone, administrée par une pompe PCA. Au cours d'un de ses passages au domicile, une infirmière libérale constate que le patient n'est plus douloureux, mais qu'il se plaint d'être très somnolent. Le traitement par oxycodone va être réévalué...



Analyse

Principale erreur :

Erreur de programmation de pompe (Analésie Contrôlée par le Patient) PCA

Facteurs contributifs :

- Plusieurs modèles de pompes disponibles dans l'établissement, avec une programmation différente.
- Multiplicité d'intervenants dans la prise en charge du patient en HAD.

Barrières qui auraient pu éviter cet événement :

Sécuriser la prescription :

- Rédiger un modèle type de prescription de pompe avec mentions obligatoires :
 - Principe actif – Solvant ;
 - Dose totale de principe actif – dose totale de solvant ;
 - Concentration de la K7 (mg/ml) ;
 - Dose totale par 24h ;
 - Débit par heure (ml/h) ;
 - Dose par bolus – nombre de bolus par heure – période réfractaire ;
 - Voie d'abord
- Former les infirmières au calcul de dose (e-learning).
- Mettre en place le double contrôle.

Sécuriser l'administration :

- Elaborer un protocole de préparation (fiche de calcul) et d'administration des pompes PCA (Vérifier tous les jours la programmation de la pompe au regard de la prescription).
- Elaborer un mode opératoire propre à chaque modèle de pompe.
- S'assurer de la formation des infirmières à la bonne utilisation du modèle de pompe (réfèrent biomédical identifié et formé).
- Informer le patient/entourage du fonctionnement de la pompe (HAD).
- Tendre vers l'uniformisation des modèles de pompes au sein de l'établissement.
- Editer des étiquettes pour la cassette avec mentions obligatoires :
 - Nom et prénom du patient ;
 - Date de naissance du patient ;
 - Principe actif ;
 - Concentration ;
 - Débit.
- Sensibiliser le personnel aux erreurs médicamenteuses.
- Encourager à la déclaration d'événements indésirables.

Passager clandestin



Une patiente polytraumatisée suite à un accident de la voie publique survenu au Brésil a été hospitalisée en France en court séjour. Elle va commencer son séjour au sein d'un établissement de rééducation spécialisé. Le jour de son entrée, au cours de la visite médicale, elle évoque le fait qu'elle est porteuse d'une bactérie multi résistante mais il n'y aucune précision sur le germe dans le dossier patient.

Le médecin met en place des précautions complémentaires contact et prescrit un ECBU pour confirmer la présence du germe...



Principal défaut de soins:

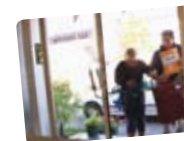
Non détection de la BHRé à l'entrée du patient

Facteurs contributifs :

- Le patient communique sur son portage BMR (bactéries multirésistantes) sans connaître l'identification du germe.
- Le compte-rendu de consultation de pré-admission précise la présence d'une BMR sans notifier le germe et ses caractéristiques de résistance.
- Défaut de recherche du germe avant l'admission - Pas d'indication du portage du risque infectieux sur la feuille de pré-admission.
- Absence de transmission par l'établissement adresseur de l'antibiogramme de la BMR détectée en amont.
- Absence de questionnement à l'entrée du patient d'une hospitalisation à l'étranger dans l'année précédant son arrivée dans l'établissement.
- Défaut de réalisation d'un examen biologique dès l'entrée pour confirmer le portage BMR.
- Défaut de communication à l'EOH, avant l'admission du patient, de la présence d'une BMR.
- Circuit complexe pour la transmission de la prescription des précautions complémentaires.
- Défaut de communication sur la suspicion de BHRé à l'ensemble de l'équipe (rééducation, imagerie, etc.).

Barrières qui auraient pu éviter cet évènement :

- Définir la politique de dépistage en cas de suspicion ou de présence de BMR/BHR.
- Organiser le recueil du risque infectieux dès les pré-admissions (fiche pré-admission, antibiogramme si suspicion de portage BMR/BHRé ou si portage avéré).
- Optimiser le circuit d'information de la prescription de précautions complémentaires entre le médecin, les équipes, l'EOH et le laboratoire d'analyses médicales en cas de risque infectieux.
- Optimiser la transmission des résultats en temps réel au service d'hospitalisation par le laboratoire (nom du germe, gravité, mesures à prendre).
- Poursuivre la formation et la sensibilisation des professionnels sur les précautions standard et complémentaires.
- Former les professionnels à la prise en charge des BHRé (connaissance des germes, questionnement à l'admission, organisation...).
- Sensibiliser le personnel à la gestion des risques.
- Encourager à la déclaration d'évènements indésirables.



Bibliographie

- Arrêté du 6 avril 2011 JORF n° 0090, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé.
- Circulaire N° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012, relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé.
- Circulaire DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012, relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel.
- Instruction DGOS/PF2/2012/352 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé.
- Décret n°2012-1408 du 12 novembre 2010 et circulaire du 18 novembre 2011 relatifs à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins.
- Haute Autorité de Santé. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, 2011.

- Direction Générale de l'Offre de Soins. Qualité de la prise en charge médicamenteuse – Outils pour les établissements de santé, février 2012.
- Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé. Liste des Never Events. [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Securite-du-medicament-a-l-hospital/Les-evenements-qui-ne-devraient-jamais-arriver-Never-Events/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Securite-du-medicament-a-l-hospital/Les-evenements-qui-ne-devraient-jamais-arriver-Never-Events/(offset)/0)
- Haut Conseil de la Santé Publique. Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » (BHRe), juillet 2013.
- OMÉDIT Bretagne. Analyse de 230 erreurs médicamenteuses. 2013, La «chambre des erreurs» : un outil ludique d'amélioration des pratiques, de la qualité et de la sécurité des soins.
- OMÉDIT Centre. Bon usage des PCA, Décembre 2013.
- CCECQA. Evaluation des pratiques professionnelles : Maîtrise de la diffusion des BMR 2010.

ET SI ON METTAIT EN SCENE NOS ERREURS ?

NB : cette synthèse peut vous servir pour l'inscription au plan de formation de votre établissement.

Objectifs :

- Mettre en œuvre une stratégie de prévention afin de maîtriser les risques
- Analyser, avec le groupe, les actions de prévention mises en places et leur efficacité, et les autres défenses possibles ;
- Identifier les faiblesses ;
- Comprendre les difficultés et les freins rencontrés dans la mise en œuvre des bonnes pratiques ;
- Définir et mettre en place des actions d'amélioration de façon collective.

Durée de la formation :

1 Heure pour un maximum de 15 personnes appartenant à un service ou plusieurs services ayant une organisation similaire.



Programme :

- Présentation de la méthode d'analyse de scénario et des objectifs ;
- Diffusion du film choisi par le formateur pour la présentation du cas à analyser
- Analyse de l'événement survenu dans l'établissement témoin ;
- Evaluation par les professionnels du risque de survenue de cet événement dans leur service ;
- Identification des points forts et des défaillances concernant la survenue de cet événement dans leur service ;
- Définition des mesures de prévention à mettre en place.

les



- Des films comme supports des analyses de scénario, selon la méthode validée par la Haute Autorité de Santé
- Une formation participative
- Une définition d'actions à mettre en œuvre pour l'amélioration des pratiques du participant au sein de son service

Titre	Thème	Public concerné	Durée du film
« Je m'appelle Annick ... »	Erreur d'identité entre deux patientes nées la même année et portant le même prénom	Personnel : • Médical, Paramédical, Administratif en contact avec les patients	7'52"
Docteur mais pas médecin !	Protocole requis pour une chimiothérapie non paramétré dans le logiciel	Personnel : Médical, Paramédical, Préparateurs en pharmacie	8'20" 
Les solvants, c'est pas automatique !	Erreur de solvant lors de l'injection en intraveineux de l'antibiotique	Personnel : Médical, Paramédical	5'36" 
Range ta chambre !	Erreur d'administration	Personnel : • Médical, Paramédical,	6'12"
Deux pour le prix d'un	Double administration d'un médicament	Personnel : • Médical, Paramédical	6'28" 
1 kg de plume ou 1 kg de plomb ?	Erreur de préparation de la dose à administrer	Personnel : • Médical, Paramédical	5'00"
Faire et défaire...	Administration d'un traitement au mauvais patient	Personnel : • Médical, Paramédical	5'06"
« Peux-tu me dépanner ? »	Surdosage d'un médicament anticancéreux	Personnel : • Médical, Paramédical, Préparateurs en pharmacie, Préparateurs en pharmacie	6'40" 
« Toujours somnolent Monsieur ? »	Erreur de programmation de pompe PCA	Personnel : • Médical, Paramédical	10'05" 
Passager clandestin	Non détection dès l'entrée d'un patient porteur d'une Bactérie Hautement Résistante émergente	Personnel : • Médical, Paramédical, Rééducateurs	9'33"



Le projet :

Assurer la qualité et la sécurité des soins représente une préoccupation forte des établissements de santé. « Et si on mettait en scène nos erreurs ? » propose 10 films, indépendants, à coupler avec la méthode d'analyse de scénario pour réaliser des formations de courte durée (1h) des professionnels.

Trois thématiques sont abordées : la prise en charge médicamenteuse, la prévention du risque infectieux et la vérification de l'identité du patient.

Ces films retracent des événements qui se sont déjà produits et qui ont fait l'objet d'analyse approfondie en comité de retour d'expérience dans différents types d'établissements (MCO, SSR, SM, HAD, EHPAD). Avec la méthode d'analyse de scénario, ils deviennent le support pour tester la capacité des professionnels à analyser une situation et à définir une stratégie de prévention dans leur service.

Quelle analyse faisons-nous de cette situation dans l'établissement témoin ? Est-ce que cela peut se produire dans notre service ? Que faire pour améliorer la sécurité des soins ?