

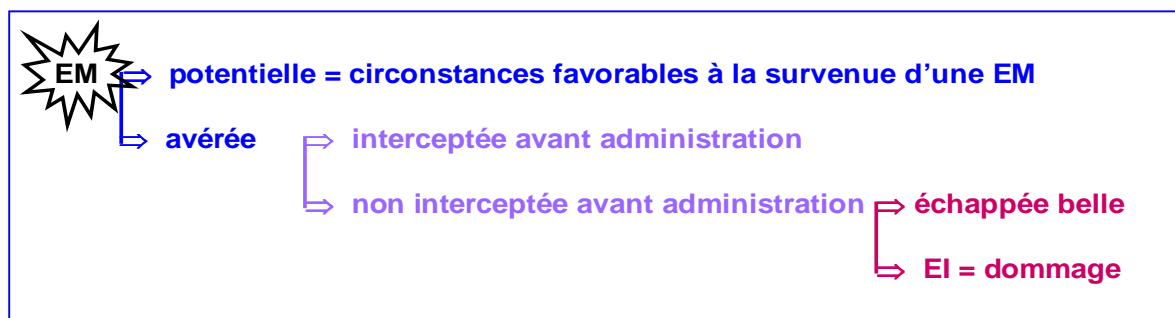
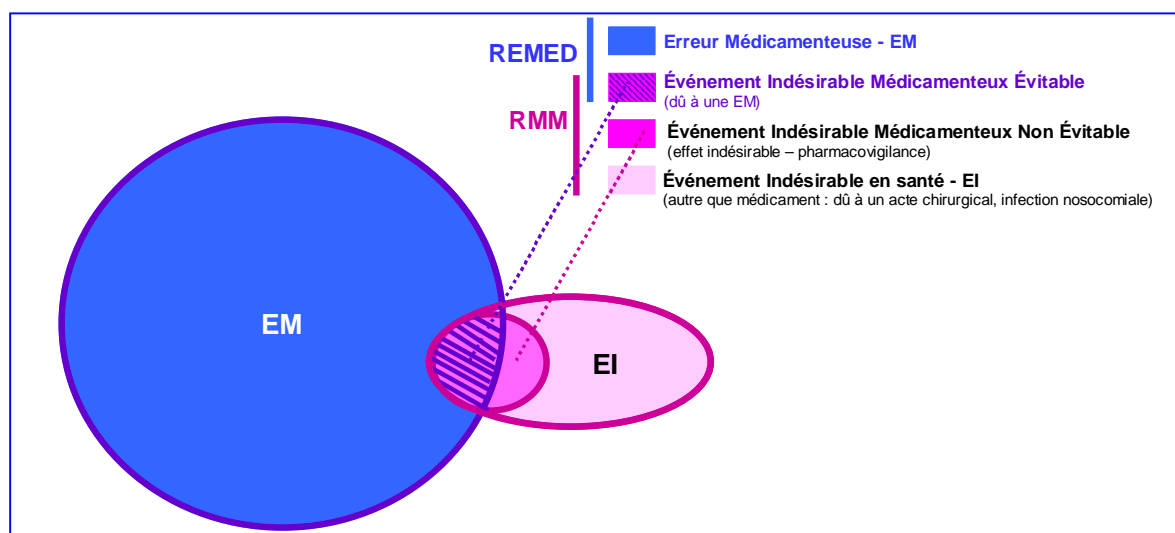
**Une méthode d'amélioration de la qualité**

**REVUE DES ERREURS  
LIÉES AUX MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS ASSOCIÉS**

Equivalent anglo-saxon : *Medication errors review*

La Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés –REMEDI- est une méthode d'amélioration de la qualité des soins et de prévention du risque iatrogène médicamenteux. Elle concourt à optimiser l'organisation de la prise en charge thérapeutique des malades au cours de laquelle le médicament et le dispositif médical éventuellement associé sont utilisés. Formalisée, elle permet aux professionnels de s'inscrire dans une dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles.

L'analyse collective interdisciplinaire conduite au cours d'une revue des erreurs relève d'une approche par problème affectant la qualité des résultats de soins. Elle cible le processus et les interfaces relatifs à la prise en charge médicamenteuse des malades hospitalisés, résidents ou ambulatoires, marquée par la survenue d'une erreur. L'objectif de la REMEDI est de l'analyser ainsi que ses conséquences éventuelles chez le malade afin de mettre en place des actions évitant sa réapparition. Par conséquent, la REMEDI se distingue de la revue morbidité mortalité par son domaine d'investigation.



\*EM : erreur médicamenteuse, EI : événement indésirable

La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles a, dans ses missions, celle de définir, mettre en œuvre et évaluer un programme de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. Les évaluations de pratiques professionnelles en font partie et la REMEDI peut être formalisée en son sein ou dans celui de la Gestion des Risques de l'établissement. Quel que soit le mode d'institutionnalisation de la démarche dans l'établissement, organiser une REMEDI comporte quelques passages obligés dont la mise en œuvre constitue un facteur de réussite :

- l'adoption de modalités de repérage et de sélection des cas
- l'identification des participants aux réunions en veillant à leur transdisciplinarité
- la désignation d'un responsable du groupe
- la traçabilité des analyses et des conclusions
- l'identification des destinataires de l'information
- la définition des règles d'archivage des documents et notamment du compte rendu d'analyse approfondie du cas
- le suivi de la mise en œuvre des mesures d'amélioration

La conduite d'une REMED s'inscrit dans le modèle PDCA proposé par W. Edwards Deming dans les années 60. Ce modèle, souvent appelé roue de Deming ou roue de la qualité comprend 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment, Planifier, Faire, Analyser, Améliorer (en anglais, *Plan, Do, Act, Check*, d'où le modèle *PDCA*). La démarche d'une REMED est détaillée dans un manuel disponible et téléchargeable sur le site de sociétés savantes.

L'intérêt de formaliser la démarche et d'en utiliser les outils est d'encourager la mise en œuvre de la REMED : ils doivent faciliter la collecte des données, l'identification des causes et des actions de rattrapage, le repérage des mesures d'amélioration et la rédaction du compte rendu d'analyse approfondie. Ces derniers, présentés dans un but pédagogique ne doivent pas contraindre les professionnels de santé à trop de formalisme dans la conduite d'une REMED. Ils doivent rester évolutifs et permettre l'harmonisation et le fonctionnement de la REMED au cours du temps.

Pour rendre objective et factuelle la production du groupe de réflexion, il est recommandé d'enchaîner les étapes de la façon suivante :

- reconstituer la chronologie des faits par entretien individuel ou collectif
- les causes repérer les documents utiles à l'explication des événements
- caractériser l'erreur médicamenteuse
- valider ces premières données pour rechercher le consensus
- diagnostiquer les causes et les facteurs contributifs
- construire le scénario qui prend en compte la chronologie, les causes profondes et les causes immédiates, les actions de rattrapage et les conséquences résiduelles pour le patient
- hiérarchiser les causes
- identifier, prioriser et mettre en œuvre les mesures d'amélioration
- évaluer leur mise en œuvre

Le temps consacré à la conduite d'une REMED est du temps investi dans la qualité des soins délivrés aux patients. Il constitue un fort levier de motivation pour le personnel qui apprécie la gestion constructive non conflictuelle de la démarche, l'absence de jugement de valeur et sa considération comme personne ressource dans l'enquête lorsqu'il est impliqué lui-même dans la survenue d'une erreur.

Utiliser l'erreur comme un outil pédagogique est un défi culturel. La mise en œuvre d'une revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés exige une forte capacité à mener des actions de la part des directions médicales et de soins et un management de haut niveau capable d'impliquer les professionnels de santé dans la conception et la conduite du projet.

**Conduire la revue en 20 questions**

- Y a-t-il une erreur médicamenteuse à l'origine du problème ?
  - Qui gère et anime la revue ?
  - Qui est destinataire de l'intégralité de la réflexion du groupe de travail ?
  - Quelle information sera restituée au niveau institutionnel ?
  - Qui faut-il contacter pour savoir ce qui s'est passé ?
  - Comment aider et accompagner le personnel impliqué dans la survenue d'une erreur ?
  - Où sont archivés les documents utilisés ou produits au cours de la REMED ?
- 
- Quel est le ou les produit(s) de santé impliqué(s) dans la survenue de l'événement indésirable ?
  - Quelles sont les caractéristiques de l'erreur médicamenteuse ?
  - Quels sont les situations, les dysfonctionnements et les facteurs déclenchants contributifs de l'erreur, voire du dommage ? Autrement dit, pourquoi est-ce arrivé ?
  - Quel est le processus de prise en charge habituel ?
  - Comment a-t-on rattrapé la situation ?
  - Quel est le processus de prise en charge idéal qui permet d'éviter l'EM ?
  - Quelles sont les différentes actions réduisant le risque de survenue d'un événement analogue? Autrement dit, comment éviter la récurrence ?
  - Quelles sont les recommandations à formuler et à diffuser ?
  - Quelles sont les mesures qui auraient le plus d'impact sur les pratiques ?
  - Comment mettre en œuvre et suivre les mesures ?
  - Quelles mesures sont abouties et opérationnelles ?

Documents disponibles et téléchargeables sur les sites

<http://adiph.org/sfpc/erreurmedicamenteuse.html>

<http://www.sfgg.fr/>

<http://www.sofgres.org/>