

Elaboration d'un film de sensibilisation sur l'administration des gaz à usage médical

Auteurs: E-M. Thillard^a, M. Artur-Cordier^b, J. Plé^a, M. Lottin^b, F. Abraham^c, V. Merle^b, J. Doucet^a, D. Monzat^a

a. OMÉDIT (Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques) de Haute-Normandie, Rouen, b. Département d'Epidémiologie et de Santé Publique, CHU-Hôpitaux de Rouen; c. Service pharmacie, Clinique du Cèdre, Bois Guillaume, France

Contexte

Alors que la sécurité de la prise en charge du patient est l'affaire de tous les professionnels de santé, l'ANSM* a publié en 2012 la liste des douze « never events » afin de nous sensibiliser aux erreurs qui ne devraient jamais arriver. L'une d'elle concerne l'administration des gaz médicaux qui font, ne l'oublions pas, partie intégrante du monopole pharmaceutique.

Un groupe de travail de l'OMÉDIT Haute Normandie en collaboration avec le CHU de Rouen s'appuie alors sur l'essor de la simulation en santé et sur la culture positive de l'erreur, pour fournir aux professionnels de santé des outils de communication et d'éducation sur les bonnes pratiques d'utilisation des gaz tels que l'oxygène (O₂) ou le MEOPA (mélange équimolaire oxygène – protoxyde d'azote).



Matériel et méthodes

Déclaration d'évènement indésirable

- Comité de retour d'expérience (CREX) au CHU de Rouen

Analyse des pratiques professionnelles

- Médecins urgentistes
- Pharmaciens
- Infirmiers (IDE)
- Brancardiers
- Aides-soignants (AS)

Ecriture d'un scénario et de documents

- Inspirés des méthodes d'analyse de scénario validées par l'HAS**
- Et de films déjà réalisés en Bretagne et à l'étranger sur divers thèmes médicaux

Tournage d'un court-métrage

- Au sein même du service des urgences et de radiologie du CHU
- Avec des acteurs bénévoles professionnels de santé

Résultats

FILM (10min)

- ⊙ Titre : « Y'a d'eau dans le gaz ! »
- ⊙ Principale erreur : une aide-soignante administre le mauvais gaz à un patient (MEOPA au lieu d'O₂) qui va présenter des signes cliniques (sommolence) à cause de son traitement (benzodiazépine, morphine)
- ⊙ Autres erreurs : identivigilance, non respect des recommandations sur les gaz à usage médical (manipulation, stockage, identification), délégations de tâches (IDE → AS, médecin → étudiant)
- ⊙ Facteurs contributifs : contexte d'urgence, organisation des locaux et des équipes

2 films ont été montés :
- 1 film « classique »
- 1 film mettant en évidence les erreurs à retrouver

ANALYSE DE SCENARIO

- ⊙ Principe : Analyse d'une situation survenue « ailleurs » pour évaluer le risque de survenue « ici »
- ⊙ Objectifs : Stimuler l'aptitude des équipes à mettre en œuvre des stratégies de prévention des risques
- ⊙ Déroulement : 1 Visionnage du film 2 Debriefing sur les erreurs repérées 3 Evaluation du risque de survenue vis à vis des points forts et faiblesses de l'établissement 4 Proposition d'actions correctives
 - ▶ Séance d'une heure maximum
 - ▶ Equipes de 10 à 15 professionnels de santé
 - ▶ Animée par un binôme d'experts

Discussion

- ▶ Méthode simple et attrayante tout en restant pédagogique
- ▶ Implication des équipes avec participation collective
- ▶ Adaptation aux besoins et aux faiblesses de chaque service/établissement
- ▶ Approche déculpabilisante pour les professionnels de santé
- ▶ Possibilité de compléter la formation par les vidéos élaborées par les autres régions (Bretagne- Basse Normandie) sur d'autres thèmes



SCANNEZ POUR VOIR LA VIDEO ...

Remerciements aux professionnels ayant participé à la réalisation de ce court-métrage et permis par leur implication d'améliorer les pratiques et la sécurité des soins des patients