apprendre de ses erreurs



- l'erreur est humaine, fréquente et parfois inévitable : il faut la traiter!
- faire progresser la culture de sécurité, c'est identifier les erreurs, les analyser, en parler pour pouvoir les dépasser et en tirer des enseignements afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent
- un événement indésirable analysé et traité collectivement dans un climat constructif permet de sécuriser la prise en charge des patients



identifier

à l'hôpital, des erreurs peuvent se produire comme dans toute activité humaine chacun doit être sensibilisé à les détecter



il est nécessaire de trouver une juste distanciation par rapport à l'événement sans pour autant le minimiser pour pouvoir en parler :

- à l'équipe : porter l'erreur devant elle ouvre la possibilité d'une analyse collective
- au patient : reconnaître l'erreur, l'informer des mesures prises pour atténuer les conséquences de l'erreur ainsi que des mesures de prévention pour éviter qu'elle ne se reproduise sont des actions essentielles pour lui

consultez le guide d'annonce d'un dommage associé aux soins sur le site de la haute autorité de santé (HAS), dans l'espace « outils guides et méthodes »

analyser

des outils et des méthodes existent pour vous aider à analyser d'une manière collective les événements indésirables : staffs, comités de retour d'expérience, méthode ALARM, revues de morbidité-mortalité, revues des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés (REMED©)...

mettre en œuvre un plan d'action

tous les membres de l'équipe doivent être associés et participer à la mise en œuvre du plan d'action qui découle de l'analyse de l'événement

créer les conditions d'un climat de confiance dans l'équipe

ce climat se crée dans les services qui coopèrent, se coordonnent, partagent les informations utiles aux soins des patients : chacun a un rôle actif à jouer pour que la confiance s'installe et perdure





