

VERS UN « KIT CHAMBRE DES ERREURS »



CONTEXTE

- Semaine « Sécurité Patient » 2015
- Proposer un atelier ludique, innovant et formateur
- 1^{ère} édition d'une chambre des erreurs

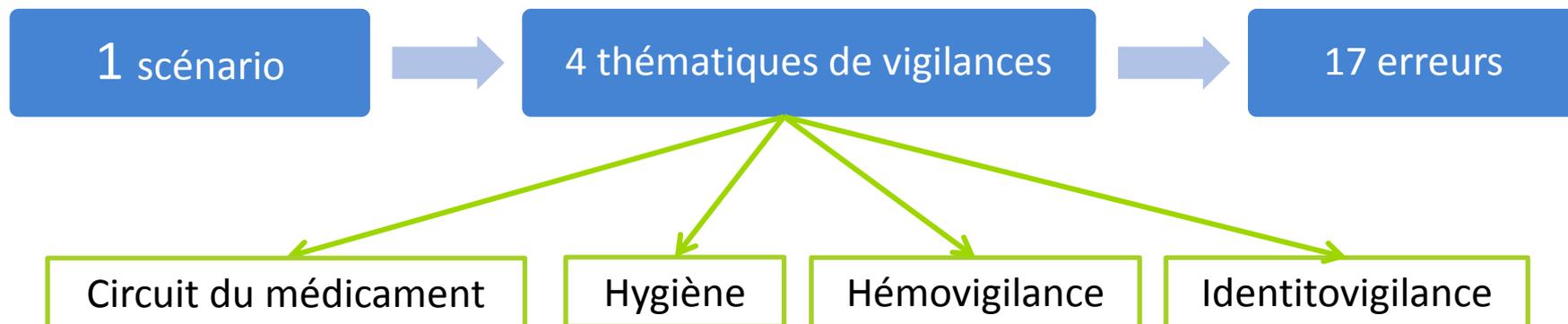
OBJECTIF N°1

- Sensibilisation
 - Sécurité de prise en charge des patients
 - Circuit des produits pharmaceutiques
 - Bonnes pratiques

MÉTHODOLOGIE

○ Equipe pluridisciplinaire

- Pharmacien
- Médecin
- Infirmière
- Ingénieur Qualité
- Gestionnaire des Risques
- Cadre de Santé



LA SEMAINE SÉCURITÉ PATIENT

La chambre



Méthodologie de simulation en santé

Briefing

Enquête dans la
Chambre des erreurs
10-15 min

Débriefing Communication
sur les Bonnes Pratiques
15 min

Le relevé des erreurs

Circuit du médicament



Erreurs

Plaquette de Xatral® 2,5 mg
découpée



Bonnes Pratiques

Médicaments sans conditionnement unitaire hospitalier

- Conserver la plaquette entière
- Déblisteriser le comprimé au moment de l'administrer
- Jeter tout comprimé non identifié

*Un comprimé doit rester identifiable : nom du médicament, dosage, n°
de lot et date de péremption*

Pilulier erroné



Pilulier correct



LA SEMAINE SÉCURITÉ PATIENT

La chambre



Circuit du médicament

Erreurs	Bonnes Pratiques
<p>Flaquette de Xatral® 2.5 mg #Scoupee</p> 	<p>Médicaments sans conditionnement unitaire hospitalier</p> <ul style="list-style-type: none">• Conserver la plaquette entière• Déballoter et le comprimé au moment de l'administrer• Jeter tout comprimé non identifié <p><i>Un comprimé doit rester identifiable : nom du médicament, dosage, n° de lot et date de péremption</i></p>
<p>Pilulier erroné</p> 	<p>Pilulier correct</p> 



Le support de débriefing

Méthodologie de simulation en santé

Briefing

Enquête dans la
Chambre des erreurs
10-15 min

Débriefing Communication
sur les Bonnes Pratiques
15 min

Distribution du Flyer
des Bonnes Pratiques

Le relevé des erreurs

Chambre des erreurs

Circuit du médicament

Erreurs 	Bonnes Pratiques 										
<p>X Plaquette de Xatral® 2,5 mg découpée</p>	<p>Médicaments sans conditionnement unitaire hospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conserver la plaquette entière • Déblisteriser le comprimé au moment de l'administrer • Jeter tout comprimé non identifié <p><i>Identification : nom du médicament, dosage, n° de lot et date de péremption</i></p>										
<p>X Erreur de préparation du pilulier</p> <p>Un cp d'Alidactone® 25 mg au lieu d'un cp d'Alprazolam® 0,25 mg prescrit</p>	<p>A chaque prise d'un médicament dans l'armoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier nom, dosage et date de péremption : autocontrôle (à voix haute) <p>Rangement de l'armoire à pharmacie par une IDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 case = 1 médicament et 1 dosage • Vérifier périmés au minimum 1 à 2 fois/ an 										
<p>X Erreur réglage PSE de Vancomycine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défaut de paramétrage de la marque de la seringue • Débit paramétré à 0,8 ml/h au lieu de 8,3 ml/h 	<p>Lors du paramétrage d'un PSE, vérifier que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la marque de la seringue utilisée est bien paramétrée sur le PSE • le débit affiché sur le PSE est conforme à la prescription autocontrôle (à voix haute) 										
<p>X Etiquetage incomplet</p> <ul style="list-style-type: none"> • De la poche d'ATB : uniquement nom du médicament, quantité et n° de la chambre • Du garde-veine 	<p>Ex d'Etiquetage complet d'une préparation injectable</p> <table border="1" data-bbox="564 1110 826 1245"> <tr> <td>DURAND Edmond</td> <td>Ch 4</td> </tr> <tr> <td>Gentamicine</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Qt tot: 216 mg</td> <td>Vol tot: 250 ml</td> </tr> <tr> <td>12/11/15</td> <td>Début: 14 h</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Prép par: Violaine Dubois</td> </tr> </table>	DURAND Edmond	Ch 4	Gentamicine		Qt tot: 216 mg	Vol tot: 250 ml	12/11/15	Début: 14 h	Prép par: Violaine Dubois	
DURAND Edmond	Ch 4										
Gentamicine											
Qt tot: 216 mg	Vol tot: 250 ml										
12/11/15	Début: 14 h										
Prép par: Violaine Dubois											

Chambre des erreurs

Hémovigilance

Erreurs 	Bonnes Pratiques 
<p>X Patient différent lit/ prescription/ tube de prélèvement</p>	<p>Aucun étiquetage des tubes à l'avance.</p> <p>L'étiquetage des tubes a lieu au lit du patient juste après le prélèvement, en vérifiant l'identité complète du patient (nom de naissance, nom usuel, prénom, date de naissance, sexe).</p>
<p>X Réalisation des 2 déterminations de groupe sanguin en même temps</p>	<p>Un groupage sanguin valide comporte 2 déterminations concordantes.</p> <p>Ces 2 déterminations sont effectuées sur deux prélèvements distincts réalisés à 2 moments vraiment différents (mais possible par la même personne).</p> <p>Une démarche d'identification réalisée à chaque détermination prélevée sécurise le groupage sanguin du patient.</p>
<p>X Prescription anticipée non-conforme : absence de signature</p>	<p>La transfusion de produits sanguins labiles (PSL) est un acte médical, délégué au personnel infirmier pour certaines étapes, sous responsabilité médicale.</p> <p>La prescription de PSL est exclusivement médicale et doit comporter l'identification et la signature du prescripteur.</p>
<p>X Prescription anticipée non-conforme : pas de case cochée sur la prescription indiquant le degré d'urgence</p>	<p>La date prévue de transfusion ou, si nécessaire, le degré d'urgence doivent être renseignés par le médecin.</p>

	Erreurs	%
1	Port de bijoux	94
2	Tubes étiquetés: DURAND Edouard 14/04/1940 Au lieu de DURAND Edmond 17/03/1940	89
3	Étiquette patient collées de façon incorrect sur le bracelet: date de naissance non visible	76
4	PSE: débit à 0,8 ml/h au lieu de 8,3 ml/h	72
5	Modalité de vérification de l'identité du patient	66
6	Aldactone 25 mg au lieu d'Alprazolam 0,25 mg	51
7	Etiquetage incomplet perfusion d'Amoxicilline	47
8	Plaquette de Xatral découpée	46
9	2 déterminations groupe sanguin par la même personne au même moment	44
10	Absence de bouchon sur le robinet du prolongateur	43
11	Absence de signature du médecin sur la prescription de transfusion	37
11	Rampe dans le lit	35
12	Pansement occlusif sur le KT veineux	34
14	Absence degré d'urgence sur la prescription	24
15	Bonnes pratiques de prélèvement non respectés: tube étiqueté à l'avance	17
16	PSE: Braun Omnifix au lieu de BD Plastipak	4
17	Absence de prolongateur du côté du KT	0

RÉSULTATS

Circuit du médicament

Hygiène

Hémovigilance

Identitovigilance

Circuit du médicament	
PSE: débit à 0,8 ml/h au lieu de 8,3 ml/h	72 %
Aldactone® 25mg au lieu d'Alprazolam 0,25mg	51 %
Etiquetage incomplet perfusion d'Amoxicilline	47 %
Plaquette de Xatral® découpée	46 %
PSE: Braun Omnifix® au lieu de BD Plastipak®	4 %

OBJECTIF N°2 : CRÉATION D'UN KIT

- Faible proportion de participants
- Contraintes d'organisation

- Pérennisation du travail
- Large potentiel du scénario créé

- Installation au cœur des unités de soins
- Affranchissement des contraintes géographiques et temporelles
- Médecins et Cadres des services : animateur

LA COMPOSITION DU KIT



- Exemple de scénario + prescriptions
- Consignes de mise en scène des erreurs
- Liste du matériel nécessaire
- Dossier informatiques des documents
 - Fiche « Relevé des erreurs »
 - Fiche de satisfaction
 - Support de débriefing
 - Flyer...
- Livret méthodologique : « Chambre des erreurs : la méthode »

Modifiables et Adaptables

LES MODALITÉS DU KIT

○ Les destinataires

- Service du CHU
- Autres établissements
 - Mutualisation

○ 2 options

- Installation d'une chambre clef en mains à partir des scénarios proposés
- Création étape par étape de son scénario et sa chambre
 - Scénario spécifique selon service (pédiatrie)

○ Pour nous contacter

- vigilancegestionrisquepharmacie@chu-angers.fr
- <http://www.aquarelsante.com>



Association pour la Qualité, la gestion des Risques
des établissements Est-Ligériens en Santé

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Pour nous contacter

vigilancegestionrisquepharmacie@chu-angers.fr

<http://www.aquarelsante.com>