



Guide pédagogique

Et si on mettait en scène nos erreurs ?

Ce guide est à destination du binôme d'animation, il présente pour les films pédagogiques relatifs à la "sécurité de la prise en charge médicamenteuse, l'analyse de l'erreur principale, les dommages associés aux soins, les facteurs contributifs et les barrières qui auraient pu éviter cet évènement.

En complément des **films supports de l'OMÉDIT Bretagne** sur la **méthode d'analyse de scénario** comme outil de formation de vos équipes, **l'OMÉDIT Normandie** a réalisé en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé, les Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires de Caen et Rouen, le groupement des cliniques privés Manche et Orne, la Polyclinique de la Baie, le Centre Hospitalier de Lisieux, le Centre Hospitalier de Vire, le Centre Hospitalier de Falaise, le Centre Hospitalier de Flers et des établissements accueillant des personnes en situation de handicap (MAS les Hauts-Vents (Vire), MAS de l'ARRED de Bois Guillaume (Rouen)), **10 films pédagogiques relatifs à la "sécurité de la prise en charge médicamenteuse"**.

Pour rappel, **l'analyse de scénario clinique d'un accident ou presque accident** vise à :

- aider à leur maîtrise
- améliorer la culture des facteurs contributifs et mesures barrières,
- promouvoir le travail en équipe.

Les documents/films de **l'OMÉDIT Bretagne sur les Never Events** sont d'ores et déjà disponibles sur le site : <http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/accueil/boite-outils/modules-de-e-learning> .

Les **films régionaux** sont dédiés aux problématiques des points de transition / transferts ville/hôpital et interservices.

Ces films sont **disponibles sur le site de l'OMÉDIT Normandie** : <http://www.omedit-normandie.fr/>



Sommaire

Films	1
Film n°1 - Monsieur Lecoœur en Hospitalisation A Domicile	1
Film n°2 - Monsieur Hiatal en Chirurgie	3
Film n°3 - L'admission du samedi en Soins de Suite et Réadaptation	5
Film n°4 - Transfert des urgences à un service de soins	7
Film n°5 - EHPAD MEDOC	9
Film n°6 - Y'a de l'eau dans le gaz	12
Film n°7 - Une sacrée migraine	14
Film n°8 - C'EHPAD toujours une infection urinaire	16
Film n°9 - Trouvez les erreurs : Cap ou pas cap	18
Film n°10 - Une masse d'erreur	20
Film n°11 – Des morphiniques pour Mme Gique	22
Grille de recueil	24



Film N°1 : Monsieur Lecoeur en Hospitalisation A Domicile



Contexte :

M. Lecoeur, 60 ans, est hospitalisé pour une endocardite (infection du cœur) et doit recevoir une antibiothérapie pendant 4 semaines. Il a un Picc-line et nécessite des soins cutanés (pansement complexe). Las d'être hospitalisé depuis déjà 15 jours et de regarder le même feuilleton hospitalier, il demande avec insistance son retour à la maison car il n'a personne pour prendre soin de ses animaux le week-end. Une prise en charge rapide par l'HAD à partir du week-end, soit le vendredi même, s'organise.

Analyse :

Principales erreurs :

- Erreur de dispensation de l'anticoagulant (Innohep)
- Erreur de préparation de la dose à administrer d'antibiotique (dilution)

Autres erreurs

- Prescription : non-respect des règles de prescription pour l'héparine (ml et pas UI)
- Circuit du médicament : pas de validation pharmaceutique (posologies / indications)
- Prescription d'antibiotique inadaptée au fonctionnement de l'HAD (seulement 2 passages IDE prévus)
- Etiquetage de la préparation d'antibiotique incomplet : il manque les nom/prénom du patient, la voie d'administration, heure de préparation.
- Non respect de la confidentialité des données médicales (coup de fil dans le couloir)
- Hygiène : stéthoscope autour du cou, bijoux IDE, urinal sur la table où IDE devrait préparer l'injection, absence de gants lors des soins à domicile, de friction avec SHA par l'IDE avant d'entrer dans la chambre de l'établissement, absence de friction avec SHA par l'IDE au domicile du patient avant la préparation de l'antibiotique injectable
- Absence de vérification par un pharmacien de l'ordonnance lors de la dispensation
- Présence de bulles dans la poche
- Bandoulière de la pompe placée sur le pansement (domicile)
- Annonce du dommage associé aux soins réalisée de manière anxieuse

Facteurs contributifs :

- Absence de protocole de reconstitution pour l'antibiotique (méconnaissance de la stabilité des produits et des modalités de dilution) : Volume de solvant non prescrit
- Prescription non adaptée au fonctionnement de l'HAD : selon RCP, mini 4 injections/jour mais seulement 2 passages IDE prévus
- Timing serré avec notion d'urgence pour la mise en place de l'organisation
- Non appropriation du dossier médical : héparine prescrite à but préventif
- Seuls les dosages d'Innohep en curatif sont inscrits au livret thérapeutique, d'où une certaine méconnaissance du médicament par IDE et préparateur (concentrations selon indications : préventif/curatif)
- A la PUI, préparateur seul
- Au domicile, manque d'hygiène et interruption de tâches

Barrières qui auraient pu éviter cet évènement :

- Sécuriser la prescription :
 - o Prescrire systématiquement les héparines en UI
 - o Prescrire la posologie : rythme et dilution pour l'ATB (au moins apports maxi autorisés/24h)
 - o Informatisation des prescriptions de sortie (et du courrier de sortie), protocolisation des antibiothérapies
- Sécuriser la préparation par la mise à disposition d'un livret des injectables à l'HAD / au domicile du patient : indiquant les solvants et les concentrations limites
- Pharmacie : mise en place de la validation systématique des ordonnances, l'accès au dossier patient (et la conciliation de sortie)
- Sensibiliser le personnel aux erreurs médicamenteuses
- Encourager la déclaration d'événements indésirables
- Mettre à disposition des IDE une étiquette pour préparation injectable pré imprimée informatisée
- Mieux indiquer au patient le numéro d'appel en cas de problème
- favoriser la communication entre professionnels de santé (en s'aidant par exemple du guide SAED de l'HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante)



Film N°2 : Monsieur Hiatal en chirurgie



Contexte :

Monsieur HIATAL Erni, 67 ans, traité par coumadine pour fibrillation auriculaire, revient dans le service de chirurgie digestive du bloc opératoire où il a été opéré d'une hernie inguinale, après être passé en soins continus.

Une infirmière le prend en charge à son arrivée dans le service.

Analyse :

Principale erreur :

- Prescriptions de 2 anticoagulants différents

Autres erreurs

- Le patient donne son année de naissance uniquement (il manque le jour et le mois pour respecter les règles d'identitovigilance)
- Dossier du patient laissé sur le lit lors du transfert dans le couloir
- Prescription de l'héparine en mg et non en unités (recommandations)
- Anesthésiste en tenue de bloc dans le service (tenue devra être changée à son retour au bloc)
- Armoires de pharmacie du service de soins ouvertes en continu
- Problème de confidentialité : l'ambulancier privé interpelle les infirmières dans le couloir en nommant un patient, et tout se règle dans ce même couloir
- Défaut d'étiquetage de la seringue (numéro de chambre) avec préparation à l'avance alors que les bonnes pratiques de préparation recommandent de préparer les injections extemporanément
- IDE 1 interrompue par transporteur privé au moment où elle souhaitait téléphoner pour vérifier les prescriptions (non concordantes entre anesthésiste et chirurgien)
- Défaut de transmission d'information entre IDE 1 et IDE 2
- Absence de vérification de la prescription par l'IDE 2 avant injection du Lovenox (elle fait confiance à sa collègue)
- Absence de gestion du traitement personnel (présence de la Coumadine sur la table de chevet)

- IDE 2 ne se frictionne pas les mains avec la solution hydro alcoolique avant de mettre les gants
- Boîte à aiguille non présente sur l'adaptateur alors qu'il est prévu une injection
- Check-list post opératoire non remplie
- Manches longues présentes sous la blouse (chirurgien), blouse ouverte

Facteurs contributifs :

- Absence de PC en surveillance continue, d'où présence de support de prescription papier
- Interruptions de tâche (non transmission de l'anomalie par téléphone de l'IDE au médecin car interrompue par ambulancier)
- Surcharge de travail, stress
- Absence de vérification par le chirurgien du dossier d'anesthésie
- Existence de 2 prescriptions sur 2 supports différents (papier et informatique) pour un même patient (absence de PC en surveillance continue, d'où présence de support de prescription papier)

Barrières qui auraient pu éviter cet évènement :

- Respect de la règle des 5B (Bon Patient, Bon Médicament, Bon dosage, Bon moment, Bonne voie d'administration)
- N'utiliser qu'un seul support de prescription : le logiciel, qui permet la prescription, l'analyse de la prescription et la validation de l'administration
- Mettre en place un plan d'action pour lutter contre les interruptions de tâches (mise en œuvre des pratiques de fiabilité)
- Mettre en place un plan d'action concernant la gestion du traitement personnel du patient
- Promouvoir la conciliation médicamenteuse
- Mettre en place la check-list post opératoire
- Encourager à la déclaration d'événements indésirables
- Lors de la consultation de pré anesthésie, expliciter à la famille les modifications et arrêts de traitements (arrêt Coumadine avant et quelques jours après intervention)
- favoriser la communication entre professionnels de santé (en s'aidant par exemple du guide SAED de l'HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante)

Plus d'outils sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe



Film N°3 : L'admission du samedi en Soins de Suite et Réadaptation



Contexte :

M. Bertrand BERNARD, âgé de 70 ans, a été hospitalisé en service de chirurgie pour une ligamentoplastie pendant 3 jours. Le patient très autonome, chute à son domicile 2 jours après sa sortie. Il va consulter son médecin traitant, qui modifie son traitement médicamenteux et demande son admission en service de Soins de Suite et Réadaptation, dès le lendemain matin (samedi). M. Bertrand BERNARD a apporté ses traitements personnels (sac plastique contenant différentes boîtes et le pilulier géré par sa fille).

Analyse :

Principale erreur :

- Surdosage d'un médicament antihypertenseur (Loxen 50 LP et Loxen 20)

Autres erreurs

- Admission sans contrôle de l'identité
- Bracelet d'identification non posé
- Port d'une bague
- Oubli d'une friction de produit hydro alcoolique
- Pilulier laissé dans la chambre, dans une chambre à deux lits avec un risque d'identitovigilance (Mr BERTRAND avec Mr Bertrand BERNARD)
- Pilulier mal identifié
- Manches longues présentes sous la blouse, vernis à ongle (médecin)
- Absence de vérification du contenu du sac (médicaments et ordonnances)
- Absence d'identification du sac de médicaments (étiquette patient)
- Absence d'évaluation de la douleur

Facteurs contributifs :

- Arrivée un samedi matin, pas de pharmacien disponible au SSR pour analyse de la prescription, pas de contact possible avec le médecin de ville du patient
- Infirmière du pool : ne connaît pas les habitudes du service
- Présence d'un élève infirmier nécessitant un encadrement par un IDE
- Le patient n'a pas l'ordonnance faite par son médecin traitant
- Charge de travail relativement importante
- Interruptions de tâche, double contrôle perturbé par l'appel téléphonique

Barrières qui auraient pu éviter cet évènement :

- Sensibiliser les professionnels à l'identitovigilance et à l'erreur médicamenteuse
- Lors de l'accueil d'un patient, l'IDE doit prendre en charge son patient jusqu'à l'installation « totale du patient » jusqu'à la visite du médecin.
- Aucune admission le samedi
- Redéfinir le processus d'admission (pas d'utilisation de l'outil trajectoire par le médecin traitant)
- Prendre la tension avant l'administration du Loxen
- favoriser la communication entre professionnels de santé (en s'aidant par exemple du guide SAED de l'HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante)



Film N°4 : Transfert des urgences à un service de soins



Contexte :

Une Dame de 75 ans arrive aux Urgences pour altération de l'état général avec vertiges passagers et fièvre inexplicquée depuis 3 jours. Arrivée de la patiente avec son traitement habituel de ville (ordonnances + médicaments).

Analyse :

Principale erreur :

- Non étiquetage du traitement personnel du patient dans le service ayant entraîné une erreur d'identitovigilance

Autres erreurs

- Infirmière d'Accueil et d'Orientation : absence de friction par SHA avant auscultation de la patiente
- Traitement personnel de la patiente laissé sur une paillasse par l'IDE
- Armoire à médicament de la salle de soin ouverte
- Glissement de tâche : rangement des médicaments par l'AS
- Armoire laissée ouverte par l'AS
- Absence de friction avec SHA par le médecin lors de son entrée dans la chambre du patient
- Absence d'explications fournies au patient sur les modifications de traitements médicamenteux

Facteurs contributifs :

- Transfert lié aux urgences : charge de travail importante
- AS voulant aider mais en dépassant son rôle propre
- Pas de vérification du sac par l'AS avant transmission au médecin

Barrières qui auraient pu éviter cet évènement :

- Sensibiliser les professionnels à l'identitovigilance et à l'erreur médicamenteuse
- Lors de l'accueil d'un patient, l'IDE doit prendre en charge son patient jusqu'à l'installation totale et jusqu'à la prescription par le médecin
- Rappel du rôle propre des différents acteurs dans la prise en charge médicamenteuse
- Eviter les interruptions de tâche
- favoriser la communication entre professionnels de santé (en s'aidant par exemple du guide SAED de l'HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante)



Film N°5 : « EHPAD MEDOC »



Contexte :

Mme Algo âgée de 85 ans, entrée en EHPAD depuis 5 ans, est ressortie hier d'hospitalisation. Une décision de soins palliatifs en concertation avec les soignants et la famille a été prise avec un choix d'accompagnement en EHPAD. Ce matin, l'activité est relativement calme, avec l'arrivée d'une nouvelle résidente dont les habits sont partis au marquage et l'arrivée des deux filles de Mme Algo.

Analyse :

Principales erreurs :

- Absence de procédure dégradée connue en cas d'impossibilité de connexion au dossier informatisé
- Médicaments sur le chariot laissés sans surveillance avec un résident qui déambule, dont le Topalgic®
- Flacon multi dose (Topalgic®) laissé sans surveillance avec absence de mention de la date d'ouverture du flacon et du nom du résident
- Ecrasement de comprimés qui ne le sont pas (Kaléorid®, Esoméprazole®, Depakine® et Xeloda®), avec un matériel de broyage non adapté (vis), réalisé par une infirmière enceinte (risque tératogène)
- Absence de contrôle de l'identité du résident avant administration (patch Durogésic® sur mauvais résident) - (règles d'identitovigilance : revoir l'accueil d'un nouveau résident, la gestion du linge et son marquage)
- Absence de vérification de la présence d'un autre patch avant de poser le patch de Durogésic®
- Absence de vérification des modalités de prise (précisées sur plan de soins informatisé) pour les traitements de 2 patients atteints de DMLA à la même table
- Retranscription par Infirmier des prescriptions orales des médecins
- Erreur de paramétrage du logiciel d'aide à la prescription : dénomination de médicament erronée « Héparine 200mgr cp 40 (Valproate de scopolamine), avec utilisation d'abréviations également erronées « VC » au lieu de « VO »

Autres erreurs

- Transmissions insuffisantes entre l'IDE et l'aide-soignant pour l'aide à la prise : absence de vérification des traitements et des résidents avant la distribution des médicaments par l'Aide-soignant, pour deux patients atteints de DMLA (« mise en bouche » indiquée sur le support de prescription informatisé)
- Prescription de l'héparine en mg et non en unités (recommandations)
- Préparation à l'avance du Durogesic (non-respect des bonnes pratiques de préparation : préparer extemporanément)
- Absence de nettoyage de l'écrase médicament entre chaque manipulation (en particulier en cas de préparation pour plusieurs résidents différents)
- Pas de friction des mains avec la solution hydro alcoolique par l'infirmier avant d'aller dans la chambre
- Pilulier mal identifié
- Non-respect de la confidentialité : transmissions sans que la porte ne soit fermée
- Appel du médecin par l'infirmier sans évaluation du résident (transmission d'informations après échanges entre aide-soignant et l'infirmier)

Facteurs contributifs :

- Arrivée d'un résident sans vêtements identifiés
- Interruptions de tâche : infirmier interrompu par la famille au moment de la préparation des doses à administrer
- Appel d'une infirmière de l'autre secteur : ne connaît pas les habitudes du service, ni les résidents
- Non appropriation du dossier de soins informatisé par l'ensemble des IDE
- Aide-soignant laissé seul
- Absence de protocole de soins individuel sur l'adaptation de l'AVK selon les résultats de TP/ INR (prescription orale et retranscription par IDE sur sa main)
- Prescription non adaptée chez un patient en fin de vie
- Absence de vérification de la possibilité d'écraser les comprimés ou d'ouvrir les gélules

Barrières qui auraient pu éviter cet évènement :

- Sensibiliser les professionnels à l'identitovigilance et à l'erreur médicamenteuse : respect de la règle des 5B (Bon Patient, Bon Médicament, Bon dosage, Bon moment, Bonne voie d'administration) – connaître les protocoles mis à jour régulièrement
- N'utiliser qu'un seul support de prescription/administration : le logiciel, qui permet la prescription, l'analyse de la prescription et la validation de l'administration, avec une procédure dégradée en cas d'impossibilité de se connecter au dossier informatisé
- Mettre en place un plan d'action pour lutter contre les interruptions de tâches (mise en œuvre des pratiques de fiabilité) : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/guide_it_140316vf.pdf
- Sécuriser la prescription :
 - o Prescrire systématiquement les héparines en UI
 - o Anticiper les adaptations posologiques ou les prescriptions « si besoin » : protocolisation individuelle (ex : AVK, insuline, antalgiques)
- Sécuriser la préparation des stupéfiants (ne pas les laisser sur le chariot, 5B, etc.)
- Limiter le délai entre la réévaluation des traitements per os pour un résident en fin de vie, ayant des problèmes de déglutition, et sa mise en place effective (ex : anticiper les besoins dans le cadre d'une RCP)
- Développer la conciliation de sortie (permettant de réévaluer les prescriptions en sortie d'hospitalisation)
- Encourager la déclaration d'événements indésirables
- favoriser la communication entre professionnels de santé (en s'aidant par exemple du guide SAED de l'HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante)



Film N°6 :

« Y'a de l'eau dans le gaz »



Contexte :

C'est le 1^{er} Novembre, jour férié, les équipes sont réduites et c'est l'arrivée des nouveaux internes de médecine. Un patient, Mr Lefebvre, est emmené aux urgences pour douleurs abdominales. Une fois installé dans un box, il est mis sous oxygène avant que le médecin ne prescrive un bilan radiologique. Rapidement son transfert en radiologie est pris en charge par l'équipe soignante et les brancardiers...

Analyse :

Principales erreurs :

- Erreur d'administration de gaz médical: Au lieu d'être branché à une bouteille d'oxygène, le patient reçoit par mégarde du MEOPA (Kalinox®)

Autres erreurs

- Absence de prescription par le médecin
- Défaut de vérification de l'identité
- Identification de la bouteille par sa couleur
- Administration par du personnel non qualifié (AS)
- Mauvaise manipulation des bouteilles lors du transport
- Identitovigilance
- Mauvaise organisation des locaux
- Remplissage du bon de radiologie par du personnel non qualifié (externe)

Facteurs contributifs :

- Contexte d'urgence
- Surcharge de travail
- Interruption de tâche
- Changement des équipes (internes)
- Traitement habituel du patient

Barrières qui auraient pu éviter cet évènement :

- Systématiser la prescription écrite d'oxygène
- Organisation des locaux
- Double vérification avant administration
- Sensibiliser le personnel sur le statut "médicament" des gaz médicaux et son circuit au sein de l'établissement
- Rédaction d'une fiche "never events" sur les bonnes pratiques d'administration des gaz médicaux
- Formation du personnel aux gaz médicaux
- Affiche sur les recommandations d'utilisation des gaz médicaux et les risques associés
- Rappels au personnel sur les règles de l'identitovigilance (règle des 5B)
- Rappels au personnel de la réglementation sur la délégation de tâche
- Encourager à la déclaration d'événements indésirables
- favoriser la communication entre professionnels de santé (en s'aidant par exemple du guide SAED de l'HAS : http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saedun-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante)



Film N°7:

« Une sacrée migraine »

Contexte :

La petite Noémie Graine (12 ans) est hospitalisée dans un service de pédiatrie pour la prise en charge de céphalées persistantes et rebelles au traitement par antalgique. Nous suivons sa prise en charge au sein de l'unité de soins.

Analyse :

Principales erreurs :

- Erreur de voie d'administration d'un médicament (voie IV alors que suspension buvable prévue en voie orale) du fait de l'absence d'une pipette d'administration

Autres erreurs

- Absence de frictions des mains avec la solution hydro-alcoolique par l'IDE avant son entrée dans la chambre de l'enfant
- Prescription orale du médecin sans régularisation de la prescription dans le logiciel de prescription-administration
- Utilisation d'une seringue IV au lieu de la pipette d'administration prévue à l'administration de l'anti-inflammatoire ou à défaut d'une seringue pour administration orale
- Pas de prise de contact de l'IDE Sophia auprès de la pharmacie (ou d'une autre unité) pour obtenir une pipette
- Pas d'identification de la seringue (nom et prénom de l'enfant, DCI, dosage, posologie et voie d'administration du médicament)
- Transmissions insuffisantes entre Sophia et Mado concernant le traitement et la prise de charge de la petite Noémie
- Pas de vérification par Mado auprès de Sophia de la prescription de l'anti-inflammatoire alors que médicament absent de la prescription informatisée
- Pas de vérification de Mado du plateau préparé par Sophia

Facteurs contributifs :

- Prise en charge de la douleur chez l'enfant : urgence
- Parent inquiet et pressant pour obtenir un traitement adapté
- Prescription orale, sans régularisation de la prescription
- Interruption de tâche
- Pas de communication suffisante entre le personnel soignant
- Lumière tamisée dans la chambre de l'enfant

Barrières qui auraient pu éviter cet évènement :

- Sensibiliser les professionnels à l'erreur médicamenteuse : respect de la règle des 5B (Bon Patient, Bon Médicament, Bon dosage, Bon moment, Bonne voie d'administration)
- Sensibiliser les professionnels au danger des prescriptions orales
- Sensibiliser les professionnels aux recommandations de l'ANSM concernant l'utilisation des pipettes et autres dispositifs d'administration des solutions buvables pour limiter les erreurs médicamenteuses
- Sensibiliser les professionnels à l'interruption de tâche
- Favoriser la communication efficace entre les professionnels de santé



Film N°8 : « C'EHPAD toujours une infection urinaire »



Contexte :

Nous sommes le 6 Décembre 2017. Madame Dupont, incontinente et insuffisante rénale, est une résidente de 82 ans dans un EHPAD dans pharmacie à usage intérieur.

Analyse :

Principales erreurs :

- Réalisation d'une bandelette urinaire suite à des urines malodorantes suivie de l'instauration d'une antibiothérapie sans examen clinique

Autres erreurs

- Boite de bandelette urinaire périmée (préemption non vérifiée par l'aide-soignante)
- Réalisation de la bandelette urinaire dans la protection et sans respect du délai de lecture
- Erreur d'identitovigilance : Madame Dumont à la place de Madame Dupont
- Orientation du diagnostic par l'aide-soignante et l'infirmière et confirmation du diagnostic par le médecin sans examen clinique
- Prescription orale et non claire du médecin
- Erreur dans le choix de l'antibiotique, de sa posologie et de sa durée de traitement (selon les dernières recommandations de la SPILF 2014)
- Voie d'administration de l'antibiotique non précisée par le médecin
- Stock de ciprofloxacine disponible dans l'établissement
- ECBU réalisé par l'aide-soignant
- Mauvaise technique du recueil des urines pour l'ECBU
- Absence du nom de la résidente sur le bon de demande d'examen
- Interaction médicamenteuse : Préviscan® et ciprofloxacine®
- Ecrasement de la ciprofloxacine® sans vérification de la faisabilité

Facteurs contributifs :

- Habitude de pratiques (bandelette urinaire et ECBU)
- Méconnaissance de la différence entre colonisation et infection
- Méconnaissance des nouvelles recommandations ou défaut d'actualisation
- Médecin absent de la structure
- Appel téléphonique inaudible
- Interruption de tâche du médecin
- Transmission partielle de l'information de l'équipe paramédicale au médecin
- Pas d'interrogatoire du patient par le médecin
- Absence de vérification de la possibilité d'écraser les comprimés ou d'ouvrir les gélules
- Surcharge de travail ou mauvaises habitudes amenant à des glissements de tâches

Barrières qui auraient pu éviter cet évènement :

- Mise en place de protocoles de réalisation de la bandelette urinaire et de l'ECBU
- Eviter les bandelettes urinaires et les ECBU systématiques (formation, sensibilisation du personnel)
- Formation du personnel au port d'EPİ, aux précautions standards dont la gestion des excréta
- Si prescription orale : faire répéter pour s'assurer de la bonne compréhension puis toujours systématiser la prescription écrite
- Sensibiliser les professionnels à l'identitovigilance
- Rappels aux professionnels de la réglementation sur le glissement de tâche
- Stock de médicaments : déterminer une liste de médicaments d'urgence
- Rappels sur les risques associés aux interruptions de tâches
- Formations du personnel aux erreurs médicamenteuses
- Rappel sur les infections urinaires
- Mettre à disposition des soignants et médecins des outils pratiques (listes des comprimés écrasables et gélules pouvant être ouvertes, la liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD)
- Numéro de téléphone utiles (Normantibio®)



Film N°9 : « Trouvez les erreurs Cap ou pas Cap »



Contexte :

C'est le matin, Mélanie, Aide Médico-psychologique (AMP) dans un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), prend son quart et prépare le traitement du matin pour Alain Firmerie, résident du FAM, avant de l'emmener en salle de restauration. Dans la salle, se trouve plusieurs autres résidents, ainsi que Pauline, AMP, et Colombe, stagiaire AMP arrivée récemment dans la structure.

Analyse :

Principale erreur :

- Administration double des traitements à Alain Firmerie

Autres erreurs

- Les comprimés sont écrasés tous ensemble avec un broyeur non adapté, unique pour l'ensemble des résidents
- Absence de nettoyage de l'écrase-comprimés (résidus de poudre)
- Pas de protection de l'IDE (masque, gants) lors de l'écrasement des comprimés
- Les médicaments écrasés sont mélangés dans un verre d'eau gélifié avec un volume important, non administré entièrement
- Identitovigilance : Julien Pierre reçoit les traitements de Julien Roche
- Préparation à l'avance des médicaments sous forme de gouttes dans des petits pots non identifiés
- Les traitements hors piluliers sont placés sur les plateaux des résidents mais non identifiés en termes d'heure de prise
- Absence de date limite d'utilisation après ouverture du flacon de Gaviscon®
- Erreur de prescription/administration du Gaviscon® : celui-ci doit se prendre de préférence le soir, et à distance des autres médicaments selon le RCP
- La compote dans laquelle sont mis les comprimés écrasés est laissée sur le chariot sans surveillance, à portée des résidents

- L'AMP ne se lave pas les mains en entrant et en sortant de la chambre du résident
- L'IDE ne retire pas ses gants pour répondre au téléphone

Facteurs contributifs :

- Traçabilité non réalisée en temps réel
- Multiplicité des intervenants et des tâches à accomplir
- Défaut de communication
- Interruptions de tâche (AMP interrompu par IDE, AMP interrompue par le résident, IDE interrompue par AMP...)
- Matériel non adapté pour préparer les comprimés écrasés
- Stagiaire nouvelle
- Identité du résident transmise incomplète
- Sous-effectif
- Etat psychologique des résidents

Barrières qui auraient pu éviter cet évènement :

- Définir le processus d'administration (une seule personne définie dédiée à cette tâche)
- Réaliser la traçabilité en temps réel
- Sensibiliser au processus de traçabilité
- Limiter les interruptions de tâche
- Sensibiliser le personnel à la gestion des risques
- Encourager à la déclaration d'erreur
- Mettre en place des CREX
- Mettre à disposition la liste des comprimés pouvant être écrasés/gélules pouvant être ouvertes et les recommandations de bonnes pratiques
- Sensibiliser à l'identitovigilance
- Liste du personnel habilité pour l'aide à la prise après évaluation par l'IDE
- Définir un laps de temps pour un nouvel arrivant avant habilitation pour l'aide à la prise de manière à ce qu'il connaisse les résidents
- Identification des résidents avec des photos sur les plans de soins, piluliers...
- Rappeler les règles d'hygiène



Film N°10 :

« Une MASSE d'erreur ? »



Contexte :

C'est le matin, Patricia, Infirmière (IDE) au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), appelle le Docteur Le Barbé devant le comportement inhabituel d'Annie, une résidente de l'établissement.

Analyse :

Principale erreur :

- Erreur dans la préparation des doses à administrer, non interceptée par l'IDE

Autres erreurs

- Utilisation d'un reliquat de traitement arrêté d'un résident pour un autre résident
- Absence de sécurisation de l'infirmierie par l'IDE lorsqu'elle s'absente (clés sur la porte, porte grande ouverte, traitements laissés sans surveillance sur la paillasse, etc ...)
- Rangement dans l'armoire à pharmacie des traitements des résidents par l'étudiante en pharmacie
- Erreur au cours de l'administration des médicaments : l'IDE donne la consigne d'écraser les médicaments sans avoir au préalable informé le médecin, vérifié la faisabilité de l'écrasement
- Erreur au cours de l'administration des médicaments : l'IDE donne la consigne d'écraser les médicaments en même temps avec un broyeur non adapté (verre + soucoupe)
- Utilisation d'un flacon multidose pour plusieurs résidents
- Absence de date d'ouverture ou de date limite d'utilisation sur le flacon de Loxapac®
- Le médecin et l'IDE ne se lavent pas les mains en sortant de la chambre d'Annie (résidente)

- L'IDE ne se lave pas les mains avant de préparer les médicaments pour la dose du midi

Facteurs contributifs :

- Interruption de tâche pendant l'étape de contrôle des doses à administrer
- Prise en charge en urgence d'un patient agité : demande expresse du médecin d'initier le traitement au plus vite
- Absence de dotation pour besoin urgent dans l'établissement
- Défaut de transmission des informations
- Absence de l'IDE lors de la livraison des traitements commandés
- Résident avec un mal de gorge, aide à la prise des traitements en cours, absence de médecins et d'outils adaptés disponibles dans l'établissement pour l'écrasement des comprimés

Barrières qui auraient pu éviter cet évènement :

- Sensibiliser les professionnels à l'erreur médicamenteuse : respect de la règle des 5B
- Sensibiliser les professionnels à l'interruption de tâche
- Limiter les interruptions de tâche
- Création d'une dotation pour besoin urgent
- Rappel du rôle propre des différents acteurs dans la prise en charge médicamenteuse
- Rédiger des procédures de prise en charge des livraisons et des modalités de réceptions des médicaments
- Sensibiliser les professionnels aux règles relatives à l'écrasement des comprimés et à l'ouverture des gélules
- Mettre à disposition des professionnels des outils (liste de médicaments écrasables ou ouvrables, broyeur adapté, procédure sur les règles d'hygiène, etc ...)
- Rappel les règles de préparations des médicaments
- Rappel des règles d'hygiène



Film N°11 : « Des morphiniques pour Chantal Gique »



Contexte :

Madame Chantal Gique , patiente de 52 ans, est hospitalisée en SSR pour équilibrage des douleurs dans le cadre d'un cancer du sein.

Elle est prise en charge par Heidi Morphine (interne en médecine) ainsi que Maud Zarella (IDE) et Gérard Tichot (ASH).

Analyse :

Principale erreur :

- Erreur de prescription lors du relai per-os – PCA (erreur de dose et horaire de prescription)

Autres erreurs

- Erreur d'identitovigilance : la patiente ne porte pas de bracelet d'identitovigilance
- Défaut d'information de la patiente sur la PCA
- Erreur de programmation de la pompe PCA
- Erreur de programmation de la pompe PCA
- Erreur de perfusion : sur un seul site
- Erreur de perfusion : pas de valve anti-retour, connexion trop éloignée du site d'injection
- Erreur d'identitovigilance : l'AS ne vérifie pas la bonne identité de la patiente
- Pression du bouton poussoir par l'AS
- Réalisation d'un soin sans attendre le délai minimal d'efficacité du bolus administré
- Non-respect des règles d'hygiène (vernis à ongles, port de bagues, cheveux détachés)
- Défaut d'informations sur le pochon de la PCA
- Rédaction d'une prescription de sortie non-conforme à la réglementation
- Mauvaise interprétation d'un symptôme : le myosis est un signe d'imprégnation et non de surdosage

Facteurs contributifs :

- Manque de connaissances (interne, IDE)
- Défaut d'information (AS, patiente)
- Retranscription des données de paramétrage sur une feuille de papier
- Interruption de tâche
- Défaut de surveillance
- Absence de vérification des traitements en cours
- Défaut de communication
- Surcharge de travail ou mauvaises habitudes amenant à des glissements de tâches

Barrières qui auraient pu éviter cet évènement :

- Formation des IDE et médecins
- Information des autres professionnels
- Information des patients
- Double vérification des calculs de dose, débit, concentration...
- Sensibilisation des professionnels à l'identitovigilance
- Rappels aux professionnels de la réglementation sur le glissement de tâche
- Rappels sur les risques associés aux interruptions de tâches
- Rappels des règles d'hygiène
- Formation du personnel aux erreurs médicamenteuses
- Mise à disposition des soignants et médecins d'outils pratiques (procédures et protocoles, tableau d'équianalgésie, fiche de surveillance, mémo PCA, document d'information patient...)

Grille de recueil



Date de l'analyse :

Formateurs :

Scénario retenu :

Analyse de l'établissement témoin



• Principal (e) erreur/défaut de soins ?

Autres erreurs/défaut de soins ?

• Facteurs contributifs ?

• Barrières qui auraient pu éviter cet événement ?



• Probabilité de survenue d'un événement similaire ?

Probable

Rare

Extrêmement rare

Improbable

• Principales barrières existantes ?

• Principales défaillances existantes

• Propositions d'améliorations
