

Introduction / Objectif

En novembre 2015, à l'occasion de la « semaine de la sécurité des patients », nous avons mis en place une « chambre des erreurs », outil ludique de simulation permettant de sensibiliser et de former les professionnels à la détection d'erreurs médicamenteuses inhérentes à notre établissement de santé mentale. L'objectif de notre enquête était d'évaluer la qualité de l'outil mis en place.

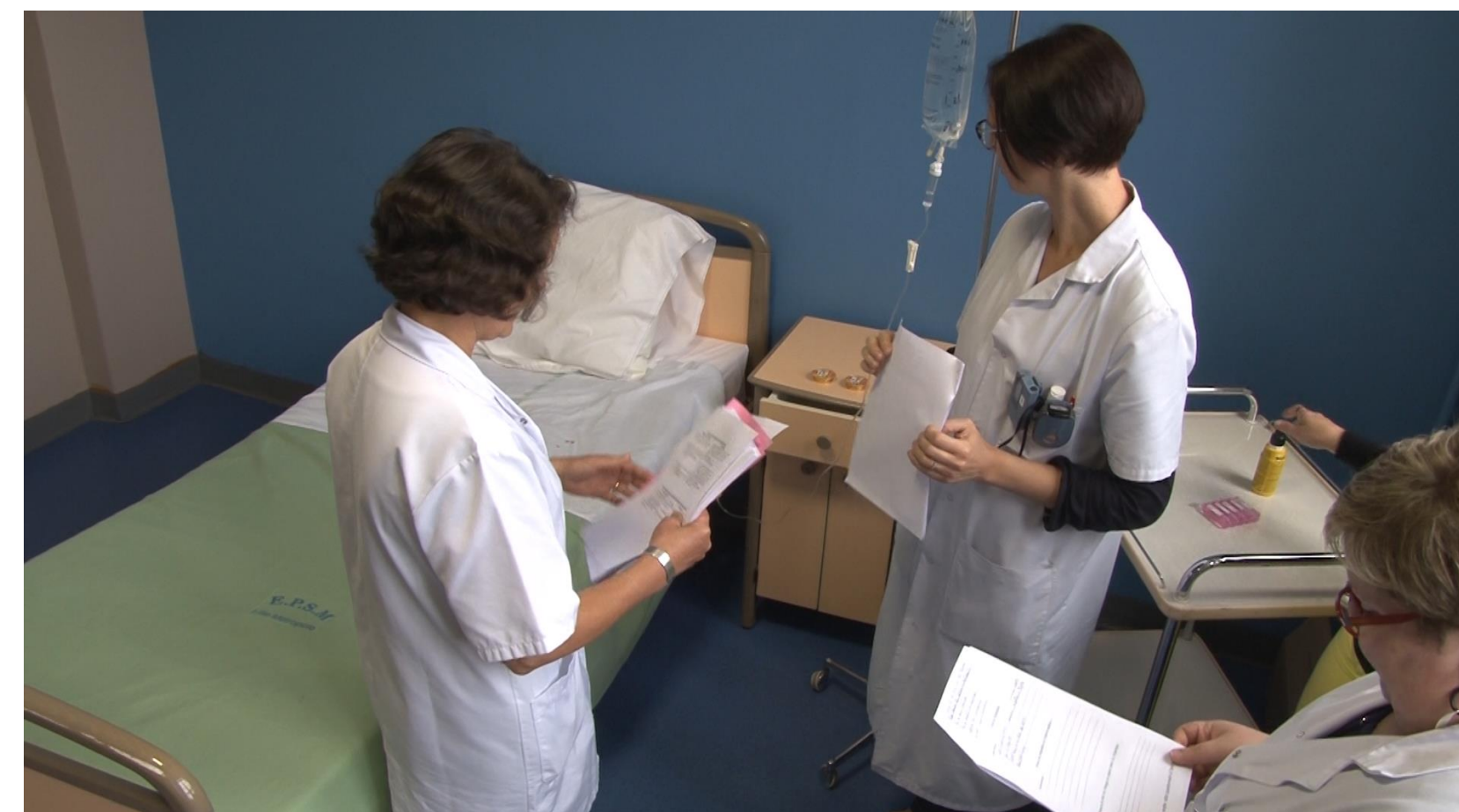
Matériel et méthode

Séances d'une heure animées par un pharmacien, avec un débriefing des erreurs réalisées à chaque étape

Outils utilisés pour la simulation des erreurs :

Reconstitution d'une chambre de patient avec :

- ✓ Un lit
- ✓ Un chariot de soin infirmier
- ✓ Une ordonnance du domicile établie par le médecin traitant
- ✓ Une ordonnance d'hospitalisation informatisée sur portable (Cariatides)
- ✓ Une armoire avec traitements dispensés par la pharmacie de l'établissement



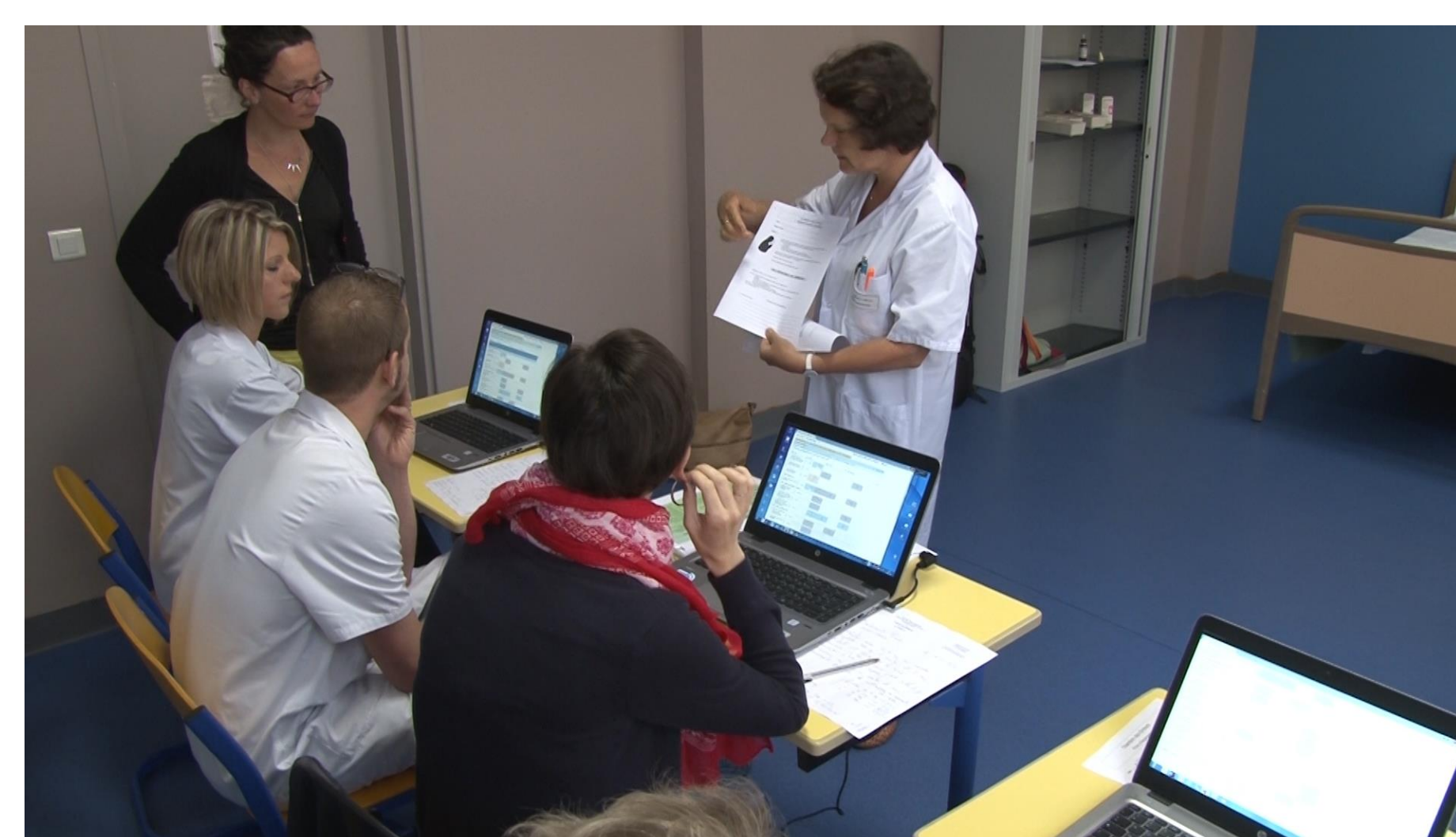
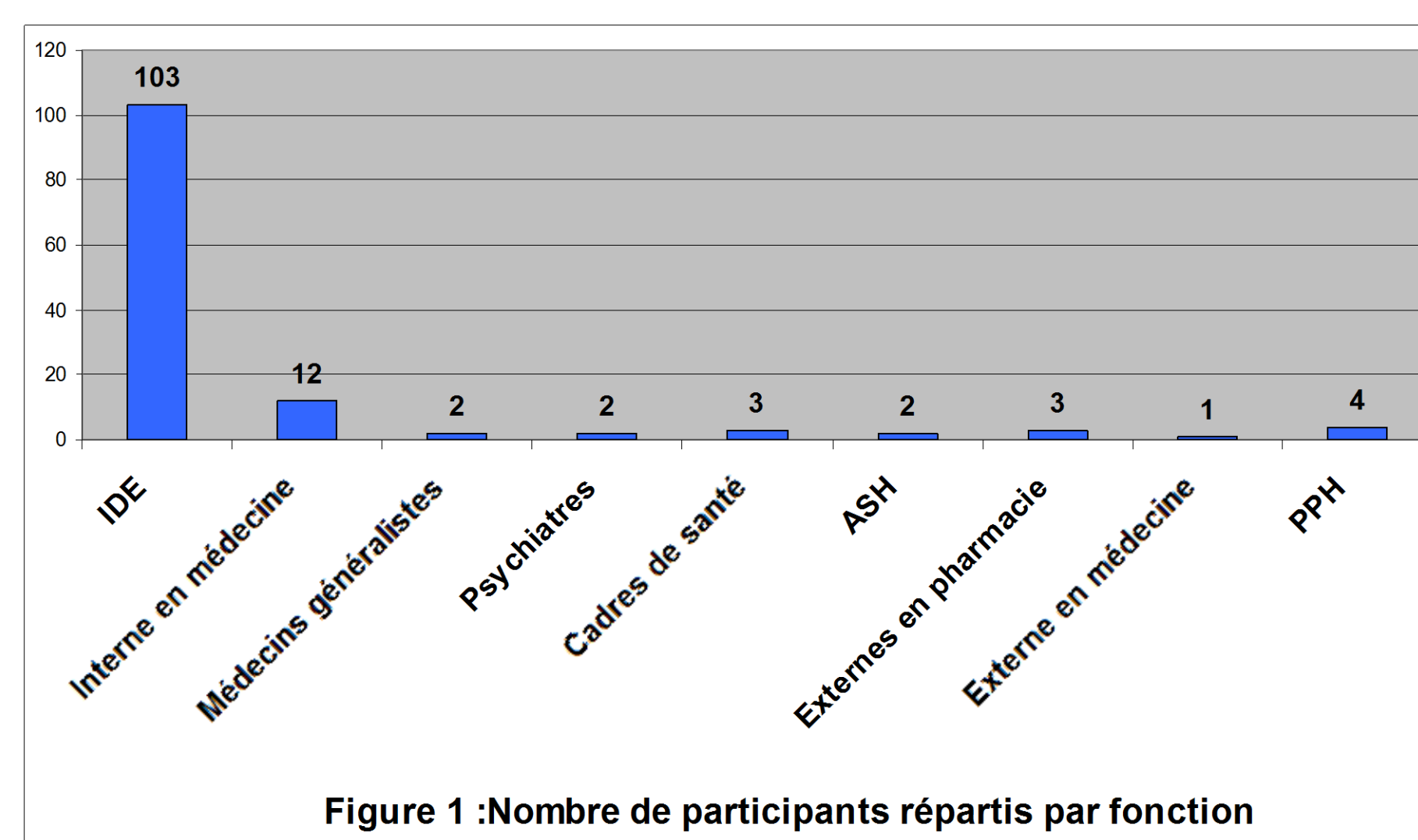
Outils complémentaires :

- ✓ Questionnaires d'enquête destinés aux participants
- ✓ Guide des médicaments à risque
- ✓ Guide d'écrasement des comprimés et d'ouverture des gélules
- ✓ Tables de conversion gouttes/mg des solutions buvables
- ✓ Questionnaires de satisfaction

Résultats

Chaque étape de la prise en charge médicamenteuse du patient, de la prescription à l'administration faisait l'objet d'un certain nombre d'erreurs. Vingt trois erreurs résumées dans les tableaux suivant devaient être retrouvées. 41 séances d'une heure ont été réalisées incluant 132 participants (figure1).

Erreurs de prescription		
Nature de l'erreur	Explications	
1	Identité du patient	Erreur entre le nom sur l'ordonnance de ville et l'ordonnance hospitalière sur le logiciel de prescription
2	Dosage de la forme buvable de Théralène®	Prescription de la solution buvable (4%) au lieu du sirop (0,05%) soit 10 fois la dose habituelle (25 mg au lieu de 2,5 mg)
3	Date d'arrêt du Solupred®	Date d'arrêt erronée par rapport à l'ordonnance de ville
4	Forme galénique des traitements à adapter	Depakote® cp, Olanzapine® cp, Xatral® LP, chez un patient avec des troubles de la déglutition
5	Superposition des lignes de previscan sur la prescription informatisée	Les ½ et ¼ de comprimés sont prescrits tous les jours au lieu de 1 jour sur 2 comme le précise l'observation. Risque de surdosage
6	INR à 5 et prescription de previscan	4 < INR < 6 pour un INR cible à 2,5 la conduite à tenir est de sauter une prise
7	Previscan et Clopixol ASP	Eviter les injections intramusculaires qui peuvent provoquer des hématomes
8	Novatrex® prescrit tous les jours	Méthotrexate se prescrit une fois par semaine en prise unique. Toxicité potentiellement fatale si prise de méthotrexate quotidienne
9	Prescription de Victan® à la place de Victoza® sur la prescription hospitalière	Erreur de confusion lors de la lecture de l'ordonnance de ville



Erreurs de préparation et d'administration		
Nature de l'erreur	Explications	
1	Seringues orales de 90 gttes de Loxapac® préparées par la pharmacie au lieu de seringues de 30 gttes	L'observation « 30 gttes à renouveler 3 fois » n'a pas été consultée en pharmacie. Vigilance à apporter lorsque des médicaments sont prescrits en si besoin : bien regarder l'observation pour connaître la répartition des prises.
2	Pipette de Tercian® dans le Loxapac®	Risque d'erreur de dose
3	Flacon de Loxapac® pas identifié avec la date d'ouverture	Risque d'utiliser un médicament périmé
4	Perfusion préparée MAIS non identifiée	On ne sait pas ce que contient la poche de G5%. Les ampoules de NaCl et KCl ont-elles déjà été ajoutées ? Il faut indiquer sur une étiquette collée sur la poche : le nom du patient, le contenu détaillé de la poche, la date et l'heure de préparation et la signature de l'infirmier.
5	Perfusion avec l'horaire qui est écrit au marqueur	Risque d'absorption du feutre à travers la poche. Il faut absolument utiliser une étiquette.
6	Etiquette patient cachant le nom de la spécialité d'insuline	Risque d'erreur de spécialité/dose au moment de l'administration

Erreurs de dispensation	
Nature de l'erreur	
1	Cp d'olanzapine 7,5 mg délivrés à la place des cp d'olanzapine 5 mg
2	Délivrance de Xarelto (Anticoagulant, Médicament à risque) au lieu de Xatral® LP 10
3	Clopixol® AP (Action prolongée) délivré au lieu de Clopixol® ASP (Action Semi-Prolongée)
4	Ampoules de NaCl 0,9% délivrées au lieu des ampoules de NaCl 10% - les ampoules de NaCl à 1 gramme à diluer dans la poche de G5% sont les ampoules de NaCl 10% 10ml et non pas les ampoules de NaCl 0,9% 10 ml.

Evaluation de l'outil jugé excellent et/ou satisfaisant à

- ✓ Animation **100 %**
- ✓ Organisation **98 %**
- ✓ Pertinence de l'outil **96 %**
- ✓ Connaissances apportées **98 %**

Erreurs de prise en charge globale du patient dans sa chambre		
Nature de l'erreur	Explications	
1	Traitement personnel périmé dans son tiroir de la table de chevet	Nifuroxazide
2	Complément alimentaire sucré placé sur la table de chevet alors que le patient est diabétique	Même si cela peut-être possible, il faut se poser la question
3	Emploi simultané de Bétadine® + Chlorhexidine pour les soins de pied	Risque d'antagonisme, d'inactivation
4	Bétadine® ouverte sans date de péremption	Risque d'utiliser un produit qui n'est plus efficace

Discussion / Conclusion

De nouvelles sessions seront réitérées tous les ans proposant un contenu en constante évolution basé sur les erreurs médicamenteuses déclarées au sein de l'établissement l'année précédente. Le taux de bonnes réponses par catégorie d'erreurs sera également évalué. Un reportage vidéo (web TV) sur la « chambre des erreurs » sera réalisé et diffusé en ligne afin de véhiculer notre message de sensibilisation.