

ERREURS POTENTIELLES OU AVÉRÉES IMPLIQUANT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX (DM) : UTILISATION D'UN LOGICIEL DE DÉCLARATIONS SUR UN SERVEUR AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

Introduction

Des erreurs impliquant des DM peuvent survenir en cours d'hospitalisation. Ces erreurs ne rentrent pas dans le cadre de la matériovigilance. L'erreur liée à un DM est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un DM, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient.

Objectif

L'objectif de ce travail est de permettre au personnel soignant et paramédical de déclarer les erreurs liées aux DM rencontrées dans les services et au bloc opératoire. Des actions correctives peuvent ensuite être proposées et mises en place.

Matériels et méthodes

Un logiciel informatique (Qualios) est disponible sur le site intranet de l'hôpital pour la déclaration des erreurs liées à un DM par les soignants

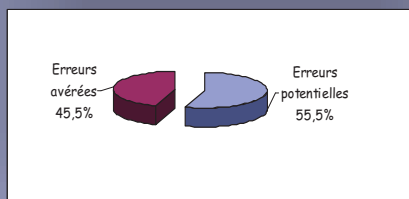
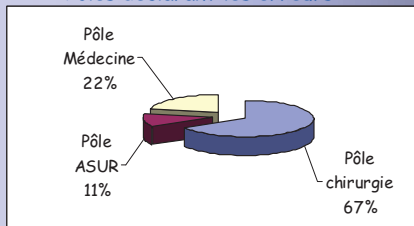
Un item permet au déclarant de proposer des actions d'amélioration pour éviter que l'erreur ne se reproduise.

Chaque fiche saisie est automatiquement transférée par mail au pharmacien référent du pôle qui analyse le type d'erreur en remplissant le second volet.

Résultats et discussion

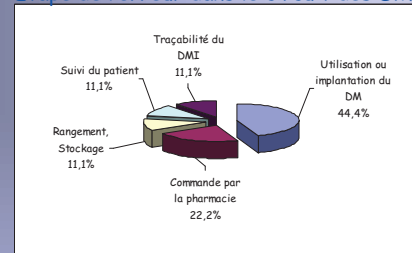
Un bilan des erreurs déclarées sur une période de 12 semaines a été réalisé : 9 déclarations ont été saisies.

Pôles déclarant les erreurs



Types d'erreurs déclarées

Etape de l'erreur dans le circuit des DM



2 exemples d'erreurs survenues et déclarées

Denomination	Fournisseur	A t'il été utilisé	Mode de gestion	Description	Actions	Propositions	Etapes de l'erreur	Type d'erreur	Circonstances favorisantes	Gravité
Implant ophtalmo, Asphina 22.5	Carl Zeiss	Utilisé	En Stock	En vérifiant l'implant pour le patient, l'IBODE se rend compte qu'elle n'a pas l'implant de bonne dioptrie (22.5D) alors que tous les implants ont été fournis pour les deux jours d'intervention et que trois contrôles ont été effectués en pharmacie et au bloc opératoire. Après analyse, on se rend compte qu'un implant de 22.5D a été implanté la veille au lieu d'un 23D.	A l'examen du dossier 2 consultations réalisées qui donnent deux dioptries différentes pour le même oeil (22.5 et 23D). L'équipe s'est basée sur la consultation la plus ancienne en date de 2009 sur laquelle était mentionnée 22,5D au lieu de 23D (consultation de 2011)	Evaluation de la check list sécurité au bloc opératoire. Organisation d'un CREX (chirurgien, Ibode, pharmacien, cadre du bloc)	Utilisation ou implantation du DM	Référence / Taille de DM adaptée dans le service et Autres : Erreur de dioptrie	Autres : erreur date consultation	Erreur avérée : D = Une erreur s'est produite et a provoqué une surveillance accrue mais sans dommage pour le patient
broches	France Medica	Intercepté	Hors Stock	une quantité trop importante de broches a été reçue au bloc opératoire: 200 unités. Impossibilité de les stocker au bloc opératoire.	le bloc a renvoyé à la pharmacie le stock trop important de broches	Suivi des commandes dans Sédistock	Commande par la pharmacie	Autres : Erreur des quantités lors de la commande	Logiciel informatique non maîtrisé	Erreur potentielle : A = Circonstance ou événement susceptible de provoquer une erreur

Conclusion

Afin de continuer dans cette dynamique de déclaration et de mettre en application des mesures concrètes suite aux erreurs déclarées, un comité de retour d'expérience (CREX) a été réalisé au bloc opératoire en août 2011. De plus, une réunion hebdomadaire avec le personnel de la pharmacie permet une revue des erreurs médicamenteuses et des erreurs impliquant les DM afin de définir des actions correctives.