



**ASSPRO**

ASSOCIATION DE PRÉVENTION  
DU RISQUE OPÉRATOIRE



RISQUES ET SOLUTIONS

---

# PREVENTION DES ERREURS MEDICAMENTEUSES EN ANESTHESIE

12 JANVIER 2013

- **Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt  
pour cette présentation**

M. Sfez



**ASSPRO**

ASSOCIATION DE PRÉVENTION  
DU RISQUE OPÉRATOIRE



RISQUES ET SOLUTIONS

---

# SOMMAIRE

01\_ Avant de commencer

02\_ Une brève histoire

03\_ L'erreur est humaine

04\_ L'organisation est diabolique

05\_ Que reste-t-il de tout ça?



**ASSPRO**

ASSOCIATION DE PRÉVENTION  
DU RISQUE OPÉRATOIRE



RISQUES ET SOLUTIONS

---

# 01

•

## Avant de commencer

Selon vous...

---

## Selon vous, la fréquence des erreurs médicamenteuses en anesthésie est de l'ordre de

- 1** 1 pour 100 administrations
- 2** 1 pour 1 000 administrations
- 3** 1 pour 10 000 administrations
- 4** 1 pour 100 000 administrations

Ann Fr Anesth Reanim 2007, 26: 270-3

---

## Selon vous, en cas d'erreur médicamenteuse, la part de l'erreur d'administration est

**1** 15%

**2** 65%

**3** 80%

Ann Fr Anesth Reanim 2007, 26: 270-3

---

---

## Selon vous, les 3 causes les plus fréquentes d'erreur médicamenteuse sont

- 1 Le mauvais rangement des médicaments
- 2 La pression temporelle
- 3 Le détournement de l'attention
- 4 La similitude entre les ampoules

Can J Anesth 2012, 59:562–570

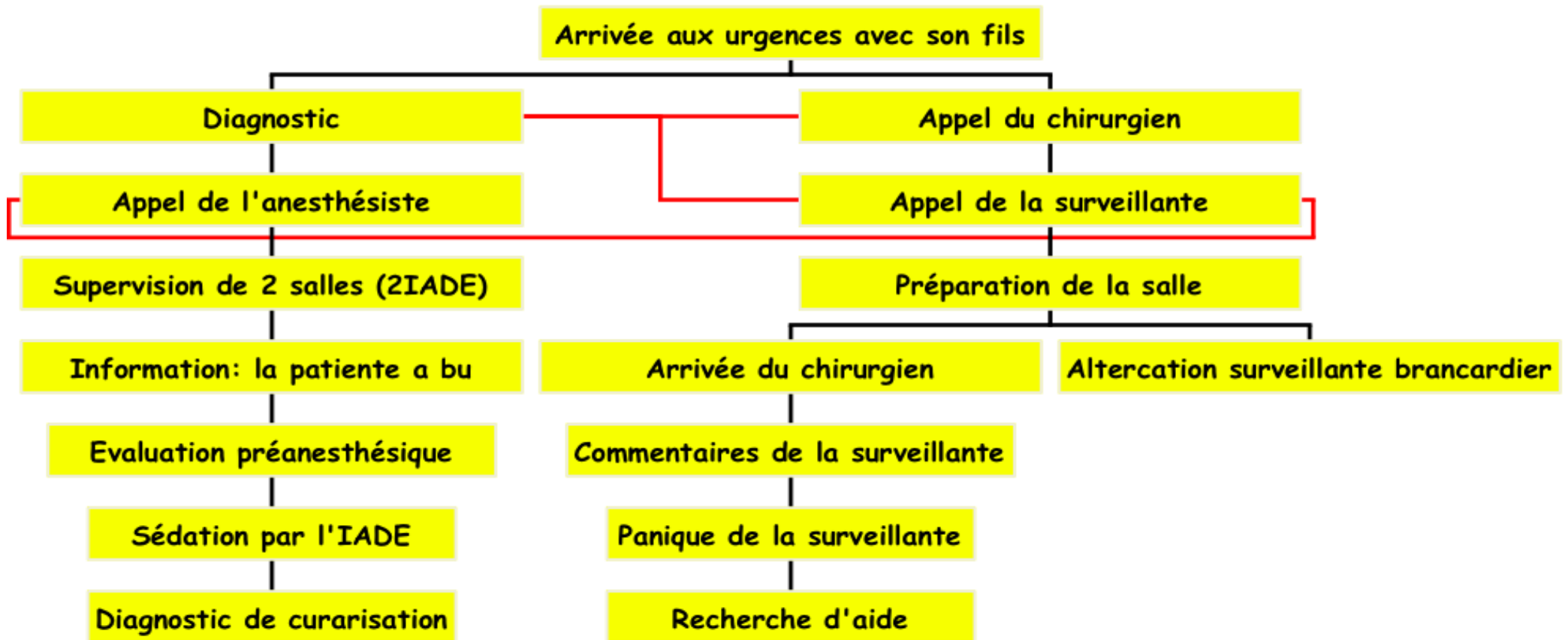
# 02

## • UNE BREVE HISTOIRE

Ca n'arrive qu'aux autres?



## Le vendredi 30 juin...

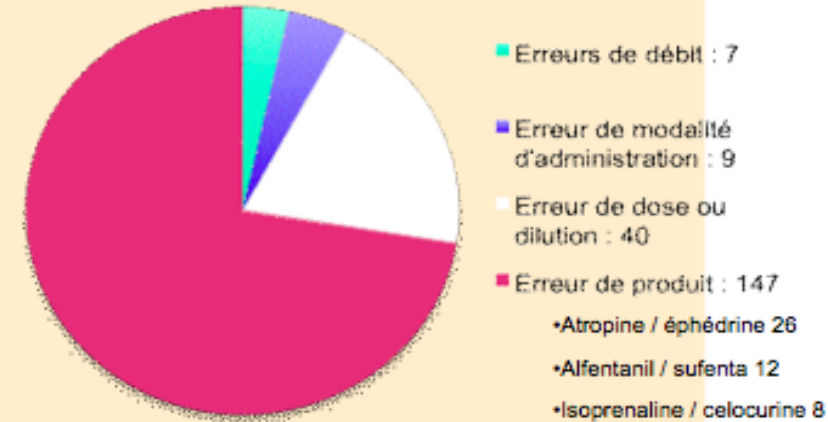


Fréquent: 1/900 à 1/130

Lors de l'administration: 65%

Ann Fr Anesth Reanim 2007, 26: 270-3

**Typologie des erreurs**



**Contexte**

Contexte particulier ou chirurgie non programmée

Contexte Normal



Contexte particulier	
Personnel intérimaire ou peu formé	11
Pression de production	8
Garde	35

Médicament non administré : 39 cas  
 Dont 32 fois récupéré par l'anesthésiste  
 Médicament administré : 173 cas

Conséquences	
Cardiovasculaires	15 tachycardies, 16 HTA, 9 hypoTA, 4 bradycardies
Respiratoires	8 apnées
Neurologiques	15 états de somnolence

Facteurs favorisants	Pistes d'amélioration
Défaut d'attention : majorité	Vigilance et identification des voies d'injection
Problème d'étiquetage confondant : 105	Systématisation de l'étiquetage stéréotypé des seringues au Bop Alerte en cas de traitement confondant
Rangement inadéquat : 47	Ergonomie et gestion des rangements et des plateaux d'anesthésie
Modification de présentation : 35 dont 16 non signalées	Limiter les conditionnements et concentrations
Problème de communication : 8	Communication entre professionnels



**ASSPRO**

ASSOCIATION DE PRÉVENTION  
DU RISQUE OPÉRATOIRE



---

# 03

## L'ERREUR EST HUMAINE

Faut-il tirer sur le pianiste?

[http://viscog.beckman.illinois.edu/flashmovie/  
15.php](http://viscog.beckman.illinois.edu/flashmovie/15.php)

## L'erreur est humaine mais...

- Le détournement de l'attention 17%
- La pression temporelle 13%
- La similitude entre les ampoules 13%
- Le mauvais rangement des médicaments 6%

Can J Anesth 2012, 59:562–570



# 04

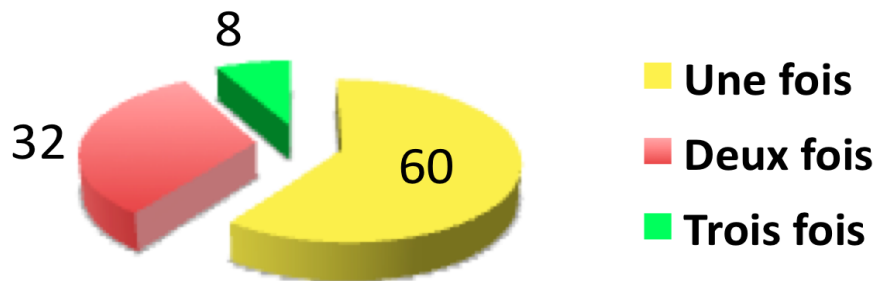
## L'ORGANISATION EST DIABOLIQUE

Et le diable est dans les détails...

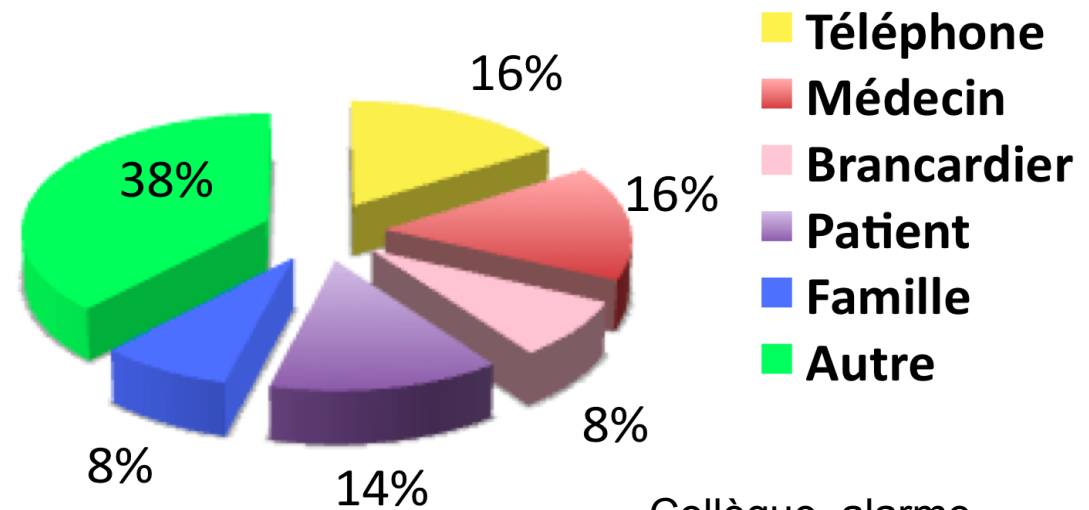
## Préparation et administration des injectables: 16% d'interruptions

Risques et qualité 2011; 7 (2):147-156

### Répartition du nombre d'interruptions (%)



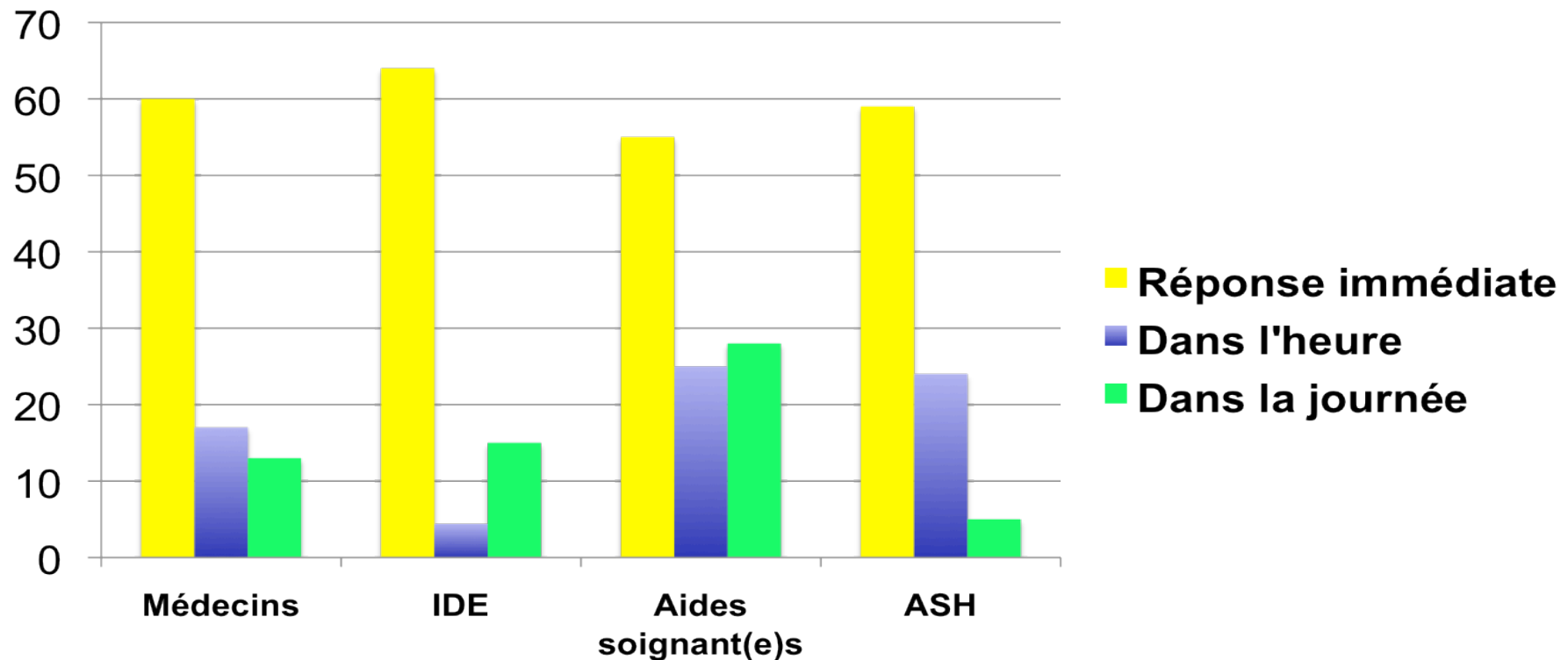
### Causes d'interruption



Collègue, alarme, coursier, livraison, pharmacie, ménage...

## Pour les personnels hospitaliers

	Contrainte temporelle et norme de production	Degré d'autonomie au travail
<b>Médecins</b>	<b>35%</b>	<b>70%</b>
<b>IDE</b>	<b>49%</b>	<b>60%</b>



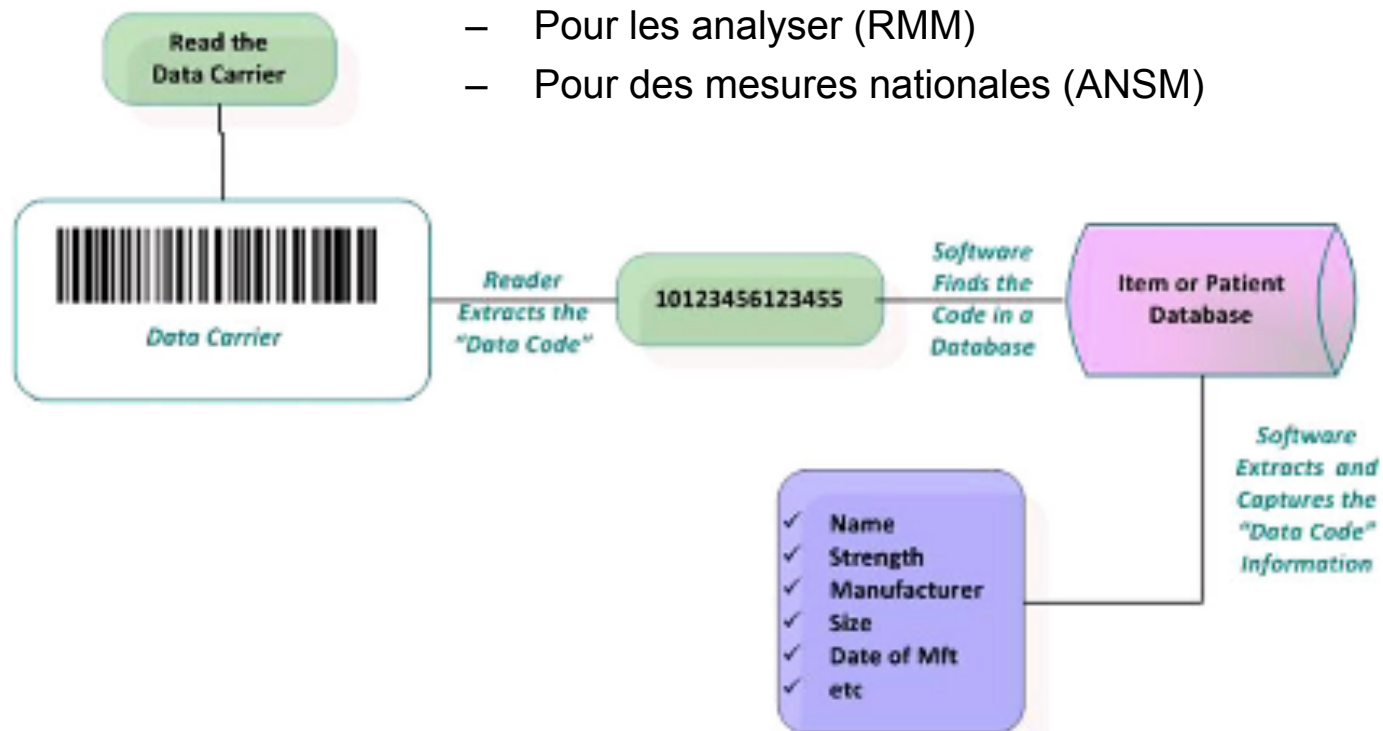
Source Enquête COI-H 2006 auprès des salariés, DREES, DARES, CEE.





- **Sans se contenter de centrer sur la tâche**
  - Sélectionner: Anaesthesia, 2007, 62: 1090–4
  - Préparer: Eur J Clin Pharmacol 2007, 63:769-76
  - Etiqueter: Ann Fr Anesth Reanim 2012,31: 15-22
  - Administrer: Ann Fr Anesth Reanim 2012,31: 6-14
- **En appréciant le contexte**
  - Multiplicité des tâches: Risques et qualité 2011, 7 (2):147-156
  - Familiarité avec l'environnement: Can J Anesth 2012, 59:562–570
- **En récupérant les situations qui échappent**
  - Plus efficacement quand la récupération est prévue
  - Que si on doit résoudre le problème à chaud  
Qual Saf Health Care 2010, 19: 37-41.

- Standardiser les ampoules (commande prenant en compte la présentation)
- Utiliser des étiquettes respectant le code couleur international
- Instaurer un double contrôle de la préparation et de l'administration
  - Autre professionnel de santé
  - Code barre
- Déclarer les erreurs
  - Pour les analyser (RMM)
  - Pour des mesures nationales (ANSM)



# 05

•  
Que reste-t-il de tout ça?

A vous de jouer...

---

## Selon vous, la fréquence des erreurs médicamenteuses en anesthésie est de l'ordre de

- 1** 1 pour 100 administrations
- 2** 1 pour 1 000 administrations
- 3** 1 pour 10 000 administrations
- 4** 1 pour 100 000 administrations

Ann Fr Anesth Reanim 2007, 26: 270-3

---

## Selon vous, la fréquence des erreurs médicamenteuses en anesthésie est de l'ordre de

- 1** 1 pour 100 administrations
- 2** 1 pour 1 000 administrations
- 3** 1 pour 10 000 administrations
- 4** 1 pour 100 000 administrations

Ann Fr Anesth Reanim 2007, 26: 270-3

---

## Selon vous, en cas d'erreur médicamenteuse, la part de l'erreur d'administration est

**1** 15%

**2** 65%

**3** 80%

Ann Fr Anesth Reanim 2007, 26: 270-3

---

## Selon vous, en cas d'erreur médicamenteuse, la part de l'erreur d'administration est

**1** 15%

**2** 65%

**3** 80%

Ann Fr Anesth Reanim 2007, 26: 270-3

---

## Selon vous, les 3 causes les plus fréquentes d'erreur médicamenteuse sont

- 1 Le mauvais rangement des médicaments
- 2 La pression temporelle
- 3 Le détournement de l'attention
- 4 La similitude entre les ampoules

Can J Anesth 2012, 59:562–570



---

## Selon vous, les 3 causes les plus fréquentes d'erreur médicamenteuse sont

- 1** Le mauvais rangement des médicaments
- 2** La pression temporelle
- 3** Le détournement de l'attention
- 4** La similitude entre les ampoules

Can J Anesth 2012, 59:562–570





**ASSPRO**

ASSOCIATION DE PRÉVENTION  
DU RISQUE OPÉRATOIRE



—

---

# Il vous reste 5 minutes