



Programme de Simulation

Récupération des erreurs médicamenteuses

Médicament à risque (MAR)

SIMS_EM_MAR
pour IDE, Médecins, PPH, Pharmaciens

Dr AIRIAU Caroline – Pharmacien, DU Formateurs à l'enseignement de la médecine sur simulateur - Paris
Mme JAUFFRINEAU – Cadre de Santé - Direction Risque/ Qualité

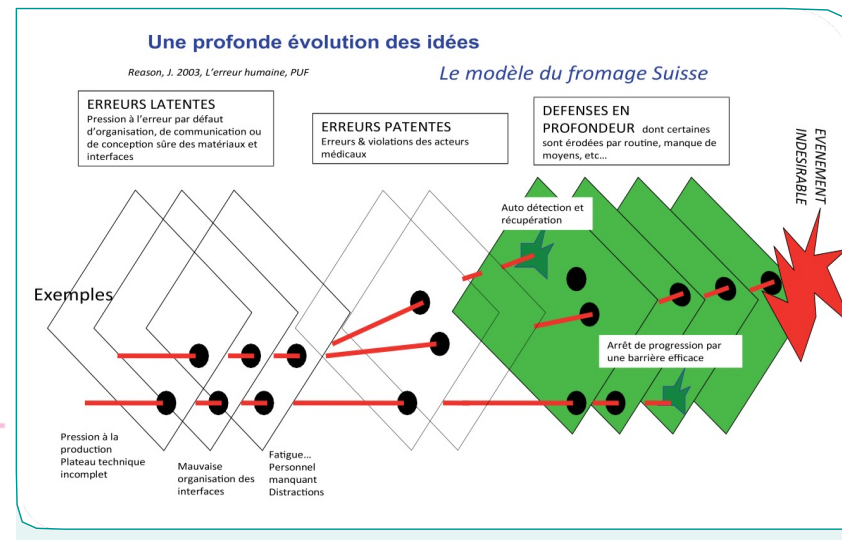


La nature de l'erreur

Définition

Événement iatrogène médicamenteux (EIM) évitable, résultant d'un dysfonctionnement non intentionnel dans l'organisation de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient.

Modèle de Reason (2009)



Les 4 briques du facteur humain

70 % des erreurs impliquent le facteur humain (FH)

1) Cognition (penser / décider)

- Attention limitée, mémoire de travail
- Bascule Système 1 ↔ Système 2
- Biais : ancrage, confirmation, routine
- Ex : "dose habituelle" sans re-vérifier IR/poids

2) Performance (état de l'opérateur)

- Fatigue, stress, charge mentale, fin de poste
- Pression temporelle → raccourcis
- Novice/expert : risques différents
- Ex : multi-tâche + interruption au moment du calcul

3) Équipe (communication / coordination)

- Transmissions, implicites, "on s'est compris"
- Hiérarchie : difficulté à dire STOP
- Read-back / reformulation
- Ex : SB non cadré (conditions + dose max/j)

4) Système (orga / environnement / outils)

- Interruptions, bruit, ergonomie du poste
- Logiciel : libellés ambigus, alertes "bruit"
- Stockage / LASA, standardisation, effectifs
- Ex : 2 concentrations proches → risque de confusion

La nature de l'erreur

Biais cognitifs

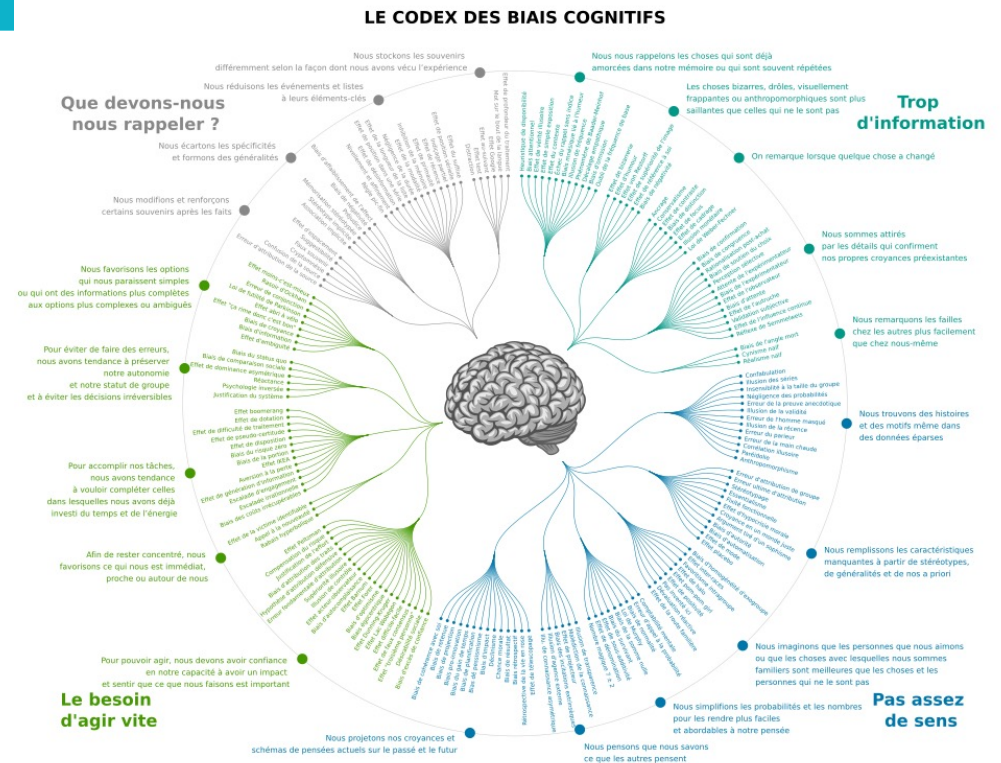
Déviations dans le traitement cognitif d'une information.

Distorsion ou déviation de la pensée logique et rationnelle par rapport à la réalité.

Conduisent le sujet à accorder des importances différentes à des faits de même nature,

Peuvent être repérés lorsque des paradoxes ou des erreurs apparaissent dans un raisonnement ou un jugement,

https://fr.wikipedia.org/wiki/Biais_cognitif



Décider en sécurité : Système 1 → Système 2 → Système 3

Comprendre le facteur humain : quand ralentir, et comment se protéger des biais

Système 1 (S1) — Automatique

- Rapide, intuitif, "pilote auto"
- Efficace en routine / urgence
- Risque : biais (routine, tunnel, ancrage...)

Système 2 (S2) — Analytique

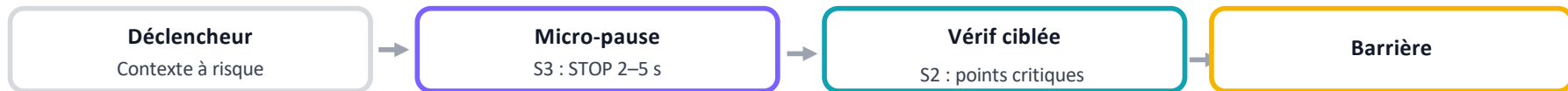
- Calcul, vérification, raisonnement
- Plus fiable : réduit les biais
- Coûteux : temps/énergie, dur en surcharge

Système 3 (S3) — Supervision

- Je surveille "comment je décide"
- J'active les barrières (procédures, CRM)
- But : détecter/stopper l'erreur avant le patient

Passer de S1 → S2/S3 quand le contexte est à risque

S3 : double contrôle / escalade



Déclencheurs → je force S2/S3

- **Médicament à risque** (anticoagulant, opioïde, insuline, KCl, chimio...)
- Urgence / stress / fatigue / fin de poste
- Interruptions / multitâche / téléphone
- **Patient fragile** (IR/IH, âge, poids extrême)
- Homonymie / changement de concentration / info manquante
- **Doute ou incohérence** → "No-Go" tant que non clarifié

Mini-checklist : STOP – CHECK – ACT

STOP

"Suis-je en pilote automatique ?"
(routine, interruption, stress)

CHECK

Identité • Allergies • Indication
Dose/unité • Voie • Débit • IR/IH
Interactions • "Si besoin" (conditions + max/j) • Traçabilité

ACT

Double contrôle • Lecture à voix haute
SAED / DESC / CUS • Appel prescripteur/pharmacie
Tracer tout de suite (avant l'action)

Objectif : détecter le déclencheur → STOP → vérifier l'essentiel → sécuriser (double contrôle / escalade / traçabilité)

Biais cognitifs fréquents en PECM — et parades

*PECM : prise en charge médicamenteuse

8 biais à connaître (et à dépister)

- **Ancrage** : la 1re info devient la référence
- **Confirmation** : on cherche ce qui confirme
- **Fermeture prématurée** : on s'arrête trop tôt
- **Disponibilité** : le récent paraît plus probable
- **Biais d'automatisation** : confiance (ou lassitude) des alertes
- **Surconfiance** : routine → sous-estimation du risque
- **Biais d'autorité** : hiérarchie → moins de challenge
- **Normalisation** : l'écart devient la norme

Parades rapides (CRM)

- **Forçage cognitif** : « Et si c'était le mauvais patient / produit ? »
- **Chercher l'info** qui ferait changer d'avis (contre-biais de confirmation)
- **Double-contrôle** indépendant sur les points critiques
- **Read-back / SAED** si enjeu élevé
- **Réduction des interruptions** pendant prépa/admin
- **Tracer** : motif, heure, dose max/24h, effet, réévaluation

Le facteur humain influence 80% des erreurs médicamenteuses
ANTICIPER - VÉRIFIER – COMMUNIQUER



FACTEURS HUMAINS QUI MULTIPLIENT LE RISQUE MAR

- Interruption de tâche** → erreurs de dose / voie / patient
- Charge mentale élevée** → oublis, confusions
- Fatigue / sous-effectif** → automatisme non contrôlé,
- Stress / urgence** → étapes sautées, absence de double-contrôle,
- Communication incomplète** → erreurs transmises,
- Biais cognitifs** → confiance excessive, routine, confirmation,

MÉDICAMENTS PARTICULIÈREMENT IMPACTÉS PAR LE FACTEUR HUMAIN

- Morphiniques et opioïdes,
- Anticoagulants / Héparines,
- KCl-concentré /Solutés hypertoniques,
- Insuline,
- Médicaments injectables complexes (amiodarone, ilomédrine, midalozam),
- Gaz médicaux, Curares, hypnotiques, Anesthésie locale régionale (ALR),
- MAR psychiatriques (lithium, clozapine, Neuroleptiques à action prolongée (NAP),

PRÉVENIR LES ERREURS : RÉFLEXES ESSENTIELS



Stop - Vérifier - Reprendre
Pause cognitive de 3 secondes avant toute administration



Éviter les interruptions : porte fermée, Brassard / chasuble « **Ne pas déranger – préparation en cours** »



7B
Bon patient, Bon médicament, Bonne dose, Bon moment, Bonne indication, Bonne voie, Bonne traçabilité ou documentation,



Double-contrôle actif : chacun vérifie réellement et pas une validation automatique



Lire à voix haute (Check-back)
diminue les erreurs de confusion (morphine)

BONNES PRATIQUES D'ÉQUIPE

- **Annoncer à haute voix** la situation à risque (Médicament MAR),
- **Partager les anomalies repérées,**
- **Utiliser sciemment les échelles de surveillance** (douleur, sédation),
- **Alerter sans délai,**

OBJECTIF : Zéro erreur MAR évitable

- Communication structurée,
- Gestion des interruptions,
- Utilisation checklists & protocoles,
- Vérification systématique 7B,
- Double-contrôle MAR,
- No-Go en cas de doute,

Pourquoi parler de récupération ?

Parce que la plupart des erreurs sont “rattrapées” ... mais rarement standardisées.



- La **récupération** transforme un “**incident**” en apprentissage (REX) plutôt qu’en dommage.
- Elle repose sur des **barrières humaines + organisationnelles** (pas seulement “être vigilant”).
- La **simulation** permet de travailler ces gestes/phrases dans un cadre sûr.

en 3 temps : détecter → stopper → corriger

1 Détecter

- Signaux faibles
- Incohérences (7B)
- Doute = signal

Ex. dose/poids incohérent,
étiquette illisible, patient
différent...

2 Stopper

- Pause sécurité
- Stop the line
- Clarifier avant d'agir

Phrase-type : « Stop — on
vérifie avant d'administrer. »

3 Corriger & sécuriser

- Corriger la prescription/dispensation
- Mettre une barrière
- Tracer & partager

Ex. nouvelle prescription +
étiquette + briefing équipe +
déclaration REX

Le cœur : "je doute → je stoppe → je sécurise" (et je le fais dire à voix haute).

4 comportements “qui sauvent”

- 1 Nommer le doute
- 2 Stopper / mettre en pause
- 3 Clarifier (question fermée)
- 4 Boucle fermée + traçabilité

Script SAED (30 secondes)

S — **Situation** : “Je stoppe, j’ai un doute sur ...”
A — **Analyse / Background** : “Le patient a ..., la prescription dit ...”
E — **Evaluation / Assessment** : “Je pense que ... (risque) ...”
D — **Demande / Recommendation** : “Je propose ... / Pouvez-vous confirmer ... ?”

Phrases utiles

- “Stop — on vérifie.”
- “Je ne suis pas à l’aise avec cette dose.”
- “Je reformule : ... Vous confirmez ?”
- “Qui fait quoi maintenant ?”

CUS en pratique

C : “Je suis inquiet/inquiète : la voie n’est pas celle de la prescription.”
U : “Je ne suis pas à l’aise d’administrer comme ça.”
S : “C’est un enjeu de sécurité patient : je propose qu’on relise la ligne et le protocole.”

Micro-outils concrets (à entraîner)

Pause sécurité (10 sec)

Respirer • relire l'ordonnance • vérifier le patient • vérifier la voie

Check-back

Je dis → tu répètes → je confirme (surtout pour chiffres/doses)

Read-back (téléphone)

Lecture mot à mot d'un ordre verbal + confirmation

Double-vérif ciblée

Uniquement sur situations à risque (ex. insuline, KCl, anticoagulants)

Stop the line

Autorité partagée : n'importe qui peut arrêter une administration

Traçabilité "simple"

Documenter la correction + informer l'équipe + alimenter le REX

Conseil : entraînez d'abord les phrases, ensuite seulement les gestes.



Programme de Simulation

Récupération des erreurs médicamenteuses

Médicament à risque (MAR)

SIMS_EM_MAR
pour IDE, Médecins, PPH, Pharmaciens

Dr AIRIAU Caroline – Pharmacien, DU Formateurs à l'enseignement de la médecine sur simulateur - Paris
Mme JAUFFRINEAU – Cadre de Santé - Direction Risque/ Qualité



12 MARS 2026

Récupération des erreurs liées aux Médicaments à Risque (MAR)



PLURI-PROFESSIONNEL IDE - MÉDECINS - PPH - PHARMACIENS

Objectifs Pédagogiques

TECHNIQUES

- Liste MAR & Etapes à risque

NON TECHNIQUES

- Règle des 7B
- Interruptions de Tâche
- No Go & Appel à l'aide
- Double Contrôle

Apports Cognitifs

- Rappel MAR & Biais Cognitifs

Mises en Situation Pratiques



- Scénarios Immersifs: MAX 10 APPRENANTS
- 4 à 6 Simulations



FORMATEURS : Dr Airiau C. & Mme Jauffrineau B.



CONTEXTE - HISTORIQUE

- Certification HAS v2024 – 26 janvier 2026

► Bilan :

- 3 journées de formation,
- Depuis septembre 2024,
- 25 personnes formées,

- 3 dates prévue mars et septembre, décembre,

- Certifié Qualiopi,

sur la thématique Médicame

2.2-06 Les équipes préviennent l'erreur médicamenteuse

Éléments d'évaluation

professionnels

Mode d'évaluation

acteur ciblé

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les professionnels sont formés
- Les professionnels connaissent
- Une liste des médicaments et leur activité et connue des professionnels
- Le circuit des préparations : biothérapie, nutrition parentérale, pharmacie, pharmacie
- Les erreurs médicamenteuses

Pourquoi un programme de simulation ?

Finalité, cadre et principe pédagogique

Ce que l'on travaille

- Prévenir / récupérer une erreur avant l'administration,
- Limiter l'impact des interruptions et de la pression de temps,
- Fiabiliser les calculs (dose, concentration, débit) et les 7B,
- Coordination IDE-pharmacien : clarification, alternative, validation,

Ce que la simulation apporte

- Entraînement sans risque patient (erreurs "jouées", pas subies)
- Feedback immédiat : gestes + raisonnement + communication
- Réflexes d'escalade (SAED/CUS) et culture "STOP quand doute"
- Alignement sur protocoles et outils (MAR, checklists)

Principes (à afficher dès le briefing)

- Bienveillance, confidentialité, droit à l'erreur (on apprend "dans" l'erreur).
- Priorité à la sécurité : médicaments factices, gestes invasifs simulés.
- On évalue des compétences observables (pas les personnes).
- Débrief structuré : faits → analyse → transferts vers la pratique.

Objectifs pédagogiques

Ciblés, observables, interprofessionnels

Objectifs (exemples)

- Appliquer les 7B + identitovigilance avant administration.
- Vérifier / recalculer dose–concentration–débit ($\text{mg} \leftrightarrow \text{mL} \leftrightarrow \text{mg/h}$).
- **Reconnaître un signal faible d'erreur** (incohérence, alerte, doute).
- Stopper, sécuriser, documenter et escalader au bon niveau.

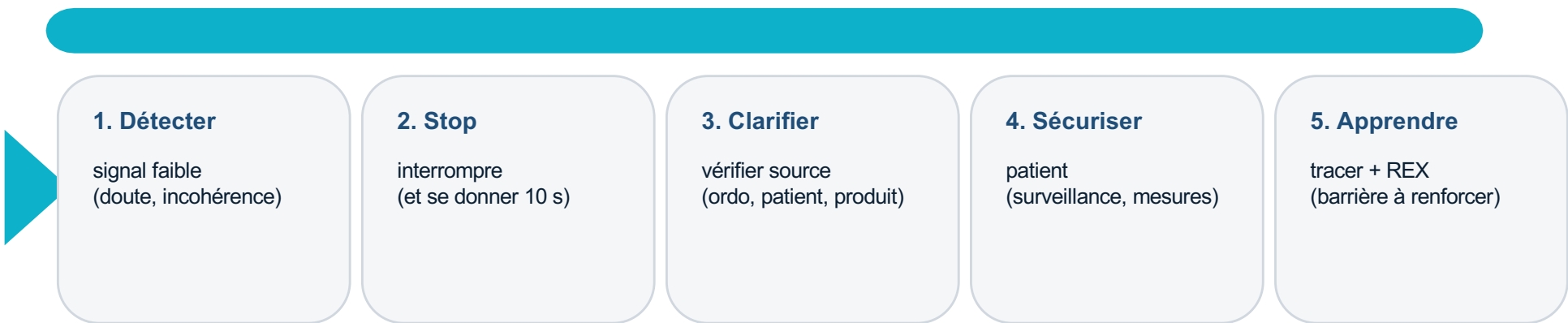
Compétences non techniques

- **Communication structurée (SAED)** avec le pharmacien / prescripteur. / **check-back / read-back**
- **Assertivité et gestion des interruptions** (CUS / "STOP").
- **Répartition des rôles** : leader / calcul / préparation / traçabilité.
- **Conscience de la situation** : anticiper, vérifier, réévaluer.

Indicateurs de réussite (observables)

- Erreur évitée avant administration (ou rattrapée rapidement).
- Calcul correct + double vérification documentée.
- Appel au pharmacien effectué avec infos clés (patient, prescription, risque).
- Décision sécurisée : clarification / adaptation / annulation + traçabilité.

Récupération d'erreur : un modèle simple en 5 étapes



Micro-réflexe

Quand “quelque chose cloche” :
(1) je verbalise le doute • (2) j’arrête le geste • (3) je vérifie avec une source fiable (ordo, protocole, pharmacie)



On entraîne surtout les étapes 1–4 ; l’étape 5 est le “bonus REX”.

Public, prérequis et organisation

Qui vient ? Comment on constitue un groupe ?

Public cible

- IDE (titulaires, remplaçants, nouveaux arrivants) – priorité aux secteurs à risque.
- Pharmaciens (clinique, dispensation, validation) + préparateurs selon contexte.
- Option : internes / cadres / AS (si scénarios incluent transmissions).

Pré-requis (à adapter)

- Connaître le circuit local (MAR, prescriptions, protocoles).
- Connaître les règles de traçabilité (logiciel / feuille).
- Avoir les références de posologies usuelles du service.

Taille du groupe & rôles

- **6–8 participants** : 2 actifs (scénario) + 4–6 observateurs (grille simple).
- **Rôles typiques** : leader, calcul/dilution, préparation, surveillance, traçabilité, pharmacien au téléphone.

Déroulé type d'une séance

Simple, répétable, compatible contraintes de service

Format recommandé (45–60 minutes)

Briefing

5 min

Simulation

12–15 min

Débrief

20–25 min

Synthèse

5 min

Briefing : contenu minimum

- **Contrat de fiction + règles de sécurité** (pas de vrais médicaments).
- **Objectifs** (1 principal + 1–2 secondaires) + rôle de chacun.
- **Ce qui est disponible** : protocoles, téléphone, pharmacien/prescripteur.
- **Critère d'arrêt** : "situation sécurisée + décision tracée".
- **Focus** : **comportements observables** (IDE / médecin/ pharmacien/ PPH) + **communication sécurisée**

Moyens humains

Organisation minimale vs confortable

Équipe minimale

- 1 facilitateur (briefing, sécurité, débrief)
- 1 régie (temps, téléphone, documents, paramètres si mannequin)
- 1 comparse (collègue / patient standardisé léger) si besoin
- 1 observateur (checklist) – option

Équipe recommandée

- 1 facilitateur principal + 1 co-facilitateur (NTS)
- 1 technicien / opérateur
- 1 patient standardisé (communication) OU mannequin (paramètres)
- 1–2 comparses (pharmacien, médecin, cadre) selon scénario

Moyens matériels

Ce qu'il faut (et ce qui est optionnel)



Indispensables

- Chambre/box simulé + poste de soin (même simplifié)
- Chariot de soins + seringues/étiquettes factices
- Documents : fiche patient, prescription, protocoles, checklists
- Téléphone (pharmacien/prescripteur) + chrono

Selon objectifs

- PSE / PCA (réel ou factice) + lignes de perfusion
- Monitoring / constantes (si mannequin)
- Logiciel DPI SILLAGE (capture écran, mode démo) ou impression
- Enregistrement vidéo (facilite le débrief) – option

Sécurité simulation (à verrouiller)

- Zéro médicament réel / zéro aiguille réelle : tout est factice ou neutralisé.
- Étiquetage clair "SIMU" + rangement séparé.
- Stop phrase (ex : "Pause simulation") en cas de doute ou malaise.
- Briefing obligatoire sur les limites du matériel.



Formation par la simulation
: mise en situation



Chambre fictive pour
l'exercice de simulation



Vidéotransmission en
salle de débriefing



Évaluation & débrief

Tracer, progresser, transférer en pratique

Débrief RAS (structure simple)

- **Réactions** : “comment ça s’est vécu ?”
- **Faits** : timeline courte (ce qui s’est passé)
- **Analyse** : pourquoi ? barrières / interruptions / calcul / communication
- **Transfert** : 2 actions concrètes à appliquer demain

Outils de mesure (exemples)

- **Checklist actions critiques** (7B, calcul, escalade, traçabilité)
- **Grille NTS** : communication / leadership / SAED / CUS
- **Auto-évaluation courte + plan d’action individuel**
- **Trace** : présence + compétences travaillées (attestation)

Boucle d’amélioration (option programme)

- **Collecter 3 signaux** : difficultés récurrentes, points de confusion, besoins protocole/outils.
- **Partager aux référents** (pharmacie/soins/qualité) → actions simples (checklist, étiquette, aide cognitive).
- **Mettre à jour scénarios trimestriellement (retour terrain).**

Déploiement

Comment on lance (pragmatique)

Démarrage en 3 étapes

- **Ateliers** (2–4 séances) : 1 scénario opioïde + 1 scénario KCl ou insuline.
- **Standardisation** : checklists + documents + rôle du pharmacien.
- **Déploiement** : calendrier 4 par an, intégration parcours nouveaux arrivants, selon FSEI,

Modalités pratiques

- **Créneaux** : 1 journée, 6–8 participants.
- **Inscription** : par le cadre.
- **Documents** : envoyés 48h avant (pré-requis) + rappel règles.
- **Questionnaire avant / après.**

Planning (à adapter)

- Session 1 : Jeudi 12 mars 2026 (09h00–17h00) — PROCESS, CH Cholet
- Session 2 : à programmer juin (09h00–17h00) — PROCESS, CH Cholet

Catalogue de scénarii (MAR)

3 familles, même structure, variantes rapides

Opioïdes

- Pièges mg↔mL / concentration
- Si besoins vs PCA / cumul
- Sur-sédation vs douleur
- **Naloxone** : quand et comment

Insuline

- Unités vs mL, type d'insuline
- Schéma basal-bolus
- Glycémie manquante
- **Hypoglycémie** : conduite

Électrolytes (KCl)

- **KCl IV concentré** / dilution
- Voie et débit
- Compatibilités / ligne
- Risque vital : STOP immédiat

Variantes (à piocher) : homonymie, rupture de stock, interruption (téléphone/famille), prescription incomplète, patient fragile (IR, âgé).

Zoom : scénario “Opioïde”

Exemple

Situation initiale

- Patient post-op douloureux (EVA 8/10), perfusion en place.
- **Ordonnance opioïde** (concentration spécifique) + SB, pression de temps.
- **Interruption prévue** : appel / collègue / famille.

Déclencheur

- Confusion mg↔mL (seringue préremplie / ampoules différentes).
- **Concentration inhabituelle** (ex : 1 mg/mL vs 10 mg/mL).
- Cumule SB+ PCA / redose trop rapide.
- Oubli de paramètres de surveillance (FR, sédation).

Actions critiques attendues

- **STOP si doute + 7B + recalcul dose/concentration + double-check.**
- **Appel au pharmacien / médecin avec SAED** : patient, ordonnance, risque, question claire.
- **Décision sécurisée** (clarifier / adapter / annuler) + traçabilité.
- **Surveillance opioïde** (FR, sédation) + **plan si sur-sédation** (alerte, naloxone selon protocole).

ZOOM Anticoagulant – dose/poids/voie

Brief

Contexte

Patient âgé, insuffisance rénale, poids récent incertain.
Prescription d'HBPM (prévention/curatif) à l'arrivée au service.

Déclencheur

Dose calculée sur un poids ancien / mauvaise indication (préventif vs curatif) / oubli d'adaptation rénale.

But caché du cas

Mettre en œuvre :

- vérification des données critiques (poids, DFG, indication)
- stop + clarification avec prescripteur
- correction + consigne de surveillance
- transmission / traçabilité / REX

ZOOM insuline – confusion / dose

Brief

Contexte

Patient diabétique hospitalisé. Glycémie capillaire à 2,9 mmol/L (ou 0,52 g/L selon usage) signalée dans le dossier.
Une injection d'insuline est "prévue maintenant".

Déclencheur

Prescription ambiguë (UI / mL) ou confusion insuline rapide/retard. Étiquette ressemblante.

But caché du cas

Travailler :

- 1) détecter l'incohérence (glycémie basse vs injection)
- 2) stopper la ligne
- 3) clarifier (SAED) + corriger la prise en charge
- 4) tracer et informer l'équipe

Cas fil rouge (10–12 min de jeu cumulés)

Contexte

Service de médecine polyvalente — 17h30 (relève proche).

Patient : M. L., 72 ans, diabète type 2, insuffisance rénale modérée.

Contexte : fibrillation atriale (anticoagulation), hypokaliémie documentée, douleur. Perfusion en place.

Objectif : administrer 3 MAR "du soir" en sécurité : héparine • KCl • insuline.

Séquence 1

Erreur de dose
(héparine / HBPM)

Piège : UI↔mL / seringues
+ interruption

Séquence 2

Erreur de voie
(KCl injectable)

Piège : IV direct
vs perfusion diluée

Séquence 3

Erreur de médicament
(insulines — LASA)

Piège : stylo basale
vs stylo rapide

Séquence 1 — Erreur de dose (héparine / HBPM)

Déclencheur

La prescription est exprimée en UI (ou en mg) alors que la seringue préremplie est graduée en mL.
Une interruption survient pendant la préparation (appel / question).

Objectifs équipe

- Verbaliser le doute
- Stop the line
- Vérifier avec source fiable
- Check-back (IDE↔IDE / IDE↔médecin)

Questions observateurs

- 1) Quel signal faible a été repéré ?
- 2) La dose a-t-elle été relue à voix haute ?
- 3) Qui a pris la décision d'escalader et comment ?
- 4) Quelles mesures patient immédiates ?

Pause #1 — Récupérer une erreur de dose

Phrases utiles (exemples)

- “Pause : j’ai un doute sur la dose d’héparine (conversion UI↔mL). Je vérifie avant d’administrer.”
- “Check-back : tu me redis la dose, la voie, et sur quelle source on s’appuie ?”
- “Je propose : on relit l’ordonnance + on vérifie le poids / la fonction rénale + on appelle le médecin si incohérent.”

Actions immédiates

- 1) STOP geste
- 2) Re-vérifier identité + ordonnance
- 3) Refaire calcul/conversion
- 4) Documenter la clarification
- 5) Surveiller patient

Anti-pièges

- Ne pas “corriger en silence”
- Ne pas “faire au plus vite”
- Éviter l’avis basé sur mémoire
→ 1 source fiable + 1 check-back

Séquence 2 — Erreur de voie (KCI injectable)

Déclencheur

Le KCI doit être administré en perfusion diluée sur pompe (jamais en IV direct).

Quelqu'un propose une administration "plus rapide" (IV direct / débit non conforme) pour gagner du temps.

Objectifs équipe

- 7B : voie + dilution + débit
- Mettre à l'écart l'ampoule concentrée (KCI) + étiquette "jamais IV direct"
- Clarifier : protocole KCI (concentration finale / vitesse / accès)
- Escalader si désaccord (CUS)

Questions observateurs

- 1) "Jamais IV direct" a-t-il été verbalisé ?
- 2) Dilution + débit ont-ils été relus à voix haute ?
- 3) Comment l'équipe a géré la pression temporelle ?
- 4) Quelles mesures patient (ECG/monitoring) et traçabilité ?

Pause #2 — Récupérer une erreur de voie

CUS en pratique

C : “Je suis inquiet/inquiète : la voie n’est pas celle de la prescription.”

U : “Je ne suis pas à l’aise d’administrer comme ça.”

S : “C’est un enjeu de sécurité patient : je propose qu’on relise la ligne et le protocole.”

Check-list KCI (30 s)

- Bon accès (périph/central) + contrôle reflux
- Dilution / compatibilité / concentration finale
- Débit / pompe / limites protocole
- Traçabilité (étiquette perfusion)
- Surveillance : ECG, douleur au point d’injection, signes d’hyperkaliémie

Si erreur de voie / débit (KCI)

- 1) STOP + clamp de la ligne
- 2) Informer immédiatement le médecin (SAED) + pharmacie
- 3) ECG + bilan ionique selon protocole
- 4) Surveillance rapprochée / traitement selon protocole local
- 5) Tracer / déclarer (quasi-événement ou EI)

Séquence 3 — Erreur de médicament (insulines — LASA)

Déclencheur

Deux stylos d'insuline se ressemblent (basale vs rapide).
Dans le chariot, le mauvais stylo est "à portée de main" alors que le patient attend son injection avant le repas.

Objectifs équipe

- Lire à voix haute : nom + type (rapide/basale) + unités
- Comparer à l'ordonnance (moment : repas/coucher)
- Double contrôle ciblé (IDE↔IDE)
- Sécuriser le patient : glycémie capillaire + plan de surveillance

Questions observateurs

- 1) Le risque LASA "rapide vs basale" a-t-il été repéré ?
- 2) Quels indices ont déclenché la vérification (étiquette, horaire, glycémie) ?
- 3) L'équipe a-t-elle utilisé check-back / stop-the-line ?
- 4) Quelles barrières système (rangement, étiquetage, séparateurs) ?

Pause #3 — Récupérer une erreur de médicament (et apprendre)

Phrase “sans blâme”

“Risque LASA insulines. Je propose qu'on sépare les stylos (basale/rapide) et qu'on relise l'ordonnance avant injection.”

Actions immédiates

- STOP
- Vérifier : nom + type (rapide/basale) + unités + moment
- Refaire 7B + check-back
- Si injection déjà faite : glycémie rapprochée + alerte médecin + protocole hypo/hyper
- Tracer / déclarer

REX (2 min)

- Quelle barrière a permis la détection ?
- Améliorations : séparateurs + étiquettes “BASALE/...” + rangement dédié
- Rappel d'équipe : mini-brief “tournée insuline” (risques + phrases stop)

Messages clés (à emporter)

- **Un doute** = un signal faible → je verbalise et j'arrête le geste.
- **Dose / voie / médicament** : je reviens à la source (ordo/protocole) + check-back.
- **Si désaccord** : CUS + SAED pour escalader.

- **La récupération ne s'arrête pas à l'instant** : tracer + REX = barrière pour la prochaine fois.



ATELIER DE SIMULATION PLURIPROFESSIONNEL

SIMS_COMPHAR

ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES



Le 4 Mars 2026

Centre de Simulation **PROCESS**

Centre Hospitalier de Cholet

9H - 17H

Objectifs Pédagogiques :

- Pathologie / Médicaments
- Pharmacie Clinique

Compétences Non Techniques :

- Communication centrée patient
- SAED, DESC, CUS

4 à 6 mises en situation • Pour PPH, externes, internes, pharmaciens
- Maximum 10 apprenants



Apports Cognitifs et Pratiques

Formateurs : Dr Airiau C.

SIMS_EM-EHPAD

Récupération des erreurs liées aux médicaments en EHPAD

13 Février - 23 Mars 2026

Centre de Simulation PROCESS, Centre Hospitalier de Cholet

9H - 17H



Objectifs Pédagogiques :

- Cadre réglementaire de l'Aide à la prise de médicaments,
- Bonnes pratiques : 5 B, Identivigilance, BP Pilulier,
- Trouble de déglutition, Barrière de sécurisation

Compétences Non Techniques :

- Communication et coordination inter-professionnelle
- Communication avec le résident, la famille
- Gestion des refus et interruptions de tâche

4 à 6 Mises en Situation pour IDE, AS et ASH

Maximum 10 Apprenants

Formateurs : Dr Airiau C & Mme Jauffrèneau B



Cognitif : Sécurisation du Circuit du Médicament & Cadre Réglementaire de l'Aide à la Prise



Questions ?

Contact / référent :

Centre Hospitalier de Cholet

- Centre de simulation PROCESS

- Référent pédagogique :

Dr Airiau Caroline

Courriel : caroline.airiau@ch-cholet.fr

