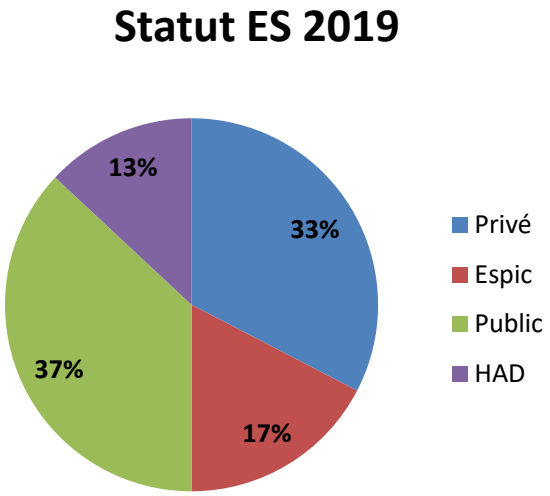
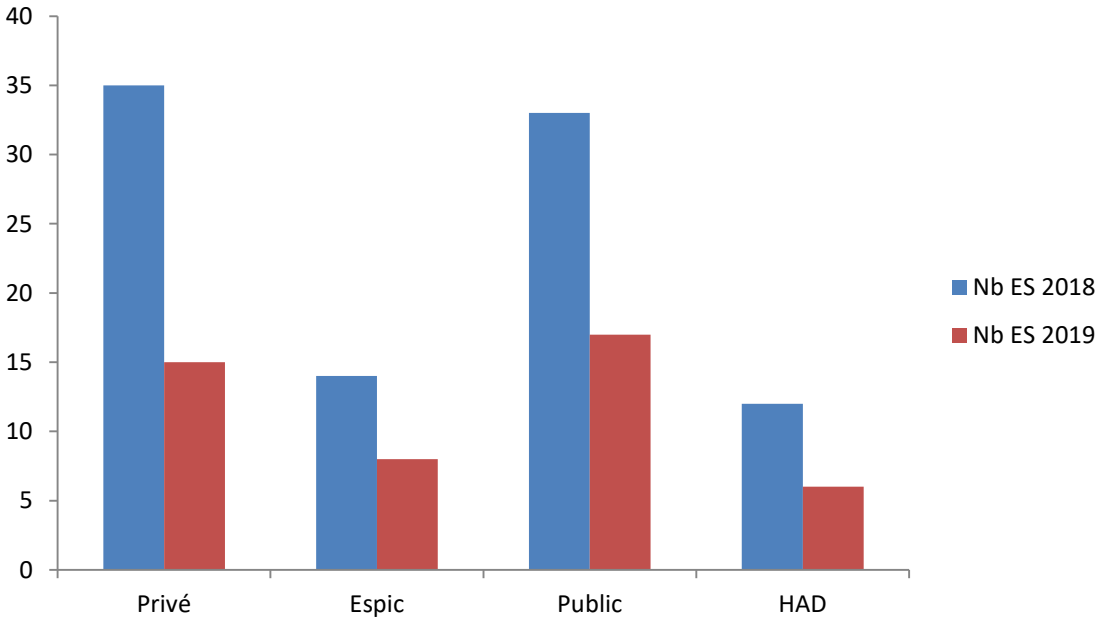
OMéDIT
Hauts-de-France

Bilan des erreurs médicamenteuses déclarées en 2019 en HDF

Les ES qui déclarent

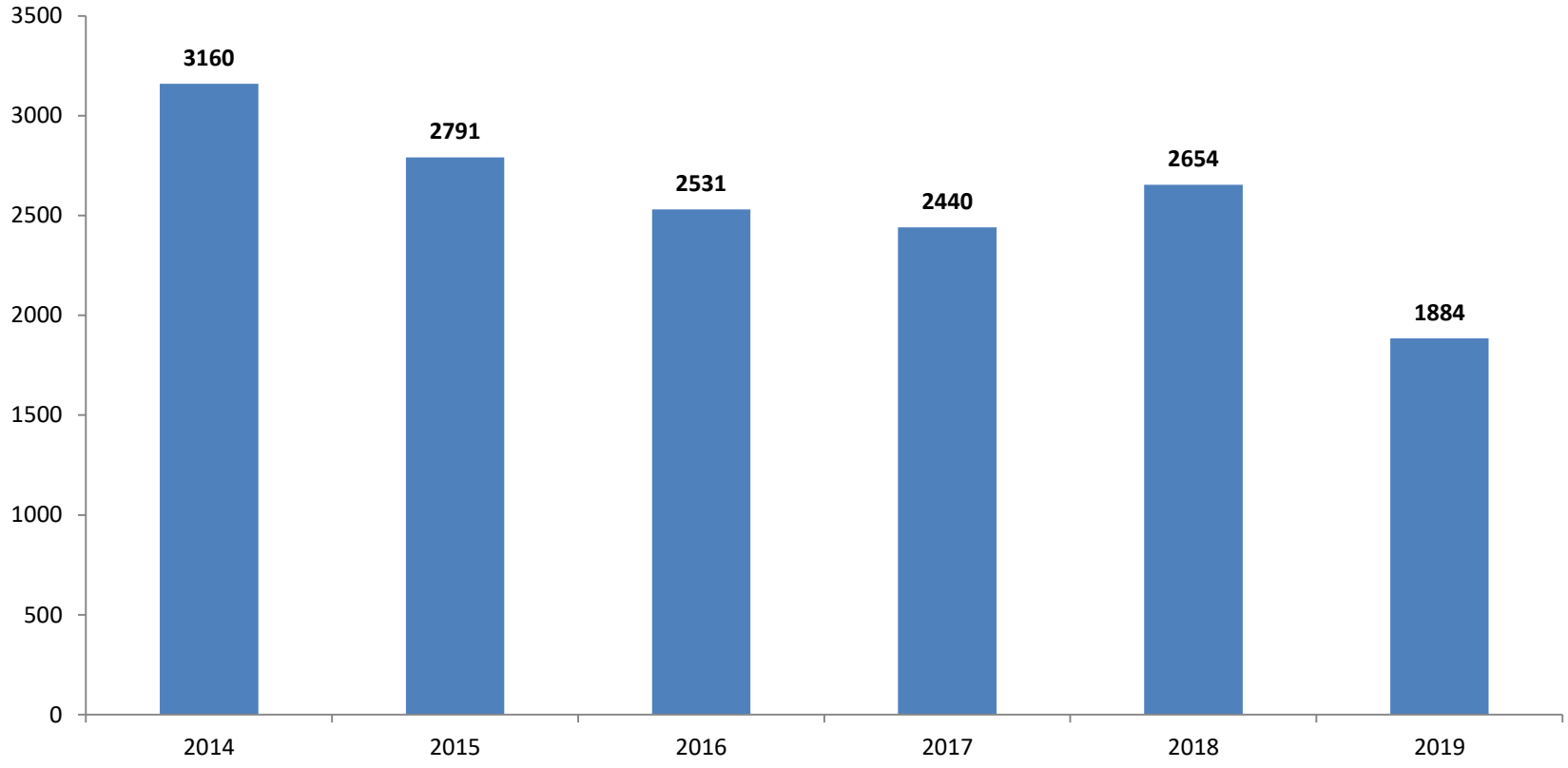
46 établissements de santé (ES) ont déclaré des EM en 2019 (94 en 2018)





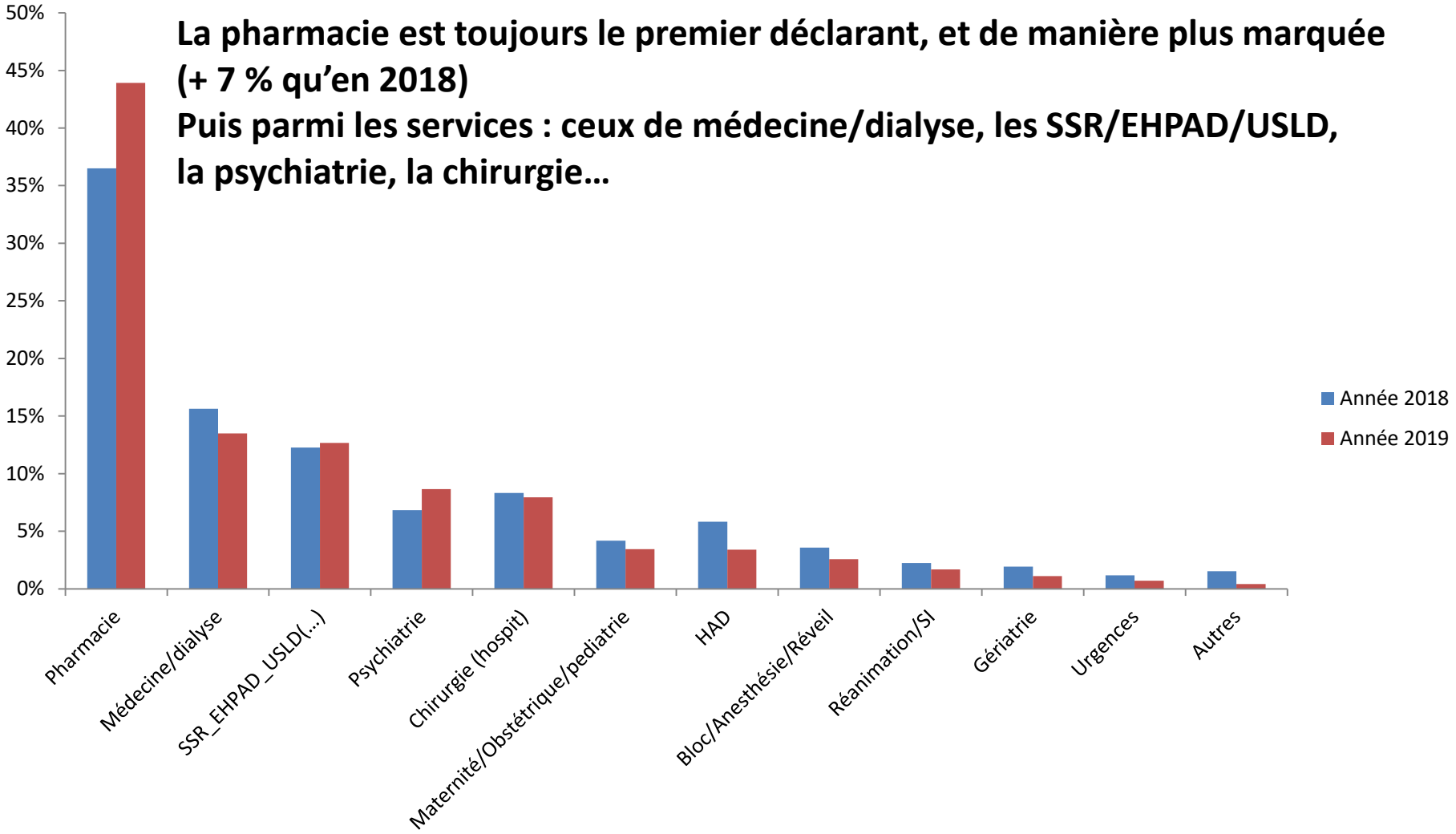
Déclarations d'erreurs médicamenteuses (EM) envoyées par les ES

1884 EM déclarées en 2019 (- 29 % par rapport à 2018)

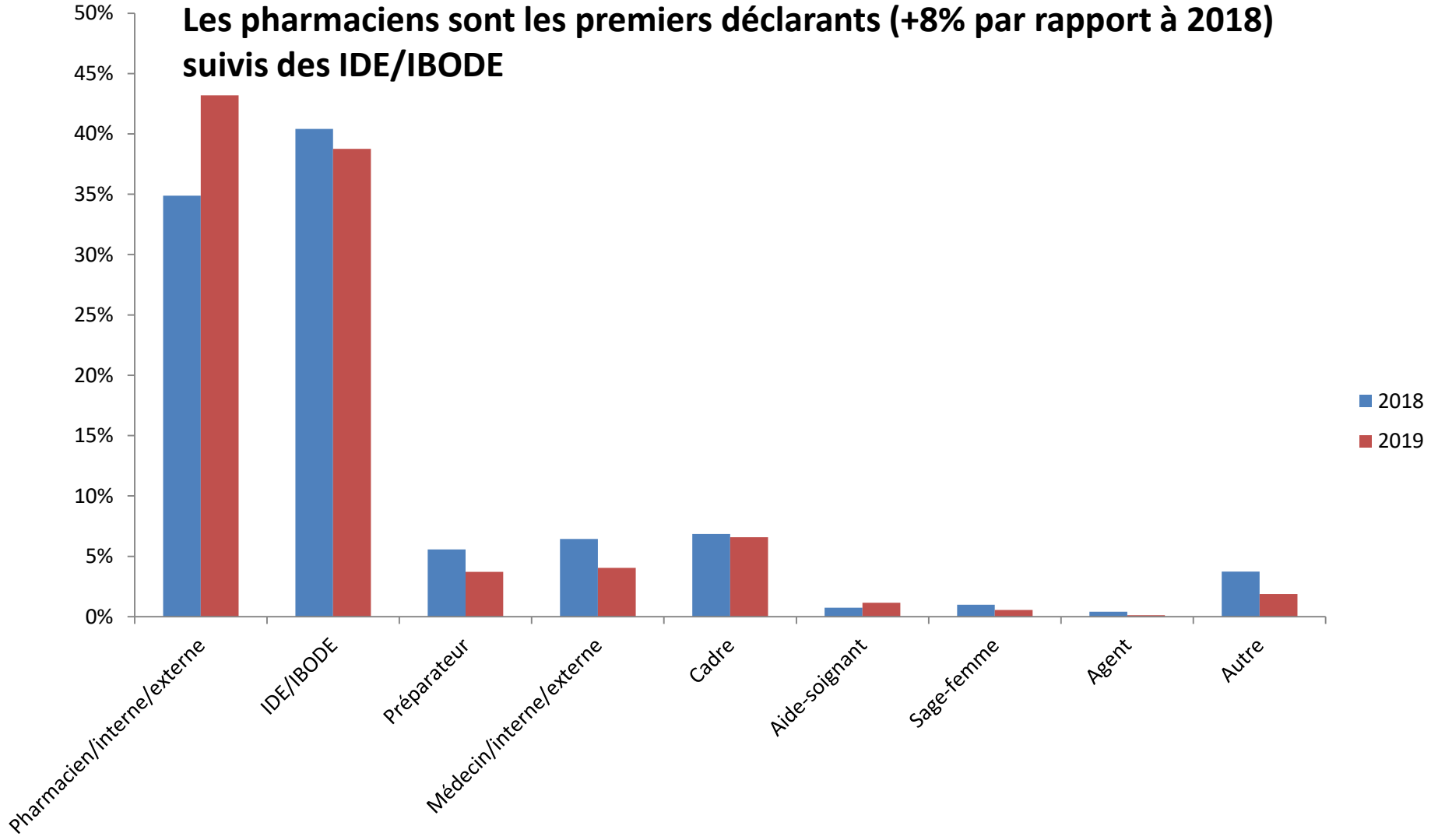


Les services qui déclarent les EM

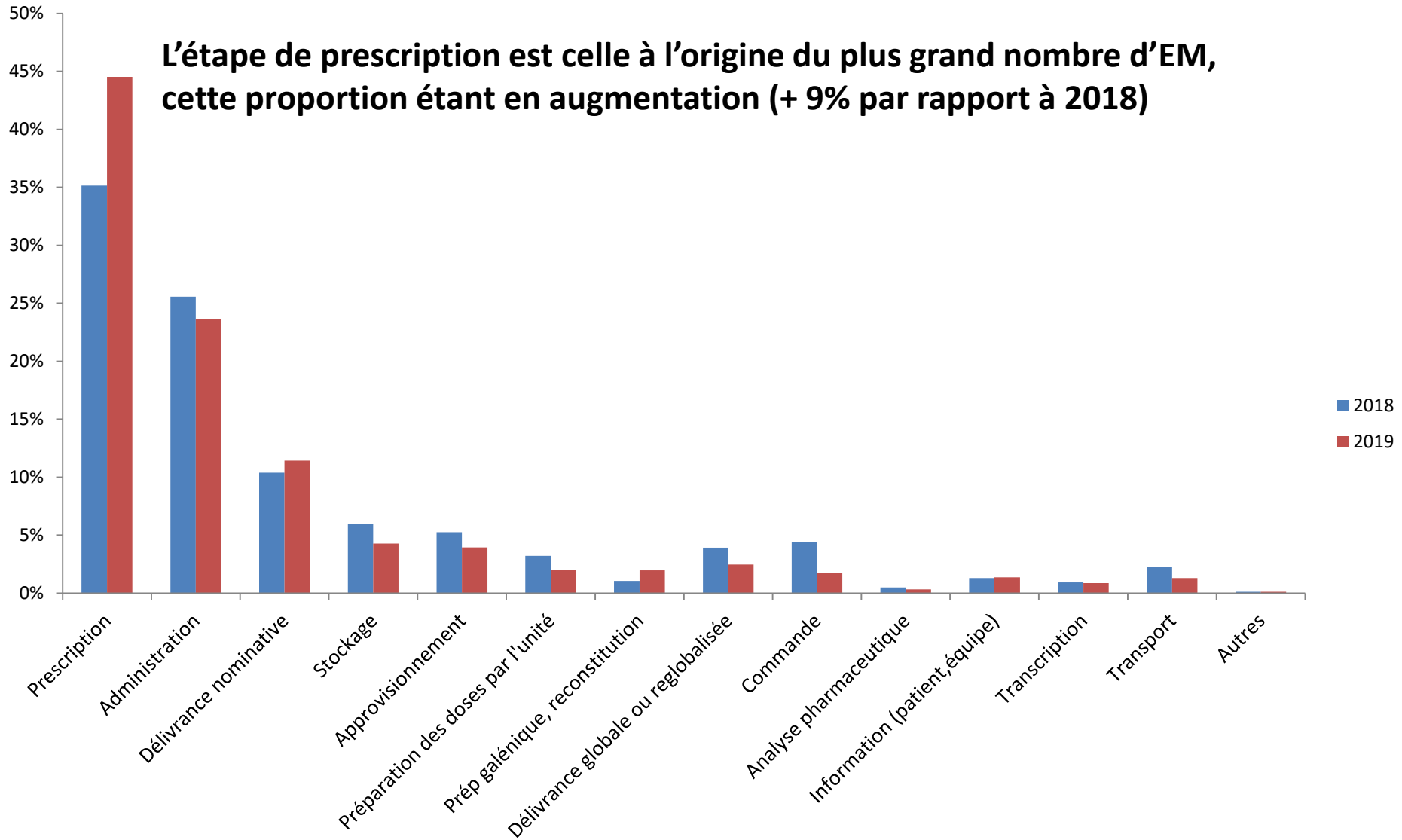
La pharmacie est toujours le premier déclarant, et de manière plus marquée (+ 7 % qu'en 2018)
Puis parmi les services : ceux de médecine/dialyse, les SSR/EHPAD/USLD, la psychiatrie, la chirurgie…



Fonction du déclarant

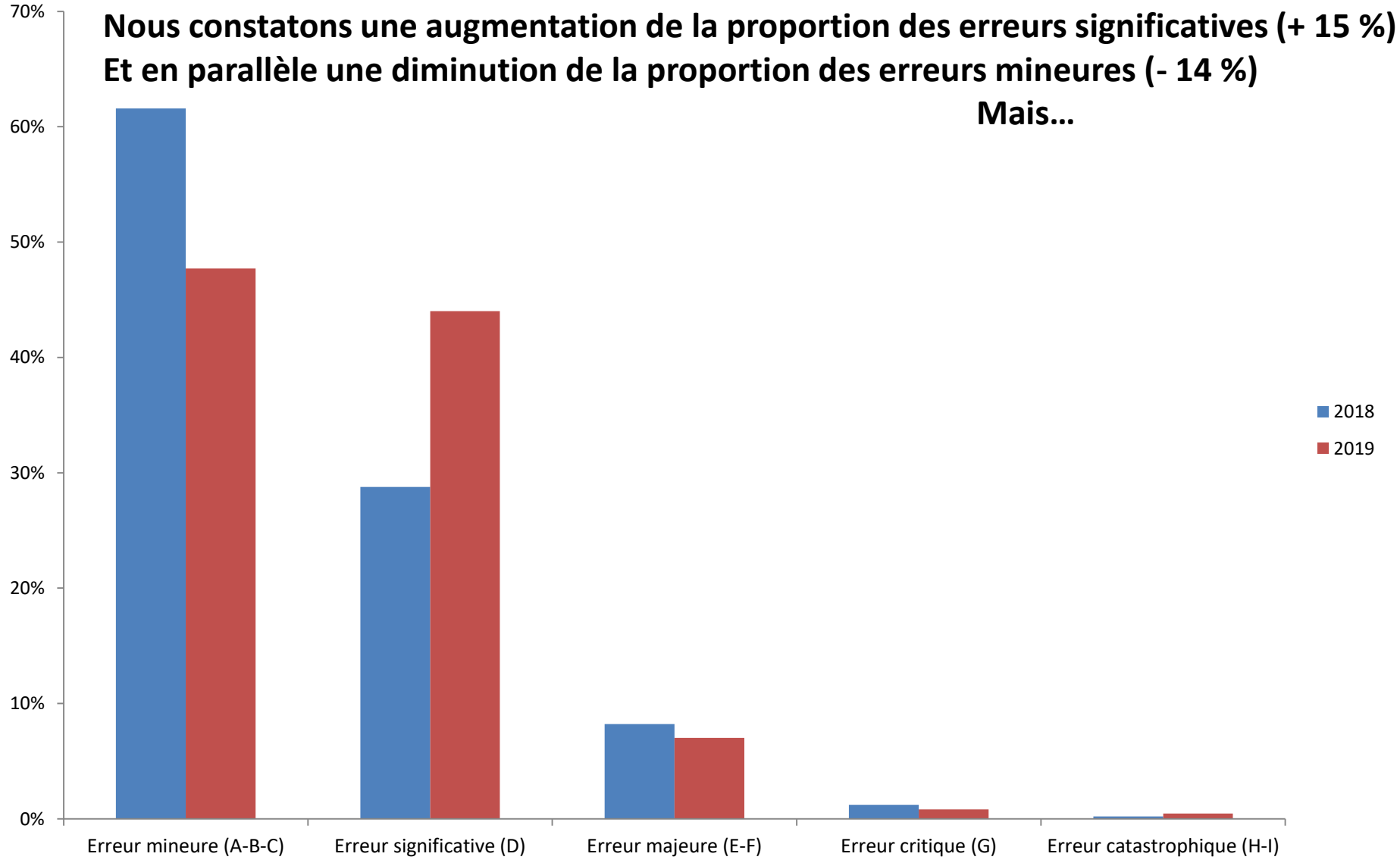


Etape impactée par l'EM

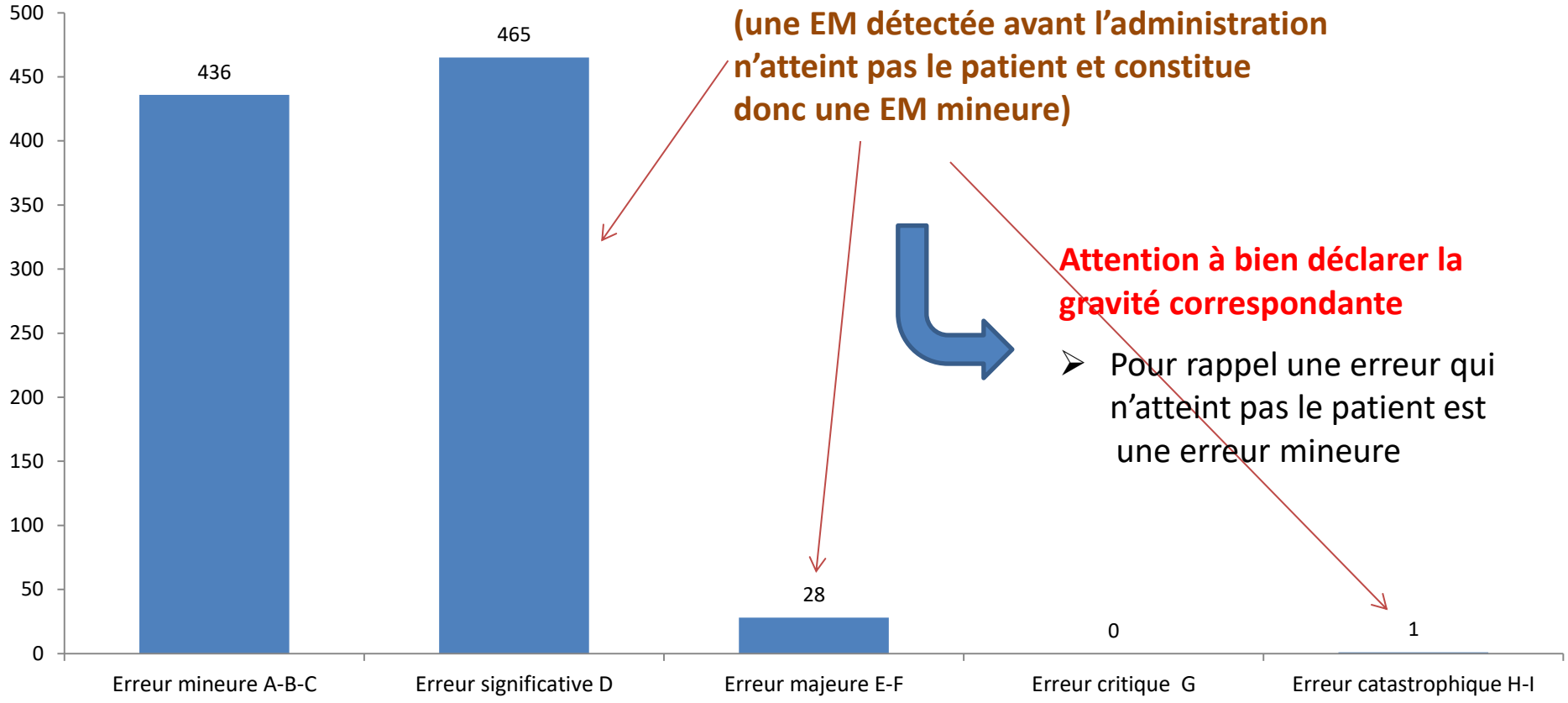


Gravité des EM

Nous constatons une augmentation de la proportion des erreurs significatives (+ 15 %)
Et en parallèle une diminution de la proportion des erreurs mineures (- 14 %)
Mais…



Gravité des EM détectées avant l'administration



Cotation de gravité erronée (une EM détectée avant l'administration n'atteint pas le patient et constitue donc une EM mineure)

Attention à bien déclarer la gravité correspondante

- Pour rappel une erreur qui n'atteint pas le patient est une erreur mineure

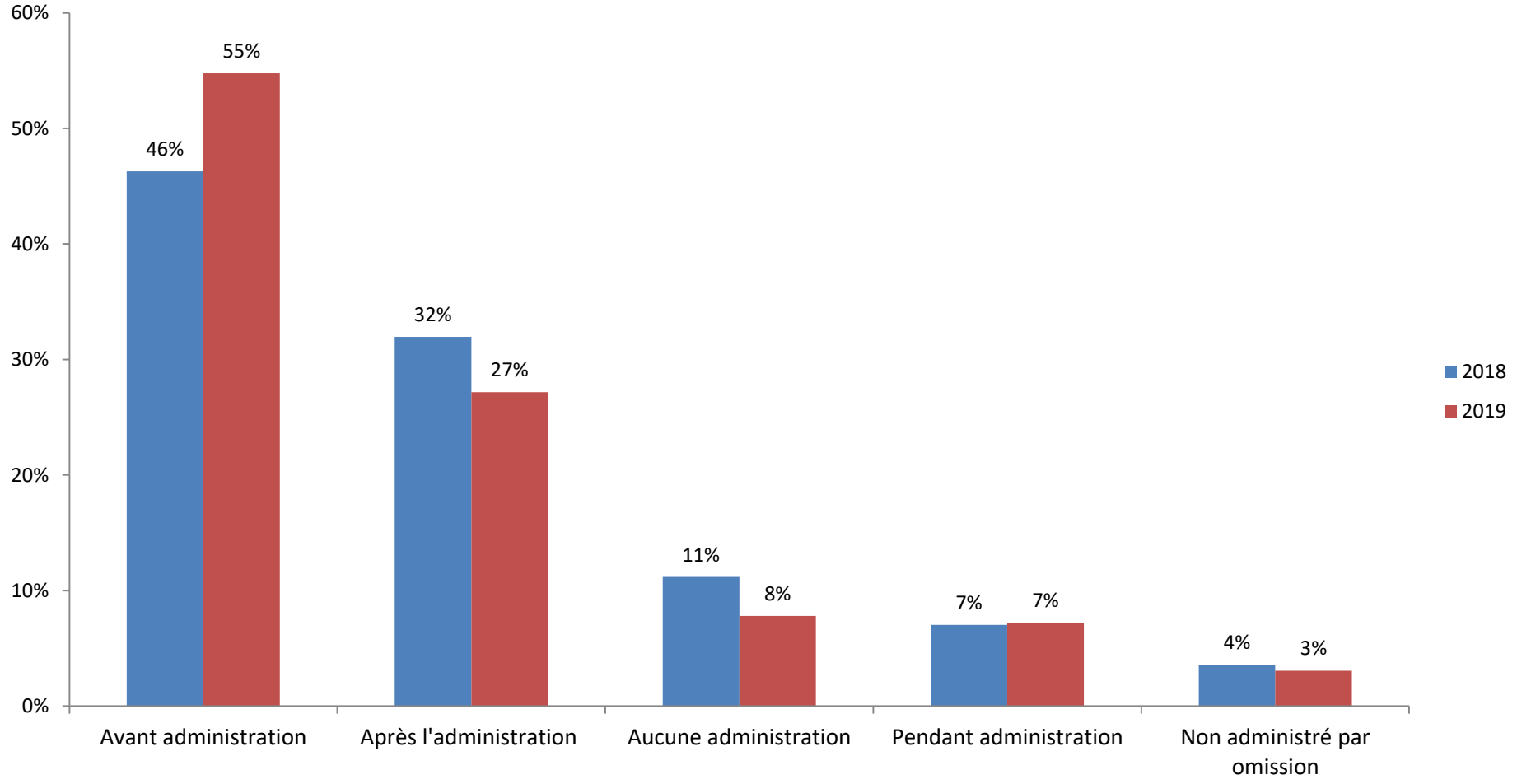
=> En raison de ces erreurs de cotation, il n'est pas possible de faire des analyses sur la gravité et d'en tirer des conclusions

RAPPEL : Classification de la gravité (REMED SFPC)

- **Mineure** : EM sans conséquence pour le patient.
- **Significative** : EM requérant une surveillance accrue pour le patient mais sans conséquence clinique pour lui.
- **Majeure** : EM avec conséquences cliniques temporaires pour le patient : traitement ou intervention ou transfert vers un autre établissement, induction ou allongement du séjour hospitalier, à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique réversible.
- **Critique** : EM avec conséquences cliniques permanentes pour le patient à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique permanente irréversible.
- **Catastrophique** : EM avec mise en jeu potentiel du pronostic vital ou décès du patient.

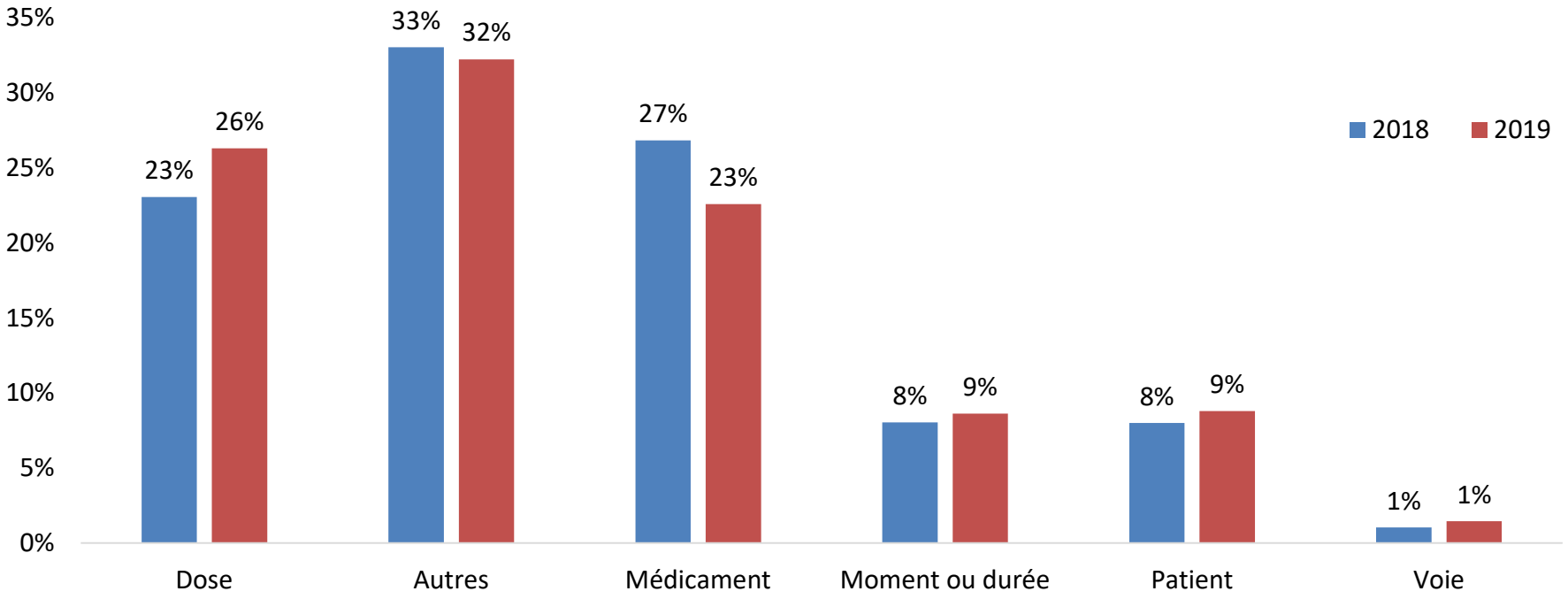
Moment de la détection de l'erreur

En 2019, les erreurs <u>avant l'administration</u> sont davantage détectées (+9% par rapport à 2018).
Parallèlement, il y a moins de détection d'erreur après l'administration (- 5 %)
=> Plus grande efficacité des mesures barrières ?



Type d'erreurs

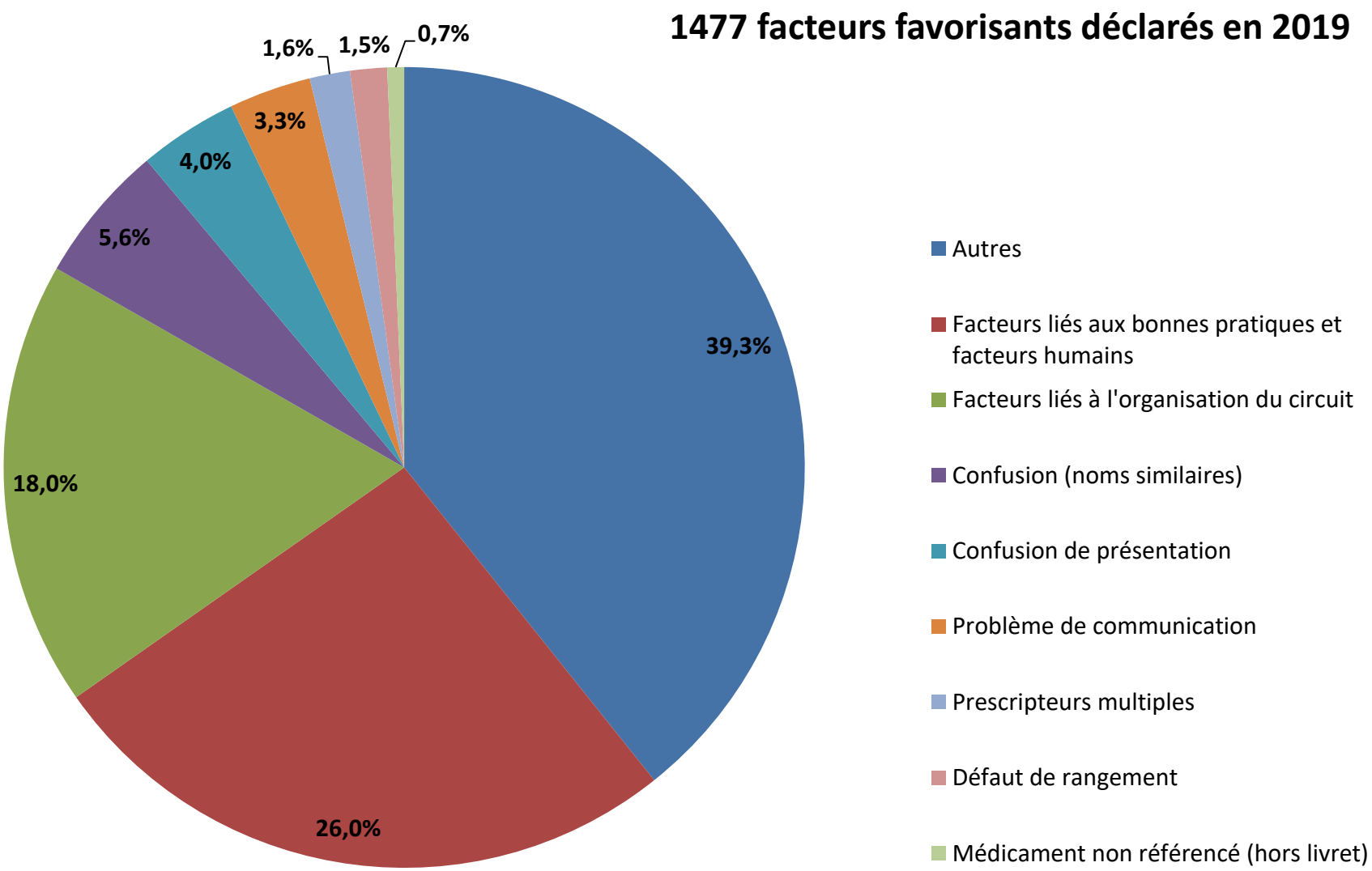
En proportion, la part des erreurs de dose a augmenté depuis 2018 (+ 3 %)
La part des erreurs liée au médicament a, quant-à-elle, baissé (- 4 %)



Rangement, conservation, péremption, traçabilité…

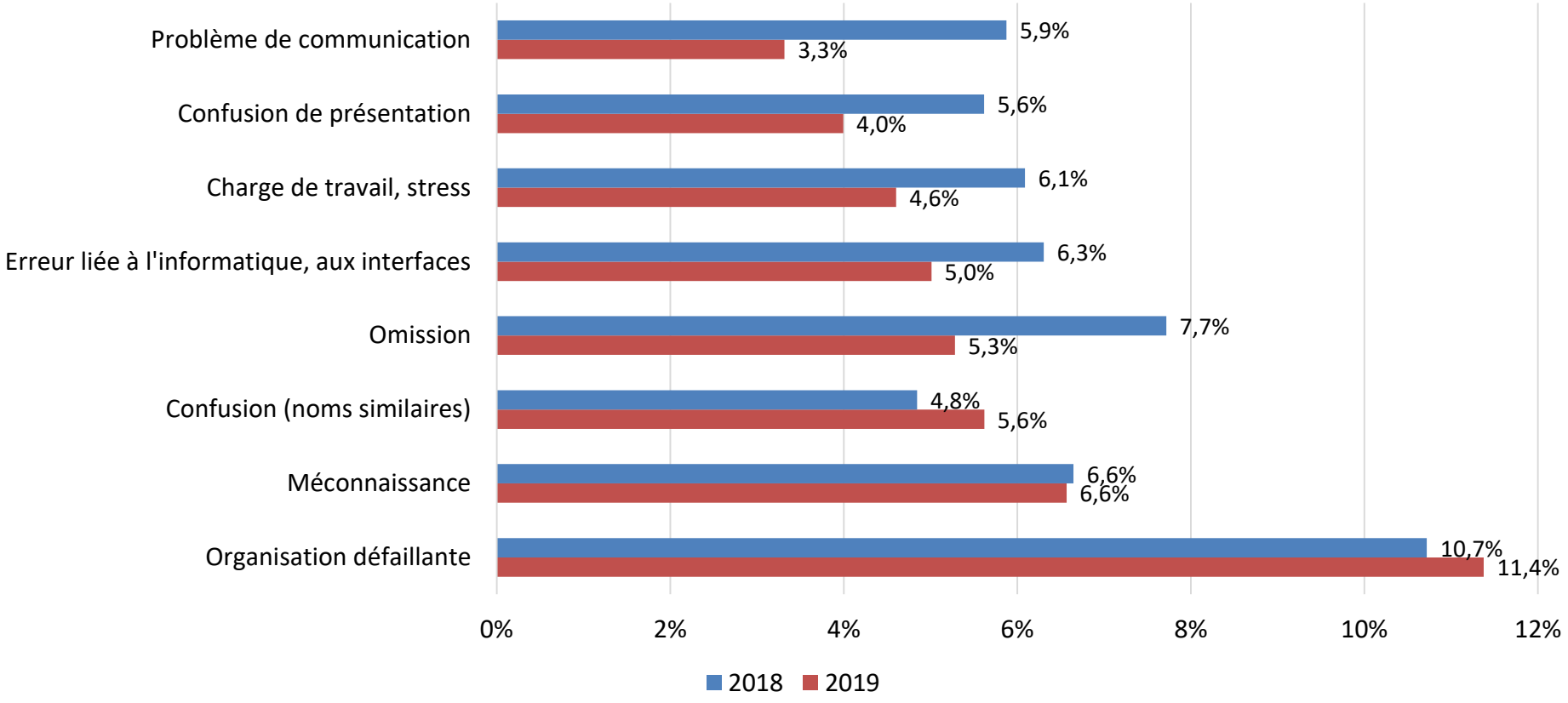
Mesures organisationnelles à mettre en place

Facteurs favorisants



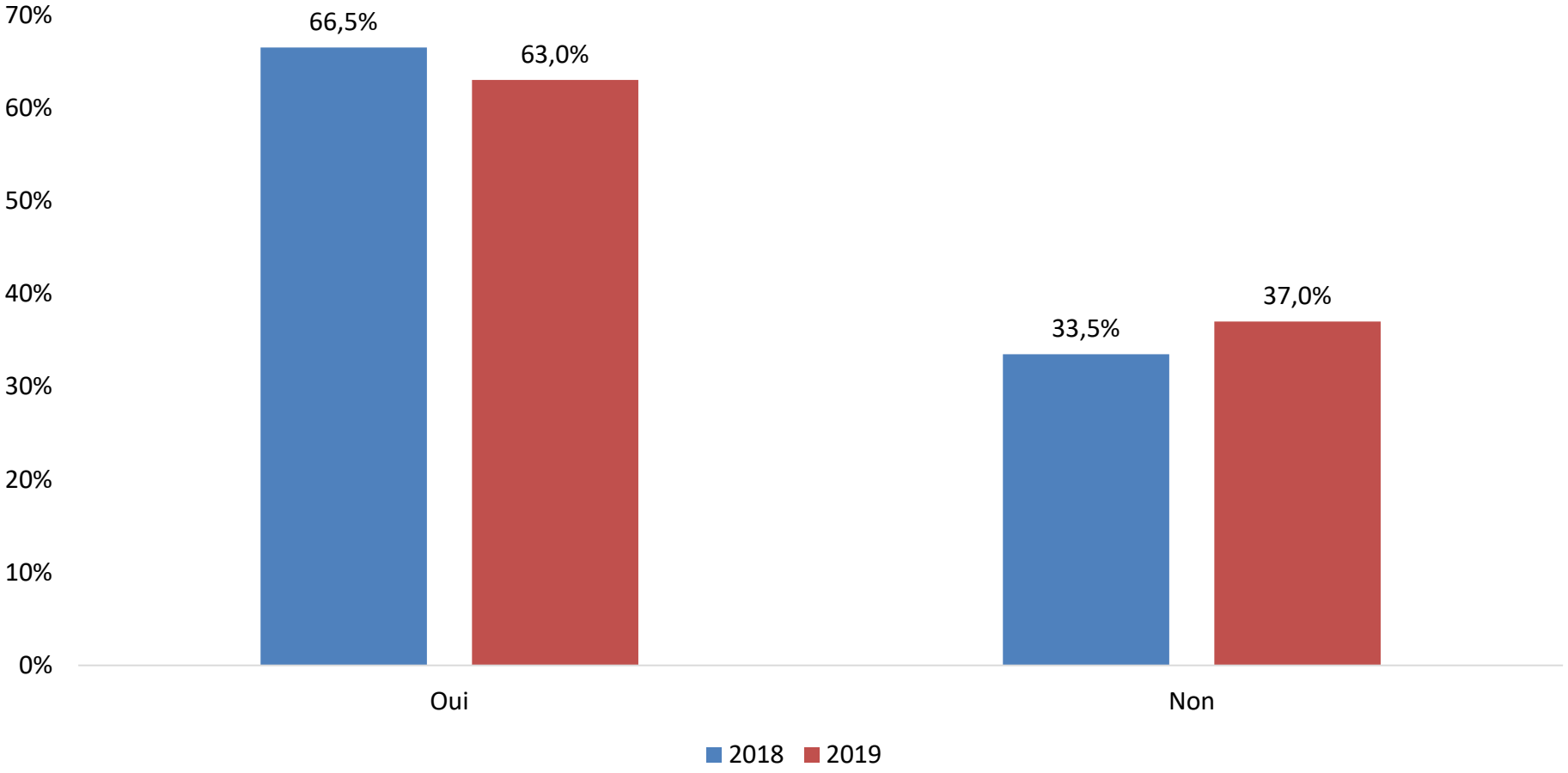
Focus facteurs favorisants

Entre 2018 et 2019, on constate une baisse, en proportion, des erreurs liées à une omission (- 2,4 %), à l'informatique et aux interfaces (- 1,3 %), à la charge de travail et au stress (- 1,5 %), à une confusion de présentation et à un problème de communication (- 2,6 %)



Retour d'expérience
Présentation en réunion pluridisciplinaire

On constate une légère baisse de la proportion de RETEX sur les erreurs, entre 2018 et 2019



Focus Never Events en 2019

Nous avons recensé **128 Never Events** sur l'année 2019.
Pour rappel, ce sont 12 événements indésirables qui ne devraient jamais arriver.

	Nombre de cas
1. Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments **anticoagulants**	**45**
2. Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable	0
3. Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles le mode de préparation est à risque	6
4. Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse	0
5. Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale	0
6. Surdosage en anticancéreux notamment en pédiatrie	4
7. Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors cancérologie)	0
8. Erreur d'administration d'insuline	16
9. Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire	14
10. Erreur d'administration de gaz à usage médical	5
11. Erreur de programmation des **dispositifs d'administration** (pompes à perfusion, seringues électriques…)	**37**
12. Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (ex : unidose de sérum physiologique, solution antiseptique…) notamment à la maternité ou en pédiatrie	1
	128

Flashs sécurité patient proposés par la HAS

- En 2021, la HAS, en collaboration avec les OMéDITs, a élaboré des flash pour alerter sur la récurrence des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) du fait d'un mésusage des médicaments à risque à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse, et de les sensibiliser aux recommandations de bonnes pratiques qui auraient permis de les éviter :
  - Médicaments à risque - Sous-estimer le risque c'est risqué
  - Accidents liés à un médicament à risque - Qui dit potassium (KCl) dit vigilance maximale